



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Lorena Márcia de Freitas Marques Nacif

NASCER EM BELO HORIZONTE: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A
ESTRUTURA DAS MATERNIDADES E OS INDICADORES
OBSTÉTRICOS E PERINATAIS

Belo Horizonte

2016

Lorena Márcia de Freitas Marques Nacif

NASCER EM BELO HORIZONTE: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A
ESTRUTURA DAS MATERNIDADES E OS INDICADORES
OBSTÉTRICOS E PERINATAIS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Promoção da saúde, prevenção e controle de agravos.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Edna Maria Rezende.

Belo Horizonte

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Nacif, Lorena Márcia de Freitas Marques

Nascer em Belo Horizonte [manuscrito]: adequação da estrutura das maternidades e resultados obstétricos e perinatais / Lorena Márcia de Freitas Marques Nacif. - 2016.

150 f.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Edna Maria Rezende.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Saúde Materno-Infantil. 2.Maternidade. 3.Promoção da Saúde. 4.Enfermagem Obstétrica. I.Rezende, Edna Maria.
II.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.
III.Título.

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



ATA DE NÚMERO 506 (QUINHENTOS E SEIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA LORENA MÁRCIA DE FREITAS MARQUES NACIF PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 10 (dez) dias do mês de maio de dois mil e dezesseis, às 08:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*NAScer em Belo Horizonte: Estrutura das Maternidades e Resultados Obstétricos e Perinatais*", da aluna **Lorena Márcia de Freitas Marques Nacif**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Promoção da Saúde, Prevenção e Controle de Agravos". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Edna Maria Rezende (orientadora), Eunice Francisca Martins e Henrique Vitor Leite, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- () APROVADA;
- (X) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
- () REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 10 de maio de 2016.

Profa. Dr^a. Edna Maria Rezende
Orientadora (UFMG/Escola de Enfermagem)

Prof^a. Dr^a. Eunice Francisca Martins
(EE/UFMG)

Prof. Dr. Henrique Vitor Leite
(FAC. de Medicina - UFMG)

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 06/06/16

Prof^a. Dra. Andréa Gazzinelli
Sub-Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

MODIFICAÇÃO EM DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **LORENA MÁRCIA DE FREITAS MARQUES NACIF**.

As modificações foram as seguintes:

Mudança de Título.

Novo título.

"Nascer em Belo Horizonte: análise de relações entre estruturas das maternidades e os indicadores obstétricos e perinatais"

NOMES

Profa. Dr^a. Edna Maria Rezende

Prof^a. Dr^a. Eunice Francisca Martins

Prof. Dr. Henrique Vitor Leite

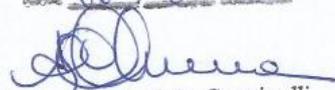
ASSINATURAS





HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 06/06/16


Profa. Dra. Andréa Gazzinelli
Sub-Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG

*Aos meus pais Lourdes e Antônio (sempre presente),
meus maiores exemplos de vida.*

*Ao meu marido José Augusto, por acreditar e me
incentivar. Seu amor e apoio foram fundamentais em
toda essa trajetória...*

AGRADECIMENTOS

À **Deus** me amparar e dar forças para superar as dificuldades.

À profa. **Edna Maria Rezende**, minha orientadora, a quem carinhosamente gosto de chamar de “mãerientadora”, seu carinho, ética e postura, somados aos ensinamentos diários ao longo desses dois anos, colaboraram não apenas para meu crescimento profissional, mas principalmente como ser humano.

À professora **Eunice Martins**, por me fazer acreditar. Jamais esquecerei seu apoio para que eu pudesse chegar até aqui.

Ao professor e estatístico **Braúlio Couto** que tanto contribuiu para a análise dos dados, e por sua paciência em discutir cada nova dúvida que surgia.

Aos **amigos do mestrado** em especial a Luciene, a quem considero como uma irmã, obrigada pela amizade, apoio e parceria nesses dois anos. E à Melissa por seus conselhos e ensinamentos tão oportunos.

Ao colegiado de Pós Graduação da **Escola de Enfermagem** da UFMG, em especial à secretária Lucilene.

A minha **mãe**, pela dedicação, amor e exemplo de vida, toda mãe deveria ser eterna...

Ao meu pai pilar de minha formação, que sempre estará presente em coração.

À Rúbia e Ana Raquel, minhas irmãs por tornarem minha vida mais emocionante e por terem me dado meus maiores presentes, Giovanna e Layla.

Ao **Augusto** pelo apoio, compreensão e paciência ao longo desta trajetória. Obrigada por estar sempre ao meu lado, aguentando e amenizando minha ansiedade. Amo você!

"É do buscar e não do achar que nasce o que eu não conhecia."

Clarice Lispector

RESUMO

MARQUES NACIF, L. M. F. **Nascer em Belo Horizonte: Análise da relação entre a estrutura das maternidades e os indicadores obstétricos e perinatais.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

A qualidade dos serviços de saúde tornou-se um importante campo de estudo, assim como uma exigência tanto para os setores públicos quanto para os privados. No Brasil é incipiente a implantação de sistema formal e rotineiro de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde. Belo Horizonte, na última década tem realizado vários investimentos para melhoria da rede de atenção à gestante e ao recém-nascido. No entanto, observa-se a presença de alguns indicadores obstétricos e perinatais ainda insatisfatórios, falhas na assistência, principalmente relacionados ao excesso de intervenções no trabalho de parto e parto, elevadas taxas de cesáreas e desfechos neonatais desfavoráveis. Assim, este estudo foi proposto com o objetivo de analisar a estrutura das maternidades do município e relacioná-las com seus indicadores obstétricos e perinatais. Trata-se de um estudo ecológico, cujo os dados foram originados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento, realizada em maternidades públicas e privadas do município, no período de novembro de 2011 a março de 2013. Primeiramente realizou-se uma análise exploratória dos dados por meio de estatística descritiva com o intuito de caracterizar as instituições hospitalares. Em seguida criou-se um índice de adequação das maternidades em relação ao preconizado na legislação vigente por meio da técnica estatística de Análise de Componentes Principais (PCA). O índice global de adequação para cada maternidade foi relacionado aos seus indicadores obstétricos e perinatais, além de quatro outros indicadores de resultados relacionados às boas práticas na assistência na maternidade e aos desfechos neonatais. **Resultados:** Observou-se que os altos índices de adequação da estrutura das maternidades, estiveram associados a maiores taxas de cesáreas e analgesia farmacológica. As boas práticas no trabalho de parto e parto e ao RN, foram observadas com maior frequência em maternidades com menores índices globais de adequação à estrutura e em instituições públicas, onde havia atuação do enfermeiro obstetra. O índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida e o desfecho neonatal desfavorável, mostraram-se relacionados aos maiores índices globais de adequação da estrutura.

Conclusões: Apesar de todo avanço alcançado pelo município nas últimas duas décadas, para melhoria da rede de atenção à gestante e ao recém-nascido, observa-se que os investimentos na melhoria da estrutura não foram suficientes para garantia de indicadores satisfatórios. Certamente a adequação da estrutura, tem impactado positivamente, entretanto, com base nos resultados deste estudo pode-se concluir que para se alcançar melhores indicadores deve-se continuar garantindo uma boa estrutura nas instituições. O foco desta melhoria deve ser nos desafios evidenciados pelas inadequações encontradas, como acesso a recursos assistenciais e operacionais.

Descritores: Maternidades; Estrutura dos serviços; Qualidade da Assistência à saúde; Indicadores perinatais.

ABSTRACT

MARQUES NACIF, L. M. F. **Birth in Belo Horizonte: maternity hospital structure adequation and obstetric and perinatal results.** 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

The quality of health services is an important study field and has become a necessity for both public and private health systems. In Brazil the implementation of a formal and programmed system to evaluate the quality of health services is still incipient. Over the last decade, the city of Belo Horizonte has invested to improve pregnant and newborn health care network. However, we can still observe several unsatisfactory obstetric indicators and care failures, mainly related to the pregnant admission in the maternity hospital and attendance during labor and childbirth. This work presents an ecological study that analyzes maternity hospitals structures in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais state and its relation to the obstetric and perinatal indicators. The data used in this study was generated by the research project Birth in Belo Horizonte: inquiry about labor and birth performed in public and private maternity hospitals in the city of Belo Horizonte between november, 2011 and march, 2013. The study has been performed in 11 out of 14 city maternity hospitals during the year of 2011. Seven institutions of this study are public and four are private. In the first part of this study we have performed data exploratory analysis based on descriptive statistics in order to characterize the hospital institutions. Then we propose a maternity adequation index based on what is defined in the current legislation and using the Principal Components Analysis (PCA) statistical technique. The global adequation index for each maternity hospital was associated to the obstetric and perinatal indicators and four other indicators that are related to best practices in maternity health care and neonatal outcomes. **Results:** We show that high maternity hospital adequation indexes are associated to high cesarean sections and epidural analgesia rates. We also show that the best practices during labor, childbirth and related to the newborn are more often observed in maternity hospitals with smaller global structure adequation indexes and in public institutions where the midwife was taking part in the labor. The Apgar index smaller than seven on the fifth minute after birth and adverse neonatal outcomes are also associated to higher global structure adequation indexes. **Conclusion:** Although the city of Belo Horizonte has shown several advances in the pregnant and newborn health care services, the investments and structure improvements are not sufficient to achieve satisfactory indexes. Structure adequation has certainly a positive impact in maternity health care services. However, this study suggests that in order to achieve higher indicators we should still certify a good structure in health care institutions. The focus of this improvement should be in the challenges that were evidenced by inadequacies that were found such as care and operational resources.

Keywords: Maternity hospitals; Service structure; Health care quality; Perinatal indicators.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1:	Indicadores obstétricos e perinatais das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.	31
Quadro 2:	Indicador de Boas práticas no trabalho de parto das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.	32
Quadro 3:	Indicador de Boas práticas no parto das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013	32
Quadro 4:	Desfechos neonatal desfavorável em uma coorte de recém-nascidos. Belo Horizonte, 2011-2013.	33
Quadro 5:	Indicadores de Boas práticas com o RNna primeira hora de vida das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.	33
FIGURA 1:	Distribuição de variáveis usadas no cálculo do índice global de adequação	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização geral das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	38
Tabela 2	Capacidade instalada das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	39
Tabela 3	Descrição das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	40
Tabela 4	Número e percentual de adequação dos recursos humanos, capacitação e permanência nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	41
Tabela 5	Número e percentual de adequação de materiais/equipamentos de urgência e emergência para a mulher e o recém-nascido nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	42
Tabela 6	Número e percentual de adequação das unidades de apoio às instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	43
Tabela 7	Número e percentual de adequação de medicamentos nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	44
Tabela 8	Número e percentual de adequação das unidades neonatais nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	45
Tabela 9	Componentes principais, autovalores e variância explicada pelos componentes implícitos nas 49 variáveis de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	45
Tabela 10	Componentes principais após rotação ortogonal para índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	46
Tabela 11	Índice global de adequação da estrutura das instituições	47

hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea, 2011- 2013.

Tabela 12	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas, 2011- 2013.	49
Tabela 13	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica, 2011- 2013.	50
Tabela 14	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica e idade gestacional acima de 32 semanas, 2011- 2013.	52
Tabela 15	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de episiotomia, 2011- 2013.	54
Tabela 16	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de analgesia, 2011- 2013.	55
Tabela 17	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de acompanhantes durante toda a internação, 2011- 2013.	56
Tabela 18	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de RN com ápgar < 7 no 5º minuto, 2011- 2013.	58
Tabela 19	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no trabalho de parto, 2011- 2013.	59
Tabela 20	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013	61

Tabela 21	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013.	62
Tabela22	Índice global de adequação das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de partos com desfecho neonatal desfavorável, 2011- 2013.	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1:	Curva de variância individual de cada fator das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.	46
Gráfico 2:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea, 2011- 2013.	48
Gráfico 3:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas, 2011- 2013	49
Gráfico 4:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica, 2011- 2013.	51
Gráfico 5:	Índice global de adequação das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica e idade gestacional acima de 32 semanas, 2011- 2013	53
Gráfico 6:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de episiotomia, 2011- 2013.	54
Gráfico 7:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de analgesia, 2011- 2013.	55
Gráfico 8:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de acompanhantes durante toda a internação, 2011- 2013.	57
Gráfico 9:	Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de RN com ápgar < 7 no 5º minuto, 2011- 2013.	58
Gráfico 10:	Índice global de adequação da estrutura das instituições	60

hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no trabalho de parto, 2011- 2013.

- Gráfico 11: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013 61
- Gráfico 12: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013. 63
- Gráfico 13: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013 64

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OMS	Organização das Nações Unidas
PCA	Análise de Componentes Principais
PNAR	Pré-natal de Alto Risco
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PP	Pré-Parto
PPP	Pré-parto, Parto e Puerpério
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMBH	Região Metropolitana da Capital Mineira
RN	Recém Nascido
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	15
2.	OBJETIVOS.....	18
	2.1 Geral.....	18
	2.2 Específicos.....	18
3.	REVISÃO DE LITERATURA	19
	3.1 Qualidade do Serviço de Saúde.....	19
	3.2 A estrutura dos Serviços e a Qualidade da Atenção em saúde.....	20
	3.4 Assistência ao Parto em Belo Horizonte.....	23
4.	METODOLOGIA.....	25
	4.1 Tipo de Estudo.....	25
	4.2 Local do Estudo.....	25
	4.3 População e Período do Estudo.....	26
	4.4 Fonte dos Dados	27
	4.5 Variáveis do Estudo.....	28
	4.6 Indicadores de Resultado.....	31
	4.7 Análise dos Dados.....	34
5.	ASPECTOS ÉTICOS.....	37
6.	RESULTADOS.....	38
	6.1 Características da Maternidades Estudadas.....	38
	6.1.1 Recursos Humanos.....	41
	6.1.2 Disponibilidade de Equipamentos de Urgência e Emergência.....	42
	6.1.3 Unidades de Apoio.....	43
	6.1.4 Disponibilidade de Medicamentos.....	43
	6.1.5 Unidade Neonatal.....	44
	6.2 Índice Global de Adequação da Estrutura das Instituições Hospitalares que Prestam Assistência ao Parto e Nascimento no Município de Belo Horizonte.....	45
	Relação do Índice Global de Adequação da Estrutura das Instituições Hospitalares que Prestam Assistência ao Parto e Nascimento no Município de Belo Horizonte.....	47
7.	DISCUSSÃO.....	66
	7.1 Característica das Maternidades Estudadas.....	66
	7.2 Avanços conquistados pelo Município na Adequação da Estrutura	68
	7.3 Avanços a Serem Conquistados.....	71
	7.4 Índice de Adequação das Instituições Hospitalares que Prestam Assistência ao Parto e Nascimento no Município de Belo Horizonte e seus Resultados Perinatais.....	74
8.	CONCLUSÕES.....	79
9.	REFERÊNCIAS.....	81
10.	APÊNDICE E ANEXOS.....	89

1 INTRODUÇÃO

A melhoria da qualidade da atenção à saúde materna e infantil tem sido importante pauta nos âmbitos nacional e internacional. Assim, a redução da mortalidade materna e infantil foram incluídas nos objetivos do Desenvolvimento do Milênio, pacto assinado por 191 países, incluindo o Brasil, com metas que deveriam ter sido atingidas até o ano de 2015. Apesar do destaque conquistado pelo país no último Relatório de Desenvolvimento Humano apresentado pela Organização das Nações Unidas (ONU), a atenção materna e infantil ainda requer um salto qualitativo na assistência prestada às gestantes e recém-nascidos, juntamente com ações humanizadoras (ONU, 2015; SOUZA, 2013; NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

No entanto, para que se obtenha melhoria na qualidade da atenção materna, torna-se imprescindível mudanças na cultura dos serviços de saúde, reformas na estrutura, garantia de participação da mulher no processo de parturição, assim como respeito à fisiologia deste processo e, finalmente, capacitação dos profissionais para atendimento à gestante e à parturiente. (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

No país, pode se dizer que a totalidade dos partos (99% dos nascimentos) ocorre em ambiente hospitalar. No entanto, apesar dessa universalidade de atenção os indicadores de saúde materna e neonatal ainda são desfavoráveis. Observa-se altos índices de cesáreas, 55% dos partos, valor muito elevado em relação à taxa de 15% recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A taxa de prematuridade no país varia de 9,9% a 12,3% (BLENCOWE *et al.*, 2012; PASSINI, *et al.*, 2014). Minas Gerais é o segundo estado com maior frequência de nascimento prematuro (12,9%). As taxas nacionais de baixo peso ao nascer têm permanecido por volta de 8% desde 2000, apresentando discreta tendência ascendente (BRASIL, 2012).

Em Belo Horizonte, os indicadores maternos e infantis tem apresentado avanços, no entanto, ainda são constatadas muitas falhas na assistência, principalmente, pelo uso excessivo da tecnologia sobre a população de baixo risco obstétrico, levando a intervenções inapropriadas e danos iatrogênicos (MARTINS, 2013; DINIZ, 2009).

