

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO MÉDIO VALE DO
JEQUITINHONHA EM MINAS GERAIS**

KELLEN ROSA COELHO

BELO HORIZONTE

2014

KELLEN ROSA COELHO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE
HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO MÉDIO VALE DO
JEQUITINHONHA EM MINAS GERAIS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof^ª. Dra. Andréa Gazzinelli

BELO HORIZONTE

2014

Coelho, Kellen Rosa.
C672a Avaliação do grau de implantação do programa de humanização do parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais [manuscrito]. / Kellen Rosa Coelho. - - Belo Horizonte: 2014. 135f.
Orientador: Andréa Gazzinelli.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Parto Humanizado. 2. Parto. 3. Avaliação em Saúde. 4. Cuidado Pré-Natal. 5. Estrutura dos Serviços. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Gazzinelli, Andréa. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 157



**Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação**

Tese intitulada “**Avaliação do grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais**”, de autoria da doutoranda Kellen Rosa Coelho, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes doutoras:

Profa. Dra. Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira
Escola de Enfermagem - UFMG
Orientadora

Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP
Examinadora

Dra. Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt
Escola Nacional de Saúde Pública - FIOCRUZ
Examinadora

Profa. Dra. Eunice Francisca Martins
Escola de Enfermagem - UFMG
Examinadora

Profa. Dra. Kleyde Ventura de Souza
Escola de Enfermagem - UFMG
Examinadora

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Coordenador do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem - UFMG

Belo Horizonte, 19 de novembro de 2014.

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Pesquisa e Estudos em Saúde Coletiva (NUPESC) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Apoio financeiro:

Ministério da Saúde - MS; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq; Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES; Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG.



Dedicatória

Aos meus pais Gilza e Cairon, aos meus irmãos Rômulo e Letícia
e ao meu amor Heitor pelo carinho, incentivo e compreensão
fundamentais em todos os momentos desta trajetória...
Sem vocês nada teria sentido!

Agradecimentos

Várias pessoas colaboraram direta ou indiretamente para a idealização e realização deste trabalho. Agradeço a todos que conviveram comigo nestes quatro anos e que de alguma forma contribuíram para a conclusão desta etapa da minha vida. Gostaria de destacar algumas pessoas que foram especialmente importantes:

À Profa. Dra. Andréa Gazzinelli, minha orientadora, por ter me proporcionado a oportunidade de ingressar e vivenciar em um universo de pesquisa competente, crítico e construtivo. Seus conhecimentos no ensino e na pesquisa, além de sua orientação criteriosa e firme foram fundamentais não só no processo de construção deste trabalho, mas também na minha vida profissional. Meus sinceros e eternos agradecimentos!

Às pesquisadoras que compuseram a banca de qualificação, Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada e Profa. Dra. Elizabeth Barboza França, pelas valiosas contribuições para a melhoria da Tese. E aos pesquisadores que participaram da técnica Delphi pela disponibilidade e contribuição nesta etapa do estudo.

A todos os professores do Departamento Materno Infantil e Saúde Pública da EE/UFMG pelo apoio e incentivo, e em especial à Profa. Dra. Kleyde Ventura pela colaboração e discussão na construção dos instrumentos de avaliação.

À minha família pelo carinho, paciência, amor e incentivo. À minha mãe Gilza, por ser exemplo de garra e determinação, e ao meu pai Cairon, por me transmitir tranquilidade e paciência. Muito obrigada por sempre me ensinarem a lutar pelos meus ideais sem perder a simplicidade e a humildade. Aos meus irmãos Rômulo e Leticia, pela amizade, companheirismo e enorme torcida. Amo muito vocês!

Ao meu amor Heitor, por todo companheirismo, incentivo, compreensão, amor e carinho durante esta trajetória. Sempre me apoiou em todos os momentos e aguentou minha ansiedade e aflição com muita compreensão. Obrigada por estar sempre ao meu lado, você é meu grande parceiro! Amo você! E à família Sbampato pela amizade, consideração, carinho e torcida.

Aos amigos do grupo de pesquisa, Leonardo Matoso, Humberto Quites, Tércia Ribeiro, Dener Carlos, Izabela Dutra, Ed Wilson Vieira, Nathália Paula, Túlio Fonseca, Luciana Alves e Thania Barbosa pela amizade, companheirismo, apoio e discussões acadêmicas. E em especial, agradeço à amiga Gisele Andrade pelas conversas sinceras de apoio e incentivo, pelas inúmeras discussões fundamentais na construção deste trabalho, pelo companheirismo nas coletas de dados e pela amizade de sempre.



Aos bolsistas de iniciação científica com os quais tive a satisfação de conviver, em especial à TÁCILA BRAGA, INDIRA SIMÕES, THÁIS MOREIRA e STÉPHANIE TORRES pela imensa colaboração, pela responsabilidade demonstrada, pelos momentos de descontração e amizade.

Aos colegas professores do Grupo de Atuação Docente Materno-Infantil e Saúde Mental da UFSJ, pelo apoio e torcida. Em especial à querida amiga MÁRCIA SOUZA pela força e amizade de sempre e pela tranquilidade, apoio e incentivo, principalmente nesta etapa final.

Aos motoristas da EE/UFMG Luis de Paula e André Simões, pela condução segura e pelos momentos de descontração ao longo das intensas viagens para coleta de dados.

A todos os colegas e amigos do curso de doutorado, que tive a oportunidade de conhecer, pelo apoio e pelos momentos de descontração compartilhados.

Ao Colegiado de Pós-Graduação da EE/UFMG, em especial à secretária Lucilene, pela prontidão em nos auxiliar.

Aos profissionais de saúde dos hospitais do médio Vale do Jequitinhonha, em especial aos diretores, por colaborarem nas pesquisas e nos receber sempre bem durante as visitas.

Ao Ministério da Saúde - MS; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq e à Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais - FAPEMIG pelo apoio financeiro e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pela bolsa de pesquisa.

E finalmente, a Deus, por ter me dado a oportunidade maravilhosa de realizar este trabalho, sempre com muita sabedoria, serenidade e confiança no coração. Obrigado por me amparar nos momentos difíceis, me dar força interior para superar as dificuldades, mostrar os caminhos nas horas incertas, me acalantar nas minhas necessidades e por colocar pessoas especiais e importantes para o meu crescimento pessoal e profissional.



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

Michel Odent

RESUMO

COELHO, K. R. **Avaliação do grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais.** 2014. 135 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

Considerando a relevância da humanização do atendimento ao parto e nascimento na redução da mortalidade materna e perinatal, bem como a necessidade da avaliação de serviços e programas de saúde, o presente estudo tem como objetivo analisar a implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) nos hospitais que prestam assistência ao parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha-MG. Trata-se de uma pesquisa do tipo avaliativa, que incorpora a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e processo da assistência ao parto e nascimento, para avaliar o grau de implantação do PHPN. Em cada um dos 10 hospitais investigados foram entrevistados o diretor/responsável técnico, um enfermeiro da maternidade e o médico responsável pela maternidade/médico plantonista do dia. Além disso, foi utilizado um roteiro de observação para verificar os recursos físicos e materiais disponíveis, o livro de registro da maternidade/neonatologia e o arquivo de declaração de óbitos para coletar informações sobre os indicadores de saúde. O modelo lógico foi elaborado para descrever o PHPN. Para criar o sistema de escores, utilizado na avaliação da estrutura e do processo e para estimar o grau de implantação (GI), foram utilizadas matrizes de julgamento elaboradas com critérios da normatização oficial do PHPN e organizadas de acordo com cada dimensão e componente do programa, com posterior aplicação da técnica *Delphi*. A partir das pontuações alcançadas pelos hospitais, cada dimensão foi classificada em excelente (90-100 pontos), satisfatório (70-89), insatisfatório (50-69) e crítico (<50). O GI foi classificado em avançado (80-100% da pontuação), intermediário (50-79%) e incipiente (<50%). Os 10 hospitais gerais investigados são de baixo risco conveniados ao SUS, sendo 7 filantrópicos e 3 com gestão municipal. Em 2011 e 2012 houve 6.626 nascidos vivos (NV) e 107 óbitos fetais nestes hospitais, sendo a taxa de mortalidade perinatal 21,3 mortes/mil NV com variação de 95,9 a 14,9 mortes/mil NV. A taxa de cesáreas variou de 18,02% a 47%. Foram observadas deficiências nos recursos humanos, físicos e materiais e nos aspectos da organização e estruturação interna do trabalho. Quanto à estrutura, 5 hospitais foram avaliados negativamente: 3 classificados como insatisfatório e 2 como crítico. Em relação à dimensão processo 6 hospitais obtiveram nível crítico na avaliação. Houve uma correlação estatisticamente significativa entre a pontuação total atingida pela dimensão estrutura e pela dimensão processo, ou seja, quando a estrutura foi avaliada positivamente, o processo consequentemente também adquiriu uma classificação positiva e vice-versa. O GI do PHPN foi classificado como avançado em apenas um dos hospitais, sendo 5 classificados como intermediário e 4 incipientes. Estes resultados indicam que o PHPN nos hospitais investigados ainda possui deficiência na sua implantação, sobretudo no componente processo.

Palavras-chave: Saúde materno-infantil; Parto humanizado; Estrutura dos serviços; Avaliação em saúde

ABSTRACT

COELHO, K. R. **Implementation degree evaluation of the Program for the Humanization of Childbirth in the middle region Valley Jequitinhonha in Minas Gerais.** 2014. 135 f. Thesis (PhD in Nursing) - Nursing School, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

Considering the relevance of the humanization of delivery and childbirth care in reducing maternal and perinatal mortality and the need for evaluation of health services and programs, this study aims to analyze the implementation of the Program for the Humanization of Childbirth (PHC) in hospitals that provide care to delivery and childbirth in the middle region of the Jequitinhonha Valley, Minas Gerais estate. This is an evaluative type survey, which incorporates normative evaluation into components of the structure and process of delivery and childbirth care to assess the degree of implementation of PHC. In each of the 10 hospitals surveyed the director/technical supervisor, a maternity nurse and the physician responsible for maternity or physician on duty were interviewed. Furthermore, an observation script was used to verify the physical and material resources, the register of maternity/neonatal and file of death declaration were used to collect information on health indicators. The logical model was developed to describe the PHC. To create the scoring system, used to assess the structure and process and used to estimate the degree of implementation (DI), we used matrices to elaborate judgment criteria of official standardization of PHC and organized according to each dimension and component of the program with subsequent application of the Delphi technique. From the scores achieved by hospitals, each dimension was classified as excellent (90-100 points), satisfactory (70-89), unsatisfactory (50-69) and critical (<50). The DI was classified as advanced (80-100% of points), intermediate (50-79%) and incipient (<50%). The 10 general hospitals investigated are low risk and accredited to the SUS, 7 being philanthropic and 3 with municipal management. In 2011 and 2012 there were 6,626 live births (LB) and 107 fetal deaths in these hospitals, and the perinatal mortality rate of 21.3 deaths/thousand LB ranging from 95.9 to 14.9 deaths/thousand LB. The cesarean rate ranged from 18.02% to 47%. Deficiencies were observed in the human, physical and material resources and internal aspects of the organization and structuring of work. Regarding the structure, five hospitals were negatively evaluated: 3 classified as unsatisfactory and 2 as critical. Regarding the process dimension 6 hospitals had critical level evaluation. There was a statistically significant correlation between total score attained by the structure and size dimension process, in other words, when the structure was evaluated positively, the process also acquired a positive rating. The DI of PHC was classified as advanced in one of the hospitals, 5 being classified as intermediate and 4 incipient. These results indicate that the investigated hospitals in PHC still has deficiency in its implementation, especially in the process component.

Keywords: Maternal and child health; Humanizing delivery; Structure of services; Health evaluation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa ilustrativo dos municípios onde estão localizadas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha, MG.	45
Figura 2	Modelo Lógico do Programa de Humanização do Parto e Nascimento	49
Gráfico 1	Pontuação total atingida pelas dimensões Estrutura e Processo nos hospitais investigados, 2013.	79
Gráfico 2	Correlação entre a pontuação total atingida pela dimensão Estrutura e pela dimensão Processo nos hospitais investigados, 2013.	80
Gráfico 3	Grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento nos hospitais investigados - 2013.	81
Quadro 1	Informações relativas aos municípios onde estão localizadas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha, MG.	46
Quadro 2	Matriz de julgamento: componentes e critérios avaliados da dimensão Estrutura e pontuação máxima.	56
Quadro 3	Matriz de julgamento: componentes e critérios avaliados da dimensão Processo e pontuação máxima.	58
Quadro 4	Pontuação total e classificação dos hospitais referente à dimensão Estrutura.	78
Quadro 5	Pontuação total e classificação dos hospitais referente à dimensão Processo.	79
Quadro 6	Pontuação total atingida nas dimensões avaliadas nos hospitais e seus respectivos Graus de Implantação conforme a classificação utilizada.	80

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013.	61
Tabela 2	Direção/responsável técnico pela assistência ao parto e nascimento nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10).	62
Tabela 3	Perfil de serviços e capacidade instalada nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10).	63
Tabela 4	Registros de saúde e tecnologia da informação e de indicadores nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013	64
Tabela 5	Indicadores de saúde perinatal das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2011 e 2012.	65
Tabela 6	Taxa de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal das instituições hospitalares investigadas no Médio Vale do Jequitinhonha, 2011 e 2012.	66
Tabela 7	Recursos humanos, capacitação e educação permanente nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	67
Tabela 8	Caracterização das Salas de Admissão nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013.	68
Tabela 9	Caracterização das Salas de Pré-parto nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10).	69
Tabela 10	Caracterização das Salas de Parto nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	70
Tabela 11	Caracterização da estrutura para procedimentos com o recém-nascido nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	71

Tabela 12	Caracterização dos Alojamentos Conjunto nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	72
Tabela 13	Caracterização das Farmácias Hospitalares e disponibilidade de medicamentos nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	74
Tabela 14	Organização e Estruturação interna do trabalho nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	76
Tabela 15	Ações educativas com as usuárias e a comunidade nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABENFO	- Associação de Obstetizas e Enfermeiras Obstétricas
ANDO	- Associação Nacional de Doulas
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CE	- Componente Estrutura
CEDEPLAR	- Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional
CNES	- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CP	- Componente Processo
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil
FEBRASGO	- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FNUAP	- Fundo das Nações Unidas
GI	- Grau de Implantação
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
MI	- Mortalidade Infantil
ODM	- Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organizações Não Governamentais
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	- Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PMMRC	- Perinatal and Maternal Mortality Review Committee
PNUD	- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RDC 36	- Resolução da Diretoria Colegiada nº 36
REHUNA	- Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SALA PPP	- Sala de pré-parto, parto e pós parto
SAMU	- Serviços de Atendimento Móvel de Urgência
SIA-SUS	- Sistema de Informação Ambulatorial
SIH-SUS	- Sistema de Informação Hospitalar
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	- Statistical Package for Social Science
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	- Fundo das Nações para a Infância
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
WHO	- Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	A institucionalização do Parto e as Políticas de Humanização do Parto no Brasil.....	23
1.2	Avaliação em saúde e a análise de implantação.....	32
2	OBJETIVOS.....	40
2.1	Geral.....	41
2.2	Específicos.....	41
3	CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	42
3.1	Delineamento.....	43
3.2	Local do estudo.....	43
3.3	Fonte e técnica de coleta de dados.....	46
3.4	Modelo Lógico do Programa de Humanização do Parto e Nascimento.....	48
3.5	Análise dos dados.....	50
3.5.1	Análise descritiva.....	50
3.5.2	Pesquisa Avaliativa e Avaliação Normativa.....	50
3.5.2.1	Dimensões, componentes e critérios de análise para determinação do Grau de Implantação (GI), baseados no modelo lógico.....	51
3.5.2.2	Determinação do Grau de Implantação.....	54
3.6	Aspectos Éticos.....	59
4	RESULTADOS.....	60
4.1	Perfil das instituições hospitalares.....	61
4.2	Indicadores de saúde perinatal.....	64
4.3	Caracterização dos recursos humanos, físicos e materiais.....	66
4.3.1	Recursos Humanos.....	66
4.3.2	Recursos Físicos e Materiais.....	68
4.3.2.1	Sala de Admissão.....	68
4.3.2.2	Sala de Pré-parto.....	69
4.3.2.3	Sala de Parto.....	70
4.3.2.4	Área de Procedimentos com o Recém-nascido.....	71

4.3.2.5 Alojamento Conjunto.....	72
4.3.2.6 Unidade Neonatal.....	72
4.3.2.7 Farmácia Hospitalar.....	73
4.4 Organização e estruturação interna do trabalho.....	75
4.5 Grau de Implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento.....	77
5 DISCUSSÃO.....	82
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES E ANEXO.....	109



Introdução

1 INTRODUÇÃO

A saúde materna e infantil é destaque nos âmbitos nacional e internacional, sobretudo no que diz respeito à redução dos óbitos, assistência humanizada e melhoria da qualidade da atenção. Grandes avanços têm sido alcançados na redução da mortalidade infantil (MI) e materna nas últimas décadas, com tendência contínua de queda (BRASIL, 2014a; LANSKY *et al.*, 2009). Contudo, as taxas de mortalidade neonatal e materna ainda se mantêm elevadas, sendo consideradas um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2009a; 2011; 2014a; UNICEF, 2005). É necessário aliar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos, para que haja uma atenção materno-infantil de qualidade e humanizada (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004; WHO, 1996).

Mais de 26 mil crianças menores de cinco anos morrem diariamente no mundo, 70% no primeiro ano de vida e aproximadamente dois milhões nas primeiras 24 horas de vida, anualmente (BHUTTA *et al.*, 2010 ; UNICEF, 2011). Sobre a mortalidade materna no mundo, o número de mulheres mortas por complicações na gestação ou no parto em 2013 foi de 289 mil, o que representa 800 mortes maternas por dia, aproximadamente 33 a cada hora (WHO, 2014). Estas mortes são consideradas indicadores sensíveis ao contexto social e de saúde de uma população, pois podem refletir tanto as condições de saúde reprodutiva, por sua vez ligadas a fatores socioeconômicos, quanto àquelas atreladas à gestação e ao parto, tais como o peso ao nascer e a qualidade de assistência perinatal – pré-natal, parto e neonatal (CHAN; WI; VAN, 2009; FONSECA; COUTINHO, 2004; JACKSON; LANG; GANIATS, 1999).

Diante destes problemas mundiais de saúde pública, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), no ano de 2000, propôs como metas no âmbito da saúde materno-infantil a redução da mortalidade na infância e a melhoria da saúde materna. A meta de reduzir em dois terços os óbitos de crianças menores de cinco anos, entre 1990 e 2015 foi descrita no 4º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e a meta de reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990, também até 2015, foi descrita no 5º ODM. Ambas, dentre as oito ODM, foram assumidas pelos líderes mundiais como parte dos seus compromissos em reduzir a desigualdade em todo o mundo (UNICEF, 2008).

Atualmente, de acordo com os dados do Fundo das Nações para a Infância (UNICEF), que utiliza uma metodologia de comparação internacional, o Brasil conseguiu alcançar o ODM para redução da taxa de mortalidade na infância antes do prazo estabelecido. A redução

da taxa de mortalidade na infância no país foi de 77%, passando de 62 mortes a cada mil nascidos vivos em 1990 para 14 óbitos por mil nascidos vivos em 2012. O percentual de redução da taxa de mortalidade na infância no Brasil é superior à taxa mundial que foi de 47% de queda e da América Latina e Caribe que foi de 65%. Entretanto, embora o país tenha conseguido cumprir a meta, a taxa de mortalidade infantil brasileira ainda está muito acima de países como França e Alemanha (3 mortes por 1 000 nascidos vivos), Estados Unidos e Uruguai (6 mortes por 1 000 nascidos vivos). Além disso, a queda mais significativa registrada na mortalidade na infância ocorreu na faixa entre um e quatro anos de idade, permanecendo, ainda, o problema das altas taxas de óbitos nos primeiros 27 dias de vida da criança, o período neonatal, cuja proporção destas mortes representa de 60 a 70% da mortalidade infantil (UNICEF, 2013).

No que diz respeito à redução das mortes maternas, de acordo com relatório realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), entre as 75 nações analisadas, o Brasil foi a quarta que menos reduziu o índice. No período entre 2000 e 2013, o país teve redução média de apenas 1,7% na taxa anual, sendo a marca média de todo o grupo de 3,5% ao ano. Entre 1990 e 2013 o Brasil teve uma redução de 43% na mortalidade materna, ficando atrás da redução global de 45%. Com estes resultados o país ainda continua longe da meta dos ODM, visto que, em 2013, a taxa de mulheres que morreram na gestação, no parto ou em decorrência de suas complicações foi equivalente a 69 a cada 100 mil nascidos vivos, o que representa quase o dobro da meta assumida nos ODM de alcançar o máximo de 35 mortes a cada 100 mil nascidos vivos até 2015. Vale destacar que o Brasil apresentou melhora significativa nos registros dos óbitos maternos nos últimos anos, no entanto, muitas mulheres ainda perdem a vida em consequência de complicações durante e após a gravidez e o parto (BRASIL, 2014a; WHO, 2014).

De fato, a frequente ocorrência dos óbitos relacionados à gravidez, parto e pós-parto, além do fato de os partos no Brasil acontecerem essencialmente em ambiente hospitalar (99%) e serem assistidos por médicos (88%), demonstra a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, sobretudo durante o parto e nascimento (BRASIL, 2014a; LANSKY; FRANÇA; LEAL, 2002; LEAL *et al.*, 2004). Estes óbitos poderiam ser significativamente reduzidos se a assistência profissional e a estrutura institucional fossem adequadas, independentemente de outras características (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009). Por isso, ainda há a necessidade de investimentos em estratégias que acelerem avanços na saúde materna e infantil, sobretudo na garantia de uma assistência

humanizada e de qualidade, realizada por profissionais preparados e equipados adequadamente (WHO, 2014).

Diante desse quadro, desde a década de 1980, evidências baseadas em estudos científicos em todo o mundo reforçaram a necessidade de mudanças nas formas de se assistir o parto e nascimento, o que justificou o envolvimento da OMS em um movimento internacional em favor da maternidade segura. Esse processo resultou, em 1996, na apresentação, pela própria OMS, de recomendações destinadas à reflexão dos serviços e das práticas dos profissionais de saúde para a reorganização da assistência à saúde na atenção ao parto e nascimento (WHO, 1996). Desde então, muitos países têm se empenhado para melhorar a qualidade da assistência ao parto e nascimento com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal (ADEOYE; ONAYADE; FATUSI, 2013; BEHRUZI *et al.*, 2010; BLANK *et al.*, 2013; CHALMERS *et al.*, 2008; KESTLER *et al.*, 2013; PIRKLE *et al.*, 2012; TURAB *et al.*, 2013; WAGNER *et al.*, 2012; WALSH, 2006) e de reforçar as práticas baseadas em evidências científicas na atenção ao parto e nascimento (ANIM-SOMUAH *et al.*, 2010; BERGHELLA; BAXTER; CHAUHAN, 2008).

O Brasil avançou muito na melhoria da estrutura e assistência ao parto e nascimento nas últimas décadas, resultado de uma série de esforços e iniciativas do governo e da sociedade, no entanto, ainda existem muitos desafios, principalmente em municípios de pequeno porte. A preocupação em melhorar a qualidade do cuidado materno-infantil e em reduzir a mortalidade materna e perinatal levou a criação de uma política específica voltada para a humanização do parto e nascimento com vistas a qualificar a assistência em todo o Brasil. Esta política é decorrente de um movimento em prol da maternidade segura e da humanização do parto que iniciou na década de 1970, devido às críticas ao modelo tecnocrático e intervencionista, cuja eficácia dos procedimentos não está baseada em evidência ou que já foram considerados ineficazes (DINIZ, 2005; TORNQUIST, 2003).

Neste contexto, o Ministério da Saúde lançou várias iniciativas que culminaram na instituição do Programa para Humanização do Pré-natal e Nascimento no ano 2000 e, mais recentemente, com a implementação da Rede Cegonha. A humanização, juntamente com o incremento da qualidade, do acesso, da capacidade instalada e da organização da assistência são aspectos essenciais para qualificar a estrutura e a assistência ao pré-natal, parto e puerpério e, conseqüentemente, reduzir a morbimortalidade materna e perinatal em todo o país. Nesse sentido, a humanização do parto e nascimento deve possibilitar que toda a estrutura e tecnologia existentes, se empregadas apropriadamente, garantam maior segurança

para as mães e os recém-nascidos e que estejam disponíveis para serem utilizadas por profissionais qualificados e em momentos oportunos (BRASIL, 2000; 2011).

Porém, as propostas da política de humanização encontram-se implantadas de forma diversificada no país (MAIA, 2010). Além disso, a atenção obstétrica ainda é caracterizada pelo emprego inapropriado de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto e parto, cujo uso abusivo das práticas intervencionistas e medicalizadoras podem levar a efeitos danosos para a mãe e o recém-nascido (DINIZ, 2009; ENKIN *et al.*, 2005). Ademais, ainda há precárias estruturas assistenciais, sobretudo nos serviços públicos de regiões carentes do país, os quais se encontram sucateados e não contam com estrutura física, material, organizacional e de transporte adequadas para promover qualidade assistencial à mulher, ao recém-nascido e à família (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Existe, ainda, a necessidade de avaliações e modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto e nascimento nas maternidades brasileiras, onde haja um processo que inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e das gestantes em prol da prevenção dos óbitos. A adequação física da rede hospitalar, para que a mulher possa ter um acompanhante durante o trabalho de parto e para os procedimentos de alívio da dor, requer, além de boa vontade, também investimentos e monitoramentos. Dessa forma, o Ministério da Saúde recomenda a adoção de medidas de ordem estrutural, de capacitação técnica, gerencial e financeira, e de atitude ética e humana do profissional envolvido na assistência, propiciando às mulheres um parto humanizado e de qualidade (BRASIL, 2001). A implantação de práticas baseadas em evidências na atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto e a redução das práticas abusivas têm maior potencial de prevenção da mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

A qualidade dos serviços de saúde é um importante determinante para o sucesso da assistência e pode ser comprometida pela falta de estrutura adequada nos diversos serviços (MAGLUTA *et al.*, 2009). Este problema se agrava em regiões carentes do país, como os municípios do interior e as periferias das grandes cidades, onde a estrutura dos serviços de saúde se encontra defasada e com fragilidades, como a dificuldade de permanência de profissionais qualificados (BRASIL, 2013a; 2013b). Quando se considera a avaliação em saúde pautada no modelo de Donabedian, adequadas condições de estrutura são pré-requisitos favoráveis para a qualidade da assistência, pois aumenta a probabilidade da ocorrência de um bom processo e, conseqüentemente, de resultados positivos (DONABEDIAN, 1988). Um dos

grandes desafios se concentra em compor os serviços com as condições de estrutura adequada, pois essa é ainda instável (MAGLUTA *et al*, 2009) e desigual entre as regiões do país, devido, sobretudo à pobreza e dificuldade de acesso (TRAVASSOS *et al.*, 2006).

Neste contexto, insere-se a região do Vale do Jequitinhonha, no Estado de Minas Gerais onde, além de ser uma das regiões mais pobres e de maior incidência de óbitos materno-infantil do Estado, também apresenta escassez de recursos humanos qualificados, insuficiência de infraestrutura de serviços de saúde para atender às demandas regionais, deficiência na humanização do atendimento, dentre outros problemas sociais (BRASIL, 2005a). Dessa forma, a avaliação de serviços de saúde voltados para a assistência humanizada ao parto e nascimento nesta região se torna de extrema importância.

Tendo em vista que a maior parte dos óbitos maternos e infantis ocorre entre o período intraparto e pós-parto, que a grande maioria dos partos é realizada em instituições hospitalares e, considerando a relevância da humanização do parto na redução da mortalidade materno-infantil e a necessidade da avaliação de serviços e programas de saúde, torna-se fundamental pesquisar as condições da assistência ao parto e nascimento, investigando a estrutura e o processo de assistência, com enfoque na implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, além do contexto das instituições hospitalares. Neste sentido, é relevante investigar a disponibilidade dos recursos físicos, materiais, humanos e organizacionais e verificar as deficiências estruturais e do processo de trabalho que ainda persistem e que podem contribuir para a inadequação da estrutura e da assistência humanizada em instituições que assistem o parto e nascimento, em uma região do interior do país com precárias condições socioeconômicas.

Com abordagem na estrutura e no processo de assistência ao parto e nascimento, como aspectos importantes no esforço de melhorar a qualidade da atenção à saúde (DONABEDIAN, 1988), esta investigação pode fornecer informações importantes que podem auxiliar na análise e no planejamento das prioridades e intervenções necessárias para melhorar a qualidade dos serviços e a humanização da assistência ao parto e nascimento e diminuir a morbimortalidade materna e perinatal na região do médio Vale do Jequitinhonha. Portanto, de acordo com o exposto no relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, a qualificação da estrutura e do cuidado em saúde, no aspecto da melhoria nas relações de trabalho e de garantia de direitos de acesso às melhores práticas disponíveis e recomendadas com evidências científicas, é fundamental para os avanços nos resultados em saúde materna e infantil (BRASIL, 2012).

1.1 A institucionalização do Parto e as Políticas de Humanização do Parto no Brasil

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, como uma experiência da esfera familiar e íntima, compartilhada entre as mulheres, sendo a parturiente assistida por parteiras sem formação técnica ou acadêmica. Em pouco mais de um século, o parto se tornou uma prática dominada pela medicina, institucionalizada nos hospitais, medicalizada e regulada por políticas públicas. A assistência médico-hospitalar ao parto e nascimento confere novos significados ao parir e nascer. De evento fisiológico, familiar e social, transforma-se em ato médico, onde o risco de patologias e complicações se torna a regra, e não a exceção. O parto medicalizado e hospitalar se tornou sinônimo de modernidade, de segurança e de ausência de dor. Dessa forma, se estabelece o modelo tecnocrático de assistência ao parto (BRÜGGEMANN; PARPINELLY; OSIS, 2005).

Neste modelo, o processo de medicalização do parto transformou os ciclos naturais da vida em objetos da medicina, passíveis de serem compreendidos e controlados pelo saber científico. Assim, a especialidade obstétrica passou a abordar o ciclo gravídico-puerperal como algo patológico, tendo a institucionalização da assistência obstétrica como fundamental para a garantia de um desfecho favorável do parto e nascimento. Quando o cuidado ao período de gravidez, parto e puerpério eram praticados por parteiras o foco da atenção era a mulher em sua integralidade, porém, com a hegemonia da obstetrícia, a mulher se reduziu ao útero gravídico e ao trajeto do parto. Tais mudanças não propiciaram melhoras na redução da morte materna e neonatal, mas, pelo contrário, promoveram a desumanização da assistência (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007; TORRES; SANTOS; VARGENS, 2008).

Na segunda metade do século XX, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, houve uma rápida expansão no uso de muitas tecnologias, com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência e a saúde de mães e crianças. No entanto, este processo levou à adoção acrítica de intervenções inapropriadas, desnecessárias e às vezes perigosas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança, sendo a manutenção dos altos índices de mortalidade materna e perinatal em ambientes hospitalares relacionada a um modelo de assistência ao parto que pratica intervenções excessivas (ENKIN *et al.*, 2005; WAGNER, 2001; WHO, 1996). A valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto por profissionais, a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada, onde o desejo das mulheres importa muito pouco,

principalmente nas populações mais carentes, as quais possuem menor acesso à informação (BRASIL, 2001).

Dentre as mudanças mais significativas no manejo do parto, provocadas pela sua institucionalização e pelo Modelo Tecnocrático, Martins (2005) destaca que a mais importante é a posição da mulher no trabalho de parto e parto, ou seja, da posição vertical (sentada) para a horizontal (deitada). Esta mudança teve como antecedente a medicalização do parto, que obrigou a mulher a se imobilizar e a se deitar. A posição deitada (litotomia) dificulta o processo fisiológico do trabalho de parto e parto, entretanto ela se justifica por duas perspectivas inseridas no modelo tecnocrático: facilitar ao médico examinar, por meio do olhar, o trabalho de parto, bem como permitir a condução ativa do parto por ele. Deitada na cama, a mulher se torna totalmente vulnerável e o médico se torna o sujeito do parto. Além disso, como a posição deitada dificulta o trabalho de parto, justifica-se o uso indiscriminado de ocitocina. A posição deitada e a ocitocina prendem a mulher no leito e impedem que se movimente livremente, o que, por sua vez, aumenta as dores, justificando a anestesia. A posição deitada e a anestesia impedem a mulher de participar ativamente do parto, obrigando o médico à manobra de “Kristeller” (empurrar a barriga da gestante com o braço ou o corpo). E para finalizar a cascata de intervenções que podem levar a complicações, a posição deitada não facilita o relaxamento do músculo do períneo, obrigando o médico a realizar a episiotomia nos partos vaginais. Estas intervenções e, conseqüentemente as complicações, terminam em uma intervenção final, em geral uma cesárea, que não teria ocorrido se a cascata não tivesse se iniciado (MARTINS, 2005; MOLD; STEIN, 1986).

Não se pode negar que a tecnologia e os estudos científicos têm proporcionado avanços inquestionáveis na qualidade da assistência obstétrica, se bem utilizados. Entre estes, cabe destacar a evolução da cirurgia cesariana que, de um procedimento antes só realizado em mulheres mortas para salvar a vida do feto, passou a ser procedimento que, em algumas situações, proporciona segurança à vida, tanto da mulher como do feto (BRASIL, 2000). As últimas décadas do século XX foram marcadas por grandes avanços científicos e tecnológicos nas áreas da saúde materna e perinatal, por isso, torna-se inadmissível que a assistência ao parto e nascimento cause danos à saúde materna e perinatal (BRASIL, 2009a).

Em resposta a este movimento intervencionista, no final da década de 1970, foi criado, na Europa, um comitê regional para estudar os limites das intervenções propostas para reduzir a morbidade e a mortalidade perinatal e materna naquele continente, que detectou vários problemas, dentre eles a falta de consenso sobre os melhores procedimentos na assistência. A

partir deste comitê, vários grupos de profissionais passaram a se organizar para sistematizar os estudos de eficácia e segurança na assistência à gravidez, ao parto e pós-parto, iniciando um esforço que se estendeu mundialmente, apoiado pela OMS. Um dos resultados mais importantes foi a publicação da revisão sistemática de cerca de 40.000 estudos, publicados desde 1950, sobre 275 práticas de assistência perinatal, classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Este trabalho de uma década contou com o esforço conjunto de mais de 400 pesquisadores, incluindo obstetras, pediatras, enfermeiras, estatísticos, epidemiologistas, cientistas sociais, parteiras etc (CHALMERS *et. al.*, 2008; WHO, 1985).

Na metade da década de 1980, a OMS publicou a primeira fase destes trabalhos (WHO, 1985; 1986) e, a partir da metade da década de 1990, passou a divulgar e a recomendar amplamente documentos baseados nestes estudos, com enfoque na maternidade segura (WHO, 1996; 1998). Desde então, a avaliação científica das práticas de assistência vem evidenciando a efetividade e a segurança de uma atenção ao parto com um mínimo de intervenção sobre a fisiologia, e de muitos procedimentos centrados nas necessidades das parturientes, ao invés de organizados em função das necessidades das instituições de assistência. Isto resultou em um novo paradigma, que propõe uma assistência para obtenção do binômio mãe-filho saudável, com o mínimo possível de intervenção e que seja compatível com a segurança, ou seja, deve haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural do parto (WHO, 1996).

No Brasil, a década de 1980 foi marcada por grande debate no setor saúde, envolvendo pesquisadores, feministas, profissionais de saúde e órgãos governamentais. Neste cenário, criou-se um amplo movimento de oposição ao modelo de saúde vigente que impulsionou a Reforma Sanitária Brasileira, baseada nos princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade da atenção. No que se refere às políticas públicas voltadas para a saúde materna e perinatal, no início da década de 1980, a partir de um marco normativo fortemente influenciado pelo movimento feminista, ocorreram as primeiras iniciativas para desmedicalização e resgate da fisiologia na assistência ao parto e nascimento. O movimento reivindicava a humanização da assistência à gravidez e ao parto e questionava o tratamento do parto como um evento patológico e arriscado, que utiliza tecnologia agressiva, invasiva e potencialmente perigosa (DINIZ; CHACHAM, 2002). Em decorrência deste movimento feminista, o Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de propor um modelo de saúde para propiciar o atendimento integral das necessidades desse grupo e de aplicação ampla no sistema básico de

saúde (BRASIL, 1984). Esta foi a primeira política pública do Ministério da Saúde que aponta para a questão da humanização da assistência ao parto e nascimento.

A partir da década de 1990, fortaleceram-se as discussões sobre o modelo do parto vigente no país, o qual estava alicerçado em excesso de ações intervencionistas e medicalizadoras. Em 1991, com vistas na valorização ao parto normal e nascimento e a busca pelo resgate do parto como um evento fisiológico, o Ministério da Saúde, publicou um manual técnico sobre cuidados durante a assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, no qual continha considerações importantes a respeito da possibilidade de construção de um novo modelo de assistência ao nascimento no Brasil (BRASIL, 1991).

Neste contexto, foi organizada, em 1993, de maneira autônoma e independente, uma rede para discutir a situação do nascer no país, que resultou no manifesto de apoio ao parto natural, denominado de “Carta de Campinas” e, conseqüentemente, na criação da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna). Esta rede apontou o risco para a saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; a necessidade de resgatar o momento do nascimento como um evento existencial e sociocultural crítico, com profundas e extensas conseqüências pessoais; a importância de revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas em face ao parto e ao nascimento e de aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento. Dentre as suas atuações, a Rehuna assessorou o Ministério da Saúde na construção e implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal em 2004 e se tornou parceira no processo de qualificação das maternidades desde 2002 (RATTNER *et al.*, 2010). Outras organizações com atuação na melhoria e humanização da assistência são a rede Parto do Princípio, as Organizações Não Governamentais (ONG) Amigas do Parto e Bem Nascer, a Associação de Obstetizes e Enfermeiras Obstétricas (Abenfo), a Associação Nacional de Doulas (ANDO), entre outras (RATTNER, 2009) .

Em 1995, o Ministério da Saúde, junto com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações para a Infância (UNICEF), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), OMS e Fundo das Nações Unidas (FNUAP), publicou um documento com orientações e passos para o desenvolvimento de práticas em prol da maternidade segura (BRASIL, 1995). Este documento foi inspirado na “Iniciativa Maternidade Segura”, lançada mundialmente em Nairobi, pela OMS, em 1987, na Conferência Internacional sobre Maternidade Segura (WHO, 1998). Ao todo são oito passos para a maternidade segura, caracterizados como um conjunto de critérios e procedimentos que

apontam para a necessidade de informação sobre saúde reprodutiva, de rotinas escritas e de treinamentos para a coordenação dessa assistência. Além disso, discutem-se o acesso e o cuidado à saúde de qualidade durante a gestação e o nascimento, incentivando o parto normal e humanizado e enfatizando a importância de uma estrutura adequada para o desenvolvimento da assistência materna e perinatal (BRASIL, 1995; WHO, 1998).

Em 1998, inicia-se a implementação de uma série de iniciativas com objetivo de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, incentivar a humanização nos serviços públicos, reduzir as taxas de cesáreas, revalorizar o parto normal e fortalecer a relação da mãe com seu bebê. O Ministério da Saúde instituiu o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1999) e, reconhecendo a importância do enfermeiro obstetra no contexto de humanização, autorizou a realização de parto normal sem distócia por esse profissional (BRASIL, 1998a). Foi instituída a Iniciativa “Hospital Amigo da Criança” para os estabelecimentos que desenvolverem ações de estímulo ao aleitamento materno. Foram estabelecidos mecanismos de controle da cesárea com a criação de um teto percentual decrescente de limites a esta intervenção, (40% em 1998, 35% em 1999 e 30% no ano 2000), com previsão de sanções financeiras para os serviços que não reduzissem suas taxas (BRASIL, 1998b).

Ainda em 1998, o Ministério da Saúde criou o projeto de premiação de maternidades com o prêmio “Galba de Araújo”, concedido às instituições que se destacam no atendimento à gestante e ao recém-nascido, considerando a qualidade da assistência prestada e inovações que visem à humanização (BRASIL, 2001). Ademais, outras medidas que visam à melhoria da atenção ao parto e nascimento também foram tomadas, como o incentivo e o investimento na qualificação das maternidades que realizam partos e serviços de urgência para atenção às mulheres e aos recém-nascidos, assim como a priorização na capacitação e educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica (BRASIL, 2004a).

Após vários debates no âmbito das organizações governamentais e não governamentais e com a implementação de várias iniciativas em prol da humanização do parto e nascimento, no ano 2000 foi instituído, pelo Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do SUS, com o objetivo principal de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, garantindo os direitos de cidadania e promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência

obstétrica e neonatal, bem como sua organização e regulação e, conseqüentemente, reduzir as taxas de mortalidade materna, fetal e infantil (BRASIL, 2000; 2002).

O programa foi desenhado para englobar a assistência no pré-natal, parto e puerpério e compreende três componentes: (1) de incentivo ao cuidado pré-natal; (2) de organização, regulação e investimento no cuidado obstétrico e neonatal e (3) novo sistema de pagamento do parto. Estes componentes tratam sobre o que compreende a assistência humanizada ao pré-natal, parto e nascimento, investimentos previstos para que a estrutura dos locais de atendimento ao parto esteja adequada, desenvolvimento de referência e contra-referência; dentre outros aspectos, detalhando o que deve ser feito para garantir uma assistência de qualidade (BRASIL, 2000).

A política de humanização do parto assegura que para oferecer adequada assistência à mulher e ao recém-nascido no momento do parto, as unidades de saúde têm como responsabilidades atender e garantir a internação de todas as gestantes; estar vinculada à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal de modo a garantir a internação da parturiente nos casos de demanda excedente; transferir a gestante e/ou o neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade; estar vinculada a uma ou mais unidades que prestam assistência pré-natal; garantir a presença de pediatra na sala de parto; realizar o exame de VDRL na mãe; admitir a visita do pai sem restrição de horário; dispor de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos e garantir a realização de partos normais e cirúrgicos e atendimento a intercorrências obstétricas (BRASIL, 2000).

Em comunhão com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o Ministério da Saúde editou, em 2001, o manual Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher (BRASIL, 2001). A publicação define o que considera humanização da assistência e defende uma nova perspectiva em que os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, as intervenções desnecessárias devem ser evitadas e a privacidade e a autonomia maternas preservadas. O manual apresenta a classificação dos procedimentos de rotina no parto normal em quatro categorias: práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser usadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado (BRASIL, 2001).

No esforço de ampliação das normativas referentes à atenção ao parto e nascimento, buscando consolidar um novo paradigma baseado na humanização, o Ministério da Saúde

instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, por meio da portaria nº. 1067, de 06 de julho de 2005. Dessa forma, para que haja uma atenção com qualidade e humanizada é preciso que haja fornecimento dos recursos necessários e organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, de forma a evitar intervenções desnecessárias. Além disso, deve haver o estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, a fim de garantir privacidade, autonomia e compartilhamento das decisões sobre as condutas a serem adotadas com a mulher e sua família (BRASIL, 2005b). Neste mesmo ano de 2005, o Ministério da Saúde instituiu a Lei nº. 11.108 de 2005, que regulamenta a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005c).

Dentre os aspectos acerca do que seja uma “assistência qualificada e humanizada”, destaca-se a utilização do partograma; o oferecimento de líquido por via oral à parturiente durante o trabalho de parto; o respeito à escolha da mulher sobre o local e a posição do parto; o respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; o fornecimento, às mulheres, das informações e explicações que desejarem e da liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto; o oferecimento de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagens, banhos e técnicas de relaxamento durante o trabalho de parto; a execução de procedimentos pré-anestésicos e anestésicos, quando pertinente; e o uso restrito de episiotomia (BRASIL, 2005b).

Ademais, a questão da humanização tem sido ampliada para incluir, também, as características dos espaços físicos, onde sejam mais seguros, acolhedores e que ofereçam mais liberdade de movimentação para a parturiente. Assim, em 2008, o Ministério da Saúde, por meio da Resolução da Diretoria Colegiada nº 36 (RDC 36) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e considerando as metas para redução da MI e materna, o parto e nascimento como acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e fisiológico, a política de humanização do parto e nascimento, dentre outros aspectos, instituiu o Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. O objetivo desta resolução é estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão e na redução e controle de riscos aos usuários e meio ambiente (BRASIL, 2008). Entretanto, vale ressaltar que a não adequação da estrutura, sobretudo do espaço físico, na assistência humanizada ao parto e nascimento não deve ser um limitador nas possibilidades de transformação da

assistência no que diz respeito tanto às práticas obstétricas quanto ao relacionamento entre profissional de saúde e parturiente (DIAS, 2006).

De acordo com a RDC 36, a estrutura dos serviços de atenção obstétrica e neonatal devem permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher no acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto, bem como ambiência acolhedora, alojamento conjunto desde o nascimento e ações de humanização da atenção à saúde. A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com a legislação vigente e as bases científicas comprovadas. Sendo assim, os padrões normativos estabelecidos pela RDC 36, e que estão em consonância com as políticas de humanização do parto e nascimento, abrangem as condições organizacionais, a infraestrutura física, os recursos humanos, materiais e equipamentos, o acesso a recursos assistenciais, os processos operacionais assistenciais, o transporte de pacientes, a prevenção e controle de infecção, a biossegurança, a notificação de eventos adversos graves, o descarte de resíduos e a avaliação dos serviços (BRASIL, 2008).

Recentemente, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha, por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Esta rede veio corroborar com a atenção humanizada e qualificada no período perinatal, uma vez que se trata de uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além de incluir o direito ao planejamento reprodutivo pelas mulheres e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Dentre os quatro componentes da estratégia, o do parto e nascimento prioriza ações pautadas na humanização, as quais estão relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde. Ainda de acordo com a Rede Cegonha, para garantir acesso com qualidade é fundamental a reorganização da atenção em direção à assistência humanizada e de qualidade, baseada em evidências científicas e centrada no bem-estar da mulher, da criança, do pai e da família (BRASIL, 2011).

Diante destas normatizações, de fato, o Ministério da Saúde assume a humanização como um item essencial para qualificar a assistência perinatal e, conseqüentemente reduzir a mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000; 2011). As práticas em favor da humanização, propostas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, resgatam a possibilidade de empoderamento das mulheres, mudança nas ações desempenhadas e na organização dos serviços de saúde, em favor da naturalidade, com

intervenções pontuais, utilizadas quando se comprovarem necessárias (TORNQUIST, 2003). Entretanto, o próprio Ministério da Saúde assume que o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001).

A humanização da assistência ao parto tem sido discutida por vários autores (DIAS; DOMINGUES, 2005; DINIZ; CHACHAM, 2002; DINIZ, 2005; DINIZ *et al.*, 2014; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013; PARADA; CARVALHAES, 2007; RATTNER, 2009; RATTNER *et al.*, 2010; TORNQUIST, 2003) como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto por meio de práticas médicas com menos intervenções desnecessárias, com respeito à fisiologia destes momentos e oferta de necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família. Para o Ministério da Saúde a humanização do parto e nascimento compreende, basicamente, dois aspectos: o primeiro na perspectiva dos direitos de cidadania, em que os serviços de saúde têm o dever de receber a mulher, sua família e o recém-nascido com dignidade; e o segundo diz respeito à organização das instituições de saúde no sentido de disponibilizar ambiente acolhedor e implantar rotinas e práticas que evitem intervenções desnecessárias na mulher e no recém-nascido (Brasil, 2002; 2004b). Além disso, para Dias e Domingues (2005, p. 704), “a proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde”.

Nesse sentido, nos últimos anos a legitimidade do modelo tecnocrático de assistência ao parto e nascimento se torna ameaçada pelo modelo humanizado, o qual vem norteando as políticas públicas e as normas governamentais desde a década de 1990. No entanto tem enfrentado vários desafios para a sua implantação. Por isso, é grande o enfoque das políticas públicas e dos estudos para consolidar a proposta de assistência ao parto e nascimento baseada em evidências científicas, que busca promover a integração da experiência clínica às melhores evidências disponíveis, considerando a segurança nas intervenções e a ética na totalidade das ações. Ademais, esta proposta faz com que haja o rompimento do tradicional isolamento imposto à mulher na hora do parto, bem como a adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento,

evitando práticas intervencionistas desnecessárias e, conseqüentemente, prevenindo as mortes perinatais (MAIA, 2010).

Portanto, torna-se importante não somente o envolvimento dos movimentos governamentais e não governamentais, mas também a participação de gestores, profissionais de saúde e da sociedade como um todo em prol da implantação de uma assistência mais humanizada no parto e nascimento, que vise à melhor qualidade assistencial (DIAS; DOMINGUES, 2005; MOURA *et al.*, 2007). Uma assistência mais humanizada só ocorrerá quando o modelo tecnocrático for desconstruído e o profissional de saúde se tornar um facilitador não intervencionista desnecessariamente no processo do nascimento, em relação à fisiologia e à autonomia da mulher (MALHEIROS *et al.*, 2012). Além disso, entende-se que para poder refletir sobre as práticas na assistência ao parto e ao nascimento em um serviço tido como humanizado é preciso vislumbrar os limites e as possibilidades de uma prática contextualizada (MORAIS, 2010). Uma das condições básicas para esta reflexão e para a organização da assistência é a realização de avaliação dos serviços de saúde, sobretudo referente à estrutura disponível e o processo de assistência desenvolvido.

1.2 Avaliação em saúde e a análise de implantação

Apesar de ser uma atividade bastante antiga e inerente ao processo de aprendizagem, o campo da avaliação só passou por um processo de expansão durante a segunda guerra mundial e, desde então, vem ganhando importância crescente nas últimas décadas, sobretudo em termos de produção científica e de sua institucionalização (SILVA, 2005; WORTHEN *et al.*, 2004). Nesse período, o crescimento dos sistemas de proteção social incorporou segmentos populacionais até então não assistidos pelos programas de governo, o que gerou aumento nos custos e exigiu processos avaliativos que orientassem a aplicação dos recursos pelo Estado. Além da necessidade de avaliação das políticas públicas implementadas para solucionar os problemas sociais existentes naquela época. Neste mesmo período também houve a incorporação da avaliação no planejamento dos programas de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002).

No Brasil, a avaliação de políticas e programas de saúde começa a se desenvolver a partir da década de 1980, tanto do ponto de vista acadêmico como de sua incorporação ao cotidiano da administração pública (VIEIRA-DA-SILVA, 2005; UCHIMURA; BOSI, 2002) e ainda se encontra em um processo de expansão, diversificação conceitual e metodológica, o

que está propiciando novos instrumentos aos administradores para a tomada de decisão (NOVAES, 2000). Recentemente, observa-se o aumento no debate em torno da pertinência da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO *et al.*, 2006; FREESE *et al.*, 2005; TANAKA; MELO, 2004).

De acordo com Contandriopoulos e colaboradores (1997), a institucionalização da avaliação, sobretudo em órgãos públicos, é condição essencial para a racionalização de políticas em todo o mundo, cuja finalidade é aumentar o desempenho das intervenções, por criar mecanismos formais de produção de informação acerca de programas e políticas públicas. Entretanto, ainda persiste uma importante lacuna relacionada à incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores (SILVA, 2005). No Brasil, apesar de ser assunto frequente na agenda científica técnica e legal, a avaliação ainda se apresenta de forma incipiente, pouco incorporado às práticas e, quase sempre, com um caráter prescritivo e burocrático (BRASIL, 2005d).

Ao se investir na institucionalização da avaliação busca-se contribuir decisivamente na qualificação da atenção à saúde, promovendo a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do SUS e abrangentes em suas várias dimensões: da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico (FELISBERTO, 2004). A avaliação de políticas públicas permite, além de informações em prol da melhoria da eficácia de uma prática social, também a possibilidade de transformação dessa prática de acordo com os interesses dos envolvidos, considerando suas relações contextuais (HARTZ; SANTOS; MATIDA, 2008).

Segundo Figueiró e colaboradores (2004) a avaliação é fundamental para a compreensão das ações realizadas e dos resultados obtidos no campo da atenção à saúde, permitindo a verificação da execução e da qualidade das ações desenvolvidas. Além de ser um importante instrumento para a tomada de decisões, a avaliação orienta a correção, reorganização, reestruturação, implantação e implementação de políticas, programas e projetos e de novas práticas nos serviços de saúde (FREESE *et al.*, 2005).

A avaliação pode ser concebida como “uma modalidade de pesquisa que se utiliza de métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados” (UCHIMURA; BOSI, 2002, p.1563). Também pode ser definida como “processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos” (MOTTA, 1989, p.1).

Para a OMS, a avaliação é o processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto de atividades fundamentadas em seus objetivos. Ademais, é um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão (WHO, 2000).

Nesse sentido, Hartz (1999) chama a atenção ao fato de que além de permitir um julgamento de valor, a avaliação também tem como objetivo garantir a implantação prática das políticas ou o funcionamento dos serviços, em que, de acordo com Contandriopoulos (2006), as informações produzidas contribuem no julgamento de uma determinada situação com maior validade, o que influencia positivamente as decisões. Já Vieira-da-Silva (2005) caracteriza a avaliação em saúde como um campo de conhecimento marcado por uma diversidade conceitual e terminológica, uma pluralidade metodológica e por uma multiplicidade de questões consideradas pertinentes.

Devido às diversas possibilidades de expressão da avaliação em saúde e sua diversidade conceitual e metodológica torna-se essencial uma definição das opções teóricas e técnicas adotadas por aqueles que pretendem realizar estudos avaliativos (VIEIRA-DA SILVA, 2005; WORTHEN et al., 2004). Nesse sentido, no presente estudo optou-se pela definição proposta por Contandriopoulos e colaboradores (1997 p. 34) devido ao seu caráter simples e abrangente, em que a avaliação é definida como “fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”.

Uma intervenção é constituída pelo conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática e caracteriza-se por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos e contexto preciso em um dado momento. Dessa forma, a avaliação possibilita o monitoramento contínuo da intervenção, o que proporciona a verificação sistemática do cumprimento dos objetivos propostos para obtenção dos resultados desejados (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Ainda, de acordo com Contandriopoulos e colaboradores (1997), o julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa), ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). Nessa perspectiva, a avaliação normativa é definida como “a atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços

ou os bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997 p.34). Nesta avaliação existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os efeitos reais do programa ou da intervenção. A pesquisa avaliativa utiliza métodos científicos para fazer um julgamento *ex-post* de uma intervenção. Mais precisamente, “trata-se de analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção, assim como as relações existentes entre a intervenção e contexto no qual ela se situa” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997 p.37).

Entretanto, além da definição da avaliação a ser utilizada, para compreender o processo de aproximação com o objeto a ser avaliado é preciso recorrer a uma proposta teórica sistematizada. Entre os modelos de avaliação de serviços e políticas de saúde, o desenvolvido por Donabedian está entre os mais utilizados. Este autor, com base no enfoque sistêmico e principalmente preocupado em avaliar a qualidade do cuidado médico, sistematizou diversas propostas de abordagens na tríade estrutura-processo-resultados e definiu a qualidade em saúde como sendo o grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes. A assistência de qualidade implica em aumentar as probabilidades de êxito e reduzir aquelas consideradas indesejadas (DONABEDIAN, 1988).

Donabedian parte do pressuposto de que boas condições de estrutura são pré-condições favoráveis para um bom processo, que conseqüentemente, aumenta a probabilidade da ocorrência de desfechos positivos (DONABEDIAN, 1988). Esta abordagem, também conhecida como análise de sistemas, é a mais desenvolvida e amplamente usada em avaliação. Tem, como vantagens, a orientação da gestão, a objetividade quantitativa e replicabilidade, a ênfase em relações de causa-efeito entre os componentes do sistema e sua lógica conceitual. Neste modelo, a estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais; o processo se refere ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes; e os resultados são o produto das ações e as modificações no estado de saúde de indivíduos e da população (DONABEDIAN, 1988).

Nesta perspectiva, o presente estudo baseou-se no quadro conceitual do modelo sistêmico proposto por Donabedian para avaliar o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, em seus componentes estrutura e processo. Segundo este autor, a avaliação da estrutura permite conhecer as ações implantadas e o desempenho dos serviços por meio de fatores como padronização dos procedimentos, sistemas de informação, produção de serviços,

recursos humanos, estrutura física, equipamentos. Estes indicadores de estrutura identificam as condições sob as quais o cuidado à saúde é oferecido aos usuários, ou seja, as condições de área física, tecnologia apropriada, recursos humanos entre outros. Os indicadores de processo mostram o que é realmente oferecido aos usuários em termos de cuidado, como por exemplo, a assistência prestada ao cliente, exames complementares solicitados, tratamento e o acompanhamento a curto, médio ou longo prazo. Estes indicadores são sempre comparados a padrões de qualidade previamente estabelecidos, como os parâmetros nacionais ou internacionais da intervenção investigada. Envolve a análise da qualidade da prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica (DONABEDIAN, 1984).

Neste contexto, de acordo com Contandriopoulos e colaboradores (1997, p.35) a avaliação da estrutura compreende um dos componentes da avaliação normativa e consiste em “saber em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados”, sendo que esta medida ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas. A avaliação do processo de trabalho, também componente da avaliação normativa, consiste em “saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados visados” (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 36).

Uma importante estratégia metodológica utilizada na pesquisa avaliativa e útil para demonstrar a lógica conceitual entre os componentes da intervenção proposta por Donabedian e para subsidiar a avaliação normativa é o modelo lógico. O Modelo Lógico é uma representação sistemática e visual das relações entre os recursos disponíveis para realização do trabalho, as atividades planejadas e os resultados\impactos que espera-se alcançar. O modelo relaciona os pressupostos teóricos do programa e as atividades aos resultados de curto e longo prazo, ou seja, demonstra como o programa deveria funcionar e como alcançar os objetivos desejados à luz de critérios e normas. Através deste modelo define-se o que deve ser avaliado e qual a contribuição do programa nos resultados alcançados. Dessa forma, para a construção do Modelo Lógico, deve-se levar em conta os aspectos que determinam a implementação do programa, seus aspectos estruturais e operacionais, bem como, os aspectos dos contextos organizacionais e sócio-políticos (MEDINA *et al*, 2005).

Ainda, segundo Rowan (2000), o modelo lógico é um desenho do funcionamento de um programa a ser implementado. Para o autor, o modelo lógico constitui uma importante

ferramenta de planejamento e avaliação nas diversas áreas de intervenção tanto públicas quanto privadas. Ela demonstra o fluxo de relações existentes entre os recursos, atividades, resultados e os impactos esperados.