Entretanto, o país ainda apresenta um grande paradoxo ao redor da assistência ao parto. Vive-se em “dois mundos”: a morbimortalidade pelo uso desregrado da tecnologia, e a morbimortalidade causada pela ausência da tecnologia apropriada para a assistência obstétrica e neonatal (DINIZ, 2009).

É neste contexto, que no ano de 2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (ANVISA) estabeleceu padrões de funcionamento para serviços de atenção obstétrica e neonatal no país através da Resolução da Diretoria Colegiada a RDC 36/2008. Essa resolução engloba os aspectos físicos e operacionais dos serviços e tem como princípios a qualificação, a humanização da atenção e gestão, a redução e controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Dessa forma, a RDC 36/2008 preconiza que os serviços de obstetrícia e neonatologia devem contar com infraestrutura física, recursos humanos, equipamentos e materiais necessários à operacionalização do serviço, de acordo com a demanda e modalidade de assistência prestada (BRASIL, 2008).

No entanto, ao analisar a estrutura de 266 maternidades brasileiras entre os anos de 2011 e 2013, com o objetivo de oferecer um panorama nacional sobre a atenção ao parto e nascimento no Brasil, LEAL *et al*, (2014) mostraram que uma parcela significativa dessas maternidades não apresentavam o conjunto completo de medicamentos e equipamentos mínimos necessários aos atendimentos de emergência, tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. Esses fatores, juntamente com a falta do profissional médico, foram responsáveis pela peregrinação de um quinto das 23.940 mulheres selecionadas para o estudo, em busca de uma maternidade para o parto.

Em Belo Horizonte, uma avaliação global da estrutura das maternidades, realizada ao final da década de 1990, classificou as 24 maternidades existentes no período. Dessas, dez foram categorizadas como de baixa qualidade, sete como de qualidade intermediária e sete como de qualidade adequada (LANSKY; FRANÇA; KAWACHI, 2007). Essa avaliação resultou em várias intervenções, incluindo o fechamento das maternidades não qualificadas para uma assistência adequada. Uma das principais estratégias desenvolvidas no município para a garantia desta qualificação, foi a estruturação e implantação da Comissão Perinatal, um fórum interinstitucional responsável pela gestão das políticas de atenção à gestante e ao recém-nascido na cidade (LANSKY, 2006).

Considerando os investimentos que o município de Belo Horizonte tem feito na última década, para melhoria da rede de atenção à gestante e ao recém-nascido, e a inexistência de estudos sobre a estrutura das maternidades após a RDC 36/2008 e a presença de alguns indicadores obstétricos e perinatais ainda insatisfatórios, decidiu-se pela realização deste estudo, com o propósito de analisar as maternidades e seus indicadores.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a estrutura das maternidades do município de Belo Horizonte e a relação com seus indicadores obstétricos e perinatais.

2.2 Específicos

- Caracterizar as maternidades em relação à estrutura;
- Estabelecer índice global de adequação da estrutura das maternidades estudadas às exigências da legislação vigente;
- Estimar os indicadores obstétricos e perinatais das maternidades;
- Relacionar o índice global de adequação da estrutura das maternidades com seus indicadores.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Qualidade dos serviços de Saúde

A qualidade dos serviços de saúde tornou-se um importante campo de estudo, assim como uma necessidade tanto dos setores públicos quanto da rede privada. O rápido desenvolvimento tecnológico da prática assistencial, a grande expansão dos serviços de saúde, os altos custos gerados e a crescente responsabilidade dos governos no financiamento da atenção a saúde fortaleceram o discurso dessa temática na qualidade de prática científica. O ambiente hospitalar tem se destacado enquanto objeto de estudo, devido à especificidade dos processos organizacionais envolvidos, da complexidade dos cuidados e dos maiores custos envolvidos (MACHADO *et al* 2013).

Os serviços de saúde passaram a ser efetivamente objeto de estudo no decorrer da década de 50, quando os países desenvolvidos perceberam a necessidade de identificar e mensurar a participação e o impacto desses serviços sobre a saúde da população (CABRAL, 2000; NOVAES, 2004). As altas taxas de mortalidade hospitalar registrada em 1986 nos EUA e 1988 na Inglaterra constituem importante marco para o monitoramento hospitalar.

No Brasil é recente a implantação de sistema formal e rotineiro de acompanhamento da qualidade dos serviços de saúde. Somente durante a década de 80 que o setor de saúde voltou-se para a qualidade de forma mais ativa e gerencial. No entanto, a melhoria da qualidade dos serviços de saúde passa a ter real importância a partir da criação do Sistema único de Saúde (SUS) em 1990. Neste contexto, em 1995 o Ministério da Saúde cria o Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em saúde, atentando para a melhoria permanente da qualidade, buscando uma integração harmônica entre a tecnologia, administração, assistência, da docência e pesquisa quando for o caso (BRASIL, 2002; MACHADO *et al*, 2013).

Em 1998, o Ministério da Saúde desenvolve o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH). Um programa restrito, caracterizado por uma pesquisa de satisfação dos usuários em unidades específicas, além de um

roteiro técnico de avaliação, aplicado em hospitais públicos e privados conveniados ao SUS, levando em conta a estrutura existente e os processos prioritários. Em 2004 esse programa foi reformulado com objetivo de avaliar os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) nas dimensões de estrutura, processo e resultados. Foi então avaliado o risco, acesso e satisfação dos cidadãos em relação aos serviços de saúde. Uma vez, que a grande dimensão continental brasileira representa um desafio para a realização de avaliação sistemática da qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Um importante marco regulatório da qualidade do sistema de saúde no Brasil foi a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 26 de janeiro de 1999. A ANVISA está vinculada ao Ministério da Saúde e integrante do SUS, caracterizada pela independência administrativa e autonomia financeira. Atua de forma abrangente, em produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. É responsável também pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), de forma integrada com outros órgãos públicos (BRASIL, 2008). No ano de 2000 cria-se a Agência Nacional de saúde suplementar (ANS), também vinculada ao Ministério da saúde, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Desde 2011 o governo federal tem concentrado esforços em um programa de avaliação do Sistema Único de Saúde objetivando a criação de um índice de Qualidade do SUS (ID-SUS) objetivando entre outras coisas como está a infraestrutura de saúde para atender as pessoas e se os serviços ofertados têm capacidade de dar as melhores respostas aos problemas de saúde da população (BRASIL, 2007; Machado *et al*, 2013).

De acordo com Fulop *et al* (2003) “A pesquisa em serviços de saúde tem por objetivo produzir informações confiáveis e válidas que permitem o embasamento do desenvolvimento de serviços de saúde adequados, efetivos, custo-efetivos, eficientes e aceitáveis”.

3.2 A estrutura dos serviços e a qualidade da atenção em saúde

Um dos referenciais para mensurar a qualidade da atenção em saúde mais utilizados no Brasil foi proposto por Donabedian em 1988, baseado na tríade estrutura, processo e resultados. Para o autor, uma boa estrutura aumenta a probabilidade de um bom processo que, por sua vez, aumenta as probabilidades de bons resultados (DONABEDIAN, 1988; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

A adequada estrutura dos serviços é uma das condições básicas para a organização da assistência em saúde e de grande relevância na produção de informações para a melhoria das intervenções. Pode-se avaliar a estrutura sob diferentes perspectivas e abordagens: pela análise da cobertura, acesso, equidade ou qualidade técnica (SILVA, 2005).

O cuidado em saúde, segundo Donabedian (1988) é constituído por dois domínios: a aplicação dos conhecimentos e das tecnologias e a relação da equipe com o paciente. No entanto, a qualidade desses domínios depende da estrutura como uma pré-condição favorável. A estrutura é compreendida como “as características relativamente estáveis dos provedores de cuidado, os instrumentos e recursos que eles dispõem, o ambiente físico e organizacional no qual trabalham”. Dessa forma, pressupõe-se que uma boa estrutura dos serviços seja, “provavelmente, o meio mais importante de proteção e promoção da qualidade do cuidado”. Contudo, a estrutura não é capaz de determinar a qualidade da atenção, mas pode interferir nos resultados. Processo diz respeito ao desenvolvimento das atividades e envolve as dimensões técnicas dos serviços, as relações interpessoais e a organizacionais. Os resultados são as consequências, ou seja, as alterações no estado de saúde (CONTANDRIOPOULOS, *et al.*, 1997; DONABEDIAN, 1986).

Um importante estudo de avaliação da estrutura das maternidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde - SUS foi realizado em 2005 no Rio de Janeiro. Neste estudo foram avaliadas 67 maternidades. Estas maternidades foram classificadas em nível de complexidade considerando a presença ou ausência de UTI neonatal e adulto e unidade de tratamento semi-intensivo neonatal. Foram utilizados dois instrumentos para entrevistas com gestores, médicos e enfermeiros da instituição e um roteiro de observação dos locais de assistência direta à mulher e ao recém-nascido. A avaliação contemplou aspectos da estrutura física, disponibilidade de profissionais e equipamentos críticos para o cuidado obstétrico e neonatal explicitados nas normas da RDC 50 e da portaria 569 do MS. Após as

análises dos dados foram constatados comprometimentos na estrutura em termos de instalação física, disponibilidade de equipamentos, instrumentais cirúrgicos, materiais e presença de profissionais, tanto quando analisados em conjunto quanto em separado. Houve variação dos requisitos da estrutura entre os estratos de complexidade das maternidades e concluiu-se que as maiores maternidades do Rio de Janeiro não possuíam uma estrutura adequada. No geral as maternidades possuíam melhor adequação para atendimento do RN que para o cuidado com a mulher (MAGLUTA, 2005).

Outro recente estudo, abrangência nacional fundamentado na tríade proposta por Donabedian, estrutura-processo e resultado para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal do sistema único de saúde através de índice de completude, foi realizado por Silva *et al* (2014). Foram identificados problemas estruturais como carência de recursos físicos materiais e equipamentos além da indisponibilidade de alguns serviços/programas essenciais para o segmento materno e neonatal. Constatou-se em nível nacional que a assistência foi insatisfatória, a rede hospitalar predominante era de pequeno porte, baixa complexidade, com desempenho inadequado das práticas assistenciais ao parto.

Gaíva *et al.* (2010), destaca que os materiais e equipamentos são recursos fundamentais e indispensáveis para adequada assistência ao parto e nascimento, assim como o acesso aos medicamentos necessários ao atendimento de urgência e emergência obstétricas e neonatais. Enfoca também a necessidade de recursos humanos qualificado para uma boa assistência materna e neonatal. Entretanto, ressalta que uma assistência de qualidade vai além dos aspectos de estrutura física, recursos humanos e materiais, englobando a humanização da assistência. Ainda segundo as autoras, os aspectos estruturais, interferem na qualidade da atenção e nos índices de morbimortalidade materna e neonatal. Desta forma, o investimento na estrutura das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento, assim como na capacitação e sensibilização dos profissionais sobre a humanização da assistência, deve ser uma preocupação constante dos gestores.

3.3 A assistência ao parto em Belo Horizonte

Em Belo Horizonte, no final da década de 90, a qualidade da assistência ao parto era questionável. A avaliação das maternidades realizada por Orleans constatou a real situação da assistência ao parto e nascimento no município. É neste contexto que surge a Comissão Perinatal do município de Belo Horizonte, estruturada desde 1993, inicialmente com ações voltadas para a assistência básica, principalmente para a organização da atenção ao planejamento familiar, pré-natal e puerpério na rede básica de saúde. Mas que em 1999, volta suas ações de maneira sistemática para a assistência hospitalar (MAIA, 2008).

A Comissão Perinatal, é um fórum de discussão permanente, interdepartamental e interinstitucional com o objetivo de elaborar estratégias para melhorar, conjuntamente, a qualidade da assistência à mulher e à criança e enfrentar a morbimortalidade materna e perinatal em seu território. Responsável pelo planejamento, avaliação, monitoramento, normatização e divulgação à gestão das ações de saúde no município desde o planejamento familiar até a atenção hospitalar de baixo e alto risco. Uma iniciativa pioneira no país que reúne a gestão municipal, serviços públicos, setor privado e controle social (LANSKY, 2010).

Desde sua criação, a comissão perinatal tem conseguido avanços significativos na assistência ao parto no município. Dentre elas destacam-se vinculação das gestantes com as maternidades, evitando a “peregrinação” da mulher na hora do parto, avaliação sistemática dos hospitais, regulação da assistência hospitalar, gestão do cuidado integral, fechamento das maternidades de baixa qualidade e reestruturação das demais maternidades, investigação dos óbitos maternos, infantis e fetais. Torna-se importante ressaltar que se trata de uma experiência pioneira no país, agraciada com Gestão Pública e Cidadania da Fundação Getúlio Vargas (FGV), em 2002, e o prêmio Eleutério Rodriguez Neto, da Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, do Ministério da Saúde, em 2006 (MAIA, 2008; LANSKY, 2010).

Outro passo importante foi o Termo de compromisso assumido pelas Maternidades do SUS-BH para a redução do índice de cesáreas e a inclusão das boas práticas obstétricas e neonatais. A avaliação desse processo é realizada por meio de indicadores selecionados, fundamentados na humanização do parto nascimento, incluídos no Contrato de Gestão, vinculando o financiamento aos

resultados dos serviços (JUNIOR; OLIVEIRA, 2006; LANSKY, 2010).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo ecológico que analisa a relação entre a estrutura das maternidades do município de Belo Horizonte, Minas Gerais e os indicadores obstétricos e perinatais desses serviços.

Os dados do estudo são originados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento, realizada em maternidades públicas e privadas do município de Belo Horizonte. Adotou-se a mesma metodologia da Pesquisa de abrangência Nacional, intitulada Nascer no Brasil: *inquérito sobre parto e nascimento*, realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) (VASCONCELLOS *et al.*, 2014). Com o apoio da FIOCRUZ e financiamento do CNPq pode-se ampliar a amostra de Belo Horizonte–MG, de forma a torná-la representativa para o município, utilizando a mesma logística e os recursos materiais do projeto nacional.

4.2 Local do estudo

Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, é um município constituído por nove administrações regionais criadas no ano de 1983 considerando a posição geográfica e a história de ocupação (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, divididas em bairros.

A população estimada do município é de 2.502.557 habitantes. De acordo com o do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2014, Belo Horizonte era a 6^a cidade mais populosa do país. A população da Região Metropolitana da capital mineira (RMBH) corresponde a terceira maior aglomeração urbana do País com uma população aproximada de 4,8 milhões de habitantes. No ano de 2013, foram 50.562 nascimentos ocorridos no município, dos quais 31.381(62,1%) filhos de mães residentes no município (IBGE, 2015; DATASUS, 2015).

O total de estabelecimentos de saúde em Belo Horizonte, tendo em conta o conjunto de instituições privadas e públicas (municipais, estaduais e federais), é de 1.082 estabelecimentos, desses, 228 são públicos (IBGE, 2015). Atualmente existem 34 hospitais, totalizando 8.568 leitos para internação. O atendimento às emergências obstétricas é realizado em 14 instituições, totalizando aproximadamente 455 leitos obstétricos clínicos e cirúrgicos, dos quais 304 (66,8%) pertencem ao SUS. Os leitos de UTI neonatal somam 276, sendo quase metade deles pertencentes ao SUS (IBGE, 2015; DATASUS, 2015).

4.3 População e período do estudo

O estudo foi realizado em 11 das 14 instituições hospitalares do município de Belo Horizonte, que prestam assistência ao parto e nascimento no ano de 2011, e aceitaram participar da pesquisa. Sete dessas maternidades possuem atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS) e quatro pertencem à rede privada. A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2011 a março de 2013.

Para os indicadores de resultados foram utilizados os dados coletados em entrevista com puérperas hospitalizadas por motivo de parto, bem como em seu prontuário e de seu conceito nas maternidades estudadas. Foram consideradas elegíveis as puérperas que tiveram parto hospitalar, tendo como desfecho um ou mais nascidos vivos, independente de peso e idade gestacional ou um natimorto com peso maior que 500 gramas e idade gestacional maior que 22 semanas. As puérperas com distúrbios mentais graves, estrangeiras que não entendiam o português e surdas/mudas foram excluídas da pesquisa. O tamanho da amostra probabilística das puérperas e seus conceitos foi calculado em relação ao número total de nascimentos ocorridos em cada maternidade no ano de 2009, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos (DATASUS, 2009). A amostra constituída de 1.088 pares de puérperas, e seus conceitos, foi calculada de acordo com o número de nascimentos de cada maternidade, considerando um poder do teste 80% ($\beta = 0,20$) para se detectar diferenças de 3% entre os grupos comparados (cesárea e parto vaginal) e nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

4.4 Fonte dos dados

A pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: *Inquérito sobre Parto e Nascimento*” utilizou-se de três questionários estruturados para a coleta dos dados. Um para avaliação da estrutura e processo das maternidades, um para entrevista à puérpera e outro para coleta de dados do prontuário da puérpera e do recém-nascido. Neste estudo foi utilizado especificamente os dados do questionário estrutura e processo. Os dois últimos foram utilizados somente de forma complementar para a análise dos indicadores de resultados. Antes de qualquer procedimento da pesquisa foi assinado o TCLE pelo diretor de cada maternidade (APÊNDICE A).

O questionário para avaliação da estrutura das maternidades (APÊNDICE B) foi aplicado diretamente ao diretor(a) ou responsável técnico pela instituição, considerando este, o informante com maior conhecimento da estrutura dos serviços. Esse instrumento foi desenvolvido com base principalmente na resolução da Diretoria Colegiada - RDC/ Anvisa nº 36, de 3 de junho de 2008, e complementado pelas seguintes legislações: RDC Anvisa nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, Portaria GM/MS nº 1.091, de 25 de agosto de 1999; Portaria GM/MS nº 3.432, de 12 de agosto de 1998; Portaria GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002; Portaria GM/MS nº 1.071, de 4 de julho de 2005; Portaria GM/MS nº 2.148 de 2 de dezembro de 2005 (BITTENCOURT *et al*, 2014).

O segundo questionário foi aplicado diretamente à puérpera (APÊNDICE C), respeitando um intervalo mínimo de 6 horas após o parto e continha dados sobre os aspectos sócio demográficos, a assistência ao pré-natal e ao parto. Antes de cada entrevista, a pesquisa foi explicada detalhadamente a puérpera selecionada para o estudo ou ao seu responsável (no caso de mulheres menores de 18 anos de idade) e o TCLE foi assinado (APÊNDICE D).

O terceiro questionário (APÊNDICE E) foi preenchido com base em informações disponíveis no prontuário da puérpera e do recém-nascido após a alta de ambos ou até 28 dias para o recém-nascido, caso continuasse internado. Os dados coletados referem-se à assistência recebida durante a internação.

Para todos os instrumentos foram elaborados manuais de instrução com a descrição dos procedimentos padronizados a serem seguidos na coleta dos dados e as alternativas para condutas, em situações específicas. A coleta de dados foi feita

por entrevistadores previamente capacitados, todos enfermeiros, à medida que os dirigentes das instituições aceitavam participar da pesquisa.

Os dados coletados na entrevista e no prontuário foram exportados para um Servidor Oficial exclusivo, instalado na Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais. Os dados do questionário de estrutura foram digitados no programa Excel (versão 15.0) e em seguida, feito *linkage* com o banco de dados geral da pesquisa com o objetivo de relacionar esses dados com os demais. Para este estudo foi elaborado um banco de dados específico com as variáveis de interesse.

4.5 Variáveis do estudo

O questionário de estrutura possui 106 questões divididas em seis blocos, sendo eles: Identificação do questionário e da unidade de saúde; Caracterização da Instituição; Recursos humanos; Assistência à gestante, parturiente, puérpera e ao RN; Capacidade instalada e indicadores e Considerações adicionais dos entrevistados (APÊNDICE B).

Para este estudo foram selecionadas 85 questões, totalizando 130 variáveis. Foram excluídas as questões relacionadas à identificação do questionário e das maternidades por questões éticas, como também da capacidade instalada informada pelos diretores e seus indicadores, os quais foram substituídos pelos resultados do estudo *in loco*.

Inicialmente as 130 variáveis foram divididas em seis grupos, e posteriormente, classificadas em dois tipos: variáveis de caracterização (n=22) e variáveis de adequação (n=108). As variáveis classificadas como de caracterização foram aquelas que descreviam aspectos das maternidades, mas não possuem parâmetros do Ministério da Saúde que possibilitassem sua classificação em adequado ou não. As variáveis de adequação foram aquelas consideradas adequadas ou não, baseando-se em legislações estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para o funcionamento das maternidades. Foram consideradas como adequadas ou inadequadas quando atendiam ou não, respectivamente, essas legislações (APÊNDICE F; APÊNDICE G). As variáveis de adequação das maternidades estão discriminadas a seguir:

O primeiro grupo denominado descrição da unidade incluiu as variáveis existência do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES; existência de UTI adulto; neonatal e leitos intermediários neonatais para as maternidades de alto risco; realização de triagem e classificação de risco da gestante; utilização da central de leitos e sistema de referência e contra referência; local onde as gestantes permanecem durante o trabalho de parto e parto; garantia de privacidade para a mulher durante todo o período de internação; espaço para deambulação; existência de materiais para alívio não farmacológico da dor durante o trabalho de parto (bola de bobat, cavalinho, escada de ling, barra fixa e chuveiro de água quente) e poltronas ou cadeiras para acompanhantes; Foi considerado como adequado possuir cadastro no CNES; possuir UTI adulto, neonatal e leitos intermediários neonatais em maternidades de alto risco (em maternidades de risco habitual a existência dessas unidades não foram consideradas obrigatórias) e utilização da central de leitos e sistema de referência e contra referência assim como, à permanência das gestantes durante o trabalho de parto em centro obstétrico ou em leitos Pré-parto, Parto e Pós-parto (PPP) e pré-parto, respeito a sua privacidade durante todo o período de internação, existência de espaço para deambulação e existência de poltronas ou cadeiras para os acompanhantes. A variável privacidade foi considerada como parcialmente adequada quando havia a presença de box, cortinas ou biombos.

O segundo grupo denominado recursos humanos incluiu as variáveis capazes de identificar os profissionais de saúde essenciais, envolvidos na assistência ao parto e nascimento e a organização dos plantões, a saber: presença dos profissionais médicos obstetra, anestesista, pediatra/neonatalogista e enfermeiro durante 24 horas/dia; existência de coordenadores para essas especialidades e profissionais que prestam a assistência ao trabalho de parto e parto, sendo eles: médicos ou enfermeiros obstetras acompanhados ou não de residentes. Cada variável foi avaliada como adequada ou inadequada respectivamente, diante da presença ou ausência desses profissionais.

O terceiro grupo denominado equipamentos para a parturiente, puérpera e Recém-nascido (RN), incluiu as variáveis que demonstram a existência e a disponibilidade dos equipamentos e materiais indispensáveis às urgências e emergências na assistência ao parto e nascimento. Para a parturiente e puérpera,

as variáveis foram: respirador/ventilador mecânico; reanimador manual; laringoscópio; tubo orotraqueal e AMBU. Para o RN: mesa de calor radiante; estetoscópio pediátrico; laringoscópio e tubo endotraqueal; sondas traqueais neonatais sem válvula; dispositivo para aspirar mecônio e aspirador com manômetro e oxigênio; sonda de aspiração gástrica e material para ventilação. Cada variável foi avaliada como adequada diante da presença dos materiais e equipamentos ou inadequada, quando esses equipamentos e materiais eram ausentes.

O quarto grupo, denominado unidades de apoio à assistência obstétrica e neonatal compreendeu as variáveis que indicam a existência de unidades complementares à assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento uma vez que são de extrema importância quando há alguma intercorrência durante a assistência. As variáveis contidas nesse grupo são: unidade transfusional ou banco de sangue; laboratório de patologia ou análise clínica; acesso a ambulância para transporte da parturiente e RN; acesso a banco de leite ou posto de coleta de leite humano para RN's em UTI neonatal. Avaliou-se cada variável como adequada ou inadequada diante da presença ou ausência dessas unidades de apoio, respectivamente.

Denominado como disponibilidade de medicamentos, o quinto grupo teve como variáveis os medicamentos estabelecidos pela RDC36/2008 para urgência e emergência clínica para a gestante, parturiente e RN, sendo eles: anti-hipertensivos; ansiolíticos/hipnóticos; corticosteroides; ocitócitos; inibidores da contratilidade uterina; coagulantes/hemostáticos para a mulher e para o recém-nascido; sulfato de magnésio (anticonvulsivante); surfactante (indutor da maturação pulmonar do recém-nascido); colírio profilático da oftalmia gonocócica; imunoglobulina anti-D para mulher Rh negativo. Neste grupo cada variável foi avaliada como adequada ou inadequada respectivamente, diante da presença ou ausência de cada um desses medicamentos.

O sexto grupo denominado unidade neonatal incluiu as variáveis relativas ao RN internado em UTI neonatal principalmente no que se refere à humanização da assistência, sendo elas: faixa etária exclusiva até 28 dias para permanência em unidade neonatal; existência de acomodação no próprio hospital para as mães com RN internados na unidade; existência de cadeira ou poltronas para que os pais do RN possam permanecer ao seu lado na unidade, durante a internação, e equipamentos disponíveis no setor de neonatologia. Neste grupo cada variável foi

avaliada como adequada ou inadequada diante da presença ou ausência dessas práticas, respectivamente.

Foram excluídas as variáveis relativas aos equipamentos disponíveis no setor de neonatologia (n=6) devido à ausência de resposta de duas das unidades estudadas.

4. 6 Indicadores de resultados

Para este estudo foram selecionados seis indicadores obstétricos e perinatais baseados na Instrução Normativa nº 2, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal vinculada à RDC 36/2008 e da Comissão Perinatal de Belo Horizonte (BRASIL, 2008b; LANSKY, 2010), descritos a seguir.

Quadro 1: Indicadores obstétricos e perinatais das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.

Indicadores	Referência	Método de calculo
Taxa de cesáreas	Instrução normativa nº2 de 3 de junho de 2008 / Comissão Perinatal de BH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas}}{\text{Total de partos}} \times 100$
Taxa de cesáreas em primíparas > 32 sem e apresentação cefálica	Instrução normativa nº2 de 3 de junho de 2008 / Comissão Perinatal de BH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cesáreas em primíparas}}{\text{Total de partos}} \times 100$
Taxa de episiotomia	Instrução normativa nº2 de 3 de junho de 2008 / Comissão Perinatal de BH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de parto normais com episiotomia}}{\text{Total de partos normais}} \times 100$
Taxa de analgesia	Comissão Perinatal de BH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de parto normais com analgesia}}{\text{Total de partos normais}} \times 100$
Taxa de acompanhante durante toda internação	Instrução normativa nº2 de 3 de junho de 2008 / Comissão Perinatal de BH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de mulheres com acompanhante durante toda internação}}{\text{Total de partos}} \times 100$
Índice de APGAR < 7 no 5º minuto	Comissão Perinatal de BH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de RN com APGAR} < 7 \text{ no } 5^\circ \text{ minuto}}{\text{Total de nascidos vivos}} \times 100$

Fonte: Instrução Normativa nº 2/ RDC 36/2008 e Comissão Perinatal de Belo Horizonte

Além dos indicadores obstétricos e perinatais especificados no Quadro 1, foram utilizados quatro outros indicadores de resultados, relacionados às boas práticas na assistência na maternidade e aos desfechos neonatais.

O primeiro indicador denominado boas práticas no trabalho de parto foi baseado no estudo de Leal *et al.* (2014). Consiste na ocorrência de um desfecho principal associado a 6 desfechos secundários, como descrito no Quadro 2.

Quadro 2: Indicador de Boas práticas no trabalho de parto das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.

Desfechos	Definição/ Variáveis incluídas
1. Principal	
Trabalho de parto	Ter entrado em trabalho
2. Secundários	
Dieta	Oferta de líquidos, água, suco e/ou sopas/ alimento.
Movimentação	Possibilidade de ficar fora da cama e deambular
Presença de acompanhante	Sim/Não
Uso de Métodos não farmacológicos	Chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras, cavalinho, outro. (Acesso a um ou mais)
Uso do partograma	Sim/não + Registro da dilatação do colo no início do partograma e registro do número de toques no partograma
Boas práticas no trabalho de parto Ocorrência do desfecho principal associado aos cinco desfechos secundários	

Fonte: Questionário e prontuário hospitalar da puérpera.

O segundo indicador denominado boas práticas no parto foi construído baseado em um desfecho principal e 6 desfechos secundários, como descrito no Quadro 3.

Quadro 3: Indicador de Boas práticas no parto das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.

Desfechos	Definição/ Variáveis incluídas
1. Principal	
Parto Vaginal	Sim/não
2. Secundários	
Ausência de Kristeller	Sim/não
Posição verticalizada	Deitada de lado; sentada/ reclinada; na banheira; de quatro apoios; de cócoras
Presença de acompanhante no momento do parto	Sim/não
Boas práticas no parto Ocorrência do desfecho principal associado aos três desfechos secundários	

Fonte: Questionário e prontuário hospitalar da puérpera.

O terceiro indicador foi estabelecido por Pereira (2015), visando analisar a ocorrência de desfechos neonatais desfavoráveis em recém-nascidos de Belo Horizonte. A autora selecionou nove desfechos desfavoráveis para os recém-nascidos: dois desfechos principais e sete desfechos secundários, descritos no Quadro 4.

Quadro 4: Desfechos neonatal desfavorável em uma coorte de recém-nascidos. Belo Horizonte, 2011-2013.

Desfechos	Definição/ Variáveis incluídas
1. Principais	
Prematuridade	Idade gestacional menor que 37 semanas
Baixo peso ao nascer	Peso ao nascer menor que 2.500 gramas
2. Secundários	
Manobras de reanimação na sala de parto	Precisou de oxigênio após o nascimento; oxigênio inalatório, ventilação com ambu + máscara, entubação oro-traqueal, massagem cardíaca e drogas.
Uso de ventilação	Ventilação mecânica
Utilização de oxigênio após o nascimento	Hood ou circulante, CPAP, ventilação mecânica, se com 28 dias estava em qualquer tipo de oxigenoterapia.
Apgar menor que 7 no quinto minuto	Apgar no 5º minuto
Uso de antibiótico	Sim/Não
Internação em UTI neonatal	Sim/Não
Óbito neonatal	Sim/Não
Desfecho neonatal desfavorável: Conforme tenha ocorrido qualquer um dos nove desfechos principais e secundários	

Fonte: (PEREIRA, 2015)

O quarto indicador denominado boas práticas para o cuidado ao RN foi estabelecido por Moreira *et al.* (2014), com o objetivo de avaliar as práticas desenvolvidas com RN em sua primeira hora de vida, como descrito no Quadro 5.

Quadro 5: Indicador de Boas práticas com o RN na primeira hora de vida das maternidades estudadas no município de Belo Horizonte, 2011-2013.

Desfechos	Definição/ Variáveis incluídas
1. Principal	
Boas Práticas com o RN na 1ª hora de vida	Sim/não
2. Secundários	
Presença de contato pele a pele logo após o nascimento	Sim/não
Oferta do seio materno na sala de parto	Sim/não
Amamentação na primeira hora de vida (oferta do seio materno até 59 minutos após o parto)	Sim/não
Alojamento conjunto desde a sala de parto	Sim/não
Boas com o RN na primeira hora de vida Ocorrência do desfecho principal associado quatro desfechos secundários	

4.7 Análise dos Dados

A partir da extração e classificação das variáveis foi elaborado um sub-banco específico para este estudo contendo as 108 variáveis de adequação. Essas variáveis foram classificadas como “adequadas”, quando atendiam à legislação; “inadequadas” quando não atendiam à legislação e “parcialmente adequadas” quando atendiam de forma parcial à legislação. Procedeu-se a categorização, a análise de consistência e conferência do banco e os ajustes necessários. Foram excluídas seis variáveis referentes aos equipamentos disponíveis no setor de neonatologia devido à ausência de dados de duas maternidades que declararam possuir UTI neonatal, totalizando 102 variáveis classificadas como de adequação.

Em uma primeira etapa foi realizada análise exploratória dos dados por meio de estatística descritiva, com o intuito de caracterizar as instituições hospitalares, que prestam assistência ao parto e nascimento em Belo Horizonte, bem como quanto à adequação preconizada. A análise descritiva foi realizada por meio da distribuição das frequências absolutas, utilizando o programa Excel (versão 15.0) e Epi-info (versão 6.0). Esta análise incluiu a caracterização e descrição das maternidades, os recursos humanos, os equipamentos e materiais, as unidades de apoio, os medicamentos, o processo de trabalho, as boas praticas na assistência e os indicadores selecionados para este estudo.

Observou-se que das 102 variáveis classificadas como de adequação, 53 eram constantes em todas as instituições estudadas, ou seja, todas as 11 instituições possuíam estes itens como adequados. As demais 49 variáveis, que divergiram entre as instituições, foram analisadas por meio da técnica estatística de Análise de Componentes Principais (PCA) para o cálculo do índice global de adequação para posteriormente relacioná-lo ao preconizado pela legislação.