Neste sentido, os elementos que compõem um modelo lógico deverão ser os recursos (humanos, financeiros, intelectuais, tecnológicos etc.) existentes para desenvolver o programa; as ações que deverão ser realizadas para atingir a meta do programa; os produtos e os resultados intermediários e finais. Ademais, devem ser levadas em conta no modelo lógico as hipóteses que sustentam as relações existentes e as possíveis variáveis de contexto que podem influenciar estas relações, ou seja, “os recursos adequados serão transformados em ações necessárias para os beneficiários selecionados, e isso, em um determinado contexto, irá levar aos resultados que o programa pretende alcançar” (CASSIOLATO; GUERESI, 2010 p.5). O modelo lógico é um passo essencial na organização dos trabalhos de avaliação e, ao se explicitar hipóteses de como o programa se desenvolverá, cria uma referência de como poderá ser realizada tanto a gestão quanto a avaliação do programa (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010).

Considerando a importância da avaliação das práticas de saúde como um instrumento norteador para os serviços, a elaboração de modelos lógicos para avaliação de políticas, programas e projetos é fundamental para validade externa da pesquisa. A sua construção é amplamente utilizada, em estudos na área da saúde, ao avaliar o grau de implantação de uma intervenção, proporcionando a compreensão de um determinado problema em diferentes contextos (DENIS; CHAMPAGNE, 2002).

Dentro da perspectiva da pesquisa avaliativa, vale destacar que esta é sistematizada em seis tipos de análise. A primeira é a análise estratégica e se refere à pertinência da intervenção. A análise da intervenção trata da comparação entre os recursos empregados e os objetivos da intervenção, enquanto a análise da produtividade verifica como os recursos são usados para produzir os serviços. A análise dos efeitos consiste em avaliar a influência dos serviços sobre os estados de saúde, enquanto a do rendimento compara os efeitos produzidos com os recursos utilizados. E por último, a análise de implantação que estuda a influência que pode ter a variação no grau de implantação de uma intervenção nos seus efeitos, e por outro lado, em apreciar a influência do ambiente, do contexto no qual a intervenção está implantada nos efeitos da intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

Neste contexto, a análise da implantação de um programa, sendo um dos componentes da pesquisa avaliativa, tem por finalidade identificar os determinantes e a influência da

variação na implantação implicados na produção dos efeitos de uma intervenção, ou seja, a influência do grau de implantação e do contexto nos resultados da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 2002; HARTZ *et al.*, 1997). Vale ressaltar que o desenho metodológico utilizado no presente estudo é a análise da implantação, sendo a avaliação normativa uma de suas etapas.

De acordo com Denis e Champagne (2002) a implantação refere-se à extensão da operacionalização adequada de uma intervenção, sendo o grau de implantação compreendido como a contribuição dos componentes do programa que são realmente implantados na produção dos efeitos. Este tipo de análise permite definir os fatores explicativos das diferenças observadas entre a intervenção planejada e a implantada. Ela é apropriada quando a intervenção é complexa e composta de elementos sequenciais (DENIS; CHAMPAGNE, 2002).

Segundo Vieira-da-Silva (2005), a análise de implantação permite, ao investigador, estudar os processos relacionados à operacionalização dos referidos programas, sendo de grande utilidade quando existe uma ampla variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes. Portanto, a análise do contexto de implantação é fundamental para se alcançar uma compreensão mais global da intervenção, uma vez que a presença de atores, interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção. Além disso, também influencia na distância entre o planejado e o executado.

No Brasil, estudos sobre a apreciação da implantação de intervenções têm sido cada vez mais indicados no sentido de observar em que medida as intervenções estão sendo operacionalizadas e adequadas em relação às normas existentes. Estudos dessa natureza são relevantes ao possibilitar a compreensão dos efeitos das intervenções na medida em que as ações, políticas e programas são implantados. Ademais, essa metodologia é um pré-requisito para estimar a adequação da quantidade e da qualidade das ações oferecidas (grau de implantação) (HARTZ *et al.*, 2002). Esta apreciação do grau da implantação de uma intervenção relaciona-se diretamente com a sua operacionalização. Para que ocorra a aferição correta do grau de implantação destas intervenções é preciso especificar *a priori* os componentes da intervenção; identificar as práticas requeridas para implantação da intervenção; descrever as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção; e analisar a variação na implantação em virtude da variação das características contextuais (DENIS; CHAMPAGNE, 2002).

Neste contexto, e considerando a relevância do Programa de Humanização do Parto e Nascimento como ferramenta de apoio às decisões na implementação das políticas públicas de saúde materno-infantil e sua repercussão para os serviços, cabe a utilização da proposta metodológica de análise da implantação em estudos sistemáticos que avaliam a quantidade e adequação dos serviços prestados em relação aos critérios e normas preconizados pelo Ministério da Saúde, levando em consideração o contexto em que cada serviço de saúde está inserido. As características essenciais da atenção obstétrica e neonatal, prestada pelos serviços de saúde, devem ser pautadas na qualidade e na humanização e a mulher e o recém-nascido têm o direito de serem acolhidos com dignidade e como sujeitos de direitos pelos serviços e profissionais de saúde. Sendo assim, uma atenção obstétrica e neonatal com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005b).



Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do médio Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

2.2 Específicos

- 1- Elaborar o modelo lógico do Programa de Humanização do Parto e Nascimento.
- 2- Caracterizar a estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento.
- 3- Caracterizar o processo de assistência ao parto e nascimento nas instituições hospitalares que prestam esta assistência.
- 4- Identificar indicadores de saúde perinatal, segundo as fontes primárias de dados nas instituições hospitalares.
- 5- Identificar os aspectos dificultadores para implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento relacionados à estrutura e ao processo.
- 6- Estimar o grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento nas instituições hospitalares, em conformidade com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.



*Casuística e
Métodos*

3 CASUÍSTICA E MÉTODOS

3.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa do tipo avaliativa, que incorpora a avaliação normativa em seus componentes de estrutura e processo da assistência ao parto e nascimento, para analisar o grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento em instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do Médio Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Ademais, é um estudo que contempla uma abordagem epidemiológica, de delineamento transversal e descritivo, para caracterizar a estrutura física e organizacional das instituições e investigar aspectos do contexto que possam influenciar o grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento.

As etapas adotadas no desenvolvimento do trabalho foram:

- construção do modelo lógico;
- caracterização das instituições hospitalares;
- avaliação da estrutura;
- avaliação do processo;
- determinação do grau de implantação.

3.2 Local do estudo

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divide o estado de Minas Gerais em mesorregiões e microrregiões. De acordo com o órgão, este sistema de divisão tem aplicações importantes na elaboração de políticas públicas e contribui para as atividades de planejamento, estudos e decisões quanto à localização de atividades econômicas, sociais e tributárias (BRASIL, 2014b). O Vale do Jequitinhonha, situado na região Nordeste de Minas Gerais, é uma destas mesorregiões e está subdividido em três grandes regiões: Alto, Médio e Baixo Jequitinhonha.

Para o presente estudo, foram selecionadas todas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do Médio Vale do Jequitinhonha. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Médio Vale do Jequitinhonha possui 10 instituições hospitalares que atendem partos e nascimentos,

distribuídos em 10 municípios. Todas estas instituições são conveniadas ao SUS e não há instituições exclusivamente com atendimentos privados.

A microrregião do Médio Jequitinhonha ocupa uma extensão territorial de 18.509,30 Km² e é composto por 17 municípios, sendo eles: Cachoeira de Pajeú, Caraí, Comercinho, Francisco Badaró, Medina, Novo Cruzeiro, Padre Paraíso, Ponto dos Volantes, Araçuaí, Berilo, Coronel Murta, Itaobim, Itinga, Jenipapo de Minas, José Gonçalves de Minas, Pedra Azul e Virgem da Lapa (IBGE, 2013). O território é caracterizado pelo clima semiárido que determina a maioria das condicionantes climáticas, com predominância do bioma caatinga e ocorrências de cerrado e mata atlântica (PTDRS, 2010). O rio Jequitinhonha e os seus afluentes são o recurso natural mais importante da região e, ao longo do tempo, funcionaram como eixos de ocupação, reservas de minerais preciosos, canais de circulação e base hídrica para as atividades agropecuárias. Entretanto, atividades humanas de desmatamento para fins agropecuários, de mineração e de garimpagem, sobretudo de empresas que utilizam dragas para extração, têm causado importantes danos ambientais (SANTOS, 2004).

O Vale apresenta índices de pobreza que colocam a região entre as mais carentes do Brasil, com sérios problemas de ordem ambiental, econômica e social, principalmente no âmbito da saúde. Por outro lado, é uma das regiões culturalmente mais ricas e expressivas do Estado de Minas Gerais, onde se encontra rico patrimônio, que se revela tanto em paisagens admiráveis, edificações e monumentos, quanto nas manifestações populares ligadas ao rico artesanato de barro, tecelagem, cestos, esculturas em madeira, trabalhos em couro, bordados, pintura e nas expressões musicais e folclóricas (NASCIMENTO, 2009; SANTOS, 2004).

A população total da região do Médio Vale do Jequitinhonha é de 287.396 habitantes, dos quais 128.117 vivem na área rural, o que corresponde a 44,58% do total. A região possui 20.410 agricultores familiares, 383 famílias assentadas e 21 comunidades quilombolas. As principais atividades econômicas estão relacionadas aos setores de agropecuária e ao comércio local (PTDRS, 2010). Parte da população recebe, ainda, auxílio financeiro de programas de transferência de renda do governo federal, tais como o Programa Bolsa Família (NASCIMENTO, 2009; SANTOS, 2004). A região apresenta índice de pobreza em torno de 46% e média de 0,651 no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Vale ressaltar que a média do IDH no Estado de Minas Gerais é de 0,774 (PTDRS, 2010).

Os municípios, onde as 10 instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do médio Vale do Jequitinhonha estão localizadas, podem ser

visualizados no mapa ilustrativo da Figura 1. São eles: Araçuaí, Berilo, Cachoeira do Pajeú, Carai, Itaobim, Medina, Novo Cruzeiro, Padre Paraíso, Pedra Azul e Virgem da Lapa.

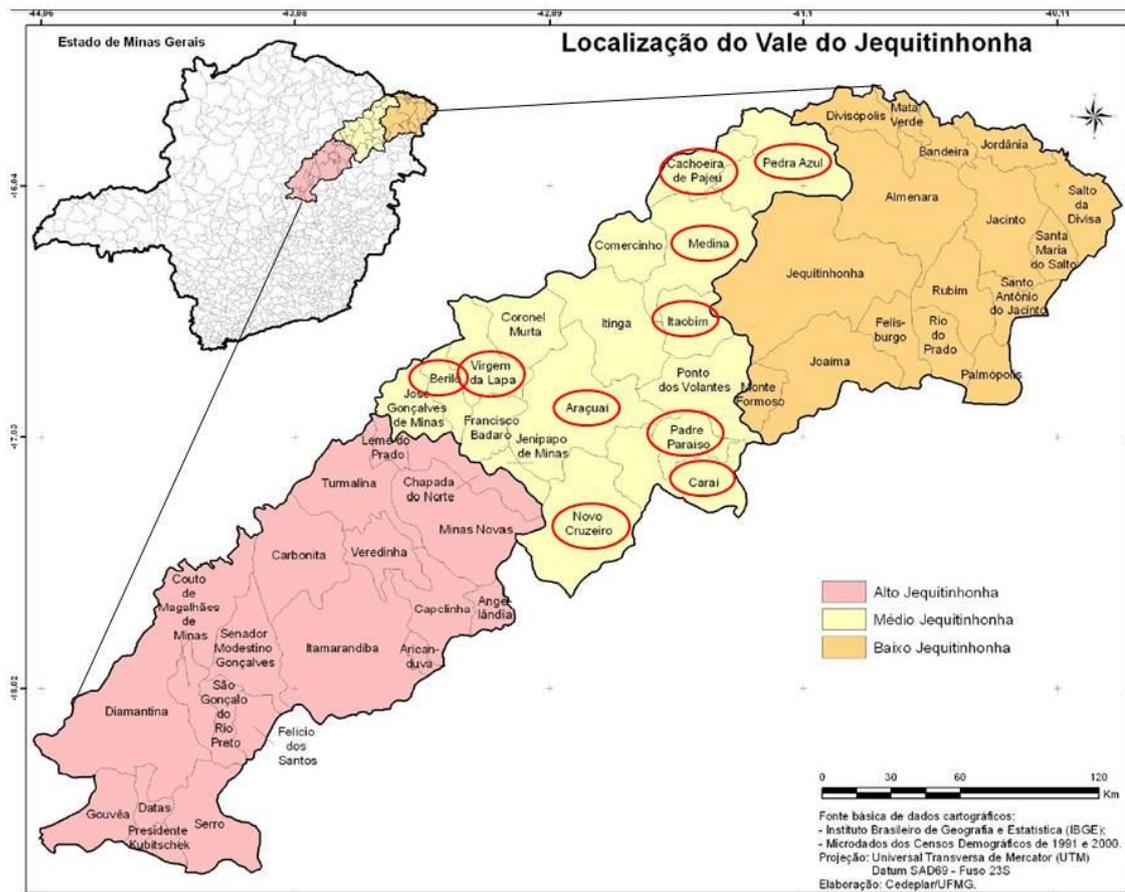


FIGURA 1 – Mapa ilustrativo dos municípios onde estão localizadas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha, MG.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE

Elaboração: Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional - CEDEPLAR/UFMG

O Quadro 1 mostra que, segundo o censo demográfico de 2010, a população total destes é de 208.674 habitantes, com variação de 8.959 a 36.013 habitantes entre os municípios. A taxa de analfabetismo da população acima de 10 anos de idade é entre 15,85 e 24,45% e o IDH entre 0,558 e 0,663. A taxa de mortalidade infantil em 2011 variou de 16,12 a 45,45/1000 nascidos vivos entre os municípios, sendo a principal causa dos óbitos referente às afecções perinatais (BRASIL, 2014c). A referência para atendimento terciário na área da obstetrícia situa-se no município de Teófilo Otoni, que fica distante, em média, 180 km das instituições do estudo, sendo o município mais próximo localizado há 99 km e o mais distante há 255 km.

Municípios	População Total 2010	IDH 2010	% População Analfabeta*	Taxa de Mortalidade Infantil**- 2011	Principal causa do óbito infantil - 2011
Araçuaí	36.013	0,663	15,85	21,85	Afecções perinatais
Berilo	12.300	0,628	18,15	21,89	Afecções perinatais
Cachoeira de Pajeú	8.959	0,578	24,45	39,21	Afecções perinatais/ Doenças infecciosas
Caraiá	22.343	0,558	23,08	16,12	Afecções perinatais
Itaobim	21.001	0,629	18,87	20,46	Afecções perinatais/ Malformação congênita
Medina	21.026	0,624	20,11	26,51	Afecções perinatais
Novo Cruzeiro	30.725	0,571	24,03	27,50	Afecções perinatais/ Malformação congênita
Padre Paraíso	18.849	0,596	20,20	17,42	Afecções perinatais
Pedra Azul	23.839	0,627	17,76	21,12	Afecções perinatais
Virgem da Lapa	13.619	0,610	20,09	45,45	Afecções perinatais

Quadro 1 – Informações relativas aos municípios onde estão localizadas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no médio Vale do Jequitinhonha, MG.

Nota: * População analfabeta acima de 10 anos de idade, segundo censo 2010; **Taxa de mortalidade infantil direta por mil nascidos vivos em 2011.

Fonte: DATASUS e IBGE cidades@

3.3 Fontes e técnicas de coleta de dados

Foram convidadas a participar deste estudo representantes de todas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do Médio Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, totalizando 10 instituições hospitalares selecionadas. A coleta dos dados nestas instituições foi realizada por meio de instrumentos adaptados da pesquisa “Condições de nascimento e de assistência ao parto em uma amostra de municípios de médio e pequeno porte no Norte, Nordeste e Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais” desenvolvida pelo Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, com colaboração da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Neste sentido, para coletar os dados, foi realizada uma visita em cada uma das instituições hospitalares e aplicado um questionário estruturado (APÊNDICE 1) durante as entrevistas com o diretor clínico ou responsável técnico da instituição, o enfermeiro que presta assistência à mãe e ao recém-nascido e o médico responsável pela assistência ao parto e nascimento ou o médico plantonista do dia. Cada profissional foi entrevistado em momentos distintos. Após estas entrevistas, foi realizada uma visita nas dependências de cada maternidade com a presença do diretor/responsável técnico ou outro profissional designado por ele, com o intuito de observar todas as instalações e os recursos materiais disponíveis para

a assistência ao parto e nascimento, inclusive as farmácias hospitalares. Nesta etapa foi utilizado um roteiro (APÊNDICE 2) para checagem destes aspectos estruturais.

Além das entrevistas com os profissionais de saúde e a observação da estrutura, também foram utilizadas outras fontes de dados primários pertencentes às instituições para obter informações sobre os indicadores de saúde, tais como o livro de registro da maternidade e/ou neonatologia, o arquivo de declarações de óbitos e o arquivo eletrônico da Central de Regulação Assistencial de Leitos em Minas Gerais – SUS-Fácil. Os indicadores de saúde perinatal coletados nos hospitais foram referentes aos anos de 2011 e 2012.

Os instrumentos de coleta de dados (questionário estruturado e o roteiro de observação) foram desenvolvidos com base nos documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde referentes à atenção obstétrica e neonatal e à assistência humanizada ao parto e nascimento (BRASIL, 2000; 2002; 2005b; 2005c; 2008). Todas as etapas de obtenção dos dados foram realizadas por duas estudantes de pós-graduação previamente treinadas para padronização de condutas, no período de janeiro e fevereiro de 2013.

O questionário estruturado que subsidiou as entrevistas com os profissionais abrangeram as seguintes informações:

- identificação da instituição (dados sobre o CNES);
- caracterização da instituição (dados sobre a classificação de risco da unidade de saúde, tipos de partos atendidos e de transportes de paciente disponíveis, entre outros);
- disponibilidade e capacitação de recursos humanos (quantitativo de profissionais de saúde disponíveis, escalas de plantões, cursos de capacitação, entre outros);
- organização e estruturação interna do trabalho (dados sobre normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas, ações educativas com os pacientes);
- registro da informação de pacientes e acompanhamento de indicadores (livros de registros, sistemas informatizados, indicadores de agravos e morbimortalidades perinatais, entre outros);
- aspectos da rotina do processo de assistência ao pré-parto, parto e pós-parto.

Enquanto o roteiro de observação abordou informações referentes à capacidade instalada e recursos materiais existentes (salas e equipamentos de admissão, de pré-parto, de parto, de procedimentos com recém-nascido, alojamento conjunto, unidade neonatal e farmácia hospitalar).

3.4 Modelo Lógico do Programa de Humanização do Parto e Nascimento

O modelo lógico (FIGURA 2) utilizado neste estudo, para investigar a estrutura e o processo de assistência voltados para o parto e nascimento e a implantação da política de humanização do parto na região do Médio Vale do Jequitinhonha, foi elaborado a partir de documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde sobre a política nacional de atenção obstétrica e neonatal e humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2000; 2002; 2005b; 2008). Neste modelo estão contemplados os objetivos, a estrutura necessária, as atividades requeridas para execução dos seus componentes, os resultados esperados e seus impactos na assistência ao parto e nascimento. Foram considerados, neste estudo, como componentes do Programa de Humanização do Parto e Nascimento: a organização do programa, a atenção clínica (pré-parto, parto e pós-parto) e educação em saúde.

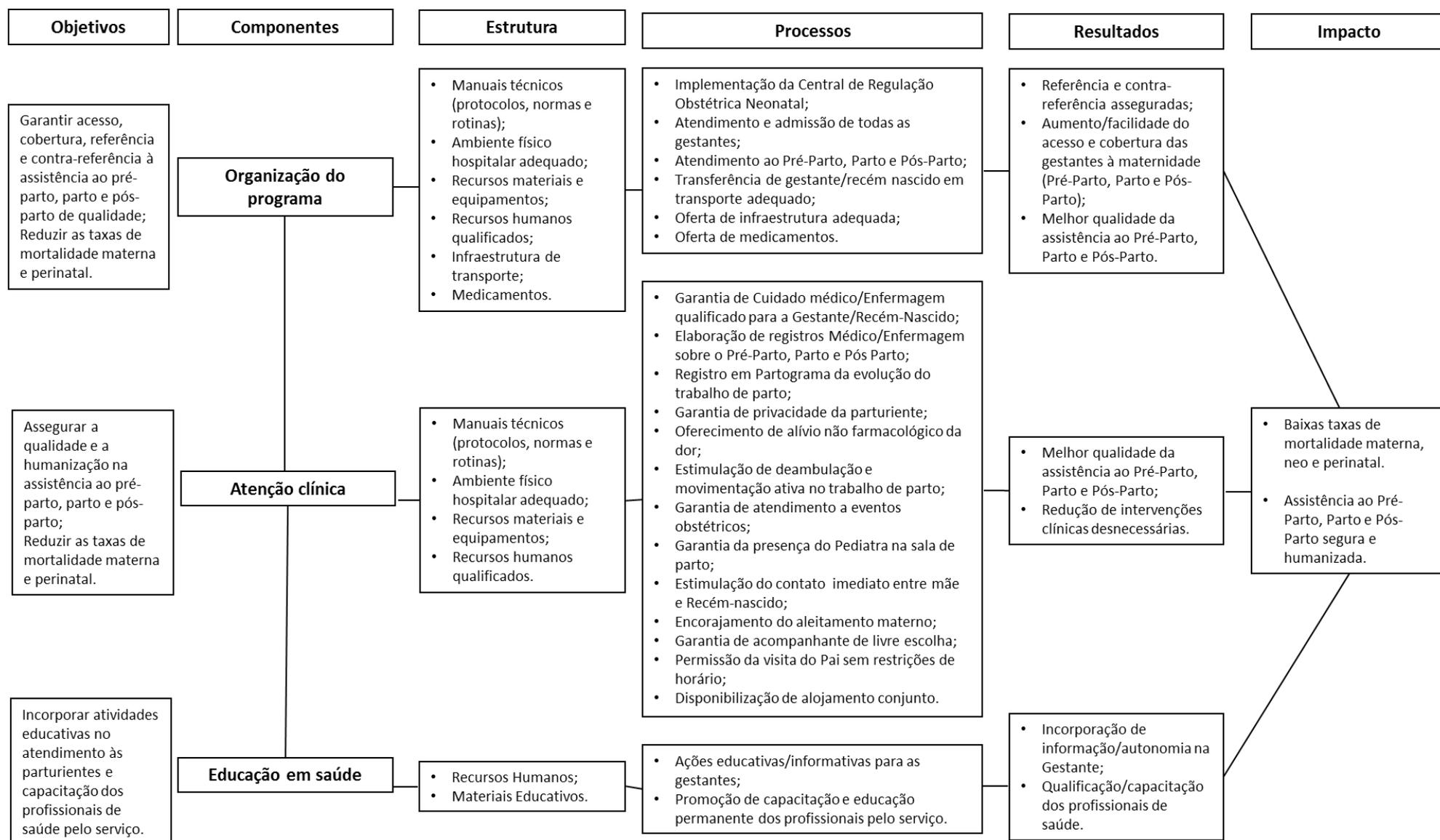


FIGURA 2 - Modelo Lógico do Programa de Humanização do Parto e Nascimento elaborado a partir de documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2002; 2005b; 2008).

3.5 Análise dos dados

Após a coleta dos dados foi realizada digitação dupla dos dados e posterior pareamento dos mesmos no programa Epi Info versão 3.5.3 para identificação de erros, inconsistências e dados em branco. Após as correções, os dados foram transportados para o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 19.0. Foram realizadas análises descritiva e por meio de métodos de pesquisa avaliativa e avaliação normativa para determinação do grau de implantação do PHPN.

3.5.1 Análise descritiva

Com o intuito de descrever o perfil das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do Médio Vale do Jequitinhonha, conforme adequação preconizada pelo Ministério da Saúde foi realizada análise descritiva, por meio da distribuição das frequências absolutas e relativas. Esta análise abrangeu o perfil dos recursos humanos, físicos e materiais, além da análise descritiva das variáveis referentes à organização e o processo de assistência ao parto e nascimento e também sobre os indicadores de saúde perinatal das instituições hospitalares. Ainda em caráter descritivo, o teste estatístico de correlação de Spearman foi utilizado para verificar a relação entre as pontuações totais referentes à avaliação das dimensões estrutura e processo.

3.5.2 Pesquisa Avaliativa e Avaliação Normativa

Para a determinação do grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento nas instituições hospitalares investigadas utilizou-se o método da pesquisa avaliativa, do tipo análise da implantação, cujo referencial teórico adotado para este estudo foi desenvolvido por Contandriopoulos e colaboradores (1997). Ademais, no presente trabalho, a avaliação normativa constituiu-se como uma das etapas para a análise da implantação do programa. O método de avaliação normativa foi utilizado para pesquisar cada um dos componentes da intervenção, comparando-os com critérios e normas instituídos. Os componentes da estrutura e do processo, referentes ao Programa de Humanização do Parto e Nascimento, de acordo com critérios e normas estabelecidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000; 2002; 2005b; 2008) foram avaliados tendo como base o referencial teórico

de Donabedian (1988). Posteriormente foi medido o respectivo grau de implantação do programa em cada instituição.

Ressalta-se que a dimensão resultado não foi abordada na análise de implantação devido à insuficiência de informações precisas e registradas durante a coleta de dados, destacando as limitações relativas à definição correta dos eventos como nascido vivo, perda fetal e/ou aborto, o que inviabiliza a construção de indicadores consistentes e relevantes. Além do óbito ter a possibilidade de estar relacionado com eventos de ordem socioeconômica ou complicações da gestação, por exemplo, os quais não seriam possíveis controlar com a abordagem do estudo.

3.5.2.1 Dimensões, componentes e critérios de análise para determinação do Grau de Implantação (GI), baseadas no modelo lógico.

A aferição do grau de implantação de uma intervenção requer a especificação, *a priori*, dos componentes da intervenção, a identificação das práticas requeridas para a implantação da intervenção; a definição das práticas correntes nas áreas envolvidas pela intervenção e a análise da variação na implantação em virtude da mudança das características contextuais (DENIS; CHAMPAGNE, 2002). Neste contexto, na avaliação das dimensões estrutura e processo, para conseqüentemente determinar o grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento nas instituições hospitalares investigadas, de acordo com as normas preconizadas, foram levados em consideração os seguintes componentes:

- Estrutura – manuais técnicos, ambiente físico, recursos humanos e recursos materiais;
- Processo – organização do programa, atenção clínica no pré-parto, atenção clínica no parto, atenção clínica no pós-parto e educação/capacitação em saúde.

Os respectivos critérios para avaliação destes componentes são variáveis dicotômicas (sim/não, existe/não existe etc). Abaixo segue a descrição dos critérios utilizados.

Dimensão Estrutura – componentes e critérios

- **Manuais técnicos** – Todo serviço de atenção obstétrica e neonatal deve adotar as normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas, de acordo como preconizados para esta atenção, e devem estar disponíveis por escrito e atualizados e serem de fácil acesso à equipe de saúde.

Foi verificada a disponibilidade e o acesso de manuais técnicos (normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas) sobre a Atenção Obstétrica e Neonatal pela equipe de saúde.

- **Ambiente Físico** – É a estrutura física mínima e adequada à realização das atividades do programa. Foi verificada a existência dos seguintes ambientes: Sala de exame e admissão da parturiente; Sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP); Área para deambulação da mulher durante o trabalho de parto; Área de assistência ao recém-nascido; Área para higienização das mãos dos profissionais de saúde; Posto de enfermagem/área de prescrição; Alojamento conjunto; Banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro; Central de esterilização; Expurgo.

- **Recursos Humanos** – São os profissionais de saúde essenciais envolvidas na assistência ao parto e nascimento de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). Foi verificada a presença do responsável técnico pelo serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal; Obstetra; Pediatra/neonatologista; Anestesista; Clínico geral; Enfermeiro obstétrico; Enfermeiro; Técnico de enfermagem. Ademais, foi verificado se havia médico/enfermeiro capacitado com curso em urgências/emergências clínicas obstétricas.

- **Recursos Materiais** – São os materiais e equipamentos mínimos necessários à assistência ao parto e nascimento de qualidade e humanizada de acordo com a normatização. Incluem Estetoscópio clínico e esfigmomanômetro; Estetoscópio de Pinard/Sonar; Aparelho de Ultrassonografia; Fita métrica; Foco de luz; Balança para recém-nascido; Materiais para alívio não farmacológico da dor (bola de bobat, escada de Ling, cavalinho, barra fixa); Instrumental para o parto; Cama para pré parto, parto e pós-parto; Cadeira para acompanhante; Berço de acrílico; Aspirador de secreções e sondas para aspiração traqueal e gástrica; Monitor cardíaco/aparelho eletrocardiograma; Material para cateterismo vesical; Glicosímetro Oxímetro de pulso Material para curetagem uterina Oftalmoscópio Fonte de oxigênio; Materiais e equipamentos para ressuscitação da mulher e do recém-nascido (verificado a existência de AMBU, laringoscópio, tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia, sondas traqueais e desfibrilador); Medicamentos básicos e para urgência e emergência obstétrica (verificado a existência de pelo menos 90% dos medicamentos preconizados na resolução RDC 36 (BRASIL, 2008); Materiais educativos (Cartazes e folhetos informativos; fita de vídeo; materiais usados para atividade educativa, como

mamas, útero, bonecos, etc); Ambulância de suporte básico/avançado (Transporte de pacientes com risco de vida conhecido e que não necessita de intervenção médica/ transporte de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos).