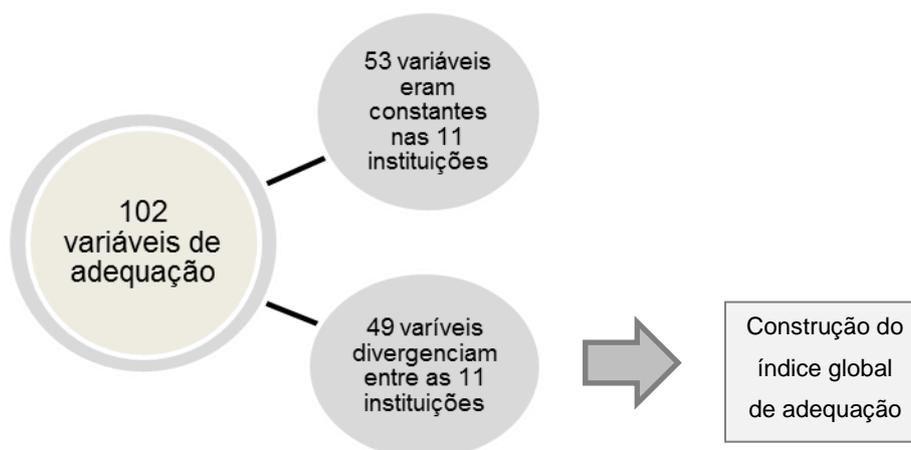


FIGURA 1: Distribuição de variáveis usadas no cálculo do índice global de adequação.

Utilizou-se desta técnica estatística por permitir a criação de combinações lineares das variáveis correlacionadas entre si, reduzindo o número de variáveis para a análise (MINGOTI, 2007). Desta forma essa técnica tornou-se uma ferramenta importante na criação de um índice de adequação que permitisse a comparação das maternidades pesquisadas não só para cada item, mas globalmente.

A análise de componentes principais encontra-se entre as mais importantes ferramentas da análise multivariada, constituindo a base na qual se fundamentam vários outros métodos multivariados (LYRA *et al.*, 2010). O propósito geral da PCA é representar ou descrever um maior número de variáveis P em um menor número k que o conjunto inicial, mas sem perda significativa da informação contida neste conjunto. Portanto, pode-se dizer que o uso da técnica de componentes principais, tem como principal objetivo sintetizar a informação contida no complexo de variáveis originais, abolindo as informações redundantes (KHATTREE; NAIK, 2000). Desta forma, modificam o conjunto de variáveis iniciais correlacionadas entre si, num outro conjunto de variáveis não correlacionadas (independentes/ortogonais), as componentes principais, resultantes das combinações lineares do conjunto inicial (REIS, 1993).

As componentes principais são calculadas por ordem decrescente de importância, ou seja, a primeira explica o máximo possível da variância dos dados originais, a segunda explica o máximo possível da variância ainda não explicada, e

assim sucessivamente. A última componente principal será a que oferece menor contribuição para a explicação da variância total dos dados originais. O conjunto de todas as combinações encontradas compõe uma solução única, pois cada combinação linear explica o máximo possível da variância não explicada e terá de ser ortogonal a qualquer outra combinação já definida (REIS, 1993).

A análise de componentes principais foi aplicada ao banco das variáveis classificadas como de adequação. Inicialmente obteve-se a matriz de correlação entre cada uma das variáveis (APÊNDICE H). Em seguida procedeu-se a decomposição desta matriz de correlação, visando encontrar os autovalores e o número de componentes implícitos na estrutura da base das variáveis originais (APÊNDICE I).

Para a realização dessa técnica é necessário verificar o grau de associação entre as variáveis de interesse. As diferenças das unidades de medidas das variáveis podem ocasionar acentuadas discrepâncias entre as variâncias. Para amenizar este problema equilibram-se os valores de variância, colocando-as na mesma unidade de medida (variância igual a 1, ausência de dominância direta de qualquer das variáveis). Dessa forma assegura-se que todas as variáveis tenham o mesmo peso na análise (MINGOTI, 2007). Esses componentes principais podem ser obtidos, utilizando as variáveis padronizadas, calculando-se a média e o desvio padrão de cada variável Z_1, \dots, Z_p , expressas por:

$$Z_j = \frac{(X_j - \mu_j)}{\sqrt{\sigma_{jj}}},$$

com $j=1, \dots, p$

O índice de adequação das maternidades foi gerado por meio de escore padronizado para cada um dos componentes encontrados e para cada uma das maternidades. Através da soma dos números índices pode-se gerar um número único, refletindo a estrutura de cada maternidade. Desta forma, quanto maior o índice encontrado maior a adequação da maternidade.

5. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo seguiu os preceitos éticos da pesquisa descritas na Resolução nº 196/96 e na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto “Nascer em Belo Horizonte: *Inquérito sobre Parto e Nascimento*” foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), (projeto CAAE - 0246.0.203.000-11) (ANEXO A). Autorizado pelos dirigentes de todas as instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento envolvidas no estudo, e consentido por todas as puérperas ou seus representantes legais, nos casos de adolescentes.

Para evitar o risco de identificação das instituições envolvidas neste estudo, garantiu-se o anonimato identificando-as pelas onze primeiras letras do alfabeto (A-K), mantendo a ordem de entrada no banco de dados da pesquisa.

6 RESULTADOS

6.1 Características das maternidades estudadas:

A tabela 1 apresenta as principais características das 11 instituições hospitalares, que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, investigadas neste estudo. Sete (64,0%) pertenciam à rede pública com atendimento exclusivo ao SUS e quatro (36,0%) pertenciam à rede privada. Seis (55,0%) foram classificadas como hospital geral e cinco (45,0%), exclusivamente como maternidades. Seis (55,0%) instituições também eram campos de ensino credenciados ao MEC, a maioria pública (83,0%). Cinco instituições possuíam o título de Hospital Amigo da Criança, todas públicas (TABELA 1). Ademais, todas as instituições prestavam assistência ao parto normal de risco habitual e ao parto cirúrgico. Apenas a instituição B não era referência para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR). A instituição G não era referência para a gestante de risco e RN de risco, portanto a ausência de UTI neonatal não foi considerada como inadequada.

Tabela 1 – Caracterização geral das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

HOSP	CNES	Classificação da Unidade	Origem do financiamento	PNAR	Gestante/parto de risco	RN de risco	UTI neo	CTI adulto	Campo ensino credenciado ao MEC	Hosp. amigo da criança
A	Sim	Maternidade	Público	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
B	Sim	Maternidade	Público	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
C	Sim	Hosp. Geral	Público	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
D	Sim	Maternidade	Privado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
E	Sim	Maternidade	Público	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
F	Sim	Maternidade	Privado	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
G	Sim	Hosp. Geral	Público	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
H	Sim	Hosp. Geral	Público	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
I	Sim	Hosp. Geral	Público	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
J	Sim	Hosp. Geral	Privado	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
K	Sim	Hosp. Geral	Privado	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não

Nota: n=11

A tabela 02 se refere à capacidade instalada das instituições informada pelos diretores(as) ou responsável técnico pela instituição. Menos da metade (n=5) das

instituições estudadas possuíam leitos PPP (variando de 01 a 03). Observou-se que as instituições estudadas ainda possuíam maior número de leitos de Pré Parto (PP) e salas de parto com presença de mesas de parto. Todas as instituições estudadas possuíam leitos para alojamento conjunto puérpera/ RN e poucas (n=4) apresentavam leitos sem alojamento conjunto. Acredita-se que esses leitos possam ser utilizados por mulheres submetidas à curetagem pós- abortamento ou mesmo puérperas, cujo produto de sua concepção, resultou em decesso fetal. A maternidade F apresentou o mesmo número de leitos com e sem alojamento conjunto (n=50). Acredita-se que os leitos possam ser usados tanto como alojamento conjunto ou não, uma vez que esta maternidade declarou que sua capacidade instalada é de 50 leitos. Duas instituições que declaram possuir UTI neonatal não informaram o número de leitos dessa unidade. Se analisados no total o número de leitos de UTI neonatal (n=193) é similar ao número de leitos de CTI adulto (n= 200), no entanto, a instituição H com maior número de leitos de CTI adulto trata-se de um hospital geral e como tal, esses leitos não devem ser exclusivos para a maternidade, assim como o hospital C (n=29). Outro ponto que merece destaque é o baixo número de leitos de berçário para RN saudáveis, mostrando que no município, predomina a prática de alojamento conjunto tanto nas instituições públicas como nas privadas.

Tabela 02: Capacidade instalada das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Capacidade instalada das Unidades	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Total de leitos operacionais da unidade	140	65	36	35	30	50	33	76	36	66	13
Leitos PPP	01	03	-	01	-	01	03	-	-	01	-
Leitos Pré- parto	08	07	08	03	05	03	02	08	06	04	03
Salas de parto	04	08	06	03	03	03	01	04	01	02	03
Mesas de parto	04	01	06	03	03	03	02	04	01	02	03
Salas de centro cirúrgico obstétrico	04	02	06	03	03	06	02	04	03	03	03
Leitos obstétricos com alojamento conjunto	28	42	22	35	27	50	26	28	28	66	10
Leitos obstétricos sem alojamento conjunto	-	-	06	-	06	50	-	-	-	-	11
Leitos de UTI adulto	10	-	29	10	30	-	-	100	13	08	-
Leitos para gestante c/ intercorrências	14	20	06	05	05	-	-	12	07	-	-
Leitos para mães com RN internados	10	64	15	-	03	20	-	16	10	-	10
Leitos de UTI neonatal	20	41	20	21	27	14	-	20	-	30	-
Leitos intermediários neonatais	38	36	-	04	12	09	05	12	08	12	-
Leitos de berçário para RN saudáveis	04	06	04	-	-	-	-	04	-	-	-
Leitos de berçário para RN patológicos	-	77	-	-	28	08	-	-	-	-	04

* - zero ou não informado

A Tabela 3 mostra que a grande maioria das instituições, (90,9%) era referência para atenção ao pré-natal de alto risco PNAR. Assim como para o PNAR, a maioria das instituições (90,9%) era referência para a gestante e parto de risco e dessas três (27,0%), não possuíam UTI para adulto. No que se refere à assistência ao RN, ainda na tabela 3, nove instituições (81,8%) eram referência para o RN de risco, dez (90,9%) possuíam UTI neonatal e todas as onze instituições (100,0%), possuíam Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal. Cerca de 90,9% utilizavam a triagem ou classificação de risco, no entanto, apenas 63,6% por profissionais qualificados. Observou-se baixa privacidade para a parturiente (18,2%) e puérpera (27,3%)

Tabela 3 – Descrição das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Descrição das unidades	Adequação		Parcial	
	N	%		
PNAR	10	90,9	-	-
Gestante e Parto de Alto Risco	10	90,9	-	-
UTI adulto	08	72,7	-	-
RN de risco	09	81,8	-	-
UTI neonatal	10	90,9	-	-
Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal	11	100,0	-	-
Triagem/ Classificação de Risco	10	90,9	-	-
Profissional Médico/enfermeiro	07	63,6	-	-
Local trabalho de parto			-	-
Centro Obstétrico/ Pré-Parto/PPP	11	100,0	-	-
Existência de PPP	06	54,5	-	-
Local parto Vaginal			-	-
Centro Obstétrico/PPP	11	100,0	-	-
Privacidade da mulher			-	-
Admissão	08	72,7	03	27,3
Pré-parto	02	18,2	09	81,8
Parto	08	72,7	03	27,3
Pós-parto	03	27,3	07	63,6
Poltronas para acompanhantes	10	90,9	-	-
Materiais para alívio não farmacológico da dor:			-	-
Bola de bobat	10	90,9	-	-
Cavalinho	01	9,09	-	-
Escada de ling	08	72,7	-	-
Barra fixa	05	45,4	-	-
Chuveiro com água quente	11	100,0	-	-

Nota: n=11

*parcial: biombos, cortina ou box.

Em relação à disponibilidade de materiais para alívio não farmacológico da dor, observou-se que o chuveiro com água quente, encontrava-se disponível em todas as instituições e a bola de Bobat, em 90,9% das instituições. Os materiais encontrados com menor frequência foram cavalinho (9,09%) e a barra fixa (45,4%) (TABELA 3).

6.1.1 Recursos Humanos

Observou-se percentual máximo (100,0%) de profissionais médicos qualificados e capacitados para a assistência obstétrica e anestésica nas instituições hospitalares estudadas, permanecendo durante 24hs/dia em plantão físico nessas instituições. Entre os profissionais de enfermagem, observou-se a existência de coordenadores para a neonatologia e obstetrícia em 100,0% das instituições estudadas. Nota-se, no entanto, que maioria dos coordenadores de enfermagem na obstetrícia possuía formação generalista; os especialistas somam 45,5% desses coordenadores (TABELA 4).

Tabela 4 – Número e percentual de adequação dos recursos humanos, capacitação e permanência nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Recursos Humanos	Adequação	
	N	%
Corpo clínico médico da obstetrícia:		
Coordenador médico da obstetrícia c/ especialização	11	100,0
Obstetra 24hs/dia	11	100,0
Enfermagem		
Coordenador de enfermagem	11	100,0
Especialização Enfermagem obstétrica	05	45,4
Corpo clínico médico anestesista		
Anestesista 24hs/dia	11	100,0
Profissionais que prestam assistência ao TP e parto		
Médico obstetra	11	100,0
Enfermeiro obstetra	04	36,4
Corpo clínico médico pediatra/neonatologista		
Coordenador médico da neonatologia c/ especialização	11	100,0
Pediatra/neonatologista 24hs/dia	11	100,0
Coordenador de enfermagem	11	100,0
Especialização Enfermagem neonatal	10	90,9

Nota: n=11

Em neonatologia os coordenadores de enfermagem com especialização em enfermagem neonatal, estavam presentes em 90,9% das instituições.

Os partos eram assistidos por profissionais qualificados e no caso de instituições de ensino, também por residentes médicos devidamente acompanhados por preceptores. Em apenas quatro (36,4%) das dez instituições estudadas havia atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao trabalho de parto e parto, que era acompanhado em centro obstétrico em todas as instituições (TABELA 4).

6.1.2 Disponibilidade de equipamentos de urgência e emergência

A Tabela 5 é composta pelos materiais e equipamentos exigidos pela RDC 36/2008 para o atendimento de urgência e emergência materna, durante a assistência ao trabalho de parto e parto e ao RN.

Tabela 5: Número e percentual de adequação de materiais/equipamentos de urgência e emergência para a mulher e o recém-nascido nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Materiais/Equipamentos	Adequação	
	N	%
Atendimento à gestante / parturiente		
Respirador/ ventilador mecânico	10	90,9
Laringoscópio completo	11	100,0
Tubo orotraqueal	11	100,0
AMBU	11	100,0
	11	100,0
Atendimento ao RN		
Berço p/ reanimação com fonte de calor radiante	11	100,0
Máscaras cirúrgicas	11	100,0
Estetoscópio clínico infantil	11	100,0
Laringoscópio completo	11	100,0
Tubo endotraqueal neonatal	11	100,0
Sondas traqueais neonatais sem válvula	11	100,0
Sondas de aspiração Gástrica	11	100,0
Dispositivo para aspiração de mecônio	11	100,0
Material p/ VPP (manual com reservatório de O2)	11	100,0
Aspirador com manômetro e oxigênio	11	100,0

Nota: n=11

No que diz respeito aos equipamentos e materiais disponíveis para o atendimento ao recém-nascido, observou-se que as instituições estudadas possuíam total adequação à legislação, ou seja, equipadas para atendimentos de urgência e emergência, se necessário. As instituições estudadas também possuíam alto índice (90,9%) de adequação à legislação no que se refere aos equipamentos e materiais para urgência e emergência à gestante e parturiente, caso seja necessário (TABELA 5).

6.1.3 Unidades de Apoio

A maioria (90,9%) das instituições possuía laboratório de análises clínicas e (81,8%) unidade transfusional ou banco de sangue. Sete (63,6%) (das dez instituições que possuem UTI neonatal) tinham acesso a leite humano ordenhado. No que se refere ao transporte, todas as instituições (100,0%) relataram ter acesso a ambulância para o RN e dez (90,9%) para transporte da parturiente (TABELA 6).

Tabela 6: Número e percentual de adequação das unidades de apoio das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Unidades de Apoio	Adequação	
	N	%
Casa da gestante	05	45,4
Banco de leite/ Posto de coleta	07	63,6
Unidade transfusional/Banco de sangue	09	81,8
Laboratório Análises Clínicas	10	90,9
Ambulância para transporte da parturiente	10	90,9
Ambulância para transporte do RN	11	100

Nota: n=11

6.1.4 Disponibilidade de Medicamentos

A tabela 7 apresenta a disponibilidade dos medicamentos possivelmente utilizados para assistência à gestante, parturiente e ao RN. De modo geral, todas as instituições possuíam os medicamentos básicos para uso obstétrico e neonatal, e a maioria dispunha de medicamentos para urgências e emergências obstétricas.

Tabela 7: Número e percentual de adequação de medicamentos das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Medicamentos	Adequação	
	N	%
Antiarrítmicos	10	90,9
Metildopa	11	100,0
Hidralazina comprimido	08	72,7
Hidralazina ampola	10	90,9
Nifedipina 10 mg	11	100,0
Benzodiazepínicos ansiolíticos	11	100,0
Corticosteróides	10	90,9
Metil ergometrina comprimido	08	72,7
Metil ergometrina ampola	11	100,0
Ocitocina	11	100,0
Misoprostol de 25 mcg vaginal	11	100,0
Misoprostol 200 mcg vaginal	10	90,9
Inibidores da contratilidade uterina	11	100,0
Sulfato de magnésio	11	100,0
Surfactante	11	100,0
Anti-hemorrágico (exceto vitamina K)	10	90,9
Vitamina K	10	90,9
Nitrato de prata	10	90,9
Imunoglobulina Humana	11	100,0

Nota: n=11

6.1.5 Unidade Neonatal

As dez instituições que são referência para alto risco possuíam UTI neonatal. Dessas 70% eram exclusivas para a faixa etária até 28 dias e 60% delas, possuíam cadeiras/poltronas para os pais em cada leito. Metade tinham acomodação no próprio hospital (leitos sociais) para que as mães pudessem permanecer próximas aos seus RN (TABELA 8).

Tabela 8: Número e percentual de adequação das unidades neonatais das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Unidade Neonatal	Adequação	
	N	%
Exclusiva para faixa etária de 28 dias	07	70,0
Acomodação materna	05	50,0
Cadeira/poltrona para acompanhante	06	60,0

Nota: n=10

6.2 Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, à legislação vigente.

A tabela 9 mostra os resultados obtidos para os componentes principais, os autovalores e as porcentagens da variância explicada pelos componentes. Os cinco primeiros componentes explicam 72% da variação total. No entanto, optou-se por utilizar o critério de Kaiser. Este critério é provavelmente o mais utilizado e consiste apenas em considerar os autovalores superiores a um (FLECK; BOURDEL, 1997). Desta forma, foram utilizados os dez componentes principais que explicam 100% da variância acumulativa, visando obter a dimensão real dos dados (APÊNDICE H).

Tabela 9: Componentes principais, autovalores e variância explicada pelos componentes implícitos nas 49 variáveis de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

Componente	Autovalores	% de variância	% variância Acumulada
1	9,93	20%	20%
2	7,73	16%	36%
3	7,07	14%	50%
4	5,55	11%	62%
5	4,88	10%	72%
6	4,53	9%	81%
7	3,23	7%	88%
8	2,70	6%	93%
9	1,88	4%	97%
10	1,48	3%	100%
11 - 49	0,00	0,00	100%

A análise gráfica, de acordo com *Scree Test*, mostra a dispersão do número de fatores e a curva da variância individual de cada fator. Observa-se uma queda abrupta e horizontalidade de variância após o fator 10 (GRÁFICO 1).

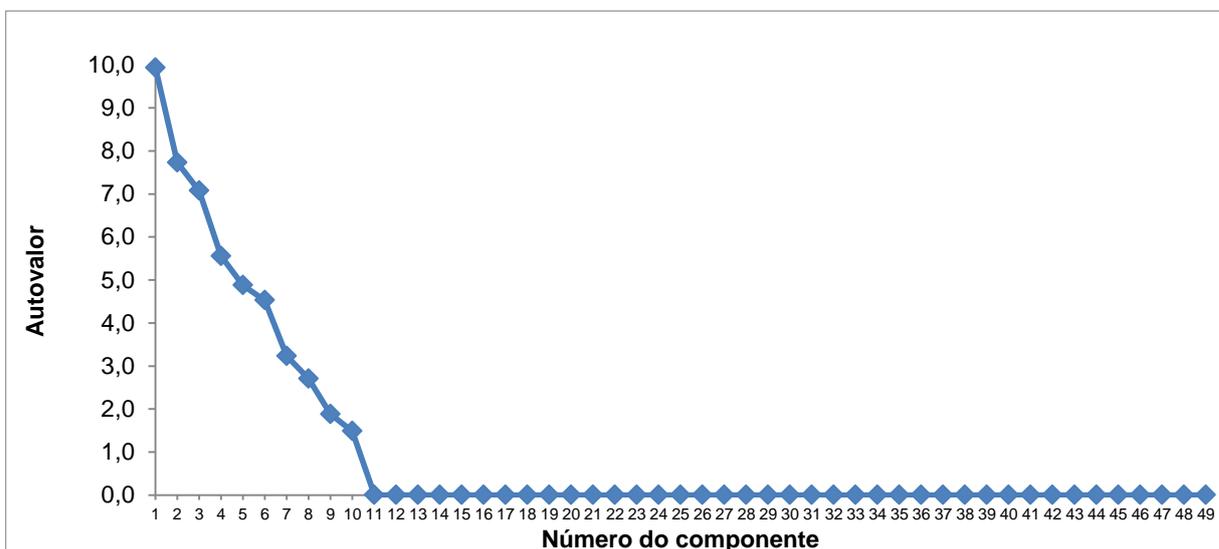


Gráfico 1: Curva de variância individual de cada fator das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

A tabela 10 mostra os componentes principais, após rotação ortogonal para a construção do índice global de adequação por instituição. O índice variou de -9 362 (pior adequação) na instituição K a 13, 737 (melhor adequação) na instituição J.

Tabela 10: Componentes principais após rotação ortogonal para índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013.

HOSPITAL	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	INDICE GLOBAL
J	-0,180	1,521	1,834	0,434	6,643	1,028	2,179	-1,128	1,312	0,094	13,737
F	7,868	1,020	0,567	0,229	2,018	1,261	1,259	-3,628	-0,783	-0,351	9,461
H	-1,721	0,770	0,114	0,874	-0,351	1,452	0,078	4,809	1,207	0,158	7,390
A	-0,765	0,953	0,560	1,028	-0,839	0,752	0,315	-1,633	1,878	1,345	3,593
B	-0,664	0,593	1,589	1,090	-0,598	1,158	1,171	-1,989	1,273	-5,931	-2,308
E	-0,836	0,724	-7,475	0,476	-2,148	-0,087	-0,824	3,875	0,763	2,356	-3,176
C	-1,227	0,425	0,143	0,988	-2,005	0,736	-6,139	1,659	0,846	1,210	-3,365
D	-0,220	0,928	0,997	0,241	-0,820	0,401	0,962	-1,761	-5,310	0,379	-4,205
I	-0,286	0,788	0,536	-6,873	-0,694	0,805	0,670	1,030	-0,934	0,603	-4,355
G	-1,207	-0,226	0,361	0,798	-0,244	-6,454	0,580	-1,875	-0,143	1,000	-7,410
K	-0,761	-7,497	0,774	0,716	-0,962	-1,052	-0,250	0,641	-0,109	-0,862	-9,362

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

6.3 Relação do Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte com seus indicadores obstétricos e perinatais, 2011-2013.

Os indicadores de importância para a avaliação da saúde perinatal foram obtidos pelos resultados do estudo *in loco* da pesquisa Nascer em Belo Horizonte: *inquérito sobre o parto e nascimento* e relacionados ao índice global de adequação da estrutura das instituições que prestam assistência ao parto no município, como mostram as tabelas 11 a 22 e os gráficos 2 a 13.

Tabela 11: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos		Parto vaginal		Cesárea	
		N	N	%	N	%	
J	13,737	121	19	16,0	102	84,0	
F	9,461	132	37	28,0	95	72,0	
H	7,390	99	60	61,0	39	39,0	
A	3,593	91	60	66,0	31	34,0	
B	-2,308	226	168	74,0	58	26,0	
E	-3,176	65	42	65,0	23	35,0	
C	-3,365	90	60	67,0	30	33,0	
D	-4,205	90	30	33,0	60	67,0	
I	-4,355	78	48	62,0	30	38,0	
G	-7,410	86	73	85,0	13	15,0	
K	-9,362	10	03	30,0	07	70,0	
Total		1088	600	55,0	488	45,0	
Público		735	511	69,5	224	30,5	
Privado		353	89	25,2	264	74,8	
Total		1088	600		488		

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.

Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

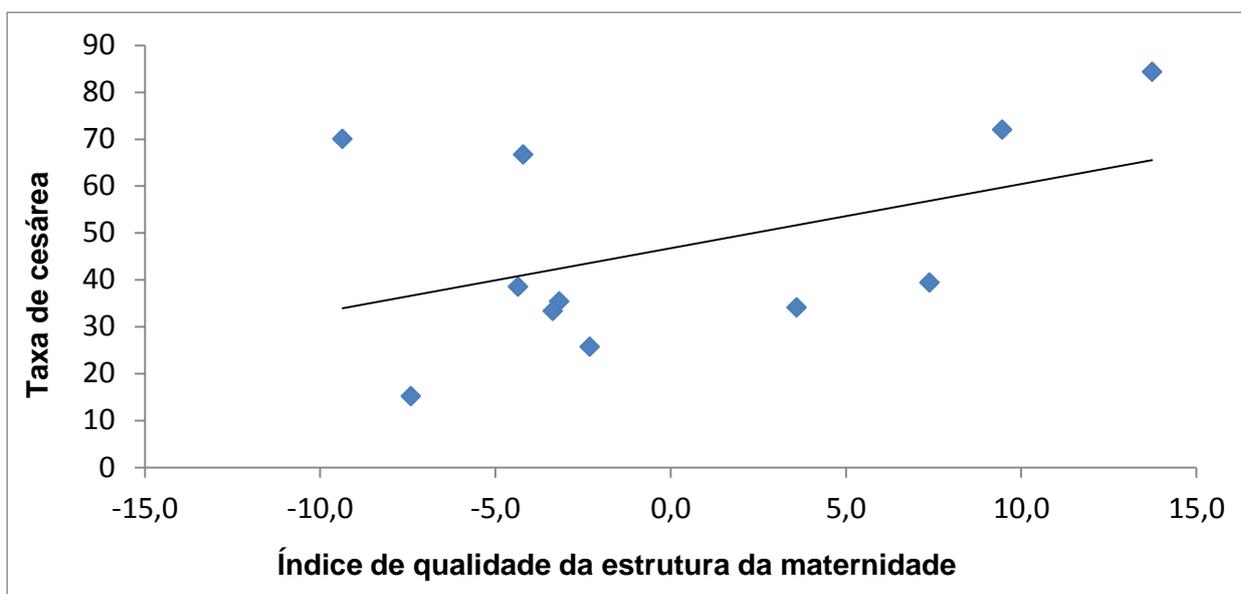


Gráfico 2: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea, 2011- 2013.

A tabela 11 e o gráfico 2, mostram que a instituição privada J possui o melhor índice global de adequação da estrutura, entretanto a maior taxa de cesárea (84%). Já a instituição k, o menor índice global de adequação e a terceira maior taxa de cesárea (70%). A rede pública apresentou uma taxa de cesárea de 30,5%, sendo a instituição G, a que possui menor taxa de cesárea (15%). Observa-se elevada taxa de cesáreas na rede privada 74,8%.

Tabela 12: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos em primíparas	Número de cesáreas em primíparas	Taxa de cesárea em primíparas
J	13,737	59	53	90,0
F	9,461	65	47	72,0
H	7,390	47	16	34,0
A	3,593	42	15	36,0
B	-2,308	94	22	23,0
E	-3,176	25	07	28,0
C	-3,365	41	12	29,0
D	-4,205	50	35	70,0
I	-4,355	34	10	29,0
G	-7,410	23	02	09,0
K	-9,362	05	04	80,0
Total		485	223	46,0
Público		306	84	27,4
Privado		179	139	77,6
Total		485	223	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

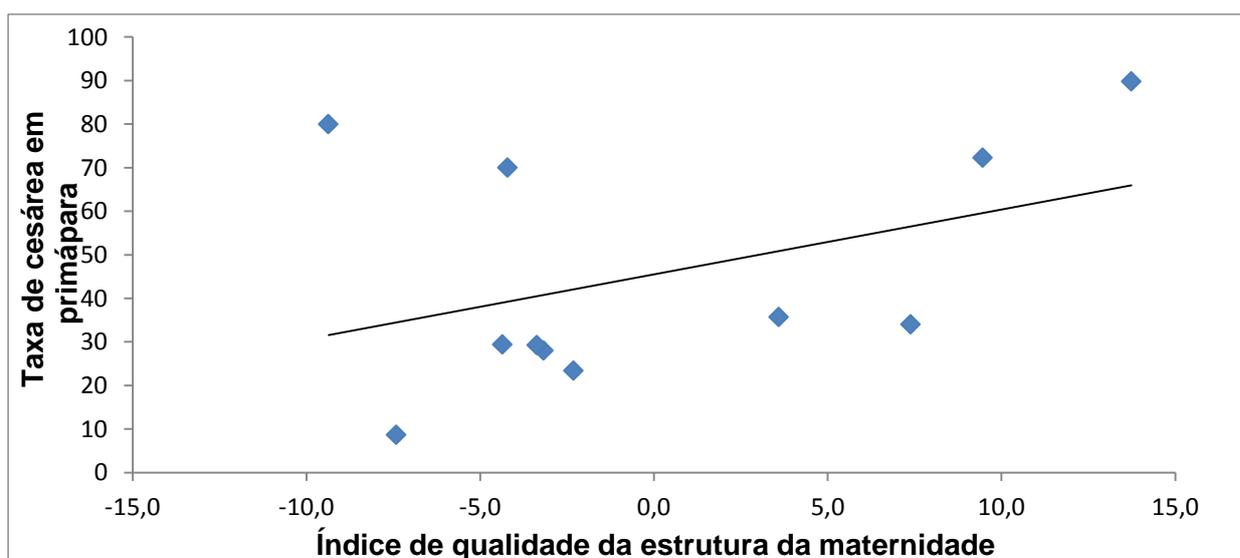


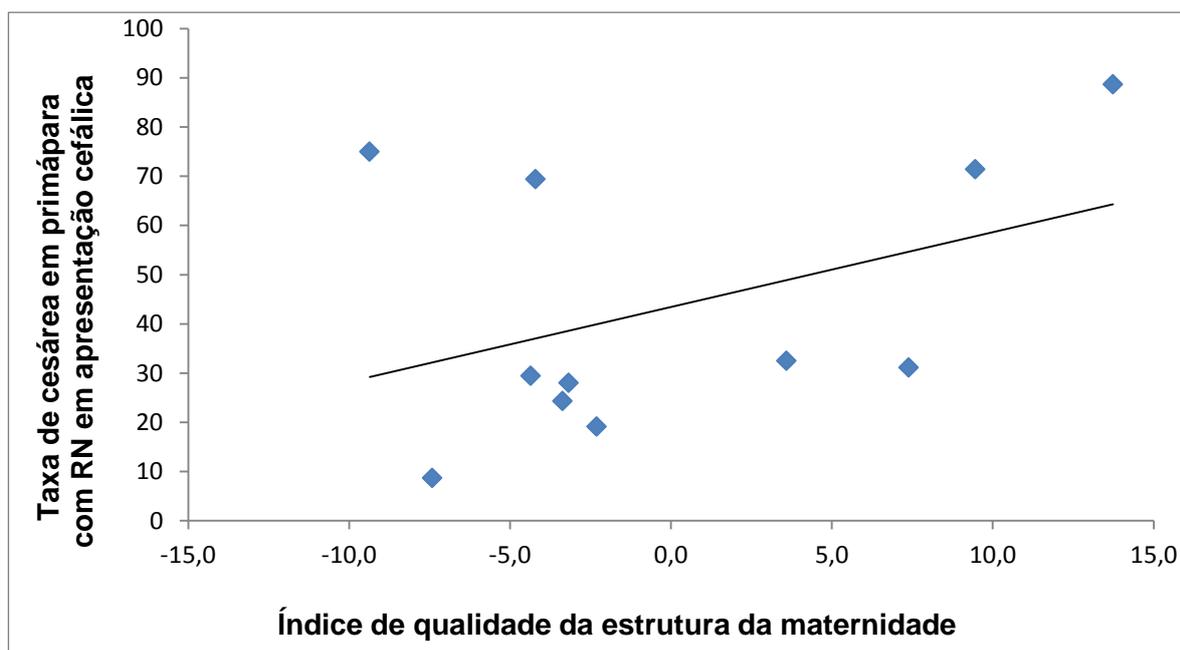
Gráfico 3: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas, 2011- 2013

A tabela 12 e o gráfico 3, mostram que a instituição privada J, possuía o melhor índice global de adequação da estrutura e a maior taxa de cesárea (90%) em primíparas. Já instituição privada k, tinha o menor índice global de adequação e a segunda maior taxa de cesárea (80%) em primíparas. A instituição pública G, é a que possuía a menor taxa de cesárea (9%). A taxa de cesárea em primípara foi maior na rede privada (77,6%). A rede pública apresentou uma taxa de cesárea em primípara de 27,4%.