Dimensão Processo – componentes e critérios

- **Organização do programa** - Articulação com a rede de unidades de saúde para transferência de urgência/emergência da parturiente/recém-nascido; Articulação com unidade básica (agendamento de consulta puerperal); Referência e Contra-referência da parturiente/puérpera; Garantia de leito no primeiro contato da gestante; Garantia de transferência da mulher em caso de necessidade; Comitê de óbito materno, fetal e neonatal; Comissão de Controle de Infecção Hospitalar; investigação epidemiológica; Realização de reunião para discussão de casos clínicos regularmente entre a equipe de saúde; Direção repassa os instrumentos que regulam a assistência obstétrica e neonatal para a equipe de saúde; Cálculo de indicadores de saúde e discussão com a equipe; Comunicação das doenças e agravos de notificação compulsória; Esterilização de material na própria unidade; Licença da Vigilância Sanitária da Saúde.

- **Atenção clínica no Pré-parto** – Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher; Garantia de privacidade no atendimento; Utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor; Uso de partograma; Acompanhamento do trabalho de parto por avaliação materna e fetal (ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina); Estímulo à movimentação da gestante e/ou estímulo a posições não supinas.

- **Atenção clínica no Parto** – Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher; Garantia de privacidade no atendimento; Possibilidade de escolha da mulher sobre a posição do parto; Não realização de analgesia de rotina; Estímulo ao contato precoce pele a pele entre mãe e filho; Incentivo ao aleitamento materno em sala de parto; Presença de pediatra/neonatologista; Registro da equipe de saúde sobre o parto e nascimento.

- **Atenção clínica no Pós-parto** – Disponibilidade de alojamento conjunto para Mãe/Recém-nascido; Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher; Garantia de

visita do Pai sem restrições de horário; Estímulo e apoio ao aleitamento materno no alojamento conjunto; Promoção de orientações sobre cuidados com o recém-nascido.

- **Educação/ Capacitação em saúde** – Ações educativas para a gestante/puérperas e seus familiares (aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar, entre outras); Promoção de capacitação/educação permanente para a equipe de saúde; Permissão de visita das gestantes antes do parto para informações e conhecimento das instalações físicas.

3.5.2.2 Determinação do Grau de Implantação

Para definir o grau de implantação da estrutura e do processo do Programa de Humanização do Parto e Nascimento nas instituições hospitalares investigadas foi utilizado um sistema de escores adaptado de Felisberto *et al.* (2002), Costa, Silva e Carvalho (2011) e Martinho (2011). Para criar o sistema de escores, foram elaboradas matrizes de julgamento (QUADROS 2 e 3) com critérios selecionados a partir da normatização oficial do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (BRASIL, 2000; 2002; 2005b; 2008) e organizados de acordo com as dimensões e os componentes considerados para o programa evidenciados no modelo lógico.

As matrizes de julgamento permitem identificar os aspectos referentes à implantação do programa e, com base em pontuações preestabelecidas, permite fornecer um julgamento de conformidade entre o que foi proposto e o que foi observado. Para estabelecer a pontuação de cada critério foi utilizada a técnica *Delphi* como opção de escolha para validar o instrumento de avaliação dos aspectos identificados como representativos no âmbito do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, a partir do consenso entre as pontuações a serem atribuídos na avaliação das dimensões estrutura e processo e, conseqüentemente, do grau de implantação. Esta técnica consiste em um método sistematizado de julgamento de informações, que tem por finalidade obter, comparar e direcionar o julgamento de especialistas, também chamados de peritos ou juízes, para um consenso sobre um determinado tema, promovendo a convergência e o consenso de opiniões por meio de validações articuladas (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Para participar do julgamento foi convidado um grupo de nove pesquisadores especialistas nesta temática, os quais receberam, por meio de correio eletrônico, a proposta

organizada em forma de matrizes de julgamento (QUADROS 1 e 2) e foram orientados para avaliarem a relevância dos critérios selecionados e, posteriormente, os pontuarem. Entre os especialistas convidados, cinco eram enfermeiros e quatro médicos, sendo 28 anos a média de tempo de formados nas graduações. Todos possuíam o título de Doutor, exceto um médico com titulação máxima em residência médica, e residiam no Estado de Minas Gerais (5), Rio de Janeiro (2), São Paulo (1) ou Distrito Federal (1). Entretanto, entre estes nove especialistas convidados, apenas cinco retornaram o correio eletrônico com a proposta atendida.

A ponderação foi realizada atribuindo-se valores aos componentes do processo e da estrutura de acordo com a relação de importância no programa e com a proposta de avaliação normativa. Em cada dimensão investigada a soma de seus critérios, obrigatoriamente, atingiram o somatório de 100 pontos. Após obtenção de todas as pontuações dos respectivos especialistas foram calculados a média aritmética e o desvio padrão dos valores de cada critério contidos nas matrizes estrutura e processo e, assim, estabelecida a pontuação máxima atingida para cada critério em cada instituição (APÊNDICES 3 e 4). De acordo com os critérios evidenciados durante as entrevistas e as observações das instalações, cada instituição obteve sua pontuação final em relação à dimensão estrutura e à dimensão processo.

O grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento é um indicador sintético que foi definido a partir das dimensões estrutura e processo, relacionando os critérios encontrados com os preconizados pela normatização oficial do programa. Foram pontuados 47 itens referentes à dimensão estrutura (QUADRO 2) e 36 referentes à dimensão processo (QUADRO 3), com seus respectivos componentes e critérios. A atribuição de pontos foi realizada a partir das informações obtidas nas entrevistas e dos registros de observação.

Após a pontuação de todos os critérios, foi obtida a pontuação total atingida nas dimensões estrutura e processo através da somatória dos pontos provenientes da avaliação de todos componentes citados anteriormente. Cada dimensão, baseado em Costa, Silva e Carvalho (2011), foi classificada em:

- **Excelente:** aqueles que atingirem entre 90 e 100 pontos;
- **Satisfatório:** aqueles que atingirem entre 70 e 89 pontos;
- **Insatisfatório:** aqueles que atingirem entre 50 e 69 pontos.
- **Crítico:** abaixo de 50 pontos.

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA
ESTRUTURA	Manuais Técnicos	Normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas por escrito e atualizados sobre a Atenção Obstétrica e Neonatal disponíveis no serviço para consulta da equipe de saúde	3
		Normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas sobre a Atenção Obstétrica e Neonatal disponíveis em local de fácil acesso a toda equipe de saúde	4,6
	Total manuais técnicos		7,6
	Ambiente Físico	Sala de exame e admissão da parturiente	2
		Sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP)	4
		Área para deambulação da mulher durante o trabalho de parto	3
		Banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro	3
		Área para higienização das mãos dos profissionais de saúde	1,8
		Área de assistência ao recém-nascido	2,4
		Alojamento conjunto	3,4
		Posto de enfermagem/Área de prescrição médica	1,6
		Central de esterilização	1,8
	Expurgo	1,2	
	Total ambiente físico		24,2
	Recursos Humanos	Responsável técnico pelo serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal	2,9
		Obstetra	3,3
		Pediatra/neonatologista	3,9
		Anestesista	3,3
		Clínico geral	1,2
		Médico capacitado com curso em urgências/emergências clínicas obstétricas (Reanimação Neonatal; ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia; Atendimento à gestante e ao Recém-nascido de risco etc)	4
		Enfermeiro obstétrico	4,2
		Enfermeiro	2,3
		Técnico de enfermagem	2,3
		Enfermeiro capacitado com curso em urgências/emergências clínicas obstétricas (Reanimação Neonatal; ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia; Atendimento à gestante e ao Recém-nascido de risco etc)	4
		Total recursos humanos	
	Recursos Materiais	Estetoscópio clínico e esfigmomanômetro	1,7
		Estetoscópio de Pinard/Sonar	1,5
		Ultrassonografia	1
		Fita métrica	1
		Foco de luz	1
		Materiais para alívio não farmacológico da dor	2,4
		Instrumental para o parto	1,6
		Cama para pré-parto, parto e pós-parto	1,5
		Monitor cardíaco/aparelho eletrocardiograma	0,95
		Material para cateterismo vesical	1,05
		Glicosímetro	0,85
		Oxímetro de pulso	0,95
Material para curetagem uterina		1,3	
Oftalmoscópio		0,9	
Balança para recém-nascido		1,4	
Berço de acrílico no alojamento conjunto		1,5	
Cadeira para acompanhante		2,1	
Aspirador de secreções e sondas para aspiração traqueal e gástrica		1,5	
Fonte de oxigênio		1,4	
Materiais para reanimação da mulher/RN (Desfibrilador; medicamentos de urgência; Ambu; máscaras; laringoscópio; tubos endotraqueais; cânulas de Guedel e fio guia)		2,2	

	Medicamentos básicos para uso obstétrico	1,8
	Medicamentos para urgência e emergência obstétrica	1,8
	Materiais educativos (Cartazes e folhetos informativos; fita de vídeo; materiais usados para atividade educativa, como mamas, útero, bonecos, etc)	1,8
	Acesso à ambulância para remoções simples e de caráter eletivo (Transporte de pacientes que não apresentam risco de vida)	0,9
	Acesso à ambulância de suporte básico/avançado (Transporte de pacientes com risco de vida conhecido e que não necessita de intervenção médica/ transporte de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos)	2,7
	Total recursos materiais	36,8
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO ESTRUTURA		100

Quadro 2 - Matriz de julgamento: componentes e critérios avaliados da dimensão Estrutura e pontuação máxima.

A partir desta pontuação, foi possível identificar os fatores dificultadores, ou seja, os pontos críticos referentes a cada dimensão trabalhada no programa. Posteriormente, o indicador composto “Grau de Implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento” foi obtido a partir do somatório das pontuações atingidas por cada instituição hospitalar em relação à estrutura e ao processo, considerando-se peso 4 para a somatória estrutura e peso 6 para a somatória processo. Sendo assim, o cálculo da pontuação para cada instituição hospitalar foi:

➤ **Componente Estrutura (CE)**

$$CE: [\Sigma (c1 + c2 + \dots cn)] \times 4$$

Onde: CE = Componente Estrutura; c = critério.

➤ **Componente Processo (CP)**

$$CP: [\Sigma (c1 + c2 + \dots cn)] \times 6$$

Onde: CP = Componente Processo; c = critério.

A pontuação final para avaliar a implantação do PHPN foi:

➤ **Grau de Implantação = CE + CP / 10**

Após a atribuição dos pontos e o cálculo ponderado da devida proporção atingida para cada uma das dimensões foi possível classificar, então, o Grau de Implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, com ênfase nas dimensões estrutura e processo, de cada uma das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento. Após adaptação de Felisberto *et al.* (2002) e Martinho (2011), a classificação foi definida como:

- **Avançado - entre 80 e 100% do total de pontos;**
- **Intermediário - entre 50 e 79% do total de pontos;**
- **Incipiente - menos de 50% do total de pontos.**

DIMENSÃO	COMPONENTE	CRITÉRIOS	PONT. MÁXIMA	
PROCESSO	Organização do programa	O serviço tem articulação com a rede de unidades de saúde para transferência de urgência/emergência da parturiente/recém-nascido	2,3	
		O serviço tem articulação com unidade básica (agendamento de consulta puerperal)	1,9	
		Garantia de leito no primeiro contato da gestante	2,5	
		Garantia de transferência da mulher em caso de necessidade	2,08	
		O serviço utiliza ficha de Referência e Contra-referência da parturiente/puérpera	1,28	
		O serviço mantém em funcionamento comitê hospitalar de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais	2,1	
		O serviço mantém em funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	1,78	
		O serviço realiza investigação epidemiológica	1,28	
		Realização de reunião para discussão de casos clínicos regularmente entre a equipe de saúde	1,98	
		A direção repassa os instrumentos que regulam a assistência obstétrica e neonatal para a equipe de saúde	1,48	
		Os indicadores de saúde são calculados e levados ao conhecimento da equipe	1,78	
		O serviço comunica as doenças e agravos de notificação compulsória	1,18	
		O material é esterilizado na própria unidade	0,88	
		O serviço possui Licença da Vigilância Sanitária da Saúde atualizada	1,08	
	Total organização do programa			23,6
	Atenção clínica no Pré-parto	Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto	3,8	
		Garantia de privacidade no atendimento	3,2	
		Utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor (Bola de bobat, escada de Ling, cavalinho, barra fixa)	3,8	
		Uso de partograma	3,8	
		Acompanhamento do trabalho de parto por avaliação materna e fetal (ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina)	3,8	
		Estímulo à movimentação da gestante e/ou estímulo a posições não supinas	3,2	
		Total atenção clínica no Pré-parto		
	Atenção clínica no Parto	Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher	3,8	
		Garantia de privacidade no atendimento	3,4	
		Possibilidade de escolha da mulher sobre a posição do parto	3,8	
		Não realização de analgesia de rotina	3,4	
		Estímulo ao contato precoce pele a pele entre mãe e filho	3,8	
		Incentivo ao aleitamento materno em sala de parto	3,2	
		Disponibilidade de pediatra/neonatologista no parto	3,6	
		Registro da equipe de saúde sobre o parto e nascimento	2,6	
	Total atenção clínica no Parto			27,6
	Atenção clínica no Pós-parto	Disponibilidade de alojamento conjunto para Mãe/Recém-nascido	3,6	
		Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher	3,7	
		Garantia de visita do Pai sem restrições de horário	3,1	
		Estímulo e apoio ao aleitamento materno no alojamento conjunto	3	
		Promoção de orientações sobre cuidados com o recém-nascido	3	
	Total atenção clínica no Pós-parto			16,4
	Educação/ Capacitação em saúde	Ações educativas para a gestante/puérperas e seus familiares sobre aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar, entre outras	4,2	
		O serviço permite visitação das gestantes antes do parto para adquirirem informações e conhecimento das instalações físicas da unidade	3,2	
		O serviço promove capacitação/educação permanente para a equipe de saúde	3,4	
	Total Educação/Capacitação em saúde			10,8
	TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO PROCESSO			100

Quadro 3 - Matriz de julgamento: componentes e critérios avaliados da dimensão Processo e pontuação máxima.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa está de acordo com os princípios éticos contidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais com o parecer CAAE – 02563312.1.0000.5149 (ANEXO). Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia de anonimato das informações obtidas, bem como o uso dos dados para fins exclusivos de pesquisa. O diretor/responsável técnico pela instituição hospitalar que presta assistência ao parto e nascimento assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 5) na ocasião da coleta dos dados.



Resultados

4 RESULTADOS

4.1 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Para o presente estudo foram investigadas todas as 10 instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região do Médio Vale do Jequitinhonha. Todas são classificadas como hospitais gerais de baixo risco e conveniadas ao SUS, sendo sete instituições beneficentes sem fins lucrativos (filantrópicas) com administração privada e outras três com gestão pública municipal (TABELA 1).

Tabela 1 - Caracterização das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013.

Hospital	Esfera/ Natureza Administrativa	Classificação de risco	Local para estágio/ Curso	Assistência ao parto	Serviço de referência	Licença da Vigilância Sanitária
A	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Sim/Técnico de enf.	Normal com distócia e cirúrgico	Parto e Recém- nascido	Sim
B	Municipal/ Pública	Baixo risco	Não	Normal com distócia e cirúrgico	Pré-natal e Parto	Não
C	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Não	Normal sem distócia	Parto	Não
D	Municipal/ Pública	Baixo risco	Não	Normal com distócia e cirúrgico	Parto	Sim
E	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Não	Normal com distócia e cirúrgico	Parto e Recém- nascido	Sim
F	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Não	Normal com distócia e cirúrgico	Parto	Sim
G	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Sim/Técnico de enf.	Normal com distócia e cirúrgico	Parto	Sim
H	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Sim/Técnico de enf. e de radiologia	Normal com distócia e cirúrgico	Parto	Sim
I	Privada/ Filantrópica	Baixo risco	Sim/Técnico de enf. e de seg. trab.	Normal com distócia e cirúrgico	Parto e Recém- nascido	Sim
J	Municipal/ Pública	Baixo risco	Não	Normal com distócia e cirúrgico	Parto	Sim

Três destas instituições são campo de estágio para cursos de nível médio (técnico em enfermagem, em segurança do trabalho e em radiologia) e duas não possuíam licença da Vigilância Sanitária no momento da coleta dos dados. Em relação à assistência materno-infantil, todos os serviços são referência para o parto, três são referências também na assistência ao recém-nascido e apenas um é referência também para o pré-natal. Ademais, todas as instituições assistem ao parto normal sem e com distócia e ao parto cirúrgico, exceto uma instituição que assiste apenas parto normal sem distócia (TABELA 1).

Os diretores/responsáveis técnicos pelas instituições investigadas eram médicos (em quatro hospitais) ou enfermeiros (em seis hospitais), sendo que metade destes profissionais possuíam curso de especialização completa na área da saúde. Entre estes diretores, seis possuíam vínculo com a instituição antes de assumir o cargo de chefia e, no momento da entrevista, o tempo de dedicação ao cargo variou de menos de 20 horas semanais a 40 horas semanais ou mais, sendo a maioria com carga horária entre 20 e 39 horas semanais. Em relação à interação com a equipe de profissionais, quatro diretores relataram não fazer reuniões com a equipe de saúde, outros quatro relataram realizar reuniões ocasionalmente e apenas dois fazem mensalmente (TABELA 2).

Tabela 2 – Direção/responsável técnico pela assistência ao parto e nascimento nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Vínculo com a instituição antes de assumir a chefia	6	60
Formação na graduação:		
Médico	4	40
Enfermeiro	6	60
Maior qualificação:		
Graduação	2	20
Especialização completa	5	50
Especialização incompleta	1	10
Residência médica	2	20
Tempo de dedicação ao cargo:		
40h semanais ou mais	4	40
Entre 20 e 39h semanais	5	50
Menos de 20h semanais	1	10
Periodicidade das reuniões com a equipe de saúde:		
Ocasional	4	40
Mensal	2	20
Não faz	4	40

Por se tratar de instituições hospitalares de baixo risco, não havia Unidades de Terapia Intensiva (UTI) Adulto e Neonatal em nenhuma delas. Apenas uma instituição possuía Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal e uma com disponibilidade de leitos para mães de recém-nascidos que não estavam de alta. Em relação aos recursos físicos, todas as instituições possuíam salas para pré-parto, para parto normal e para alojamento conjunto. Em nove instituições havia salas de centro cirúrgico obstétrico e apenas uma possui sala de pós-parto imediato. Nenhuma instituição possuía sala PPP, tampouco vínculo com alguma Casa da Gestante. As comissões presentes nas instituições eram: Controle de Infecção Hospitalar, Revisão de Prontuários e Revisão de Óbitos, em sete, cinco e quatro hospitais, respectivamente. Não foi observado nenhum setor de epidemiologia. A unidade transfusional estava presente em seis instituições e o envio de material para exame anátomo-patológico em caso de curetagem uterina somente era rotina em apenas três instituições (TABELA 3).

Tabela 3 - Perfil de serviços e capacidade instalada nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10).

	Sim	
	N	%
Salas PPP (pré-parto/parto/pós-parto)	0	0
Salas de pré-parto	10	100
Salas de parto normal	10	100
Salas de centro cirúrgico obstétrico	9	90
Salas de pós-parto	1	10
Alojamento conjunto	10	100
UTI adulto	0	0
Cuidados Intermediários Adulto	0	0
UTI neonatal	0	0
Cuidados Intermediários Neonatal	1	10
Leitos para mães de RN sem alta	1	10
Vínculo com Casa da Gestante	0	0
Comissão de Revisão de Prontuários	5	50
Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	7	70
Comissão de Revisão de Óbitos	4	40
Epidemiologia	0	0
Unidade transfusional	6	60
Envio de material para exame anátomo-patológico (AP) em caso de curetagem uterina:		
Não faz	2	20
Rotina	3	30
Faz esporadicamente	5	50

Todas as instituições investigadas possuíam microcomputadores com acesso à internet e a sistemas de informação e notificação do ministério da saúde. Os instrumentos de registro de informações da parturiente mais utilizados eram: o prontuário da paciente, o livro de admissão e alta do centro obstétrico e o sistema informatizado para classificação de risco (Protocolo de Manchester). Em relação aos indicadores de saúde materno-infantil calculados nas instituições, sete hospitais realizavam esta atividade, porém apenas três os informavam à equipe de saúde, por meio de reuniões clínicas (TABELA 4).

Tabela 4 - Registros de saúde e tecnologia da informação e de indicadores nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013

	Sim	
	N	%
Serviço ou equipe de informática	1	10
Microcomputadores com acesso à internet	10	100
Sistemas de Informação automatizados:		
Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)	10	100
Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)	10	100
Sistema de comunicação das doenças e agravos de notificação compulsória à Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde	10	100
Utilização dos seguintes instrumentos de registro (n=10):		
Prontuário	10	100
Livro de admissão e alta do centro obstétrico	9	90
Sistemas informatizados (Manchester)	6	60
Cálculo de indicadores assistenciais (n=10)	7	70
Indicadores são informados à equipe de saúde (n=7)	3	42,9
Como os indicadores são informados à equipe de saúde (n=3):		
Cartazes	0	0
Boletins informativos	0	0
Reuniões clínicas	3	100

4.2 INDICADORES DE SAÚDE PERINATAL

Alguns indicadores de importância para a avaliação da saúde perinatal foram investigados em fontes de dados primárias pertencentes às instituições. Nos anos de 2011 e 2012, período selecionado para investigação dos indicadores, houve um total de 6.626 nascidos vivos nas 10 instituições, sendo que em apenas três (A, E e I) concentraram mais da metade destes nascimentos. A taxa de partos cesáreos neste período variou de 18,02% a 47% entre as instituições, com taxa média de 33,48%. Os recém-nascidos com baixo peso

totalizaram 519 (7,83%), com variação de 1,45% a 11,70%, sendo que em uma instituição não se calcula este indicador. A prematuridade foi calculada apenas em cinco instituições, com variação da taxa de prematuros entre 0% e 5,42% nestes hospitais (TABELA 5).

Tabela 5 - Indicadores de saúde perinatal das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2011 e 2012.

Hospital	N Leitos Perinatais	N Nasc	N (%) cesárea	N (%) de RN transferido serviços de referência	N (%) baixo peso ao nascer*	N (%) Prematuridade **
A	16	1455	559(38,42)	4(0,28)	115(7,90)	31(2,13)
B	5	222	40(18,02)	5(2,25)	19(8,56)	–
C	3	69	– –	–	1(1,45)	0(0)
D	4	385	130(33,77)	1(0,26)	33(8,57)	–
E	10	1114	402(36,09)	–	118(10,59)	60(5,39)
F	8	728	214(29,40)	10(1,40)	63(8,65)	–
G	6	817	384(47,00)	–	–	–
H	5	530	101(19,06)	–	62(11,70)	–
I	10	1126	347(30,82)	5(0,50)	99(8,79)	61(5,42)
J	7	180	42(23,33)	–	9(5,00)	2(1,11)
Total	74	6626	2219(33,48)	25(0,63)	519(7,83)	154(2,32)

Nota: *abaixo de 2500g; **menor que 37 semanas; – – não se aplica; – indicador não calculado.

A taxa de mortalidade perinatal é outro indicador muito importante para a avaliação dos serviços e da assistência perinatal. Este compreende o número de óbitos fetais (de 22 ou mais semanas de gestação) acrescidos dos óbitos neonatais precoces (óbitos de nascidos vivos com menos de sete dias de vida), em um determinado período de tempo, considerando-se cada mil nascimentos. Ressalta-se que, além dos livros de registros das maternidades, também foram investigados os arquivos de declarações de óbitos. Em todas as instituições hospitalares investigadas os óbitos fetais contribuíram mais para o cálculo da taxa de mortalidade perinatal nos anos de 2011 e 2012, quando comparado aos óbitos neonatais precoces. Neste sentido, as taxas de mortalidade fetal apresentaram-se mais elevadas do que as taxas de mortalidade neonatal precoce. A maior taxa de mortalidade perinatal foi de 95,9 mortes perinatais por mil nascimentos e a menor de 14,9 mortes perinatais por mil nascimentos. A taxa de mortalidade perinatal total de todas as instituições juntas foi de 21,4 mortes perinatais por mil nascimentos e a mediana entre elas foi de 22,4 mortes perinatais por mil nascimentos (TABELA 6).

Tabela 6 – Taxa de mortalidade fetal, neonatal precoce e perinatal das instituições hospitalares investigadas no Médio Vale do Jequitinhonha, 2011 e 2012.

Hospital	N (Taxa Mortalidade fetal/1000 nascimentos)	N (Taxa Mortalidade Neonatal precoce /1000 nascidos vivos)	N (Taxa Mortalidade Perinatal/1000 nascimentos)
A	19 (12,9)	3 (2,0)	22 (14,9)
B	5 (22,0)	0 (0)	5 (22,0)
C	4 (54,8)	3 (43,4)	7 (95,9)
D	5 (12,8)	3 (7,8)	8 (20,5)
E	19 (16,7)	4 (3,6)	23 (20,3)
F	10 (13,5)	2 (2,7)	12 (16,2)
G	15 (18,0)	4 (4,9)	19 (22,8)
H	11 (20,3)	2 (3,7)	13 (24,0)
I	16 (14,0)	13 (11,5)	29 (25,4)
J	3 (16,3)	3 (16,6)	6 (32,8)
Total	107 (15,9)	37 (5,5)	144 (21,3)

4.3 CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS E MATERIAIS

4.3.1 Recursos Humanos

Observou-se uma carência de profissionais qualificados e capacitados para a assistência materno-infantil nas instituições hospitalares estudadas. Embora todas possuíssem médico generalista, enfermeiro e técnico de enfermagem, nem todas as instituições possuíam médico obstetra e pediatra, e outras poucas possuíam neonatologista, anestesista e enfermeiro obstetra. Outros profissionais que integravam equipes multidisciplinares foram encontrados esporadicamente nas instituições, tais como fonoaudiólogo, fisioterapeuta, farmacêuticos e nutricionistas. Não havia assistente social e psicólogo em nenhum hospital. A situação é ainda pior quando observada a disponibilidade dos profissionais durante 24hs/dia, plantão físico ou sobreaviso (TABELA 7).

Entre os profissionais capacitados/habilitados em cursos de urgência/emergência na área de obstetrícia, apenas quatro instituições possuíam médico obstetra e enfermeiros capacitados, duas possuíam neonatologista/pediatra e uma possuía médico generalista. Alguns

hospitais investiam na capacitação dos profissionais em serviço e/ou incentivavam a participação dos profissionais em eventos para atualização. Apenas uma instituição recebe algum tipo de incentivo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na formação dos profissionais. Ressalta-se que nenhuma instituição realizava discussão de casos clínicos (TABELA 7).

Tabela 7 - Recursos humanos, capacitação e educação permanente nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Recursos Humanos		
Médico obstetra	6	60
Médico pediatra	4	40
Médico anestesista	3	30
Médico generalista	10	100
Médico neonatologista	2	20
Enfermeiro obstetra	3	30
Enfermeiro	10	100
Técnico de enfermagem	10	100
Auxiliar de enfermagem	9	90
Assistente social	0	0
Fonoaudiólogo	1	10
Fisioterapeuta	1	10
Psicólogo	0	0
Farmacêutico	9	90
Nutricionista	5	50
Recursos Humanos (24hs/dia plantão físico ou sobreaviso)		
Obstetra 24hs/dia	4	40
Pediatra 24hs/dia	3	30
Anestesista 24hs/dia	3	30
Enfermeiro obstetra 24hs/dia	0	0
Enfermeiro 24hs/dia	7	70
Capacitação e educação permanente		
Reunião para discussão de casos clínicos	0	0
Capacitação dos profissionais em serviço	5	50
Promoção da participação dos profissionais em eventos para atualização	3	30
Incentivo da SMS na formação dos profissionais	1	10
Serviço com profissionais capacitados/habilitados em cursos de urgência/emergência na área obstétrica:		
Enfermeiro	4	40
Neonatologista/Pediatra	2	20
Obstetra	4	40
Médico Generalista	1	10

4.3.2 Recursos Físicos e Materiais

4.3.2.1 Sala de Admissão

Apenas cinco das 10 instituições investigadas possuíam sala de admissão da gestante, sendo que quatro proporcionavam privacidade. No geral, observou-se que estas salas estavam precariamente equipadas, sendo que o aparelho de pressão e o estetoscópio clínico foram os únicos encontrados em todas estas salas. Apenas duas possuem banheiro para uso da gestante. Ressalta-se que em nenhuma possuía protocolo escrito disponível, sendo que apenas uma sala possuía rotinas operacionais escritas (TABELA 8).

Tabela 8 - Caracterização das Salas de Admissão nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10).

	Sim	
	N	%
Sala de admissão	5	50
Rotinas operacionais e protocolos na sala de admissão:		
Ausente na sala de admissão	4	40
Apenas rotinas operacionais	1	10
Apenas protocolos clínicos	0	0
Sala de admissão fechada e com privacidade	4	40
Banheiro na sala	2	20
Pia para uso do profissional	4	40
Sabão líquido e toalha de papel	4	40
Equipamentos na sala de admissão:		
Sonar	3	30
Ultrassom/Doppler	3	30
Cardiotocógrafo	0	0
Negatoscópio	2	20
Balança antropométrica	3	30
Foco de luz	3	30
Biombo	2	20
Mesa ginecológica	2	20
Aparelho de pressão e Estetoscópio clínico	5	50
Estetoscópio de Pinard	2	20
Espéculos de vários tamanhos	3	30
Fita métrica	3	30
Pinças variadas	3	30
Termômetro	4	40

4.3.2.2 Sala de Pré-parto

Todas as instituições possuíam sala de pré-parto. No entanto, as rotinas e protocolos clínicos escritos estavam ausentes na maioria delas e, em uma, não haviam sequer sido elaborados. Em uma das salas foram encontradas apenas rotinas operacionais (TABELA 9).