Tabela 13: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica, 2011-2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos em primíparas RN em apresentação cefálica	Número de cesáreas	Taxa de cesárea em primíparas feto em apresentação cefálica
J	13,737	53	47	89,0
F	9,461	63	45	71,0
H	7,390	45	14	31,0
A	3,593	40	13	33,0
B	-2,308	89	17	19,0
E	-3,176	25	07	28,0
C	-3,365	37	09	24,0
D	-4,205	49	34	69,0
I	-4,355	34	10	29,0
G	-7,410	23	02	09,0
K	-9,362	04	03	75,0
Total		462	201	44
Público		293	72	24,6
Privado		169	129	76,3
Total		462	201	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.



Gáfico 4: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica, 2011- 2013.

A tabela 13 e o gráfico 4, mostram que a maior taxa de cesárea (89%) em primíparas com feto em posição cefálica instituição privada pertencia a instituição J que também possuía o melhor índice global de adequação da estrutura. Já instituição privada k, que apresentava o menor índice global de adequação e a segunda maior taxa de cesárea (75%) em primípara com feto em posição cefálica. A instituição pública G, era a que possuía a menor taxa de cesárea (9%) em primípara com feto em apresentação cefálica. A taxa de cesárea em primípara com feto em posição cefálica foi maior na rede privada (76,3%), a rede pública apresentou uma taxa 26,4%.

Tabela 14: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica e idade gestacional acima de 32 semanas, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos em primípara com idade gestacional acima de 32 semanas e em apresentação cefálica	Número de cesáreas	Taxa de cesárea em primípara com idade gestacional acima de 32 semanas e em apresentação cefálica
J	13,737	-*	-*	-*
F	9,461	60	42	70,0
H	7,390	44	14	32,0
A	3,593	34	10	29,0
B	-2,308	51	11	22,0
E	-3,176	23	06	26,0
C	-3,365	35	09	26,0
D	-4,205	41	28	68,0
I	-4,355	33	09	27,0
G	-7,410	21	02	10,0
K	-9,362	04	03	75,0
Total		346	134	39,0
Público		241	61	25,3
Privado		105	73	69,5
Total		346	134	

Nota: Instituições privadas: D, F, J, K.

Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

* Ausência de dados da instituição privada J

A tabela 14 e o gráfico 5, mostram que a instituição privada K possuía o pior índice global de adequação da estrutura e a maior taxa de cesárea (75%) em primíparas com feto em posição cefálica e gestação acima de 32 semanas. A instituição pública G, que apresentava o segundo pior índice de adequação possuía a menor taxa de cesárea (10%) em primípara com feto em apresentação cefálica e gestação acima de 32 semanas. A taxa de cesárea em primípara com feto em posição cefálica e gestação acima de 32 semanas, foi maior na rede privada 69,5%, mesmo com a ausência de dados da instituição J. A rede pública apresentou uma taxa de 25,3% de cesárea em primípara com feto em apresentação cefálica e gestação acima de 32 semanas.

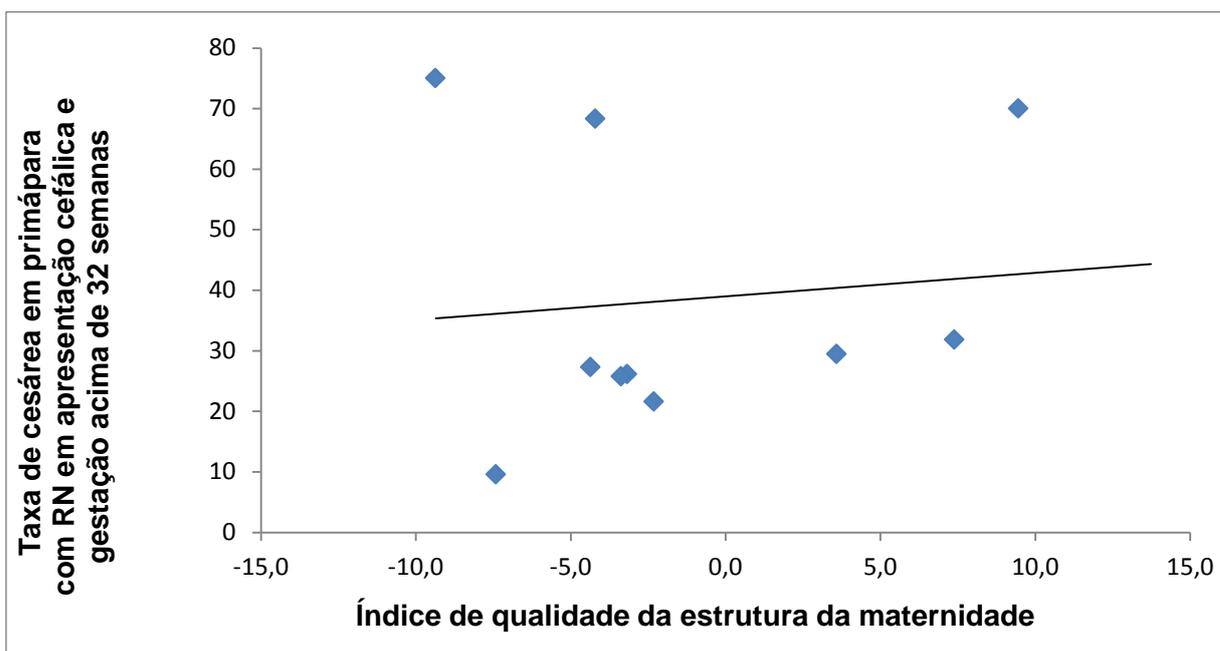


Gráfico 5: Índice global de adequação das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de cesárea em primíparas e feto em posição cefálica e idade gestacional acima de 32 semanas, 2011-2013.

A instituição privada D, apresentou a maior taxa de episiotomia (90%) em seus partos, seguida da instituição privada K (67%). Ambas apresentavam baixo índice de adequação da estrutura. A instituição pública B apresentou a menor taxa de episiotomia (14%), seguida da instituição pública G (16%). A rede pública apresenta uma taxa de episiotomia de 31,7%, já a rede privada apresenta uma taxa duas vezes maior que a rede pública (64%) (TABELA 15) (GRÁFICO 6).

Tabela 15: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de episiotomia, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos vaginais	Número de partos com episiotomia	Taxa de episiotomia
J	13,737	19	07	37,0
F	9,461	37	21	57,0
H	7,390	60	29	48,0
A	3,593	60	33	55,0
B	-2,308	168	23	14,0
E	-3,176	42	14	33,0
C	-3,365	60	25	42,0
D	-4,205	30	27	90,0
I	-4,355	48	26	54,0
G	-7,410	73	12	16,0
K	-9,362	03	02	67,0
Total		600	219	37,0
Público		511	162	31,7
Privado		89	57	64,0
Total		600	219	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K. Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

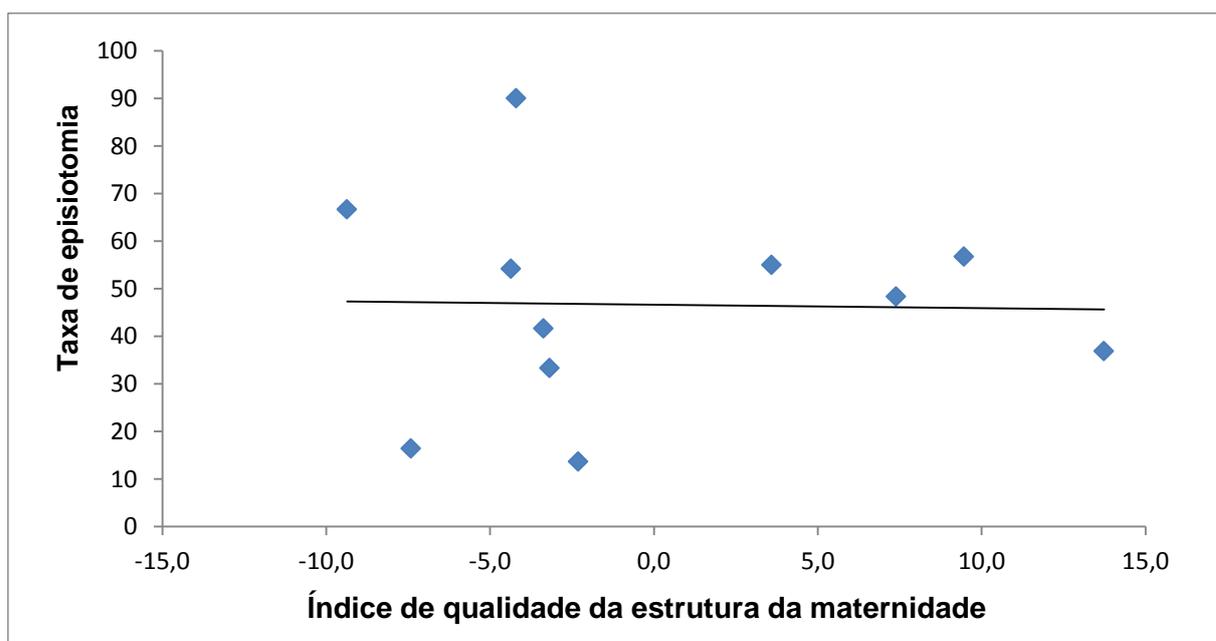


Gráfico 6: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de episiotomia, 2011- 2013.

Tabela 16: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de analgesia, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos vaginais	Número de partos com analgesia farmacológica	Taxa de analgesia
J	13,737	19	16	84,0
F	9,461	37	36	97,0
H	7,390	60	16	27,0
A	3,593	60	23	38,0
B	-2,308	168	47	28,0
E	-3,176	42	12	29,0
C	-3,365	60	26	43,0
D	-4,205	30	30	100,0
I	-4,355	48	09	19,0
G	-7,410	73	14	19,0
K	-9,362	03	02	67,0
Total		600	231	39,0
Público		511	147	28,8
Privado		89	84	94,4
Total		600	231	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

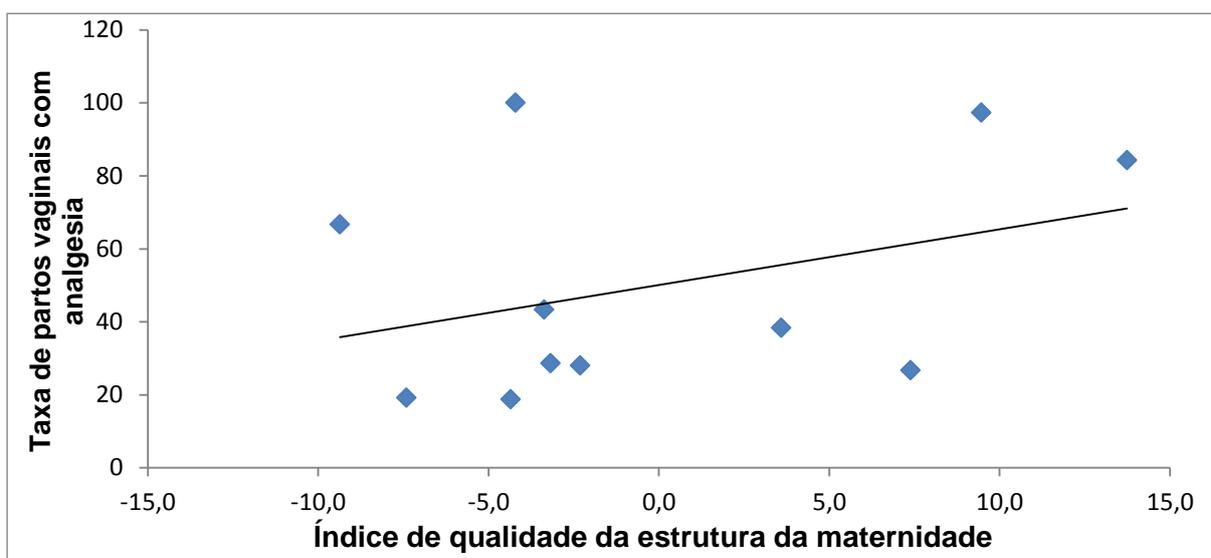


Gráfico 7: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de analgesia, 2011- 2013.

A tabela 16 e o gráfico 7, mostram que a instituição privada D possuía uma taxa de 100% de analgesia farmacológica em seus partos, e um baixo índice de adequação da estrutura, seguida da instituição privada F com 97% de analgesia e um bom índice de adequação da estrutura. As instituições públicas G e I são as que apresentaram menor taxa de analgesia farmacológica (ambas com 19%), e baixo índice de adequação da estrutura. A rede pública apresenta uma taxa de analgesia de 28,8%, já a rede privada apresenta uma taxa de analgesia farmacológica três vezes maior (94,4%).

Tabela 17: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de acompanhantes durante toda a internação, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos	Número de partos com acompanhante durante toda a internação	Taxa de acompanhantes
J	13,737	121	105	87,0
F	9,461	132	63	48,0
H	7,390	99	77	78,0
A	3,593	91	68	75,0
B	-2,308	226	180	80,0
E	-3,176	65	53	82,0
C	-3,365	90	49	54,0
D	-4,205	90	85	94,0
I	-4,355	78	71	91,0
G	-7,410	86	68	79,0
K	-9,362	10	05	50,0
Total		1088	824	76,0
Público		735	566	77,0
Privado		353	258	73,1
Total		1088	824	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.

Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

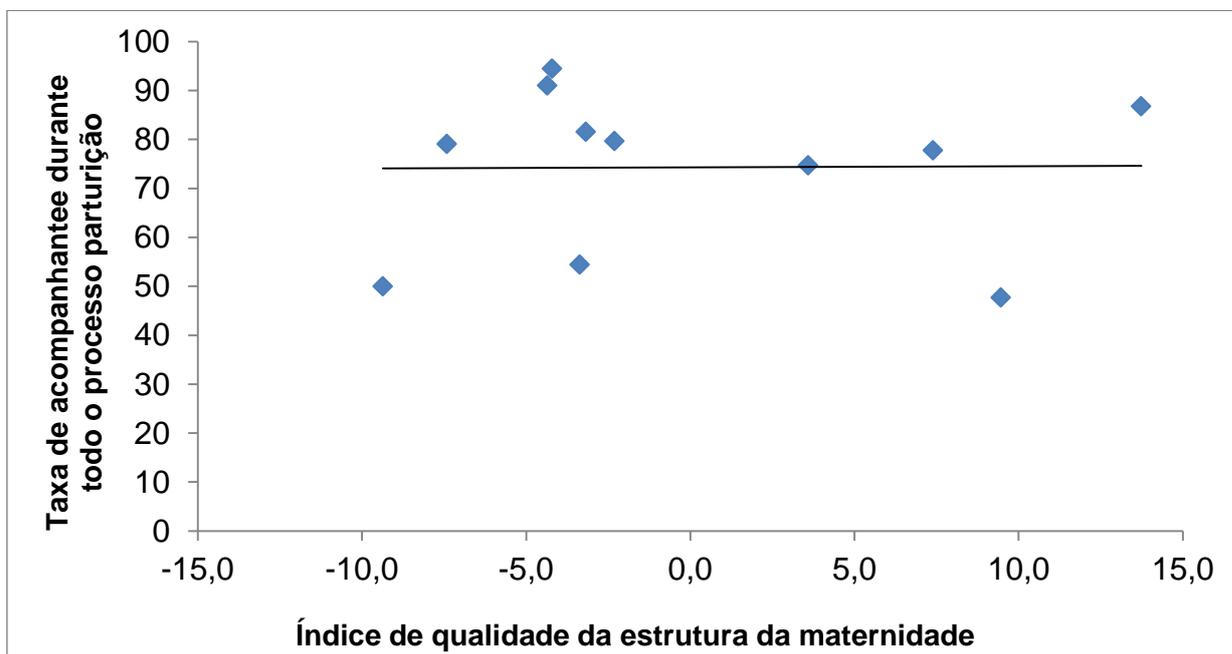


Gráfico 8: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de acompanhantes durante toda a internação, 2011- 2013.

A tabela 17 e o gráfico 8, mostram que a instituição privada D apresentava baixo índice de adequação da estrutura e a maior taxa de acompanhante durante toda a internação (94%), seguida da instituição I (91%) que também possuía baixo índice de adequação. Já a instituição privada F, com alto índice de adequação apresentou a menor taxa de acompanhantes (48%). No que se refere à taxa de acompanhante durante toda a internação observa-se pequena diferença entre a rede pública (77%) e privada (73,1%).

Tabela 18: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de RN com ápgar < 7 no 5º minuto, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos	Número de partos com RN com APGAR < 7 no 5º minuto	Taxa de RN com APGAR < 7 no 5º minuto
J	13,737	121	00	00,0
F	9,461	132	00	00,0
H	7,390	99	01	01,0
A	3,593	91	01	01,0
B	-2,308	226	04	02,0
E	-3,176	65	00	00,0
C	-3,365	90	01	01,0
D	-4,205	90	01	01,0
I	-4,355	78	03	04,0
G	-7,410	86	00	00,0
K	-9,362	10	01	10,0
Total		1088	12	01,0
Público		735	10	1,4
Privado		353	02	00,6
Total		1088	12	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

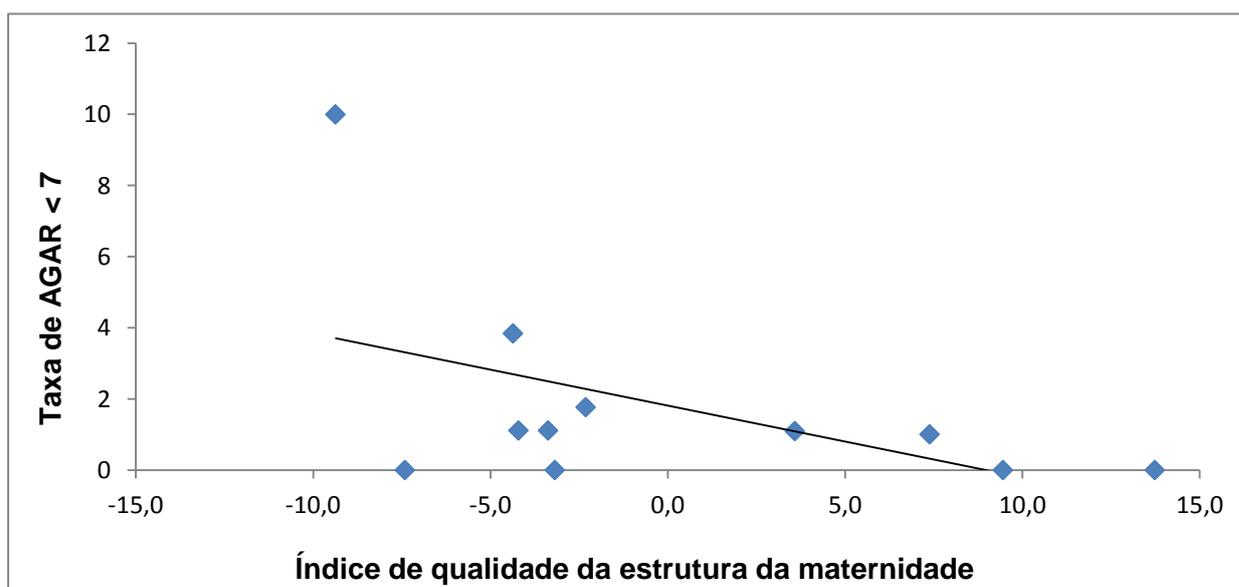


Gráfico 9: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de RN com ápgar < 7 no 5º minuto, 2011- 2013.

A tabela 18 e o gráfico 9, mostram que a instituição privada J, com melhor taxa de adequação da estrutura apresentou taxa zero de RN com apgar < 7 no quinto minuto de vida. Já a instituição privada k, que possuía o menor índice global de adequação foi a que apresentou maior índice de apgar < 7 no quinto minuto de vida (10%). A taxa de RN com apgar < 7 que no quinto minuto é baixa no município, no entanto a rede pública apresenta um número duas vezes maior que a rede privada (1,4%).

Tabela 19: Índice global de adequação das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no trabalho de parto, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos de mulheres que entraram em trabalho de parto	Número de partos com uso de boas práticas no trabalho de parto	Taxa de uso de boas práticas no trabalho de parto
J	13,737	34	00	00,0
F	9,461	57	01	02,0
H	7,390	66	03	05,0
A	3,593	70	02	03,0
B	-2,308	189	64	34,0
E	-3,176	52	07	13,0
C	-3,365	68	06	09,0
D	-4,205	41	00	00,0
I	-4,355	61	07	11,0
G	-7,410	72	19	26,0
K	-9,362	04	00	00,0
Total		714	109	15,0
Público		578	108	18,7
Privado		136	01	00,7
Total		714	109	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

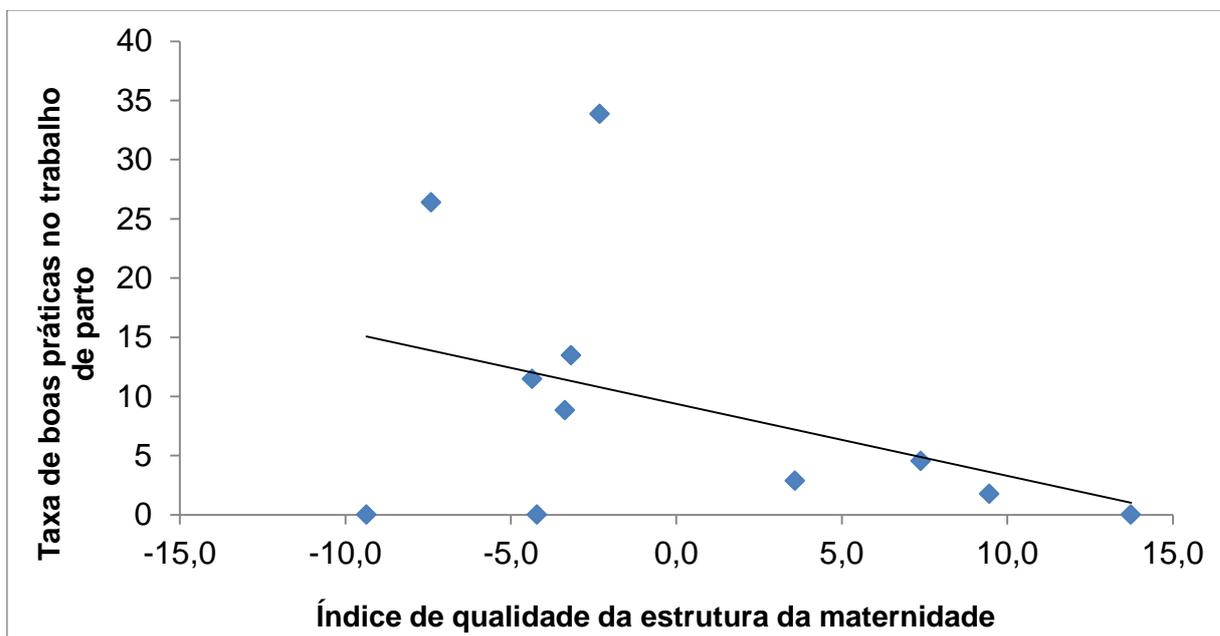


Gráfico 10: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no trabalho de parto, 2011- 2013.

A tabela 19 e o gráfico 10, mostram que a instituição J que possuía o melhor índice global de adequação da estrutura, não realizava boas práticas no trabalho de parto (0%), assim como a instituição privada K, que apresentou o pior índice de adequação. A instituição pública B, que possuía uma boa adequação à estrutura apresentou a maior taxa de boas práticas no trabalho de parto (34%) seguida da instituição pública G (26%) que detinha o segundo pior índice de adequação da estrutura. Observa-se que as boas práticas no trabalho de parto são praticamente inexistentes nas instituições privadas (0,7%) e relativamente baixas nas instituições públicas que prestam assistência ao parto e nascimento no município.

Tabela 20: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos vaginais	Número de partos com uso de boas práticas no parto	Taxa de uso de boas práticas no parto
J	13,737	19	01	05,0
F	9,461	37	01	03,0
H	7,390	60	03	05,0
A	3,593	60	04	07,0
B	-2,308	168	41	24,0
E	-3,176	42	02	05,0
C	-3,365	60	06	10,0
D	-4,205	30	00	00,0
I	-4,355	48	02	04,0
G	-7,410	73	28	38,0
K	-9,362	3	00	00,0
Total		600	88	15,0
Público		511	86	16,2
Privado		89	02	2,2
Total		600	88	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

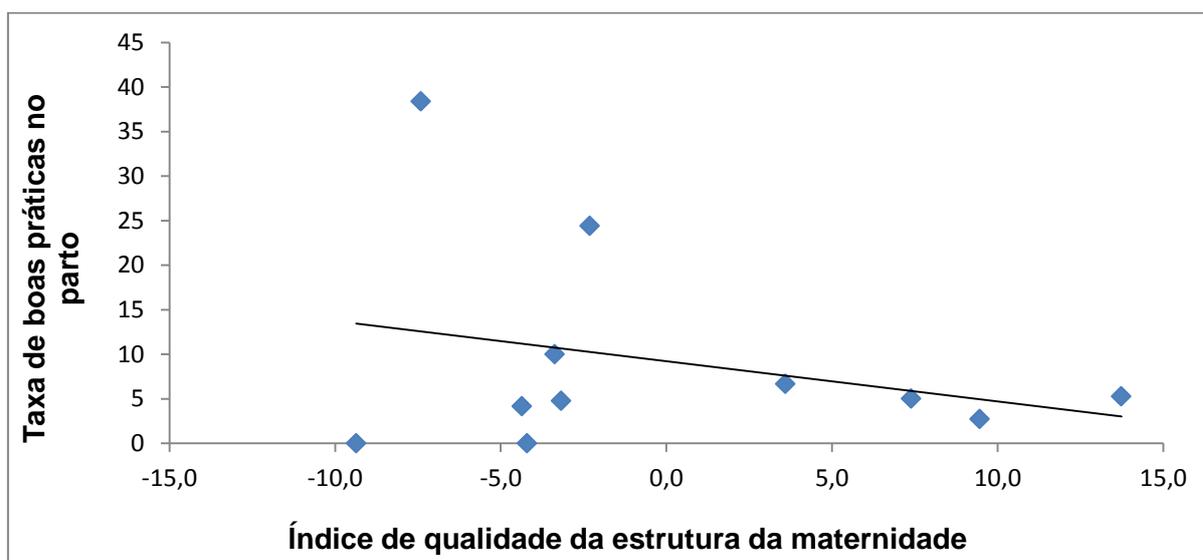


Gráfico 11: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013

A tabela 20 e o gráfico 11, mostram que a instituição pública G, é a que apresentava maior percentual (38%) de realização de boas práticas no parto e a segundo pior índice de adequação da estrutura, seguida da instituição pública B (24%), que possuía índice de adequação da estrutura intermediário. As taxas de boas práticas no parto nas instituições privadas foram apenas 2,2%. A instituição privada J, que possuía a maior adequação da estrutura apresentou 5% de partos com boas práticas. A instituição privada K que apresentou a pior estrutura não realiza as boas práticas no parto (0,0%). A rede pública apresenta uma taxa de 16,2% de boas práticas no parto. Observa-se baixa taxa de boas práticas no parto nas instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no município.

Tabela 21: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos	Número de partos com uso de boas práticas com o RN	Taxa de uso de boas práticas com o RN
J	13,737	121	05	04,0
F	9,461	132	12	09,0
H	7,390	99	09	09,0
A	3,593	91	31	34,0
B	-2,308	226	52	23,0
E	-3,176	65	05	08,0
C	-3,365	90	24	27,0
D	-4,205	90	22	24,0
I	-4,355	78	07	09,0
G	-7,410	86	14	16,0
K	-9,362	10	00	00,0
Total		1088	181	17,0
Público		735	142	19,3
Privado		353	39	11,0
Total		1088	181	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.

Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.

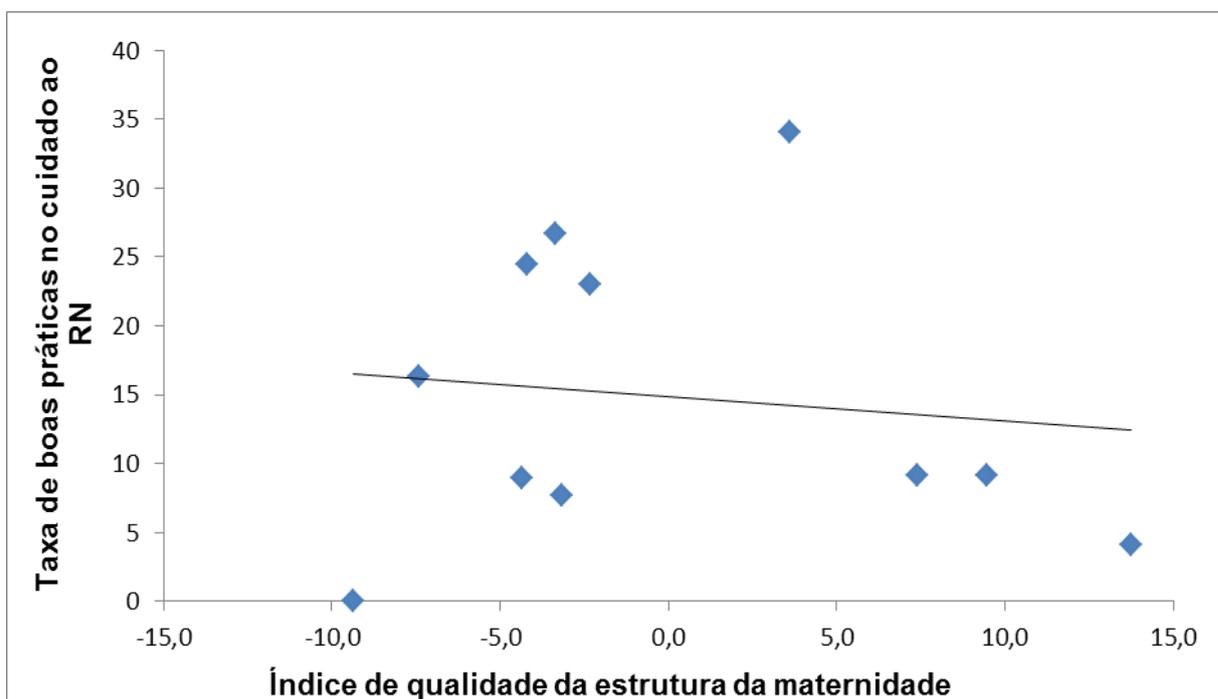


Gráfico 12: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013.

A instituição pública A, possuía o quarto melhor índice de adequação da estrutura e foi a que apresentou a maior taxa de boas práticas com o RN (34%), seguida da instituição pública C (27%). A instituição privada K, que possuía o pior índice global de adequação não realiza boas práticas com o RN (0%). A taxa de boas práticas com o RN nas instituições públicas (19,3%) foi maior que nas instituições privadas (11%) (TABELA 21) (GRÁFICO12).

Tabela 22: Índice global de adequação das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de partos com desfecho neonatal desfavorável, 2011- 2013.

Hospital	Índice Global	Total de partos com desfecho neonatal desfavorável	Número de partos com desfecho neonatal desfavorável	Taxa de partos com desfecho neonatal desfavorável
J	13,737	-	-	-
F	9,461	127	29	23,0
H	7,390	99	29	29,0
A	3,593	87	42	48,0
B	-2,308	162	65	40,0
E	-3,176	64	16	25,0
C	-3,365	88	39	44,0
D	-4,205	80	20	25,0
I	-4,355	78	23	29,0
G	-7,410	84	17	20,0
K	-9,362	10	05	50,0
Total		879	285	32,0
Público		662	231	34,9
Privado		217	54	24,9
Total		879	285	

Nota: instituições privadas: D, F, J, K.
 Instituições públicas: A, B, C, E, G, H, I.
 * Ausência de dados da instituição privada J

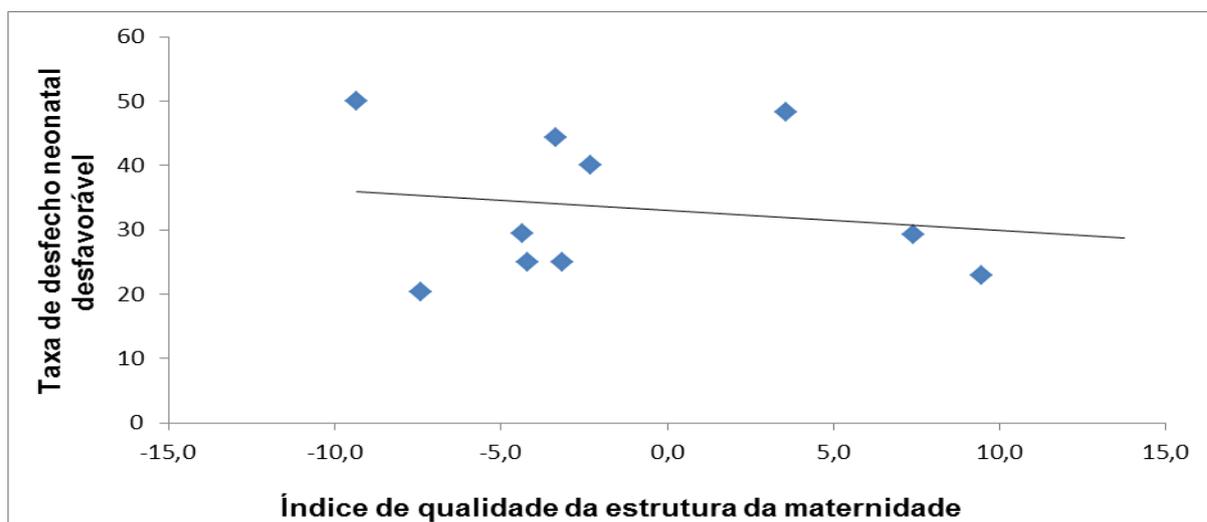


Gráfico 13: Índice global de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte relacionado à taxa de boas práticas no parto, 2011- 2013.