Tabela 9 - Caracterização das Salas de Pré-parto nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10).

	Sim	
	N	%
Rotinas e protocolos clínicos na sala de pré-parto:		
Ausente na sala de pré-parto	8	80
Apenas rotinas operacionais	1	10
Apenas protocolos clínicos	0	0
Não são elaborados	1	10
Circulação restrita	10	100
Privacidade da parturiente	2	20
Fonte de O₂ para cada leito	2	20
Cadeira para acompanhante da parturiente	4	40
Materiais para alívio não farmacológico da dor:		
Não	9	90
Bola de bobat	1	10
Cavalinho	0	0
Escada de Ling	0	0
Barra fixa	0	0
Pia para lavagem das mãos	4	40
Sabão líquido e toalha de papel	3	30
Banheiro (com chuveiro)	10	100
Banheira à disposição da parturiente	0	0
Espaço para deambulação	1	10
Aparelho de pressão arterial	10	100
Sonar	10	100

Embora a circulação de pessoas fosse restrita em todas as salas de pré-parto investigadas, apenas em duas foi observada privacidade para a parturiente. Havia pia para lavagem das mãos em quatro salas, mas apenas três possuíam sabão líquido e toalha de papel. No que tange aos aspectos da humanização, foi observada a presença de cadeira para

acompanhante da parturiente em quatro salas; apenas uma apresentou material para alívio não farmacológico da dor (bola de bobat) e espaço para deambulação e nenhuma sala possuía banheira para a parturiente. Todas as salas possuíam banheiro com chuveiro. Apenas duas salas possuíam fonte de O₂ para cada leito e o aparelho de pressão e o sonar estavam disponibilizados em todas as salas de pré-parto (TABELA 9).

4.3.2.3 Sala de Parto

A Tabela 10 mostra a estrutura investigada das salas de parto, que deve oferecer condições de atendimento de qualidade e humanizado, mesmo em situações de urgência e emergência.

Tabela 10 - Caracterização das Salas de Parto nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Acesso à higienização das mãos pelo profissional	9	90
Instrumental para parto normal	10	100
Mesa/cama para parto normal	10	100
Foco de luz	9	90
Aparelho de pressão/estetoscópico	10	100
Termômetro	10	100
Fórceps	7	70
Ponto de vácuo/fonte de aspiração	10	100
Fontes/cilindro de oxigênio para mãe e RN	10	100
Monitor cardíaco/aparelho eletrocardiograma	8	80
Sonar/Pinard	10	100
Eletrocautério	9	90
Oxímetro de pulso	9	90
Material para cateterismo vesical	10	100
Material completo para analgesia	9	90
Material para curetagem uterina	9	90
AMBU adulto	10	100
Laringoscópio	10	100
Tubo endotraqueal	10	100
Cânulas de Guedel e fio guia estéril	10	100
Sondas traqueais e nasogástricas	10	100

Em geral, as salas de parto investigadas estavam equipadas para o atendimento ao parto normal sem distócia (instrumental e mesa/cama, aparelho de pressão/estetoscópico, aparelho de sonar, termômetro, sonar/pinard) e a eventuais intercorrências (AMBU adulto, laringoscópio, tubo endotraqueal, cânulas de Guedel e fio guia estéril, sondas nasogástricas, material para cateterismo vesical, ponto de vácuo/fonte de aspiração, fontes/cilindro de oxigênio para mãe e recém-nascido, foco de luz, eletrocautério, oxímetro de pulso, sondas traqueais, material para curetagem uterina, fórcepes, monitor cardíaco/aparelho eletrocardiograma, material para analgesia) (TABELA 10).

4.3.2.4 Área de Procedimentos com o Recém-nascido

A Tabela 11 mostra a estrutura investigada para os procedimentos com o recém-nascido.

Tabela 11 - Caracterização da estrutura para procedimentos com o recém-nascido nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Rotinas e protocolos clínicos na unidade neonatal:		
Ausente	7	70
Rotinas operacionais e protocolos	1	10
Apenas rotinas operacionais	1	10
Não são elaborados	1	10
Termômetro	10	100
Estetoscópio clínico infantil	6	60
Balança para recém-nascido	10	100
Fita métrica/ Régua antropométrica	10	100
Oftalmoscópio	0	0
Glicosímetro	10	100
Laringoscópio completo	10	100
Tubo endotraqueal	9	90
Cânulas de Guedel e fio guia estéril	9	90
AMBU infantil	9	90
Aspirador com manômetro e oxigênio	10	100
Desfibrilador (1 em cada posto de enfermagem)	8	80

Observou-se que apenas um hospital possuía rotinas operacionais e protocolos clínicos escritos, sendo que outro possuía apenas rotinas operacionais e, um terceiro, não haviam sequer sido elaborados. No que diz respeito aos equipamentos e materiais disponíveis para o atendimento ao recém-nascido, observou-se que a maioria das instituições estavam equipadas para os procedimentos de rotina, bem como de urgência e emergência, se necessário. Não foram observados oftalmoscópios em nenhum hospital (TABELA 11).

4.3.2.5 Alojamento Conjunto

No que tange a estrutura física, materiais e equipamentos do alojamento conjunto, observou-se que apesar da maioria possuir luminosidade e climatização adequadas, um alojamento apresentou umidade e poucos possuíam pia para lavagem das mãos, sabão líquido e toalha de papel. Apenas um dispunha de bancada com pia para cuidados de higienização do recém-nascido e quatro possuíam berços adequados (TABELA 12).

Tabela 12 - Caracterização dos Alojamentos Conjunto nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Luminosidade adequada	8	80
Presença de umidade nas paredes	1	10
Climatização:		
Ventilador	1	10
Janela	9	90
Bancada com pia para cuidados de higienização do recém-nascido	1	10
Pia para lavagem das mãos	3	30
Sabão líquido e toalha de papel	2	20
Berço que permite visualização lateral, de acrílico	4	40

4.3.2.6 Unidade Neonatal

Dentre as instituições investigadas apenas uma possui unidade neonatal, sendo esta classificada como Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional. Este tipo de unidade também é conhecida como Unidade Semi-Intensiva, pois é um serviço em unidade

hospitalar destinado ao atendimento de recém-nascidos de médio risco e que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A unidade visitada, possuía a maioria dos equipamentos/materiais essenciais para a estrutura mínima exigida (oxímetros de pulso, ventiladores mecânicos, incubadoras comuns, umidificadas e de parede dupla), exceto monitores de multiparâmetros. Em relação à humanização na unidade neonatal, apesar de ser disponível cadeira para permanência da mãe/pai ao lado do recém-nascido, há restrição de horário para esta permanência e não há acomodação, no próprio hospital, para as mães dos recém-nascidos internados.

4.3.2.7 Farmácia Hospitalar

Todas as instituições investigadas possuíam farmácia hospitalar em suas dependências, embora nem todas possuíssem técnico responsável e presença de profissional no período de dispensação dos medicamentos. Durante a visita, observou-se que em todas as farmácias os medicamentos e os produtos estavam dentro do prazo de validade, havia controle de rede de frio para medicamentos termolábeis e armazenamento exclusivo para medicamentos controlados. Entretanto, em apenas cinco havia medicamentos armazenados em ordem cronológica inversa e, em sete, era realizado confronto da dispensação dos medicamentos com receitas ou prontuários. A climatização foi satisfatória em apenas cinco e, em nove, as prateleiras para armazenagem dos medicamentos eram de fácil higienização (TABELA 13).

A tabela 13 também mostra a disponibilidade dos medicamentos possivelmente utilizados para assistência ao parto e nascimento. De modo geral, cinco hospitais possuíam os medicamentos básicos para uso obstétrico, enquanto que a maioria dos hospitais dispunha de medicamentos para urgência e emergência obstétrica (TABELA 13).

Tabela 13 - Caracterização das Farmácias Hospitalares e disponibilidade de medicamentos nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim		Não é rotina no hospital	
	N	%	N	%
Técnico responsável	9	90	–	–
Presença de profissional no período de dispensação	8	80	–	–
Área climatizada satisfatoriamente	5	50	–	–
Medicamento armazenados em prateleiras de fácil higienização	9	90	–	–
Medicamentos armazenados em ordem cronológica inversa	5	50	–	–
Medicamentos e produtos dentro do prazo de validade	10	100	–	–
Confronto da dispensação com receitas ou prontuários	7	70	–	–
Controle de rede de frio para medicamentos termolábeis	10	100	–	–
Armazenamento exclusivo para medicamentos controlados	10	100	–	–
Disponibilidade de medicamentos:			–	–
Antiarrítmico	9	90	–	–
Anti-hipertensivo	10	100	–	–
Hidralazina 20mg	6	60	2	20
Nifedipina 20mg	10	100	0	0
Diurético	10	100	0	0
Barbitúrico	7	70	1	10
Benzodiazepínico	10	100	0	0
Broncodilatador	10	100	0	0
Drogas vasoativas vasodilatadoras coronarianas	8	80	1	10
Drogas vasoativas vasoconstritoras coronarianas	10	100	0	0
Uterotônicos/ Ocitocina	10	100	0	0
Misoprostol	1	10	8	80
Inibidores da contratilidade uterina	7	70	0	0
Sulfato de magnésio 20%	3	30	2	20
Sulfato de magnésio 50%	5	50	1	10
Anti-hemorrágico	10	100	0	0
Vitamina K	10	100	0	0
Surfactante	0	0	8	80
Cloridrato de naloxona	3	30	2	20
Antibióticos/ Anestésicos/ Analgésicos	10	100	0	0
Nitrato de prata	9	90	0	0
Rhogam/Matergam	8	80	1	10
Glicose hipertônica e isotônica/ Solução fisiológica/ Água destilada	10	100	0	0
Bicarbonato de sódio (8,4%)	7	70	0	0
Medicamentos básicos para uso obstétrico	5	50	–	–
Medicamentos para urgência e emergência obstétrica	8	80	–	–

4.4 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO INTERNA DO TRABALHO

Na maioria das instituições as normas, protocolos clínicos e/ou rotinas técnicas referentes ao atendimento obstétrico/neonatal estavam disponíveis e de fácil acesso à equipe de saúde, sendo divulgados, predominantemente, por escrito e atualizados anual ou esporadicamente. Metade das instituições repassam para a equipe de saúde os instrumentos (normas, leis, decretos, resoluções, portarias) que regulam a assistência obstétrica e neonatal. Em nenhuma das instituições havia rotina para discussão de casos entre a equipe, sobretudo as intercorrências clínicas (TABELA 14).

Na maioria dos hospitais a gestante podia visitar as instalações onde seria realizado o parto, ainda durante o pré-natal. Após a alta hospitalar, apenas uma instituição agendava consulta de puerpério em Unidade Básica de Saúde para a parturiente. Apesar de todas as instituições possuírem mecanismos para garantir internação ou referência de todas as gestantes e ambulância para transferência de parturiente/recém-nascido, a ficha de referência e contra-referência para o parto era utilizada em pouco mais da metade delas. O uso do partograma era rotina em pouco mais da metade das instituições e o formulário para solicitação de exames laboratoriais era utilizado em apenas uma instituição (TABELA 14).

No que diz respeito à presença de acompanhante de escolha da mulher durante todas as fases do atendimento, metade das instituições não permitia em nenhum momento e apenas duas permitiam o acompanhante em todos os momentos. Em geral, a mulher teve mais autonomia para escolher o acompanhante na fase da admissão e do trabalho de parto. No momento do parto, em nenhuma instituição foi relatado rotina de analgesia para o parto normal e, em apenas cinco, o contato pele a pele do recém-nascido com a mãe ainda em sala de parto foi mencionado como prática rotineira. Após o parto, todas as instituições permitiam à mãe ficar com o recém-nascido e estimulavam o aleitamento materno (TABELA 14).

No que tange ao descarte de resíduos e esterilização de materiais, seis instituições possuíam recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares e todas esterilizavam os materiais hospitalares na própria unidade. Uma instituição não possuía profissional responsável pela esterilização (TABELA 14).

Tabela 14 - Organização e Estruturação interna do trabalho nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas por escrito	7	70
Fácil acesso à equipe (n=7)	6	85,7
Divulgação das normas, protocolos, e rotinas técnicas (n=7):		
Reunião	4	57,1
Discussão	2	28,6
Por escrito	5	71,4
Frequência de atualização dos protocolos e rotinas (n=7):		
Anualmente	3	42,9
Bianualmente	1	14,2
Esporadicamente	3	42,9
Mecanismo para garantir internação ou referência de todas as gestantes	10	100
Disponibilização de ambulância para transferência parturiente/recém-nascido	10	100
Formulário para solicitação de exames laboratoriais	1	10
Ficha de referência e contra-referência para o parto	6	60
Partograma	6	60
Presença de acompanhante de escolha da mulher durante:		
Não permite em nenhum momento	5	50
Permite em todos os momentos	2	20
Permite somente na admissão	4	40
Permite somente no trabalho de parto	4	40
Permite somente no parto	2	20
Permite somente no pós-parto imediato	3	30
Permite somente no puerpério	3	30
Contato pele a pele do RN com a mãe ainda em sala de parto	5	50
Estimulação do aleitamento materno	10	100
Agendamento de consulta em UBS após saída da maternidade	1	10
Permitido à gestante visitar a maternidade durante o pré-natal	8	80
Permitido à mulher ficar com o RN logo após o parto	10	100
Rotina de analgesia para o parto normal	0	0
Rotina de discussão de casos	0	0
Instrumentos que regulam a assistência obstétrica e neonatal são repassados para a equipe	5	50
Recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares	6	60
Esterilização de material:		
Na própria unidade	10	100
Fora da unidade	0	0
Existência de profissional responsável pela esterilização de material	9	90

Em relação às ações educativas direcionadas às usuárias e à comunidade, apenas duas instituições produziam e disponibilizavam cartilhas ou folhetos informativos para os usuários e apenas uma promovia ações educativas para a parturiente e seus familiares. Outros materiais educativos, não necessariamente de produção própria, estavam disponibilizados nas instituições para as seguintes atividades: planejamento familiar, cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno (TABELA 15).

Tabela 15 – Ações educativas com as usuárias e a comunidade nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Médio Vale do Jequitinhonha, 2013 (n=10)

	Sim	
	N	%
Cartilhas, folhetos informativos (próprios) para usuários	2	20
Ações educativas para a parturiente e seus familiares	1	10
Material educativo para as seguintes atividades:		
Aleitamento materno	4	40
Planejamento familiar	1	10
Cuidados com o recém-nascido	1	10
Pré-natal	0	0

4.5 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

A somatória dos pontos atribuídos a cada instituição hospitalar é resultado das informações relacionadas às dimensões estrutura e processo do programa (APÊNDICES 3 e 4). Primeiramente, em cada dimensão foi realizada uma avaliação separada e, posteriormente, calculou-se o grau de implantação do PHPN nas respectivas instituições.

De acordo com a classificação utilizada, nenhuma instituição apresentou avaliação excelente na estrutura. Cinco instituições apresentaram estrutura satisfatória, sendo que duas instituições hospitalares obtiveram uma pontuação total acima de 80, o que as aproximam da classificação máxima. Em contrapartida, cinco instituições foram avaliadas negativamente, sendo três classificadas como insatisfatória e outras duas como crítica (QUADRO 4).

Na avaliação da dimensão estrutura, os pontos críticos observados na maioria das instituições hospitalares investigadas, que dificultaram a implantação do programa e propiciaram as avaliações negativas (insatisfatório/crítico), foram a ausência de salas PPP (pré-parto, parto e pós-parto), de área para deambulação da parturiente no pré-parto, de materiais para realização de alívio não farmacológico da dor, de estrutura para acomodação

dos acompanhantes e acesso à ambulância de suporte básico/avançado para transferência da gestante/recém-nascido. Ademais, observou-se uma deficiência de profissionais de saúde qualificados essenciais para as práticas obstétricas: obstetra, pediatra e enfermeiro obstétrico.

HOSPITAL	TOTAL ESTRUTURA	AVALIAÇÃO
A	81	SATISFATÓRIO
B	55	INSATISFATÓRIO
C	35	CRÍTICO
D	41	CRÍTICO
E	88	SATISFATÓRIO
F	72	SATISFATÓRIO
G	72	SATISFATÓRIO
H	54	INSATISFATÓRIO
I	78	SATISFATÓRIO
J	53	INSATISFATÓRIO

Quadro 4 – Pontuação total e classificação dos hospitais referente à dimensão Estrutura.

Em relação à avaliação da dimensão processo, apenas três instituições realizam suas atividades de maneira satisfatória, coerente com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Uma instituição apresentou avaliação insatisfatória e a maioria dos hospitais (seis) obtiveram nível crítico na avaliação da dimensão processo (QUADRO 5).

Os pontos críticos evidenciados para a implantação do programa, referentes à avaliação da dimensão processo, abrangeu aspectos da organização tais como a articulação precária da instituição com a atenção básica, o não funcionamento de comitês hospitalares de investigação de óbitos maternos/fetais/neonatais, a não realização de reuniões com a equipe de saúde para discussão de casos clínicos e tampouco a discussão de indicadores de saúde. Também nas atividades assistenciais foram observadas práticas que não favorecem a implantação do PHPN, tais como: a não realização de atividades para alívio não farmacológico da dor, a não estimulação de outras posições não supinas no pré-parto e parto, a não atuação de pediatra na sala de parto e de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto. Além disso, observou-se defasagem nas orientações de cuidado com o recém-nascido no pós-parto e de ações educativas de modo geral para gestantes/puérperas e familiares.

HOSPITAL	TOTAL PROCESSO	AVALIAÇÃO
A	71	SATISFATÓRIO
B	46	CRÍTICO
C	42	CRÍTICO
D	41	CRÍTICO
E	73	SATISFATÓRIO
F	47	CRÍTICO
G	57	INSATISFATÓRIO
H	39	CRÍTICO
I	82	SATISFATÓRIO
J	39	CRÍTICO

Quadro 5 – Pontuação total e classificação dos hospitais referente à dimensão Processo.

A dimensão processo foi a que apresentou piores classificações. Todavia, houve uma relação direta das avaliações das dimensões estrutura e processo em oito das dez instituições investigadas. Uma tendência de classificação positiva ou negativa foi observada na sequência das dimensões, ou seja, quando a estrutura foi avaliada positivamente, o processo consequentemente também adquiriu uma classificação positiva e vice-versa (GRÁFICO 1). A correlação entre a pontuação total atingida pela dimensão estrutura e pela dimensão processo foi estatisticamente significativa e pode ser observada no Gráfico 2.

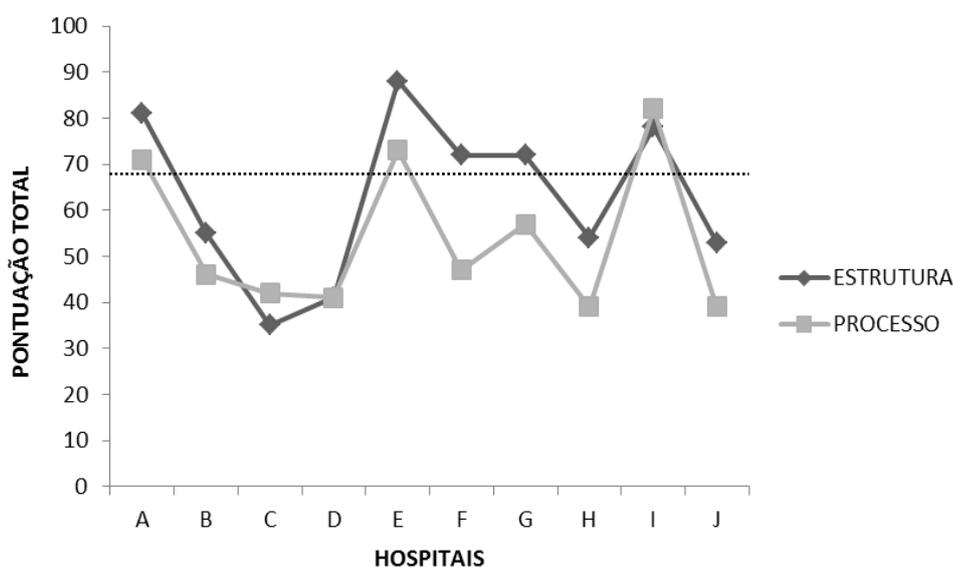


Gráfico 1 – Pontuação total atingida pelas dimensões Estrutura e Processo nos hospitais investigados, 2013.

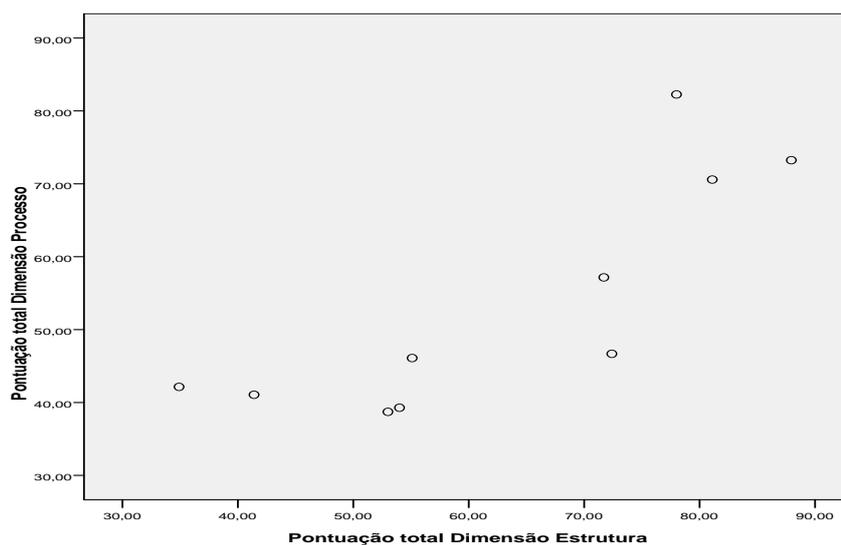


Gráfico 2 – Correlação entre a pontuação total atingida pelas dimensões Estrutura e Processo nos hospitais investigados, 2013. Nota: Coeficiente de correlação de Spearman = 0,84; valor de $p = 0,002$

Com base na mensuração das dimensões estrutura e processo, foi calculado o grau de implantação do PHPN nas instituições hospitalares situadas na região do Médio Vale do Jequitinhonha. Apenas uma instituição teve seu programa classificado como avançado, sendo quatro classificados como intermediário e cinco incipientes (QUADRO 6).

HOSPITAL	TOTAL ESTRUTURA	CE*	TOTAL PROCESSO	CP**	GI*** (GI = CE + CP/ 10)	CLASSIFICAÇÃO
A	81	324	71	426	75	INTERMEDIÁRIO
B	55	220	46	276	49,6	INCIPIENTE
C	35	140	42	252	39,2	INCIPIENTE
D	41	164	41	246	41	INCIPIENTE
E	88	352	73	438	79	INTERMEDIÁRIO
F	72	288	47	282	57	INTERMEDIÁRIO
G	72	288	57	342	63	INTERMEDIÁRIO
H	54	216	39	234	45	INCIPIENTE
I	78	312	82	492	80,4	AVANÇADO
J	53	212	39	234	44,6	INCIPIENTE

Nota: *(Total Componente Estrutura) x 4; **(Total Componente Processo) x 6 ***Grau de Implantação.

Quadro 6 – Pontuação total atingida nas dimensões avaliadas nos hospitais e seus respectivos Graus de Implantação conforme a classificação utilizada.

Das instituições classificadas como intermediário, duas (A e E) apresentaram pontuação total próxima da classificação avançado. O mesmo ocorre com duas instituições (B e H) que obtiveram classificação incipiente e que possuíram pontuação total próxima do intermediário (QUADRO 6). Apesar destas proximidades com níveis mais elevados, a maioria das instituições apresentaram pontuações distantes de serem consideradas avançadas, como pode ser visualizado no Gráfico 3.

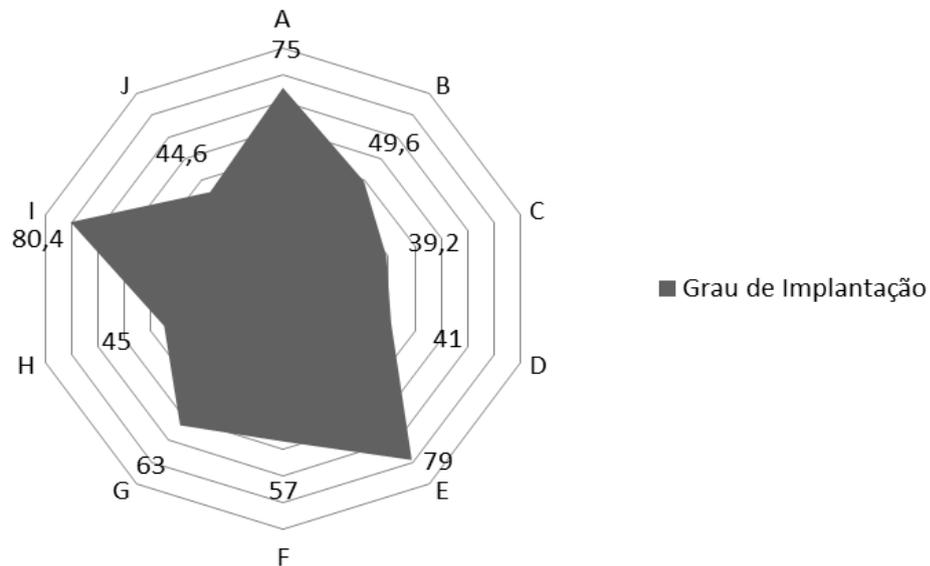


Gráfico 3 – Grau de implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento nos hospitais investigados - 2013.



Discussão

5 DISCUSSÃO

A proposta de humanização da assistência ao parto é uma decisão política que garante um serviço que devolva com qualidade às mulheres, o direito de parir em condições que garantam sua segurança e a de seu filho. Além disso oferece a possibilidade da mulher de atuar como protagonista, fazendo com que o parto deixe de ser um evento meramente biológico, e sim uma experiência humana, que deve ser experimentada de acordo com as expectativas da mulher e da sua família (DIAS; DOMINGUES, 2005). Entretanto, esta política de humanização do parto ainda enfrenta dificuldades e desafios em sua implantação nas mais diversas localidades nacionais (DIAS; DOMINGUES, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; MARTINHO, 2011) e internacionais (BEHRUZI *et al.*, 2010). Os resultados do presente estudo corroboram com esta perspectiva, uma vez que, na análise da implantação do PHPN em instituições hospitalares da região do médio Vale do Jequitinhonha, apenas um hospital obteve classificação avançada de implantação para os critérios avaliados, sendo que a maioria foi classificada como incipiente ou intermediário para a humanização do parto.

Estudo com métodos semelhantes, porém, desenvolvido em apenas duas maternidades de uma das capitais estaduais do país, avaliou a implantação de práticas relacionadas à humanização do parto e revelou inúmeras diferenças de estrutura e processo entre a esfera pública e a privada, ou seja, enquanto a maternidade privada encontrava-se em estágio avançado, a maternidade pública estava em estágio incipiente de implantação. Segundo a autora, na maternidade pública existiram vários fatores que contribuíram para o baixo desempenho na implantação dos componentes do programa de humanização do parto e nascimento, entre eles, a não adoção de uma estratégia de implantação que envolvesse difundir as diretrizes e os objetivos do programa, a realização de capacitação dos profissionais, bem como a supervisão, o monitoramento e acompanhamento da implantação no cotidiano do serviço e investimentos na estrutura física da maternidade (MARTINHO, 2011). Vale destacar e corroborar com o estudo de Martinho (2011) o fato de que todas as instituições investigadas com gestão pública foram classificadas como incipiente para o grau de implantação do PHPN.

Assim como no estudo de Martinho (2011), ao traçar o grau de implantação do PHPN nos hospitais do médio Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, este estudo também apontou fragilidades na qualidade da atenção relacionadas à estrutura e ao processo de assistência ao

parto e nascimento, que contribuíram para o alcance de resultados negativos na implantação dos componentes da política de humanização do parto. Foram evidenciadas fragilidades no que se refere a presença de profissionais qualificados e capacitados, instalações físicas adequadas, disponibilidade de materiais e equipamentos, de organização e estruturação interna do trabalho e de assistência direta ao binômio mãe-filho durante o pré-parto, parto e pós-parto. Ao contrário, o que se espera é que estes aspectos estejam em consonância com as políticas de humanização do parto (BRASIL, 2000; 2002; 2005b; 2008).

Recentemente, estudos realizados em uma coorte de puérperas e uma amostra de maternidades brasileiras também demonstraram problemas de estrutura e de processo de assistência ao parto e nascimento em âmbito nacional (BITTENCOURT *et al*, 2014; LANSKY *et al*, 2014). Estes estudos demonstraram uma grande proporção de estabelecimentos muito mal equipados e sem profissionais especializados (BITTENCOURT *et al*, 2014), além da persistente utilização de procedimentos não recomendados, pelas evidências científicas, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto (LANSKY *et al*, 2014). Essa temática vem recebendo maior atenção em nível nacional devido à persistência de níveis inaceitáveis de indicadores maternos e perinatais do país, frente às crescentes coberturas de acesso ao parto hospitalar (LEAL; VIACAVA, 2002; SCHRAMM *et al*, 2002; SILVA *et al*, 2010; ALMEIDA *et al*, 2002; BARROS *et al*, 2002). Ainda, de acordo com o exposto no relatório final do Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, a qualificação da estrutura e do cuidado em saúde, no aspecto da melhoria nas relações de trabalho e de garantia de direitos de acesso às melhores práticas disponíveis e recomendadas com evidências científicas, é fundamental para os avanços nos resultados em saúde materna e infantil (BRASIL, 2012).

Neste estudo partiu-se do pressuposto de que a estrutura das instituições hospitalares, voltada para a assistência ao parto e nascimento, pode contribuir para a qualidade e humanização da atenção. Evidências apontam que, por si só, a oferta de profissionais, materiais e ambientes adequados no cuidado seguro à mulher e ao recém-nascido não determina a qualidade da atenção. No entanto, há muito já se assinala que suas deficiências podem interferir na qualidade da assistência e nos resultados (COSTA *et al.*, 2004; BITTENCOURT *et al*, 2014). Neste contexto, e de encontro com o proposto por Donabedian (1988), foi observada uma tendência de avaliação positiva ou negativa entre a estrutura e o processo de trabalho nos hospitais investigados, ou seja, quando a estrutura foi classificada como satisfatória o processo também assim o foi, e vice-versa.

A avaliação da estrutura hospitalar sempre foi tratada com pouca visibilidade pelos países desenvolvidos, possivelmente, porque desde seus primórdios, apresentavam níveis de qualidade de recursos físicos e de equipamentos bastante razoáveis (LICHAND *et al*, 2012). Entretanto, em países em desenvolvimento como o Brasil, sobretudo em regiões economicamente desfavoráveis, como é o caso da região onde situam-se os hospitais investigados no presente estudo, a falta de estrutura adequada pode comprometer a qualidade da atenção nos mais diversos serviços de saúde (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

De fato, no âmbito da estrutura, a avaliação dos recursos humanos nas instituições hospitalares investigadas mostrou uma carência de profissionais de saúde para a assistência ao parto e nascimento durante as 24 horas/dia, sobretudo profissionais qualificados e capacitados para este tipo de atendimento. Faltam médicos obstetras, pediatras e anestesistas e enfermeiros generalistas e obstétricos. Vale ressaltar que a presença destes profissionais em instituições integrantes do SUS é prevista em portaria do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) e o seu não cumprimento coloca em risco a vida da mulher e da criança. Outros estudos também evidenciaram a ausência destes profissionais (PARADA; CARVALHAES, 2007; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011) ou a presença destes eram observadas apenas em maternidades de maior grau de complexidade (MAGLUTA *et al.*, 2009). Desde o ano de 2002, esta escassez de profissionais qualificados já era observada nas maternidades brasileiras, em que um terço e três quartos delas não contava com a presença de obstetra e pediatra, respectivamente (LEAL; VIACAVA, 2002).

Até mesmo o enfermeiro generalista também estava ausente nas 24 horas/dia em três dos hospitais investigados e quando este profissional estava presente, ele era responsável por todos os setores do hospital, não exclusivamente na maternidade. Quanto à presença do enfermeiro obstétrico nas 24 horas/dia, ocorreu em apenas um hospital, mas, somente nos plantões diurnos e na ausência do médico. Estes mesmos padrões de atuação dos enfermeiros generalista e obstetra também foram observados no estudo de Parada e Carvalhaes (2007). Evidências nacionais e internacionais mostram que modelos de assistência envolvendo esses profissionais associam-se a menores taxas de intervenções, incluindo cesáreas, e em uma maior satisfação das mulheres (HODNETT *et al.*, 2012; OVERGAARD *et al.*, 2011; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013). Além disso, a OMS indica o enfermeiro obstetra como o profissional mais adequado para a assistência à gestante e ao parto normal de baixo risco, em razão de menor custo, de ser menos intervencionista e de ter a capacidade de reconhecer e avaliar os riscos para o binômio mãe-filho (WHO, 1996).

Assim, é recomendado que haja incentivo na formação, qualificação e capacitação de maior número de enfermeiros obstetras, bem como a sua participação na assistência ao parto, em que o médico obstetra esteja mais voltado para a atenção ao parto de alto risco e que os de baixo risco sejam assistidos por enfermeiros obstetras (WHO, 2005). No entanto, algumas das dificuldades para esta recomendação seria a disponibilidade desses profissionais no mercado de trabalho e a não aceitação da classe médica da inserção dos enfermeiros obstetras no ambiente hospitalar para realização de partos, mesmo que sejam de baixo risco (DIAS; DOMINGUES, 2005), sobretudo em regiões do interior do país como é o caso deste estudo.

O presente estudo, assim como o realizado por Magluta e colaboradores (2009), no Rio de Janeiro, mostrou que a participação dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiros, em cursos de capacitação foi baixa. Acredita-se que a proposta de educação permanente, que implica em um cotidiano reflexivo, com diversas oportunidades de capacitação e com vistas a transformar as práticas profissionais, pode vir a responder às dificuldades e deficiências na área (MAGLUTA *et al.*, 2009). É preciso investir na melhor formação e na qualificação profissional permanente (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Lansky e colaboradores (2014) recomendam, ainda, que o trabalho em equipe deve ser desenvolvido de forma efetiva nos serviços de atenção perinatal, desde a admissão da gestante e durante toda a atenção no trabalho de parto e parto, incluindo aqueles profissionais, principalmente pediatras, que tradicionalmente se responsabilizam pela criança apenas após o seu nascimento. A equipe multidisciplinar deve participar de forma corresponsável desde a internação da gestante, para assegurar a utilização de tecnologias apropriadas para promover a evolução fisiológica do trabalho de parto, com intervenções apenas quando justificáveis.

A adequação do espaço físico pode viabilizar a adoção de práticas úteis para a assistência humanizada pela equipe multidisciplinar, por isso alguns ambientes são preconizados pelo Ministério da Saúde como recursos físicos mínimos para realização de partos e nascimentos de qualidade (BRASIL, 2000; 2008). Nos hospitais investigados, a modalidade de ambiência, de acordo com a RDC 36, é o centro obstétrico, que na maioria das instituições estava acoplado ao centro cirúrgico. Entre os ambientes fins desta unidade (BRASIL, 2008), a sala de exame e admissão da parturiente, local onde é feita uma avaliação do risco gestacional para definir o potencial de nascimento e as condutas a serem adotadas na condução do trabalho de parto, foi observada em apenas metade das instituições hospitalares investigadas. Entretanto, naquelas instituições que não possuíam uma sala específica para este

fim, os procedimentos admissionais da mulher eram realizados diretamente na sala de pré-parto, junto as outras parturientes.

Outros ambientes que são fundamentais para garantir a humanização da assistência e que são preconizados pelas políticas de humanização, incluindo a RDC 36, são as salas PPP e áreas para deambulação da parturiente (BRASIL, 2000; 2008). Estes locais auxiliam na possibilidade de uma assistência ao pré-parto, parto e pós-parto com menos intervenções desnecessárias, com respeito à fisiologia destes momentos e oferta de necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família (RATTNER, 2009a). Assim como em outras instituições (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; PARADA; CARVALHAES, 2007; MARTINHO, 2011), estes ambientes estavam ausentes em todas os hospitais investigados, exceto em uma instituição que apresentava apenas área para deambulação das parturientes. No entanto, quando este espaço integrado foi observado, constatou-se que apenas 50% dos partos atendidos ocorreram com a mulher permanecendo no mesmo ambiente durante todo o seu processo de parturição (pré-parto, parto e pós-parto) (STANCATO; VERGÍLIO; BOSCO, 2011). Estes achados sugerem que além de estimular a implantação destes locais nos hospitais brasileiros, é necessário, ainda, que haja a utilização adequada daqueles já existentes.

Vale ressaltar que, além de favorecer maior privacidade à mulher, estes ambientes integrados também promovem a oportunidade de tirá-la da inércia do leito e estimulá-la a deambular ou movimentar-se. Estudos têm revelado que, fisiologicamente, é muito melhor para a mãe e para o feto quando a mulher se mantém em movimento durante o trabalho de parto, pois o útero se contrai muito mais eficazmente, o fluxo sanguíneo que chega ao bebê através da placenta é mais abundante, o trabalho de parto se torna mais curto e a dor é menor. Acresce-se o fato de que, na posição não supina, a adaptação da apresentação fetal ao estreito da bacia é facilitada pela postura materna, prevenindo complicações do trajeto (MAMEDE; MAMEDE; DOTTO, 2007). Diante das inúmeras vantagens, a posição vertical assumida pela parturiente tem ganhado destaque na assistência ao parto humanizado pelos profissionais (MARQUE; DIAS; AZEVEDO, 2006). Entretanto, a imobilização da mulher no leito durante o trabalho de parto e a posição de litotomia no parto ainda persiste na maioria dos atendimentos aos partos realizados no Brasil (LANSKY *et al*, 2014) e não somente nestes investigados no médio Vale do Jequitinhonha. Em consonância com esses resultados, os profissionais entrevistados relataram não estimular as parturientes em outras posições não supinas durante o parto, devido, sobretudo, à deficiência na estrutura.

Outra prática assistencial relatada pelos profissionais e que não favoreceu as classificações positivas para a implantação do PHPN nos hospitais investigados foi a não permissão de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto. Acresce-se a isto, conforme justificativa alegada pelos profissionais, o fato da estrutura física e material da maioria dos hospitais serem deficientes para a acomodação desses acompanhantes. Estudo desenvolvido por Martinho (2011) evidenciou que, além da estrutura física e organizacional precárias da maternidade pública, existe, ainda, a resistência dos profissionais em aceitar a presença dos acompanhante no processo de parturição. Muitas vezes, as regras institucionais restringem a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto e estão entre as principais barreiras encontradas para a implantação do parto humanizado (REIS, PATRÍCIO, 2005; DIAS, 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; BEHRUZI, MARIE, FRAZER, et al, 2010; DINIZ *et al.*, 2014). De fato, menos de uma em cada cinco mulheres teve acompanhamento contínuo no processo de parturição, 55,2% tiveram acompanhante parcialmente e cerca de um quarto das mulheres não teve qualquer acompanhante, devido principalmente à proibição do hospital. Estes autores evidenciaram também que a implementação de acompanhante nos hospitais foi associada, entre outros fatores, às mudanças na ambiência e no mobiliário, tais como ter cadeiras para todos os acompanhantes (DINIZ *et al.*, 2014). Este mesmo aspecto de estrutura também foi relatado e observado nos hospitais do presente estudo, reforçando o fato de que a modificação da estrutura física e material, transformando o espaço hospitalar num ambiente acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadoras da assistência, ainda é considerado um desafio (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Por outro lado, quando o acompanhante de livre escolha da mulher é permitido no processo de parturição, associa-se ao uso de boas práticas na sala de parto, maior contato pele a pele da mãe com o recém-nascido logo após o nascimento e maior estímulo à amamentação ainda na sala de parto (MOREIRA *et al.*, 2014). Acresce-se a possibilidade de menor duração do trabalho de parto, menor uso de ocitocina, redução de cesariana e de partos vaginais instrumentais, diminuindo ainda a utilização de analgesia intraparto e melhorando os índices de Apgar no quinto minuto (HODNETT et al., 2012). Além disso, a presença do acompanhante ainda garante maior satisfação das mulheres, relacionado às condutas realizadas durante todo o trabalho de parto e pós-parto, em detrimento às mulheres não acompanhadas (BRÜGGEMANN; OSIS; PARPINELLI, 2007; DINIZ *et al.*, 2014; D'ORSI *et al.*, 2014). Vale ressaltar que a permissão de acompanhante de livre escolha da mulher é um

direito assegurado na Lei nº. 11.108 de 2005, regulamentada pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº. 2418/2005, portanto, obrigatória em todos os serviços de saúde (BRASIL, 2005c).

Assim como a permissão da presença de acompanhante de livre escolha da mulher, bem como infraestrutura para tal demanda, a realização de atividades para alívio não farmacológico da dor e os materiais disponíveis para tais práticas (bola para relaxamento perineal, escada de Ling, cavalinho, barra fixa, entre outros) não foram evidenciados nos hospitais investigados neste estudo. Outros autores também relataram a não utilização de recursos e práticas não farmacológicas para alívio da dor (MARTINHO, 2011; TORRES et al., 2014). A realização de procedimentos não farmacológicos para alívio da dor se apresenta como uma das diretrizes da política de humanização recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001; 2005b; WHO, 1996). Para Silva, Oliveira e Nobre (2009), é importante considerar a necessidade de alívio da dor e a ansiedade da parturiente, uma vez que estes mecanismos podem prejudicar o feto e afetar a progressão do trabalho de parto. Os autores acreditam que o uso de métodos não farmacológicos no alívio da dor durante o trabalho de parto tem as vantagens de reduzir e postergar a utilização de fármacos no controle da dor, proporcionar condições para a cooperação ativa da parturiente e permitir maior participação do acompanhante (SILVA; OLIVEIRA; NOBRE, 2009). Nesta perspectiva, outros autores, cujos estudos evidenciaram a adesão da equipe de saúde aos procedimentos não farmacológicos de alívio da dor, afirmam que estas práticas, entre outras, constituem aspectos positivos que contribuem para a humanização do cuidado (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

O presente estudo evidenciou também, como obstáculo para a implantação do cuidado humanizado, a defasagem de recursos e ações educativas/informativas para as gestantes/puérperas, além de orientações de cuidado com o recém-nascido. Esses achados são semelhantes aos registrados por Martinho (2011) em uma maternidade pública, os quais confirmam que raramente as mulheres obtiveram informações sobre os tipos de parto, como seria o momento do nascimento, tampouco cuidados com o recém-nascido. Outros estudos descreveram que o atendimento à parturiente foi marcado por orientações e informações no trabalho de parto variáveis e, de modo geral, insuficientes (DIAS; DESLANDES, 2006; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Por outro lado, em um estudo realizado com narrativas de puérperas sobre a assistência recebida em um centro de parto normal no município de São Paulo, destacou que as várias orientações recebidas pelas mulheres a respeito do processo de parturição foram motivos de satisfação (JAMAS; HOGA; REBERT, 2013).

Essas evidências indicam a necessidade de maior comprometimento dos profissionais que, por sua vez, requer preparo adequado, além da existência dos recursos necessários a essas ações educativas e informativas. Acredita-se que a existência de um material educativo escrito, que contenham as demandas das próprias mulheres por orientações a respeito dos vários aspectos da assistência, possa auxiliar na interação das gestantes/parturientes/puérperas com a equipe de saúde e nas orientações fornecidas pelos profissionais (JAMAS, 2010).

Alguns aspectos da organização do processo de trabalho que auxiliam no funcionamento do serviço foram identificados como inexistentes entre as instituições investigadas. Apesar de haver adequada articulação com a rede de unidades de saúde para transferência de urgência/emergência da parturiente/recém-nascido, ainda é incipiente a articulação das instituições com a rede de unidades básicas de saúde e os instrumentos de referência e contra-referência ainda não são utilizados em todas as instituições. Vale destacar que o fluxo de referência e contra-referência faz-se necessário para garantir o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido, uma vez que possibilitem o avanço da organização e regulação do sistema de assistência ao parto e nascimento, estabelecendo ações que integrem todos os níveis desta assistência e que permitam a continuidade da atenção (BRASIL, 2000; 2011). Busanello e colaboradores (2011) afirmaram que a falta de um sistema de referência e contra-referência, representa um desafio para a implementação da proposta de humanização do parto. Importante frisar que é direito da gestante, garantido em lei (BRASIL, 2007), o conhecimento e a vinculação à maternidade, onde receberá atendimento no âmbito do SUS, por meio da elaboração do plano pessoal durante o acompanhamento pré-natal, que determine onde e por quem será assistido o parto e nascimento. Entretanto o que ainda se observa é a desvinculação entre os serviços de atenção básica e o hospital, o que repercute na “perambulação” das parturientes até serem atendidas, colocando em risco a sua saúde e a do bebê (PARADA; TONETE, 2008), e no caso do presente estudo, da descontinuidade de atendimento após o nascimento, evidenciado pela ausência de articulação com a atenção básica, por meio do não encaminhamento/agendamento de consulta puerperal.

A disponibilidade de importantes instrumentos para a gestão e para a assistência, como as normas, protocolos clínicos e/ou rotinas técnicas por escrito, não foram observados em todas as instituições. De acordo com Manzini, Borges e Parada (2009) esta ausência pode levar ao desconhecimento dos fluxos e condutas por parte dos profissionais envolvidos na assistência. Contudo, Rattner (2009) defende a importância da “singularização” da atenção na

assistência humanizada, em que mais do que trabalhar presos a rotinas e protocolos, os profissionais precisam exercer sua expertise e criatividade, adaptando o cuidado a cada nova situação e demanda, em um trabalho de equipe.

Neste sentido, aspectos que poderiam melhorar o trabalho em equipe, a integração entre os profissionais de saúde e a direção e, conseqüentemente, o processo de assistência ao parto e nascimento, como por exemplo a discussão de casos clínicos e de indicadores de saúde calculados no serviço, além de atualização/capacitação da equipe de saúde, não foram adequadamente avaliados nas instituições estudadas. De fato, os profissionais de saúde ainda apresentam dificuldades no acesso a conhecimentos sobre a temática da humanização no parto e nascimento por meio de cursos de atualização/capacitação (MALHEIROS *et al.*, 2012). Segundo Dias e Domingues (2005), reuniões para discussão de aspectos da assistência facilitam o trabalho em equipe e a qualificação da assistência. Além dos indicadores de saúde calculados no serviço, auxiliarem no monitoramento e avaliação da assistência.

Ainda neste contexto de monitoramento e avaliação da assistência, o comitê hospitalar de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais estava implantado em apenas quatro instituições. Este comitê é recomendado para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2000; 2008) e desde 2010, a vigilância do óbito infantil e fetal passou a ser obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o SUS (BRASIL, 2010). É imprescindível a organização de comitês hospitalares que representem um espaço para discussão entre os profissionais de saúde e gestores do hospital e que viabilizem, por meio da reflexão e da análise crítica dos óbitos ocorridos no serviço, a notificação adequada, a identificação das causas e de medidas para prevenção de óbitos evitáveis (BRASIL, 2009a; SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012). A investigação de óbitos considerados eventos sentinelas é de extrema importância e permite identificar aspectos que devem ser enfrentados pelos serviços de saúde para que haja a promoção de um nascimento seguro, a prevenção de mortes evitáveis e, conseqüentemente, um possível impacto na melhoria da atenção nas maternidades (MARTINS *et al.*, 2013).

Apesar das deficiências de vários aspectos da estrutura, no que se refere aos recursos materiais e equipamentos investigados nas instituições do médio Vale do Jequitinhonha foram considerados, na maior parte das vezes, adequados. Estudos que avaliaram a disponibilidade de recursos materiais e equipamentos em maternidades ora evidenciaram avaliação adequada para estes requisitos (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009), ora demonstraram a deficiência de equipamentos e medicamentos básicos, por exemplo, para a assistência obstétrica e

neonatal (GAÍVA *et al.*, 2010; HULTON; MATTHEUS; STONES, 2007). Esses achados reforçam a conclusão de Magluta e colaboradores (2009) de que as condições de estrutura das maternidades ainda não são estáveis, mesmo considerando a complexidade da maternidade.

No que se refere à falta de ambulância para atendimento e/ou transferência de pacientes com risco de vida, vale destacar que, apesar da grande expansão dos Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no Brasil desde 2004, ainda há uma cobertura de apenas 55% da população brasileira, sendo o interior do país o mais prejudicado (O'DWYER; MATTOS, 2013). Todas as instituições investigadas possuíam ambulância simples e de transporte eletivo, entretanto nem todas tinham acesso ao SAMU.

Embora neste estudo não tenham sido utilizados indicadores de resultados para estimar o grau de implantação do PHPN, por questões de limitações dos registros de indicadores hospitalares, sobretudo no que diz respeito aos dados de mortalidade, ainda assim, optou-se por manter neste estudo os dados descritivos das taxas de mortalidade perinatal diretas para demonstrar um panorama destes indicadores e por acreditar que estes eventos foram os que realmente ocorreram nos hospitais no período investigado. Suspeita-se que a principal limitação das fontes utilizadas seja a dificuldade em identificar o momento correto do evento, podendo ocorrer sub-registros das mortes neonatais precoce em detrimento dos óbitos fetais. De fato, observou-se uma grande diferença entre as taxas desses dois tipos de óbitos na maioria dos hospitais, sendo o contrário da semelhança estimada para estas (WHO, 2007).

A taxa de mortalidade perinatal de todas as instituições investigadas mostrou-se elevada com valor de 21,4 mortes perinatais por mil nascimentos, com variação de 14,9 a 95,9 mortes perinatais por mil nascimentos entre os hospitais. A maioria dessas taxas estão acima dos valores estimados pela OMS para o Brasil em 2004, que foram de 17 óbitos (de 22 semanas de gestação a 6 dias completos de vida) por mil nascimentos totais (nascidos vivos e óbitos fetais) (WHO, 2007), e bem mais elevados do que os observados em países desenvolvidos como os do Reino Unido, a Nova Zelândia e a Austrália, os quais não passam de 10 mortes perinatais por mil nascimentos (PMMRC, 2012). Embora a falta de rigor no registro do evento possa levar a alterações expressivas dos indicadores e acarretar a sub ou a superestimação (FRIAS; SZWARCOWALD; LIRA, 2011), estudos discutem que a concentração dos óbitos neonatais nas primeiras horas de vida e a frequente ocorrência de óbitos fetais no final da gestação e durante o trabalho de parto, demonstram a estreita relação entre estas mortes e a qualidade da assistência nos serviços de saúde, tendo em vista que os partos no Brasil acontecerem essencialmente em ambiente hospitalar (LANSKY; FRANÇA;

LEAL, 2002; LEAL *et al.*, 2004). Ademais, existem evidências que, entre outros fatores, a persistente utilização de procedimentos não recomendados para o pré-parto e parto pode repercutir negativamente sobre os resultados perinatais (LANSKY *et al.*, 2014). Já foi constatado também, que estes óbitos perinatais podem ser significativamente reduzidos se houver assistência e estrutura institucional adequadas (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009). Estes índices devem estimular a reflexão quanto à assistência à saúde materno-infantil, principalmente nas regiões mais carentes do país, onde as precárias estruturas assistenciais existentes, além das precárias condições de vida, podem agravar ainda mais esses indicadores perinatais.

Outro indicador importante a ser ressaltado, quando se trata de redução da mortalidade perinatal e de humanização do parto, e que também foi obtido por meio de registros primários dos respectivos hospitais é a taxa de cesáreas. A prevalência de partos cesáreos no período do estudo variou de 18 a 47% entre as instituições investigadas, com taxa média de 33,48%. Apesar de alguns hospitais apresentarem taxas próximas dos índices recomendados pela OMS (WHO, 1985), ou seja, taxas inferiores à 15%, o que se observou é que na maioria ainda persistem altas taxas de cesáreas. Esta evidência condiz com a realidade brasileira, que apresenta, atualmente, uma das mais altas taxas do mundo. No Brasil, onde a assistência perinatal ainda é caracterizada pelo emprego inadequado de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto e parto, a média nacional de partos operatórios alcançou, em 2006, 43,8% dos partos, chegando a ficar em torno de 80% no sistema de saúde privado (BRASIL, 2009b). Recentemente, um estudo nacional de base hospitalar com puérperas investigou o processo de decisão pelo tipo de parto e os fatores referidos para a preferência e encontrou a prevalência de cesarianas em torno de 50% entre os partos realizados no país, no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012, sendo a taxa no setor privado próxima de 90%. Vale ressaltar que mais de 70% das mulheres referiram a preferência inicial pelo parto vaginal (DOMINGUES *et al.*, 2014). Sendo assim, a humanização da assistência no ciclo gravídico-puerperal e a adoção de práticas baseadas em evidências científicas é, portanto, fundamental para que aconteça uma efetiva redução das taxas de cesarianas desnecessárias.

Importante levar em consideração como limitações do estudo o fato de não ter sido utilizado indicadores de resultado da assistência ao parto e nascimento nas análises para estimar o grau de implantação do PHPN, devido sobretudo, a insuficiência de informações precisas e registradas adequadamente nos diversos documentos hospitalares investigados, o que inviabilizou a construção de indicadores consistentes e relevantes. Outros estudos

poderiam aprofundar nestes aspectos e investigar possíveis sub-registros ou falhas na qualidade do preenchimento ou, ainda, investigar indicadores assistenciais por meio de entrevistas com as próprias puérperas ou de observação do processo de trabalho. Por outro lado, este estudo apresenta importante característica e contribuição, uma vez que os indicadores estruturais analisados foram obtidos por meio da observação direta da estrutura das instituições. Além disso, o estudo foi realizado em municípios de pequeno porte, pertencentes a uma região socioeconomicamente desfavorável do interior do país, distantes dos grandes centros e que apresentam dificuldade para desenvolverem avaliações de serviços de saúde, diferente de vários estudos brasileiros com objetivos semelhantes que foram realizados em capitais ou em municípios com melhores infraestruturas (COSTA *et al.*, 2004; GAÍVA *et al.*, 2010; MAGLUTA *et al.*, 2009; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; MARTINHO, 2011; PARADA; CARVALHAES, 2007).



*Conclusões e
Considerações Finais*

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou investigar e avaliar aspectos da estrutura, bem como do processo de assistência ao parto e nascimento nas instituições hospitalares localizadas em uma região de acentuada pobreza do Estado de Minas Gerais. Ao estabelecer uma análise do PHPN, evidenciou-se que a implementação das políticas que preconizam a humanização do parto é, ainda, um grande desafio no contexto investigado. Os hospitais ainda possuem diversas deficiências na implantação do PHPN, sobretudo no componente processo de assistência, em que a maioria das instituições foi avaliada negativamente. Além disso, constatou-se que a estrutura pode influenciar o processo de assistência ao parto e nascimento nestas instituições.

Foram evidenciadas fragilidades de recursos humanos, físicos e materiais, de organização do programa e de práticas clínicas durante o processo de parturição, quando comparados com as recomendações e normatizações do Ministério da Saúde para o funcionamento dos serviços de atenção ao parto e nascimento, sobretudo humanizado. Portanto, as condições da estrutura e do processo de assistência comprometem a qualidade e a humanização da atenção ao parto e nascimento nas instituições hospitalares investigadas.

Assim, mesmo considerando as limitações deste trabalho, os resultados encontrados trazem elementos para o debate acerca da qualidade dos serviços e da assistência hospitalares. Os achados podem contribuir para reflexões e discussões entre os profissionais envolvidos no cuidado e os gestores, apontando entraves na estrutura e no processo de assistência ao parto e ao nascimento, bem como orientando a capacitação e sensibilização dos profissionais envolvidos na assistência à mulher, ao recém-nascido e à família, para que haja a consolidação das políticas de humanização do parto nesta região. Ademais, por se tratar de uma região do interior do país, onde já são inerentes deficiências peculiares, as necessidades e carências estruturais e de práticas assistenciais adequadas reforçam, portanto, a importância e a necessidade da busca de parcerias entre os municípios para fortalecer e melhorar a estruturação, organização e gestão dos serviços de saúde em prol de uma atenção ao parto e nascimento de maior qualidade e humanização.

Entretanto, para que, de fato, ocorram mudanças na estrutura e assistência ao parto e nascimento, acredita-se ser imprescindível rever a formação dos profissionais de saúde envolvidos na atenção materno-infantil. Não basta criar programas e instituir políticas de saúde, sem que as instituições formadoras, sobretudo as de medicina e enfermagem, revejam

o papel do profissional de saúde na atenção ao parto e nascimento e realizem adaptações no processo de formação, garantindo uma assistência humanizada, orientada pelos direitos aos usuários e baseada em evidências. Acredita-se, ainda, que a enfermagem tenha um papel essencial na mudança das práticas de atenção ao parto, pois o enfermeiro que tem uma formação humanista e solidária poderá servir de articulador na operacionalização das políticas de humanização do parto e nascimento.

Neste contexto, a busca pelo cuidado humanizado ao parto e pela implantação de estrutura e práticas que favoreçam esse cuidado deve ser tema de crescente interesse, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades desta forma de cuidado sejam um grande desafio, pois implicam em que os serviços e os profissionais da saúde estejam preparados para atender a gestante, o recém-nascido e a família com respeito aos verdadeiros significados deste momento. Portanto, a transformação do modelo assistencial na obstetrícia ainda é um desafio atual e urgente e que requer esforços tanto de gestores e educadores em saúde, quanto de profissionais de saúde como um todo.