A instituição privada K, apresentou o pior índice global de adequação e a maior taxa de desfecho neonatal desfavorável (50%), seguida da instituição pública A (48%). A instituição pública G, é a que apresentou menor percentual de desfecho neonatal desfavorável (20%) apesar do baixo índice global de adequação (TABELA 22) (GRÁFICO13).

7 DISCUSSÃO

7.1 Características das maternidades estudadas:

Os avanços alcançados na adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte são notórios, quando se compara este estudo com o realizado por Orleans na década de 1990 e até mesmo com os dados da pesquisa Nascer no Brasil (COSTA, *et al*, 2004; BITTENCOURT *et al*, 2014) .

Este estudo evidenciou que a maior parte das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento são conveniadas ao SUS, similar aos resultados da pesquisa Nascer no Brasil (BITTENCOURT *et al*, 2014), e que se repete em outras capitais como mostram estudos realizado em Cuiabá e no Rio de Janeiro (GAÍVA *et al*, 2009; MAGLUTA *et al*, 2009). Entretanto, um diferencial alcançado pelo município de Belo Horizonte é a ausência de complementação da rede privada no atendimento ao SUS na assistência ao parto e nascimento. Esse fato pode ser explicado pela atuação da Comissão Perinatal no município com o objetivo de fortalecer a rede pública no atendimento à gestante, parturiente e ao RN (LANSKY, 2010).

No que se refere ao atendimento á gestante, parturiente e RN de risco praticamente todas as instituições possuem estrutura para o atendimento ao PNAR, gestante de risco e ao parto e RN de risco, com presença de UTI neonatal em praticamente todas as instituições estudadas e unidade semi-intensiva em todas. A unidade semi-intensiva, é destinada ao atendimento de RN's de médio risco, que demandam assistência contínua, porém de menor complexidade do que na UTI neonatal (TRETTENE *et al*, 2015). No entanto, as instituições se mostraram mais preparadas para o atendimento ao RN de risco do que à gestante e puérpera de risco, visto que nem todas as instituições declararam possuir UTI adulto. Dessas, apenas uma instituição não é referência para a gestante e parto de risco.

A instituição de alto risco deve dispor de equipamento para estabilização da gestante ou puérpera e garantir a transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria

(BRASIL, 2013). De acordo com Tonin *et al.*,(2013), quando as complicações obstétricas não são tratadas em tempo hábil ou manejadas incorretamente, torna-se extremamente necessário tratamento assistencial complexo e imediato na tentativa de reverter as instabilidades clínicas. As autoras inferem que em países desenvolvidos, com baixas taxas de mortalidade materna, o uso de UTI por pacientes obstétricas é reduzido. No entanto, em países em desenvolvimento e com taxas ainda consideráveis de mortalidade materna como no Brasil, estima-se que 0,1 % a 0,9% das gestantes desenvolvem complicações, requerendo hospitalização em unidades de suporte avançado. Cerca de 10% das admissões nas UTI gerais são representadas por pacientes no ciclo gravídico-puerperal (TONIN *et al*, 2013).

O processo pelo qual a gestante, puérpera ou RN de alto risco são encaminhados a um serviço de referência, é denominado de encaminhamento responsável. O estabelecimento de origem deve garantir o cuidado até que ocorra o a transferência, o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma agilizar o atendimento adequado (BRASIL, 2013). Em Belo Horizonte, todas as instituições estudadas relataram solicitar vagas quando necessário para a gestante e o RN de risco, utilizando a central de leitos e a maioria delas, respeitando o sistema de referência e contra referência. Contudo, mais da metade das instituições estudadas relataram não solicitar vaga para PNAR quando necessário. A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres, no período gravídico-puerperal. De acordo com Victora *et al.*(2011), houve no Brasil um aumento significativo da cobertura pré-natal, mas esses cuidados são mal integrados. Em Belo Horizonte, a assistência perinatal encontra-se organizada de forma regionalizada com maternidades e serviços especializados estabelecidos para cada Centro de Saúde. Martins (2010) ao avaliar serviços de assistência ao pré-natal no município identificou que o acesso foi visto como um problema em cerca de 10% dos casos, principalmente ao pré-natal de alto risco, e suas necessidades como exames complementares e ultrassonografia de urgência. Ressalta que é preciso avaliar as dificuldades encontradas na operacionalização dessa rede para superar os nós existentes, os quais interferem no acesso e utilização dos serviços.

Inferese que a não solicitação de vaga para o PNAR, em caso de necessidade por mais da metade das instituições estudadas, pode colocar em risco a saúde materna e fetal, seja pela sobrecarga de atendimentos, o que reduz a

qualidade da atenção ou pela inespecificidade da instituição para esse tipo de atendimento e o não encaminhamento ao serviço de referência. Assim, como estudo realizado no Rio de Janeiro por Domingues *et al.* (2012), esse achado pode contribuir para a persistência de resultados perinatais desfavoráveis, apesar do aumento da cobertura pré-natal na cidade.

Observa-se que a classificação de risco em obstetrícia, estratégia destinada a favorecer a organização das portas de entradas dos serviços de urgência obstétrica, encontra-se implantada na grande maioria das instituições estudadas. Essa iniciativa do Ministério da Saúde, a partir da Rede Cegonha, visando apoiar as maternidades e os serviços de obstetrícia no Brasil, é de grande importância para evitar a peregrinação de mulheres nos serviços de atenção obstétrica, viabilizar o acesso qualificado e o atendimento com resolutividade. Na obstetrícia, a demora no atendimento pode resultar desfechos desfavoráveis (BRASIL, 2014). Entretanto, observa-se que em quase a metade das instituições essa triagem não é realizada por profissional qualificado. O acolhimento e classificação de risco possui caráter interdisciplinar. No entanto a avaliação compete ao enfermeiro, profissional capacitado para agir de forma rápida e responsável de acordo com a queixa da mulher. E a definição da conduta é responsabilidade do médico ou enfermeiro obstetra. Ao técnico/auxiliar de enfermagem, profissionais citados por algumas instituições estudadas como responsável pela classificação de risco em obstetrícia, competem entre outras coisas, apenas o acolhimento, acomodamento e encaminhamento à classificação (BRASIL, 2014).

7.2 Avanços conquistados pelo município na adequação da estrutura

De acordo com os resultados deste estudo, observou-se melhoria na estrutura das maternidades, no que se refere aos recursos humanos, materiais e equipamentos de urgência e emergência e medicamentos para a assistência obstétrica e neonatal. Constatou-se ainda a existência de protocolos para atendimento à pré-eclampsia, hemorragia pós-parto e profissional qualificado no atendimento ao parto em todas as instituições.

A melhoria da assistência obstétrica e neonatal no país nas últimas três décadas, são inegáveis. No entanto a redução da morbimortalidade materna e

neonatal ainda permanece como um desafio a ser conquistado (VICTORA *et al.*, 2011; BRASIL, 2014). Em Belo Horizonte, os esforços foram ainda mais intensos, pois além das políticas públicas implantadas no país, a estruturação da Comissão Perinatal em 1999, com a integração de setores estratégicos da Secretaria Municipal de Saúde SMSA, garantiu maior continuidade das ações. O Termo de Compromisso das Maternidades do SUS-BH, a avaliação sistemática dos hospitais e a regulação da assistência hospitalar têm colaborado para o fechamento ou adequação das maternidades de baixa qualidade (PEREIRA, 2014; LANSKY, 2010).

Esse conjunto de ações foi capaz de adequar vários quesitos da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no município (LANSKY, 2010). No que se refere aos recursos humanos, observou-se a presença do profissional obstetra, pediatra, anestesiologista e enfermeiro em todas as instituições no período de 24 horas/dia, existência de coordenadores médicos especialistas no serviço de obstetrícia e neonatologia. Enfermeiros coordenadores da equipe de enfermagem obstétrica, a maioria generalista e coordenadores da equipe de enfermagem neonatal, em grande maioria especialista na área. Acredita-se que quanto maior a especialização dos coordenadores, maior seja a habilidade e competência na tomada de decisões (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Essa realidade difere de outros municípios do estado como mostrado em estudo realizado por Coelho (2014), na região do médio vale Jequitinhonha. Ao avaliar os recursos humanos nas instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento na região, encontrou 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. Esse fato também foi observado nos estudos de Parada e Carvalhães (2007), que encontraram frequências muito baixas para todos os profissionais analisados em maternidades do interior paulista. Magluta *et al.*, (2009), também encontraram ausência de obstetras, enfermeiros e pediatras em maternidades conveniadas ao SUS, no Rio de Janeiro. Nos estudos citados a qualificação desses profissionais foi mais frequente em maternidades de maior complexidade.

No que se refere aos materiais e equipamentos de urgência e emergência para o recém-nascido, as instituições estudadas possuem alto índice de adequação à legislação para o atendimento de urgência e emergência à gestante e parturiente.

Esse fato difere-se do encontrado na pesquisa de âmbito nacional, Nascer no Brasil: inquérito sobre o parto e nascimento (BITTENCOURT *et al.*, 2014), em que uma parcela significativa das instituições estudadas não apresentou o conjunto completo de equipamentos para a assistência ao RN. Para a gestante e parturiente, os equipamentos foram mais frequentes na rede privada e em hospitais públicos de maior complexidade (BITTENCOURT *et al.*, 2014). Realidade inversa foi encontrada em Cuiabá, as instituições públicas apresentavam-se mais equipadas para urgência e emergência obstétrica e neonatal que as instituições privadas (GAÍVA *et al.*, 2010).

Os principais medicamentos para a urgência e emergência obstétrica e neonatal, estavam presentes em todas as instituições estudadas. Observa-se que os medicamentos ausentes nas instituições em Belo Horizonte, são passíveis de substituíveis pela versão comprimido ou injetável presentes, não chegando a prejudicar a assistência. Entretanto, Magluta *et al.* (2009), não consideram essas condições de estrutura como estáveis, podendo esses quesitos ora estarem presentes e ora ausentes.

Todas as instituições relataram possuir protocolo para atendimento à pré-eclampsia e hemorragia pós-parto, assim como na grande maioria havia reuniões para discussões das indicações de cesarianas. Contudo, relataram baixo uso desses protocolos pela equipe. Apesar da meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio não ter sido alcançada, no que se refere à mortalidade materna, observa-se uma tendência de redução importante no município. Torna-se importante ressaltar, que as principais causas da mortalidade materna no país decorrem das complicações hipertensivas e hemorrágicas, sendo que em sua grande maioria essas mortes são consideradas como evitáveis (BRASIL, 2007; VETTORE *et al.*, 2011 ; FERRAZ; BORDIGNON, 2012).

Outro fator que merece destaque no município de Belo Horizonte é a total adequação da assistência ao trabalho de parto e parto por profissional médico qualificado. Em outras capitais como Goiânia, profissionais não médicos, foram encontrados realizando avaliações durante o trabalho de parto e o parto em hospitais privados, assim como a assistência neonatal em sala de parto, o que indica provável má qualidade da assistência (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011) Torna-se importante ressaltar que, no Brasil, o único profissional regulamentado para assistência ao parto além do médico é o enfermeiro obstetra (BRASIL, 2001).

Nesse aspecto Belo Horizonte, à época desse estudo ainda possuía baixa inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto nas maternidades.

7.3 Avanços a serem conquistados

Constatou-se, por este estudo, que embora tenha ocorrido uma melhora importante na estrutura das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no município de Belo Horizonte, muitas inadequações ainda persistem. Essas inadequações, de acordo com a RDC 36/2008, referem-se às condições organizacionais, infraestrutura física, acesso a recursos assistenciais, transporte de pacientes e processos operacionais assistenciais (BRASIL, 2008).

O baixo número de leitos PPP, e a inexistência desses leitos na maioria das instituições estudadas foi o principal problema encontrado neste estudo no que se refere à estrutura física. A oferta de leitos PPP em instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no país está prevista na RDC 36/ 2008 (BRASIL, 2008). Apesar da inexistência de leitos PPP, não ser impeditiva para a adesão às boas práticas obstétricas (CARVALHO; GOTTEMS; PIRES, 2015), essa condição está diretamente ligada à humanização da assistência. Esta ambiência é baseada em evidências científicas, e adequada para as especialidades deste tipo de assistência, possibilitando que os períodos clínicos ocorram no mesmo ambiente, com a presença do acompanhante, sem interferência na interação mãe e filho (BRASIL, 2011). Coelho (2014) ressalta que esse ambiente proporciona maior movimentação da parturiente, evitando a inércia do leito e melhor evolução do trabalho de parto.

De acordo com a RDC36/2008, as instituições que prestam assistência ao parto e nascimento devem dispor ou garantir acesso, em tempo integral à assistência hemoterápica, seja por agência transfusional ou banco de sangue. Assim, como na pesquisa de âmbito nacional, *Nascer no Brasil: inquérito sobre o parto e nascimento*, observa-se a indisponibilidade desse item em algumas instituições no município. Na pesquisa nacional, Bittencourt e colaboradores (2014) verificaram que a disponibilidade de banco de sangue ou agência transfusional na região sul e sudeste variou entre 60 a 70% em hospitais públicos e privados. Em Belo Horizonte, o percentual foi maior, entretanto em um contexto em que a

hemorragia se encontra como uma das principais causas de morte materna no Brasil. Diante das altas taxas de cesáreas no município é preocupante observar que algumas instituições, sendo referência para alto risco materno, não tenham esse suporte imediato (MARTINS; SOUZA; SALAZAR, 2013; SOUZA *et al.*, 2013). Vale ressaltar que menos da metade das instituições estudadas, todas elas públicas, possui o título de Hospital Amigo da Criança, iniciativa essa que tem se mostrado efetiva no aumento da prática de amamentação em muitas regiões (ABRÃO, 2012).

A ausência de Banco de leite foi observada em algumas instituições do município. Desde a década de 80 que o país tem feito grandes esforços para que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida seja uma realidade (OLIVEIRA; MARQUES, 2011). A ausência desse recurso assistencial pode comprometer o processo, uma vez que a falta de incentivo e informação pode ocasionar o desmame precoce. A ausência de leite materno pasteurizado nas instituições, leva ao uso de fórmulas artificiais. Essa prática fortalece a crença dos pais na insuficiência do leite materno na nutrição/alimentação do RN, apesar do leite materno ser incontestavelmente o alimento ideal para o lactente, em especial nos seis primeiros meses de vida, com benefícios superiores aos demais leites (FROTA *et al.*, 2009)

Outras falhas encontradas por este estudo referem-se ao transporte adequado da gestante/parturiente. Nem todas as instituições relataram utilizar o sistema de referência e contra referência, bem como utilizar transporte em ambulâncias. Apesar do número de inadequações ser pequeno entre as instituições estudadas, não deixa de ser uma falha importante a ser corrigida, pois a peregrinação e o transporte inadequado da gestante/parturiente pode ocasionar desfechos maternos e fetais desfavoráveis (LANSKY *et al.*, 2014). De acordo com a RDC 36/2008, a instituição deve seguir as normas de transporte estabelecidas na Portaria GM/MS n^o 2.048 de 05 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002). Essa portaria estabelece a responsabilidade do serviço no transporte hospitalar adequado, sendo extensiva ao setor privado que atue na área de urgência e emergência (BRASIL, 2002).

Os resultados deste estudo nos mostra que a única especialidade ainda em déficit no município, no que se refere à assistência obstétrica e neonatal, trata-se do

enfermeiro obstetra, presente em menos da metade das instituições pesquisadas e com frequência frente à coordenação da equipe de enfermagem no serviço de obstetrícia. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Resolução 0477/15 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o enfermeiro obstetra, trata-se de profissional capacitado para a realização do parto normal e possui caráter menos intervencionista, respeitando a fisiologia do nascimento (WHO, 1996; COFEN, 2015). A atuação desse profissional reduz o medo e a ansiedade nas mulheres em trabalho de parto e promove maior inserção de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor. Ademais, esses profissionais são mais adeptos às posições verticalizadas no trabalho de parto e parto, prática que permite melhor circulação fetoplacentário, menor dificuldade na hora dos puxos, redução das dores, diminuição das lacerações vaginais e perineais e período expulsivo mais rápido (MOUTA *et al.*, 2008; BEZERRA; AMORIM *et al.*, 2013). Desta forma, em Belo Horizonte o modelo de assistência ao parto não difere do modelo nacional. Ocorre a baixa inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao parto e a consequente imobilização da mulher no leito durante o trabalho de parto e a posição litotômica no parto (BEZERRA; AMORIM *et al.*, 2013; LANSKY *et al.*, 2014).

Neste estudo, observou-se que apesar do avanço das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento principalmente no que se refere ao respeito à privacidade e à permissão de acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o período de internação. No entanto, primordial avançar na institucionalização dos métodos não farmacológicos, visto