Referências

REFERÊNCIAS

- ADEOYE, I. A.; ONAYADE, A. A.; FATUSI, A. O. Incidence, determinants and perinatal outcomes of near miss maternal morbidity in Ile-Ife Nigeria: a prospective case control study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.13, n.93, 2013.
- ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R. M. D.; HOWELL, C. J. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: The Cochrane Library, Issue 12, 2010.
- BERGHELLA, V.; BAXTER, J. K.; CHAUHAN, S. Evidenced-based labor and delivery management. **Am J Obstet Gynecol**, p.445-54, 2008.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. **Modelagem de programas: da teoria à operacionalização**. In: Samico I.; Felisberto, E.; Figueiró, A. C.; Frias, P. G.; orgs. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; p.65-78, 2010.
- BHEZURI, R. *et al.* Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.10, n.25, 2010.
- BHUTTA, Z. A. *et al.* Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **Lancet**; London, v.375, p.2032-2044, 2010.
- BITTENCOURT, S.D.A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup:208-19, 2014.
- BLANK, A. *et al.* “Quality of prenatal and maternal care: bridging the know-do gap” (QUALMAT study): an electronic clinical decision support system for rural Sub-Saharan Africa. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v.13, n.44, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém-nascido**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Inclui, na Tabela de Informações Hospitalares do SUS, procedimentos de atenção ao parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. **Portaria GM n.2815, de 29 de maio de 1998**. Brasília: Diário Oficial da União, Sessão I.p.47, 1998a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estabelece critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. **Portaria n.º2.816, de 29 de maio de 1998**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, seção 1, p.48. C, 02 Jun. 1998b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre criação, normas, critérios, atribuições, definições das características físicas e recursos humanos para o funcionamento do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS. **Portaria GM n.985, de 5 de agosto de 1999**. Brasília: Diário Oficial da União; p.51, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Portaria GM/569 de 01 de junho de 2000**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: O Ministério; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: O Ministério. Parte I. 27; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Informe da Atenção Básica. Brasília, ano 5, Mai.-Jun., 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Anais dos Seminários Nacionais sobre Assistência Obstétrica e Neonatal Humanizada baseada em Evidências Científicas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: O Ministério; 2004b.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Regional. **PLANOMESO - Plano de Desenvolvimento Integrado e Sustentável dos Mesovales Jequitinhonha e Mucuri**. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Portaria n.1067 de 4 de julho de 2005**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 2005b.

BRASIL. **Lei 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei 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 União, Brasília, 8 abr. 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005d.

BRASIL. **Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dispõe sobre o regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº36, de 03 de junho de 2008**. Brasília: Diário Oficial da União. Poder Executivo; 8 Jul. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Investigação do Óbito Infantil Fetal** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher –PNDS 2006**. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituição da Rede Cegonha. **Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011**. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Relatório final plano de qualificação das maternidades e redes perinatais da Amazônia Legal e Nordeste/ Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Manual Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde: Uma Reflexão Teórica Aplicada a Prática /Agência Nacional de Vigilância Sanitária**.– Brasília: Anvisa, 2013a.

BRASIL. Congresso Nacional. Institui o Programa Mais Médicos. **Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Diário Oficial da União: Brasília; 2013b.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília : Ipea : MP, SPI, 2014a.

BRASIL. Estado de Minas Gerais. **Meso e Microrregiões do IBGE**. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/governomg/ecp/contents.do?evento=conteudo&idConteudo=69547&chPlc=69547&termos=s&app=governomg&tax=0& taxp=5922>>. Acesso em: 02 de Fev. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS (Sistema Único de Saúde). **Informações de Saúde**. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>. Acesso em: 25 Jan. 2014c.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.5, p.1316-1327, 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.44-52, 2007.

BUSANELLO, J. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico. **Rev. bras. enferm.**, v.64, n.5, p.824-32, 2011.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar Modelo Lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica nº 6. Brasília, DF: IPEA, 2010.

CHALMERS, B.; DZAKPASU, S.; HEAMAN, M.; KACZOROWSKI, J. For the Maternity Experiences Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System, Public Health Agency of Canada. The Canadian Maternity Experiences Survey: An overview of findings. **J Obstet Gynaecol**; v.30, n.3, p.217-228, 2008.

CHAN, M. F.; NG WI; VAN, I. K. Socioeconomic instability and the availability of health resources: their effects on infant mortality rates in Macau from 1957-2006. [Cultural perspectives]. **J Clin Nurs**; p.884-91, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **A Avaliação Na Área De Saúde: Conceitos e Métodos.** In: HARTZ, Z. M. A. *et al.* **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p.29-49, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**; Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.705-711, 2006.

COSTA, J.O. *et al.* Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev Saúde Pública.**, v.38, p.701-8, 2004.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E.F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.2, 2011.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**, v.30, Supl, p.S154-68, 2014.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. **Análise de Implantação.** In: HARTZ, Z. M. A. (Org). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; p.49-88, 2002.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.10, n.3, p.669-705, 2005.

DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública.** 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto de Fernandes Figueira/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad Saúde Pública**, v.22, p.2647-55, 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.10, n.3, p.627-37, 2005.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**; v.19, p.313-26, 2009.

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. **Humanização do Parto: Dossiê.** Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.

DINIZ, C.S.G. *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional *Nascer no Brasil*. **Cad. Saúde Pública**; v.30, Sup:140-53, 2014.

DOMINGUES, R.M.S.M. *et al.* Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saúde Pública**, v.30, Suppl, p.S101-16, 2014.

DONABEDIAN A. **La Calidad de la Atención Médica: definición y métodos de evaluación**. Mexico: La Prensa Medica Mexicana, S.A., 1984.

DONABEDIAN, A. The quality of care - how can it be accessed? **JAMA**, n.260, p.1145-50, 1988.

ENKIN, M. *et al.* **A guide to effective care in pregnancy & childbirth**. Oxford: Oxford Medical Publications; 2005.

FELISBERTO, E. *et al.* Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1737-45, 2002.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p.553-63, 2006.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev bras saúde matern infant.**, v.4, n.3, p.317-321, 2004.

FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* **A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde**. In: FREESE, E. (Org.). Municípios: a gestão da mudança. Recife: Ed. Universitária da UFPE, cap.6, p.127-142, 2004.

FONSECA, S. C.; COUTINHO, E. S. F. Pesquisa sobre mortalidade perinatal no Brasil: revisão da metodologia e dos resultados. **Cadernos de Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v.20, supl. 1, p.7-19, 2004.

FREESE, E. *et al.* **Avaliação do Sistema Único de Saúde**. In: AUGUSTO, L. G. S. *et al.* Abordagem ecossistêmica em saúde. Recife: Ed Universitária da UFPE; p.32-38, 2005.

FRIAS, P.G.; SZWARCOWALD, C.L; LIRA, P.I.C. Estimação da mortalidade infantil no contexto de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.11, n.4, p.463-70, 2011.

GAÍVA, M.A.M. *et al.* Avaliação estrutural das instituições hospitalares que prestam assistência ao nascimento em Cuiabá, MT. **Cogitare Enferm**, v.15, n.1, p.55-62, 2010.

GIGLIO, M.R.P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J.A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.33, n.10, p.297-304, 2011.

HARTZ, Z. M. A. **Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde**. In: Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.19-28, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.2, p.229-259, 1999.

HARTZ, Z. M. A *et al.* **Avaliação em saúde – dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

HARTZ, Z. M. A.; SANTOS, E. M.; MATIDA, A. **Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde**. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (orgs.) *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p.325-40, 2008.

HODNETT, E.D. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **The Cochrane Library**, n.12, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE cidades@**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/index.php>. Acesso em: 12 set. 2013.

JACKSON, D. J.; LANG, J. M.; GANIATS, T. G. Epidemiological issues in perinatal outcomes research. **Paediatr Perinat Epidemiol**; v.13, p.392-404, 1999.

JAMAS, M.T. **Assistência ao parto em um centro de parto normal: narrativas das puérperas**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem. São Paulo, 2010.

JAMAS, M.T.; HOGA, L.A.K.; REBERTE, L.M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**, v.29, n.12, p.2436-46, 2013.

KESTLER, E. *et al.* A matched pair cluster randomized implementation trail to measure the effectiveness of an intervention package aiming to decrease perinatal mortality and increase institution-based obstetric care among indigenous women in Guatemala: study protocol. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.13, n.73, 2013.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.6, p.759-72, 2002.

LANSKY, S. *et al.* **Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil – 1980 a 2005**. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa *Nascer no Brasil*: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup, p.S192-S207, 2014.

LEAL, M.C.; VIACAVA, F. Maternidades do Brasil. **Radis: Com Saúde**, v.2, p.8-26, 2002.

LEAL, M. C. *et al.* Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**; 20 Suppl 1:S, p.20-33, 2004.

LICHAND, C.C. *et al.* Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**, v.9, n.57, p.82-8, 2012.

MACHADO, J.P.; MARTINS, A.C.M.; MARTINS, M.S. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v.29, p.1063-82, 2013.

MAGLUTA, C. *et al.* Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.9, n.3, p.319-29, 2009.

MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 189 p., 2010.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto enferm.**, v.21, n.2, 2012 .

MAMEDE, F. V.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G. Reflexões Sobre Deambulação e Posição Materna no Trabalho de Parto e Parto. **Esc Anna Nery R Enferm**, v.11, n.2, p.331-6, 2007.

MANZINE, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. de Saúde Materno Infantil**, v.9, n.1, p.59-67, 2009.

MARQUE, F.C.; DIAS, I.M.V.; AZEVEDO, L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Escola Anna Nery Rev Enferm**, v.10, n.3, p.439-72, 2006.

MARTINHO, R. M. L. **Programa de Humanização do Parto: análise da teoria e implantação em Salvador. 2011.** Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal da Bahia - Instituto de Saúde Coletiva. Salvador, 2011.

MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.3, p.645-65, 2005.

MEDINA, M. G. *et al.* **Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde:** aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.) Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MOLD, J.; STEIN, H. F. The Cascade effect in the clinical care of patients. **NEJM**, v.314, n.8, p.512-514, 1986.

MORAIS, F. R. R. **A humanização no parto e no nascimento: os saberes e as práticas no contexto de uma maternidade pública.** Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2010.

MOREIRA, M.E.L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup, p.S128-S139, 2014.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. **Revista de Administração Pública**, v.28, n.3, p.175-194, 1989.

MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. bras. enferm.**, v.60, n.4, 2007.

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

NARCHI, N. Z.; CRUZ, E. F.; GONÇALVES, R. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.4, p.1059-68, 2013.

NASCIMENTO, E. C. Vale do Jequitinhonha: entre a carência social e a riqueza cultural. **Revista de Artes e Humanidades**, n.4, p.1-15, 2009.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev saúde pública**, v.34, n.5, p.547-559, 2000.

OVERGAARD, C. *et al.* Freestanding midwifery unit versus obstetric unit: a matched cohort study of outcomes in low-risk women. **BMJ Open**, v.1, n.2, p.1-12, 2011.

PARADA, C.M.G.L.; CARVALHAES, M.A.B.L. Avaliação da estrutura e processo da atenção ao parto: contribuição ao debate sobre desenvolvimento humano. **Rev Latinoam Enferm.**, v.15, p.792-8, 2007.

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface-Comum Saúde Soc**, v.12, n.24, p.35-46, 2008.

PIRKLE, C. M. *et al.* Validity and reliability of criterion based clinical audit to assess obstetrical quality of care in West Africa. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.12, n.118, 2012.

PMMRC. Perinatal and Maternal Mortality Review Committee. **Sixth Annual Report of the Perinatal and Maternal Mortality Review Committee. Reporting mortality 2010.** Wellington: Health Quality & Safety Commission 2012.

PTDRS - Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável. Colegiado Territorial do Médio Jequitinhonha (MG). **Território da cidadania: Médio Jequitinhonha.** Associação de Desenvolvimento e Solidariedade (APTA-MG). Ministério do Desenvolvimento Agrário. Secretaria de Desenvolvimento Territorial, 2010.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface Comunicação Saúde Educação**, v.13, supl.1, p.759-68, 2009.

RATTNER, D. *et al.* ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Rev Tempus Actas Saude Col**, p.215-28, 2010.

- REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, sup, p.221-30,2005.
- ROWAN, M. Logic Models in Primary Care Reform: Navigating the Evaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v.15, n.2, p.81-92, 2000.
- SANTOS, M. **Expedição Jequitinhonha**: relatório. Belo Horizonte: Assembléia Legislativa do Estado de Minas Gerais; 30 p., 2004.
- SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1281-9, 2004.
- SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde**. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador/RJ: EDUFBA, Fiocruz, p.15-39, 2005.
- SILVA, F.M.B; OLIVEIRA, S.M.J.V.; NOBRE, M.R.C. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. **Midwifery**, v.25, n.3, p.286-94, 2009.
- STANCATO, K.; VERGÍLIO, M.S.T.G.; BOSCO, C.S. Avaliação da estrutura e assistência em sala de pré-parto, parto e pós-parto imediato-ppp de um hospital universitário. **Cienc Cuid Saude**, v.10, n.3, p.541-48, 2011.
- TANAKA, O. Y; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa**. In: BOSI, M. L. M; MERCATO, F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; cap.3, p.121-136, 2004.
- TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl.2, p.419-427, 2003.
- TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sócio-poético. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v.17, n.4, 2008.
- TORRES, J.A. *et al.* Cesariana e resultados neonatais em hospitais privados no Brasil: estudo comparativo de dois diferentes modelos de atenção perinatal. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Sup, p.S220-S231, 2014.
- TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E.X.G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.975-86, 2006
- TURAB, A. *et al.* Improved accessibility of emergency obstetrics and newborn care (EmONC) services for maternal and newborn health: a community based project. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.13, n.136, 2013.
- UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n.6, p.1561-69, 2002.

UNICEF. UNCSF. **Levels & trends in child mortality**. 2011.

UNICEF. United Nations Children's Fund. **Levels & trends in child mortality**. New York (NY): UNICEF; 2013.

UNICEF. Situação da criança brasileira 2006. **O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**: crianças de até 6 anos. Brasília: UNICEF; 2005.

UNICEF. **Situação mundial da infância 2008 - Sobrevivência infantil**. Brasília: Escritório da Representação do UNICEF no Brasil, 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HARTZ, Z. M. A; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. RJ: Fiocruz, 2005.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, n.75, p.S25-S37, 2001.

WAGNER, V. V. *et al.* Remote Midwifery in Nunavik, Quebec, Canada: Outcomes of Perinatal Care for the Inuulitsivik Health Centre, 2000–2007. **BIRTH**, v.39, n.3, 2012.

WALSH, D. J. Nesting and Matrescence as distinctive features of a free-standing birth centre in the UK. **Elsevier**, v.22, p.228-239, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Appropriate Technology for Birth. **The Lancet**, 8452- ii, p.436-7, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Safe motherhood – care in normal birth: a practical guide**. Genebra: WHO/FHE/MSM, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Day: Safe Motherhood**. Geneva:WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report**. Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004**. Geneva: World Health Organization, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013**. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORTHEN, B. R. *et al.* **O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicas da avaliação**. In: WORTHEN, B. R. *et al.* Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Ed. Gente, cap.1. p.33-58, 2004.

WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, v.1, n.12, p.54-65, 2000.



*Apêndices
e Anexo*

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

Obs.: Para todo questionário, preencher **8** ou **88** para **não se aplica** e **9** ou **99** para **não informado**.

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. Data da entrevista	__/__/__	2. Horário de início da entrevista	__:__:__ h
3. Entrevistador	__		
4. Revisor	__	5. Data da revisão	__/__/__
6. Digitador1	__	7. Data da digitação 1	__/__/__
8. Digitador2	__	9. Data da digitação 2	__/__/__

II. IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE

10. Nome do Diretor Geral da Unidade:		
11. Nome da Instituição:		
12. CNPJ		
13. Número do CNES		
14. Endereço completo:		
15. CEP		
16. Bairro:	17. Município:	18. Estado:
19. Telefone (s):	20. Fax:	
____	____	
____	____	
21. Possui endereço eletrônico? 0. Não 1. Sim. Especificar: _____		__
22. Possui Homepage (página na Internet)? 0. Não 1. Sim. Especificar: _____		__

33. Há uma central de regulação para conseguir ambulância para o recém-nascido?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. O serviço atua como serviço de referência para o...			
a. Pré-natal?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b. Parto?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c. Recém-nascido?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
Caso responda “sim” (1) em todas as letras da questão 34, vá para a questão 36.			
35. O serviço trabalha com sistema de central de regulação de vagas?			
a. Pré-natal?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b. Parto?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c. Recém-nascido?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
36. A unidade possui licença da Vigilância Sanitária?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>

IV. RECURSOS HUMANOS

37. A escala dos profissionais está disponível?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Informe o número de profissionais presentes que trabalham neste hospital que possuem vínculo (contratado, RPA, efetivo). Nota: Não considerar aqueles profissionais que utilizam o hospital esporadicamente.			
a. Médico generalista			<input type="text"/>
b. Médico obstetra			<input type="text"/>
c. Médico pediatra			<input type="text"/>
d. Médico neonatologista			<input type="text"/>
e. Médico anestesista			<input type="text"/>
f. Enfermeiro obstetra			<input type="text"/>
g. Enfermeiro			<input type="text"/>
h. Técnico de enfermagem			<input type="text"/>
i. Auxiliar de enfermagem			<input type="text"/>
j. Assistente social			<input type="text"/>
l. Fonoaudiólogo			<input type="text"/>
m. Fisioterapeuta			<input type="text"/>
n. Psicólogo			<input type="text"/>
o. Farmacêutico			<input type="text"/>

p. Nutricionista						<input type="text"/>
q. Odontólogo						<input type="text"/>
r. Outros: _____						<input type="text"/>
<i>Com relação à cobertura dos plantões pelos profissionais...</i>						
Profissionais	a. Permanece na unidade durante as 24h de plantão? 0. Não 1. Sim	b. Permanece na unidade 12h diurnas e de sobreaviso nas 12h noturnas? 0. Não 1. Sim	c. Fica de sobreaviso durante as 24h? 0. Não 1. Sim	d. Quanto tempo levam, em média, para chegar ao estabelecimento, quando acionados?	e. Outra	
39. O obstetra	<input type="text"/> (se 1, vá para 40)	<input type="text"/> (se 1, vá para letra d)	<input type="text"/> (se, 0 vá para letra e; se 1, vá para letra d)	<input type="text"/> min (vá para 40)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
40. O pediatra	<input type="text"/> (se 1, vá para 41)	<input type="text"/> (se 1, vá para letra d)	<input type="text"/> (se, 0 vá para letra e; se 1, vá para letra d)	<input type="text"/> min (vá para 41)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
41. O anestesista	<input type="text"/> (se 1, vá para letra 42)	<input type="text"/> (se 1, vá para letra d)	<input type="text"/> (se, 0 vá para letra e; se 1, vá para letra d)	<input type="text"/> min (vá para 42)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
<i>Com relação à capacitação e educação permanente dos profissionais...</i>						
42. O serviço faz reunião para discussão de casos clínicos?			0. Não (vá para 44) 1. Sim		<input type="text"/>	
43. Qual a periodicidade? 1. Anual 2. Semestral 3. Trimestral 4. Bimestral 5. Mensal 6. Diário 7. Outro: _____					<input type="text"/>	
44. Os profissionais recebem capacitação em serviço?			0. Não 1. Sim		<input type="text"/>	
45. O serviço promove a participação da equipe técnica em jornadas científicas ou treinamentos para atualização? 0. Não 1. Sim					<input type="text"/>	
46. A SMS incentiva a formação de seus profissionais?			0. Não (vá para 48) 1. Sim		<input type="text"/>	
47. Que tipos de incentivos são oferecidos aos profissionais? (Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim)						
a. Liberação de carga horária para realização de cursos					<input type="text"/>	
b. Realização de parcerias para oferta de cursos					<input type="text"/>	
c. Promoção de eventos científicos					<input type="text"/>	
d. Pesquisa em serviço					<input type="text"/>	
e. Apoio para participação em eventos científicos (financeiro, logístico, liberação de carga horária)					<input type="text"/>	
f. Outro. Especifique: _____					<input type="text"/>	

48. Quantos profissionais têm habilitação em Reanimação Neonatal segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)?	
a. Enfermeira	
b. Neonatologista/pediatra	
c. Obstetra	
d. Médico generalista	
e. Fisioterapeuta	
f. Outros profissionais de nível superior: _____	
49. Quantos profissionais têm habilitação em emergências clínicas-obstétricas (ATLS/ PHTLS/ ATCN/ BOMBEIROS)?	
a. Enfermeira	
b. Obstetra	
c. Outro médico	
50. Quantos profissionais têm capacitação em Atendimento à gestante e ao RN (recém-nascido) de risco?	
a. Enfermeira	
b. Neonatologista/pediatra	
c. Obstetra	
d. Psicólogo	
e. Assistente Social	
f. Nutricionista	
g. Outros: _____	
51. Quantos profissionais têm capacitação em ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia?	
a. Enfermeira	
b. Obstetra	
c. Outro: _____	
52. A unidade é local de ensino ou campo de treinamento para... (Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim)	
a. Técnico/auxiliares de enfermagem	
b. Graduação do curso de medicina	
c. Graduação do curso de enfermagem	

d. Graduação de outros cursos da área de saúde	<input type="checkbox"/>
e. Residência médica em toco-ginecologia	<input type="checkbox"/>
f. Residência médica em pediatria	<input type="checkbox"/>
g. Residência médica em anestesiologia	<input type="checkbox"/>
h. Outras: _____	<input type="checkbox"/>

V. ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO INTERNA DO TRABALHO

53. O serviço dispõe de normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas por escrito atualizadas? 0. Não (vá para 57) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
54. É de fácil acesso à equipe? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
55. Como as normas, protocolos e rotinas técnicas são divulgados? (pode marcar mais de uma resposta) 1. Reunião 2. Discussão 3. Por escrito 4. Outros	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56. Com que frequência são atualizados os protocolos e as rotinas? 0. Nunca 1. Anualmente 2. Bianualmente 3. Esporadicamente	<input type="checkbox"/>
57. O serviço utiliza formulário para solicitação de exames laboratoriais? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
58. O serviço utiliza a ficha de referência e contra-referência para o parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
59. É utilizado o Partograma para o acompanhamento da evolução dos trabalhos de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
60. O serviço estimula o aleitamento materno? 0. Não (vá para 62) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
61. De que forma? _____ _____	<input type="checkbox"/>
62. O serviço possui farmácia hospitalar? 0. Não (vá para 64) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
63. Qual a qualificação do profissional responsável pela farmácia hospitalar? 0. Não existe profissional responsável 1. Farmacêutico 2. Outro profissional de nível superior 3. Profissional de nível médio	<input type="checkbox"/>

VI. RELAÇÃO COM AS USUÁRIAS E A COMUNIDADE

64. O serviço disponibiliza cartilhas, folhetos ou “folders” informativos para os usuários? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
65. São realizadas ações educativas para a parturiente e seus familiares quanto ao auto-cuidado, cuidado com o recém-nascido, importância da consulta puerperal, entre outros? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

66. O serviço dispõe de material educativo (álbum seriado, fita de vídeos, cartazes explicativos, artigos usados para aulas e demonstrações, como mamãs, bonecos, vaginas, pênis, útero, etc) para as seguintes atividades?		
a. Aleitamento materno	0. Não 1. Sim. Quais?	_____ _____ _____
b. Planejamento familiar	0. Não 1. Sim. Quais?	_____ _____ _____
c. Cuidados com o recém-nascido	0. Não 1. Sim. Quais?	_____ _____ _____
d. Pré-natal	0. Não 1. Sim. Quais?	_____ _____ _____
e. Outro. Especifique: _____		_____ _____ _____

VII. REGISTRO DA INFORMAÇÃO DE PACIENTES E ACOMPANHAMENTO DE INDICADORES

67. O serviço utiliza os seguintes instrumentos de registro?		
a. Livro de admissão e alta do centro obstétrico	0. Não 1. Sim	____
b. Prontuário individual		____
c. Sistemas informatizados. Quais? _____		____
68. O serviço calcula indicadores assistenciais?	0. Não (vá para 72) 1. Sim	____
69. Os indicadores são levados ao conhecimento da equipe?	0. Não (vá para 71) 1. Sim	____
70. Como os indicadores são levados ao conhecimento da equipe? 1. Cartazes 2. Boletins informativos 3. Reuniões clínicas 4. Outro: _____		____

71. Quais dos seguintes indicadores assistenciais são calculados? (Nota: Preencher com 0 caso não tenha ocorrência, com 7 caso o indicador não seja calculado e com 9 caso seja calculado, mas o valor não seja informado)		
	2011	2012
a. Número de nascimentos	____	____
b. Número de cesáreas	____	____

c. Número de gestantes de alto risco atendidas no serviço	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Número de partos com presença de acompanhante	<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Número de RN que permaneceram em UTI neonatal	<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Número de transferências de recém-nascidos para serviços de referência	<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. Número de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, abaixo de 2500g	<input type="text"/>	<input type="text"/>
h. Número de prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
i. Número de óbitos neonatais (0 a 28 dias de vida)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
j. Número de óbitos neonatais precoce (0 a 6 dias de vida)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
k. Número de óbitos fetais (entre 22 semanas de gestação e antes do nascimento)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
l. Número de recém-nascido com malformação	<input type="text"/>	<input type="text"/>
72. Existem registros dos seguintes agravos no serviço no ano?	2011	2012
a. Casos de HIV em gestantes? 0. Não 1. Sim, número de casos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Casos de sífilis em gestantes? 0. Não 1. Sim, número de casos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Casos de hipertensão em gestantes? 0. Não 1. Sim, número de casos	<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Casos de colpocitologia alterada em gestantes? 0. Não 1. Sim, número de casos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VIII. REGISTROS DE SAÚDE E TECNOLOGIA DE INFORMAÇÃO

73. Há um serviço, núcleo ou equipe de informática no estabelecimento?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
74. A unidade possui microcomputadores?	0. Não (vá para 78) 1. Sim	<input type="text"/>
75. Têm acesso à internet?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
76. Os computadores existentes no serviço estão em funcionamento?	0. Não 1. Sim	<input type="text"/>
77. Os computadores do serviço ou da unidade possuem os seguintes Sistemas de Informação automatizados? (Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim)		
a. Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS)		<input type="text"/>
b. Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS)		<input type="text"/>
c. Outros. Especifique: _____		<input type="text"/>

<p>78. A unidade possui sistema de comunicação das doenças e agravos de notificação compulsória à Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Saúde?</p> <p>(Verificar a existência da Ficha Individual de Notificação - FIN. Caso a Unidade não possua a mesma, considerar a opção como Não)</p> <p style="text-align: right;">0. Não 1. Sim</p>	<input type="text"/>
--	----------------------

IX. PERFIL DE SERVIÇOS E CAPACIDADE INSTALADA

Leitos perinatais operacionais:		
(Nota: Ter cuidado para não repetir leitos, isto é, se o leito for contabilizado num item não repeti-lo em outro. Observa-se com frequência este problema no cadastro de hospitais).		
79. Número total de leitos operacionais da unidade		_ _ _
80. Número de salas PPP (pré-parto/parto/pós-parto)		_ _ _
81. Número de salas de pré-parto		_ _ _
82. Número de salas de pré-parto cesárea		_ _ _
83. Número de salas de parto		_ _ _
84. Número de salas de pós-parto		_ _ _
85. Número de salas de centro cirúrgico obstétrico		_ _ _
86. Número de leitos do alojamento conjunto		_ _ _
87. Número de leitos de UTI adulto		_ _ _
88. Número de leitos de Cuidados Intermediários adulto		_ _ _
89. Número de leitos para mães de RN sem alta		_ _ _
90. Número de leitos de UTI neonatal		_ _ _
91. Número de leitos de Cuidados Intermediários Neonatal/UI		_ _ _
<i>O serviço possui....</i>		
92. Vínculo com Casa da Gestante ou Casa de Apoio à Gestante?	0. Não 1. Sim	_
93. Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos?	0. Não 1. Sim	_
94. Núcleo de Vigilância Hospitalar (NVH)?	0. Não 1. Sim (vá para 99)	_
95. Comissão de Revisão de Prontuários?	0. Não 1. Sim	_
96. Comissão de Controle de Infecção Hospitalar?	0. Não 1. Sim	_
97. Comissão de Revisão de Óbitos maternos, fetais e neonatais?	0. Não 1. Sim	_
98. Epidemiologia?	0. Não 1. Sim	_

99. Unidade transfusional?	0. Não 1. Sim (vá para 101)	<input type="checkbox"/>
100. Qual o tempo médio entre a saída da solicitação de sangue da Unidade e a chegada do sangue ou hemocomponente na mesma? (considerar somente em caso de urgência) 0. Não faz 1. Até 1 h 2. De 1 a 2 h 3. De 2 a 4h 4. De 4 a 6h 5. De 6 a 12h 6. Mais de 12h		<input type="checkbox"/>
101. Em caso de curetagem uterina o material é rotineiramente enviado para exame anátomo-patológico (AP)? 0. Não faz (vá para 104) 1. Sim (vá para 103) 2. Faz Esporadicamente		<input type="checkbox"/>
102. Em qual situação? _____		<input type="checkbox"/>
103. Quando o material é enviado para exame anátomo-patológico, é marcado retorno da paciente para entrega do resultado do exame em quanto tempo? 0. Não é marcado 1. 15 dias 2. 30 dias 3. 60 dias ou mais		<input type="checkbox"/>

X. QUESTÕES DIRECIONADAS AO DIRETOR OU RESPONSÁVEL TÉCNICO DA INSTITUIÇÃO

104. Possuía vínculo com a unidade de saúde antes de assumir a chefia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
105. Qual a sua formação na graduação? (Considerar a formação mais importante) 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro: _____		<input type="checkbox"/>
106. Qual é a sua maior qualificação? (Caso possua mais de um curso do mesmo nível, considerar o mais adequado à função) 1. Graduação (vá para 108) 2. Especialização completa 3. Especialização incompleta 4. Mestrado completo 5. Mestrado incompleto 6. Doutorado completo 7. Doutorado incompleto 8. Outro: _____		<input type="checkbox"/>
107. Especifique o curso: _____		
108. Em que ano concluiu o curso? (considerar a maior qualificação completa)		<input type="text"/>
109. Qual o tempo de dedicação ao cargo? 1. 40 horas semanais ou mais 2. Entre 20 e 39 horas semanais 3. Menos de 20 horas semanais		<input type="checkbox"/>
110. São realizadas reuniões com a equipe de saúde?	0. Não (vá para 112) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
111. Qual a periodicidade dessas reuniões com a equipe? 1. Ocasional 2. Semanal 3. Quinzenal 4. Mensal		<input type="checkbox"/>
112. A mulher e o bebê (sem complicações) saem da maternidade com consulta agendada em unidade básica? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
113. É permitido à gestante visitar a maternidade durante o pré-natal?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
114. É permitido à mulher ficar com o RN logo após o parto?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
115. Existe rotina de analgesia para o parto normal?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

116.	O serviço tem rotina de discussão de casos?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
------	---	---------------	--------------------------

Agora vou perguntar sobre alguns aspectos relacionados à prevenção da infecção hospitalar relacionadas a gestantes, puérperas e ao recém-nascido...

117.	Existem recipientes diferenciados para desprezar os diversos tipos de resíduos hospitalares?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
118.	Onde é feita a esterilização de material? 0. Não faz (vá para 122) 1. Na própria unidade 2. Fora da unidade (vá para 122) 3. Ambos		<input type="checkbox"/>
119.	Existe um profissional responsável pelo setor?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
120.	Existem normas e rotinas por escrito no local?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
121.	Há treinamento para uso de equipamentos?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

XI. QUESTÕES DIRECIONADAS AO ENFERMEIRO QUE PRESTE ASSISTÊNCIA À MÃE E AO RECÉM-NASCIDO

122.	Área de atuação profissional: 1. Obstetrícia 2. Neonatologia 3. Ambos 4. Outros: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123.	Qual é a sua maior qualificação? (Caso possua mais de um curso do mesmo nível, considerar o mais adequado à função) 1. Graduação (vá para 169) 2. Especialização completa 3. Especialização incompleta 4. Mestrado completo 5. Mestrado incompleto 6. Doutorado completo 7. Doutorado incompleto 8. Outro: _____		<input type="checkbox"/>
124.	Especifique o curso: _____		
125.	Em que ano concluiu o curso? (considerar a maior qualificação completa)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
126.	Há quanto tempo você trabalha nesta unidade?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> anos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meses
127.	Existe mecanismo para garantir internação ou referência de todas as gestantes que procuram a maternidade? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
128.	Você já recebeu alguma capacitação?	0. Não (vá para 174) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
129.	Qual (is)? (pode marcar mais de uma resposta) 1. Gestante de risco 2. ALSO – Suporte avançado de vida em obstetrícia 3. Emergências obstétricas clínicas e cirúrgicas 4. Reanimação neonatal 5. Aleitamento materno 6. Outro(s): _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
130.	É permitida presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante: (pode marcar mais de uma resposta) 0. Não permite 1. Admissão 2. Trabalho de parto 3. Parto 4. Pós-parto imediato 5. Puerpério (enfermaria ou quarto)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

131. Você tem conhecimento da Lei Federal N° 11.108, de 07/04/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418 de 02/12/2005, que regula a presença de acompanhante durante o trabalho de parto nos hospitais do SUS? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
132. Os instrumentos (normas, leis, decretos, resoluções, portarias) que regulam a assistência obstétrica e neonatal são repassados para a equipe pela direção do hospital ou pelo responsável técnico? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
133. Com que intervalo (em minutos) a parturiente é avaliada durante o trabalho de parto, de acordo com o protocolo da maternidade?	<input type="text"/> min
134. Com qual intervalo (em minutos) é feita a ausculta dos batimentos fetais, de acordo com o protocolo da maternidade?	<input type="text"/> min
135. O RN é colocado em contato pele a pele com a mãe e estimulado a amamentar ainda em sala de parto? 1. Sim	0. Não <input type="checkbox"/>
136. Há atuação do Pediatra/Neonatalogista na sala de parto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
137. Em média, durante quantos dias a puérpera permanece internada após o parto normal?	<input type="text"/> dias
138. Em média, durante quantos dias a puérpera permanece internada após o parto cesariana?	<input type="text"/> dias
139. Há permissão para visita do pai sem restrição de horário no alojamento conjunto? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Como você classifica os fluxos e condições de transporte da parturiente e RN? (Nota: Considerar com fluxo bom, ausência de dificuldade de vaga, de transporte)</i>	
140. Fluxo do RN da sala de parto para o setor de internação (UTI, UCI) 1. Bom 2. Regular 3. Ruim	<input type="checkbox"/>
141. Transferência do RN/mãe para outros hospitais 1. Bom 2. Regular 3. Ruim	<input type="checkbox"/>

XII. QUESTÕES DIRECIONADAS AO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO OU AO MÉDICO PLANTONISTA DO DIA

142. Qual é a sua maior qualificação? (Caso possua mais de um curso do mesmo nível, considerar o mais adequado à função) 1. Graduação (vá para 187) 2. Especialização completa 3. Especialização incompleta 4. Mestrado completo 5. Mestrado incompleto 6. Doutorado completo 7. Doutorado incompleto 8. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
143. Especifique o curso: _____	
144. Em que ano concluiu o curso? (considerar a maior qualificação completa)	<input type="text"/>
145. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade?	<input type="text"/> anos <input type="text"/> meses
146. Você já recebeu alguma capacitação através da instituição? 0. Não (vá para 191) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
147. Qual (is)? (pode marcar mais de uma resposta) 1. Gestante de risco 2. ALSO – Suporte avançado de vida em obstetrícia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

3. Emergências obstétricas clínicas e cirúrgicas		<input type="checkbox"/>
4. Outro(s): _____		
148. Você tem conhecimento da Lei Federal N° 11.108, de 07/04/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418 de 02/12/2005, que regula a presença de acompanhante durante o trabalho de parto nos hospitais do SUS? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
149. Os instrumentos (normas, leis, decretos, resoluções, portarias) que regulam a assistência obstétrica e neonatal são repassados para a equipe pela direção do hospital ou pelo Responsável Técnico? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
150. Com qual intervalo (em minutos) a parturiente é avaliada durante o trabalho de parto, de acordo com o protocolo da maternidade?		<input type="text"/> min
151. Com qual intervalo (em minutos) é feita a ausculta dos batimentos fetais, de acordo com o protocolo da maternidade?		<input type="text"/> min
152. Há a possibilidade de escolha da mulher sobre a posição para o parto? 0. Não 1. Sim		
153. O RN é colocado em contato pele a pele com a mãe e estimulado a amamentar ainda em sala de parto? 1. Sim 0. Não		<input type="checkbox"/>
154. Em média, durante quantos dias a puérpera permanece internada após o parto normal?		<input type="text"/> dias
155. Em média, durante quantos dias a puérpera permanece internada após o parto cesariana?		<input type="text"/> dias
<i>Como você classifica os fluxos e condições de transporte da parturiente e RN?</i> (Nota: Considerar com fluxo bom, ausência de dificuldade de vaga, de transporte)		
156. Fluxo do RN da sala de parto para o setor de internação (UTI, UCI) 1. Bom 2. Regular 3. Ruim		<input type="checkbox"/>
157. Transferência do RN/mãe para outros Hospitais 1. Bom 2. Regular 3. Ruim		<input type="checkbox"/>

SALA DE PARTO

23. No último mês houve falta de instrumental cirúrgico?		0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
24. O profissional tem acesso à higienização das mãos?		0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
25. Equipamentos existentes em cada sala de parto: (Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas não funciona 3. Não, mas de fácil acesso)			
1. Mesa para parto normal	<input type="checkbox"/>	14. Instrumental para parto normal	<input type="checkbox"/>
2. Foco de luz	<input type="checkbox"/>	15. Tesoura/ lâmina de bisturi	<input type="checkbox"/>
3. Ponto de ar comprimido/compressor	<input type="checkbox"/>	16. Fórceps	<input type="checkbox"/>
4. Ponto de vácuo / fonte de aspiração	<input type="checkbox"/>	17. AMBU adulto	<input type="checkbox"/>
5. Fontes/cilindro de oxigênio para mãe e RN	<input type="checkbox"/>	18. Laringoscópio	<input type="checkbox"/>
6. Monitor cardíaco/aparelho eletrocardiograma	<input type="checkbox"/>	19. Tubo endotraqueal	<input type="checkbox"/>
7. Sonar	<input type="checkbox"/>	20. Cânulas de Guedel e fio guia estéril	<input type="checkbox"/>
8. Eletrocautério	<input type="checkbox"/>	21. Sondas traqueais	<input type="checkbox"/>
9. Bomba infusora	<input type="checkbox"/>	22. Sondas nasogástricas	<input type="checkbox"/>
10. Oxímetro de pulso	<input type="checkbox"/>	23. Material para cateterismo vesical	<input type="checkbox"/>
11. Aparelho de pressão/estetoscópio	<input type="checkbox"/>	24. Material completo para analgesia	<input type="checkbox"/>
12. Termômetro	<input type="checkbox"/>	25. Material para curetagem uterina	<input type="checkbox"/>
13. Pinard	<input type="checkbox"/>		

SALA/ÁREA DE PROCEDIMENTOS COM O RN

26. As rotinas operacionais e protocolos clínicos são encontrados na unidade neonatal? 0. Não 1. Sim, ambos 2. Apenas rotinas operacionais 3. Apenas protocolos clínicos 4. Não são elaborados		<input type="checkbox"/>
27. Equipamentos e materiais existentes na sala/área de procedimentos com o RN: (Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas não funciona 3. Não, mas de fácil acesso)		
a. Bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical	<input type="checkbox"/>	
b. Máscaras	<input type="checkbox"/>	
c. Estetoscópio clínico infantil	<input type="checkbox"/>	

d. Balança para recém-nascido	<input type="checkbox"/>
e. Régua antropométrica	<input type="checkbox"/>
f. Fita métrica	<input type="checkbox"/>
g. Oftalmoscópio	<input type="checkbox"/>
h. Glicosímetro	<input type="checkbox"/>
i. Laringoscópio completo	<input type="checkbox"/>
j. Tubo endotraqueal	<input type="checkbox"/>
k. Cânulas de Guedel e fio guia estéril	<input type="checkbox"/>
l. AMBU (Reanimador manual) ou ressuscitador manual com reservatório	<input type="checkbox"/>
m. Aspirador com manômetro e oxigênio	<input type="checkbox"/>
n. Desfibrilador (1 em cada posto de enfermagem)	<input type="checkbox"/>

ALOJAMENTO CONJUNTO

28. No alojamento conjunto, a luminosidade é adequada?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
29. Há presença de umidade?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
30. Como é a climatização do alojamento conjunto? (refere-se à condição que a unidade fornece) 0. Não há 1. Ar condicionado central 2. Ar condicionado de parede 3. Ventilador 4. Janela		<input type="checkbox"/>
31. Existe bancada com pia para cuidados de higienização do recém-nascido?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
32. Existe pia para lavagem das mãos?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
33. Tem sabão líquido e toalha de papel?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
34. Existe berço que permite visualização lateral, de acrílico?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

UNIDADE NEONATAL

35. Existe Unidade Neonatal? 0. Não (vá para 151) 1. Sim 2. Sim, mas não funciona (vá para 156)		<input type="checkbox"/>
36. É exclusivo para essa faixa etária? (até 28 dias de vida)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
37. Existe restrição de horário para visita dos pais aos recém-nascidos?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
38. Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal ou UTI? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
39. Existe cadeira para a mãe do recém-nascido permanecer ao seu lado na UTI ou Unidade Neonatal?		<input type="checkbox"/>

0. Não	1. Sim	
40. Equipamentos disponíveis no Setor de Neonatologia:		
(Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas não funciona 3. Não, mas de fácil acesso)		
a.	Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="checkbox"/>
b.	Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="checkbox"/>
c.	Ventiladores mecânicos	<input type="checkbox"/>
d.	Incubadoras comuns	<input type="checkbox"/>
e.	Incubadoras de parede dupla	<input type="checkbox"/>
f.	Incubadoras umidificadas	<input type="checkbox"/>
g.	Conjunto CPAP nasal com umidificador aquecido	<input type="checkbox"/>
41.	Existe pia para lavagem das mãos?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
42.	Tem sabão líquido e toalha de papel?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>
43.	Tem álcool gel ou álcool glicerinado?	0. Não 1. Sim <input type="checkbox"/>

FARMÁCIA HOSPITALAR

44.	Possui Técnico responsável?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
45.	Possui presença de profissional no período de dispensação?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
46.	A área é climatizada satisfatoriamente?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
47.	Os medicamentos estão armazenados em prateleiras de fácil higienização?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
48.	Os medicamentos são armazenados em ordem cronológica inversa? (eleger uma prateleira e verificar se existe esta prática)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
49.	Os medicamentos e produtos encontram-se dentro do prazo de validade? (eleger uma prateleira e verificar as datas)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
50.	É realizado confronto da dispensação com receitas ou prontuário?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
51.	Existe controle de rede de frio para medicamentos termolábeis?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
52.	A unidade possui armazenamento exclusivo para medicamentos controlados em conformidade com a Portaria MS nº344/98? (Tais medicamentos deverão ser obrigatoriamente guardados sob chave ou outro dispositivo que ofereça segurança, em local exclusivo para este fim, sob a responsabilidade do farmacêutico ou químico)	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
53.	Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto e nascimento?	(Para cada item, marcar: 0. Não disponível 1. Disponível 8. Não faz parte da rotina)	
	1. Antiarrítmico		<input type="checkbox"/>

2. Anti-hipertensivo	<input type="checkbox"/>
<u>3. Hidralazina 20 mg</u>	<input type="checkbox"/>
4. Nifedipina 20 mg	<input type="checkbox"/>
5. Diurético	<input type="checkbox"/>
<u>6. Barbitúrico</u>	<input type="checkbox"/>
7. Benzodiazepínico	<input type="checkbox"/>
8. Broncodilatador	<input type="checkbox"/>
9. Drogas vasoativas vasodilatadoras coronarianas	<input type="checkbox"/>
10. Drogas vasoativas vasoconstritoras coronarianas	<input type="checkbox"/>
11. Uterotônicos	<input type="checkbox"/>
12. Ocitocina	<input type="checkbox"/>
13. Misoprostol	<input type="checkbox"/>
14. Inibidores da contratilidade uterina	<input type="checkbox"/>
15. Sulfato de magnésio 20%	<input type="checkbox"/>
16. Sulfato de magnésio 50%	<input type="checkbox"/>
17. Anti-hemorrágico	<input type="checkbox"/>
18. Vitamina K	<input type="checkbox"/>
19. Surfactante	<input type="checkbox"/>
20. Cloridrato de naloxona	<input type="checkbox"/>
21. Antibióticos	<input type="checkbox"/>
22. Anestésicos	<input type="checkbox"/>
23. Analgésicos	<input type="checkbox"/>
24. Nitrato de prata	<input type="checkbox"/>
25. Rhogam/Matergam	<input type="checkbox"/>
26. Glicose hipertônica	<input type="checkbox"/>
27. Glicose isotônica	<input type="checkbox"/>
28. Solução fisiológica	<input type="checkbox"/>
29. Água destilada	<input type="checkbox"/>
30. Bicarbonato de sódio (8,4%)	<input type="checkbox"/>

APÊNDICE 3 – MATRIZ DE JULGAMENTO DIMENSÃO ESTRUTURA

DIMENSÃO ESTRUTURA			HOSPITAIS									
CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESVIO PADRÃO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas por escrito e atualizados sobre a Atenção Obstétrica e Neonatal disponíveis no serviço para consulta da equipe de saúde	3	1,10	3	0	0	0	3	3	3	3	3	3
Normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas sobre a Atenção Obstétrica e Neonatal disponíveis em local de fácil acesso a toda equipe de saúde	4,6	2,06	4,6	0	0	0	4,6	0	4,6	4,6	4,6	4,6
Total manuais técnicos	7,6	2,33	7,6	0	0	0	7,6	3	7,6	7,6	7,6	7,6
Sala de exame e admissão da parturiente	2	0,63	2	0	0	0	2	2	2	2	2	0
Sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP)	4	1,10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Área para deambulação da mulher	3	0,89	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0
Banheiro para parturiente, com lavatório, bacia sanitária e chuveiro	3	1,10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Área para higienização das mãos dos profissionais de saúde	1,8	0,40	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	0	1,8	1,8
Área de assistência ao recém-nascido	2,4	1,02	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Alojamento conjunto	3,4	1,02	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Posto de enfermagem/Área de prescrição médica	1,6	0,49	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Central de esterilização	1,8	0,40	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Expurgo	1,2	0,75	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
Total ambiente físico	24,2	3,92	17,2	15,2	15,2	15,2	20,2	17,2	17,2	15,4	17,2	15,2
Responsável técnico específico pelo serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal	2,9	1,36	0	0	0	0	0	2,9	0	0	0	0
Obstetra	3,3	1,33	3,3	3,3	0	0	3,3	3,3	3,3	0	0	3,3
Pediatra/neonatalogista	3,9	0,66	3,9	3,9	0	0	3,9	3,9	0	0	3,9	0
Anestesista	3,3	0,75	3,3	0	0	0	3,3	3,3	0	3,3	3,3	0
Clínico geral	1,2	0,75	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2

Médico capacitado com curso em urgências/emergências clínicas obstétricas (Reanimação Neonatal; ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia; Atendimento à gestante e ao Recém-nascido de risco etc)	4	1,41	4	4	0	0	4	4	4	0	4	0
Enfermeiro obstétrico	4,2	0,75	0	0	0	0	4,2	0	4,2	0	4,2	0
Enfermeiro	2,3	0,87	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Técnico de enfermagem	2,3	0,87	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Enfermeiro capacitado com curso em urgências/emergências clínicas obstétricas (Reanimação Neonatal; ALSO – Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia; Atendimento à gestante e ao Recém-nascido de risco etc)	4	1,41	4	0	0	0	4	4	4	0	0	0
Total recursos humanos	31,4	5,46	24,3	17	5,8	5,8	28,5	27,2	21,3	9,1	21,2	9,1
Estetoscópio clínico e esfigmomanômetro	1,7	0,40	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
Estetoscópio de Pinard/Sonar	1,5	0,45	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Ultrassonografia	1	0,63	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Fita métrica	1	0,32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Foco de luz	1	0,32	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Materiais para alívio não farmacológico da dor	2,4	1,36	0	0	0	0	2,4	0	0	0	0	0
Instrumental para o parto	1,6	0,49	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Cama para pré-parto, parto e pós-parto	1,5	0,45	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Monitor cardíaco/aparelho eletrocardiograma	0,95	0,64	0,95	0,95	0	0,95	0	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
Material para cateterismo vesical	1,05	0,24	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
Glicosímetro	0,85	0,49	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85	0,85
Oxímetro de pulso	0,95	0,10	0,95	0,95	0	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
Material para curetagem uterina	1,3	0,40	1,3	1,3	0	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3
Oftalmoscópio	0,9	0,66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Balança para recém-nascido	1,4	0,49	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Berço de acrílico no alojamento conjunto	1,5	0,45	1,5	0	0	1,5	1,5	0	0	0	1,5	0
Cadeira para acompanhante	2,1	1,50	2,1	0	0	0	2,1	2,1	0	0	2,1	0
Aspirador de secreções e sondas para aspiração traqueal e gástrica	1,5	1,00	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5

Fonte de oxigênio	1,4	0,49	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Materiais para reanimação da mulher/recém-nascido (Desfibrilador; medicamentos de urgência; Ambu; máscaras; laringoscópico; tubos endotraqueais; cânulas de Guedel e fio guia)	2,2	0,40	2,2	2,2	0	0	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Medicamentos básicos para uso obstétrico	1,8	0,40	1,8	0	0	0	1,8	1,8	0	1,8	1,8	0
Medicamentos para urgência e emergência obstétrica	1,8	0,40	1,8	1,8	0	0	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Materiais educativos (Cartazes e folhetos informativos; fita de vídeo; materiais usados para atividade educativa, como mamas, útero, bonecos, etc)	1,8	1,12	1,8	1,8	0	1,8	0	0	1,8	0	1,8	0
Acesso à ambulância para remoções simples e de caráter eletivo (Transporte de pacientes que não apresentam risco de vida)	0,9	0,66	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Acesso à ambulância de suporte básico/avançado (Transporte de pacientes com risco de vida conhecido e que não necessita de intervenção médica/ transporte de pacientes de alto risco que necessitam de cuidados médicos intensivos)	2,7	1,25	2,7	0	0	0	2,7	0	2,7	0	2,7	0
Total recursos materiais	36,8	6,11	32	22,9	13,9	20,4	31,65	25	25,6	21,9	32	21,1
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO ESTRUTURA	100	0,00	81,1	55,1	34,9	41,4	87,95	72,4	71,7	54	78	53

APÊNDICE 4 – MATRIZ DE JULGAMENTO DIMENSÃO PROCESSO

DIMENSÃO PROCESSO			HOSPITAIS									
CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO MÁXIMA	DESVIO PADRÃO	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
O serviço tem articulação com a rede de unidades de saúde para transferência de urgência/emergência da parturiente/recém-nascido	2,3	0,60	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
O serviço tem articulação com unidade básica (agendamento de consulta puerperal)	1,9	0,66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,9
Garantia de leito no primeiro contato da gestante	2,5	1,41	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Garantia de transferência da mulher em caso de necessidade	2,08	0,52	2,08	2,08	2,08	2,08	2,08	2,08	2,08	2,08	2,08	2,08

O serviço utiliza ficha de Referência e Contra-referência da parturiente/puérpera	1,28	0,39	0	1,28	0	1,28	1,28	0	1,28	1,28	1,28	0
O serviço mantém em funcionamento comitê hospitalar de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais	2,1	0,80	2,1	0	0	0	2,1	0	2,1	0	2,1	0
O serviço mantém em funcionamento Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	1,78	0,82	1,78	0	0	1,78	1,78	1,78	1,78	1,78	1,78	0
O serviço realiza investigação epidemiológica	1,28	0,74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Realização de reunião para discussão de casos clínicos regularmente entre a equipe de saúde	1,98	0,72	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
A direção repassa os instrumentos que regulam a assistência obstétrica e neonatal para a equipe de saúde	1,48	0,45	1,48	1,48	0	0	1,48	1,48	0	0	1,48	0
Os indicadores de saúde são calculados e levados ao conhecimento da equipe	1,78	0,69	0	0	0	1,78	1,78	0	1,78	0	0	0
O serviço comunica as doenças e agravos de notificação compulsória	1,18	0,22	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18	1,18
O material é esterilizado na própria unidade	0,88	0,47	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88	0,88
O serviço possui Licença da Vigilância Sanitária da Saúde atualizada	1,08	0,16	1,08	0	0	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08	1,08
Total organização do programa	23,6	6,25	15,38	11,7	8,94	14,86	18,44	13,28	16,96	13,08	16,66	11,92
Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto	3,8	0,40	3,8	0	0	0	3,8	0	0	0	3,8	3,8
Garantia de privacidade no atendimento	3,2	0,75	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Utilização de medidas não farmacológicas de alívio da dor (Bola de bobat, escada de Ling, cavalinho, barra fixa)	3,8	0,75	0	0	0	0	3,8	0	0	0	0	0
Uso de partograma	3,8	1,17	3,8	3,8	0	0	3,8	3,8	3,8	0	3,8	0
Acompanhamento do trabalho de parto por avaliação materna e fetal (ausculta fetal intermitente; controle dos sinais vitais da parturiente; avaliação da dinâmica uterina)	3,8	1,33	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8	3,8
Estímulo à movimentação da gestante e/ou estímulo a posições não supinas	3,2	0,75	0	0	0	0	3,2	0	0	0	0	0
Total atenção clínica no Pré-parto	21,6	2,58	14,6	10,8	7	7	21,6	10,8	10,8	7	14,6	10,8
Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher	3,8	0,75	3,8	0	0	0	0	0	0	0	3,8	0
Garantia de privacidade no atendimento	3,4	0,49	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4
Possibilidade de escolha da mulher sobre a posição do parto	3,8	0,75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Não realização de analgesia de rotina	3,4	0,49	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4	3,4

Estímulo ao contato precoce pele a pele entre mãe e filho	3,8	0,75	3,8	3,8	3,8	0	3,8	0	0	0	3,8	0
Incentivo ao aleitamento materno em sala de parto	3,2	0,40	3,2	3,2	3,2	0	3,2	0	0	0	3,2	0
Disponibilidade de pediatra/neonataologista no parto	3,6	0,49	3,6	0	0	0	3,6	0	0	0	3,6	0
Registro da equipe de saúde sobre o parto e nascimento	2,6	1,02	2,6	0	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
Total atenção clínica no Parto	27,6	3,01	23,8	13,8	16,4	9,4	20	9,4	9,4	9,4	23,8	9,4
Disponibilidade de alojamento conjunto para Mãe/Recém-nascido	3,6	0,49	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
Garantia de acompanhante de livre escolha da mulher	3,7	0,40	3,7	0	0	0	0	0	3,7	0	3,7	0
Garantia de visita do Pai sem restrições de horário	3,1	1,11	3,1	0	0	0	0	0	3,1	0	3,1	0
Estímulo e apoio ao aleitamento materno no alojamento conjunto	3	1,10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Promoção de orientações sobre cuidados com o recém-nascido	3	1,10	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
Total atenção clínica no Pós-parto	16,4	3,38	13,4	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6	13,4	6,6	16,4	6,6
Ações educativas para a gestante/puérperas e seus familiares sobre aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar, entre outras	4,2	0,75	0	0	0	0	0	0	0	0	4,2	0
O serviço permite visita das gestantes antes do parto para adquirirem informações e conhecimento das instalações físicas da unidade	3,2	0,40	0	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	0
O serviço promove capacitação/educação permanente para a equipe de saúde	3,4	1,50	3,4	0	0	0	3,4	3,4	3,4	0	3,4	0
Total Educação/Capacitação em saúde	10,8	1,94	3,4	3,2	3,2	3,2	6,6	6,6	6,6	3,2	10,8	0
TOTAL DE PONTOS DA DIMENSÃO PROCESSO	100	0,00	70,58	46,1	42,1	41,06	73,24	46,68	57,16	39,28	82,26	38,72

APÊNDICE 5 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem- Depto. Enf. Materno Infantil e Saúde Pública
Av. Alfredo Balena 190, Belo Horizonte, MG 30130-100

CONDIÇÕES DE NASCIMENTO, DE ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO NO VALE DO JEQUITINHONHA EM MINAS GERAIS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

OBJETIVO DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os determinantes da mortalidade infantil, sobretudo a mortalidade perinatal, a partir da avaliação da assistência ao parto e nascimento, nas unidades de saúde do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais e dos processos de gestão e produção de trabalho, entre outros.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será realizada uma coleta e uma sistematização e análise de dados primários obtidos por meio da aplicação de um questionário às unidades de saúde que prestam assistência ao parto e recém-nascido no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. Estas unidades serão visitadas por entrevistadores previamente capacitados. O questionário contém quesitos sobre o perfil, recursos humanos e físicos, gestão, relação da maternidade com seus usuários e processo de trabalho das unidades e deve ser preenchido com base nas informações prestadas pelo(a) Diretor(a) da unidade, pela chefia da maternidade e/ou neonatologia, um médico que presta assistência ao nascimento e ao período neonatal, um enfermeiro da maternidade e um farmacêutico responsável pela farmácia. Os(as) entrevistados(as) serão estimulados(as) a responder as questões que lhe forem feitas, mas terá liberdade para deixar de responder aquelas que não desejar.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada participante, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que o(a) entrevistado(a) não queira responder, passar-se-á para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento caso o(a) entrevistado(a) assim decidir. As informações prestadas pelos entrevistados são confidenciais e será garantido o anonimato e o sigilo absoluto por parte dos pesquisadores. As respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS

A aplicação do questionário é longa e isto deverá ser colocado para o(a) participante selecionado(a) na apresentação do termo de consentimento. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de informações para a área de saúde pública que serão utilizadas para elaboração de diagnóstico das unidades de saúde selecionadas e, assim, servir de instrumento para gestão dos recursos do programa e melhoria da atenção à saúde.

DÚVIDAS – PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista, com o entrevistador. Uma cópia do termo de consentimento será oferecida para o entrevistado. Caso a dúvida persista ou o entrevistado demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções, os seguintes contatos deverão ser fornecidos:

Pesquisadora responsável: Dra Andréa Gazzinelli

Endereço de contato da pesquisadora: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30.130-100, Belo Horizonte, MG. Tel: (31) 3409 9860.

Endereço de contato do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP): Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.

Horário de atendimento ao público do COEP/UFMG: de 09:00 às 11:00 horas e de 14:00 às 16:00 horas.

CONSENTIMENTO DO GESTOR DA UNIDADE

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Sei também que a minha participação é voluntária e que posso desistir da entrevista mesmo depois do início, sem que isto me traga qualquer prejuízo pessoal ou de qualquer ordem. Sei também que a minha participação não terá qualquer consequência para mim nas instituições envolvidas na pesquisa.

Por tudo isso, declaro que li este termo de consentimento e concordo em participar da pesquisa respondendo às perguntas da entrevista.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do gestor: _____

Assinatura do entrevistador: _____

ANEXO - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 02563312.1.0000.5149

Interessado(a): Profa. Andréa Gazzinelli
Departamento de Enfermagem Materno Infantil e
Saúde Pública
Escola de Enfermagem- UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de junho de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Condições de nascimento, de assistência ao parto e aos menores de um ano de idade em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG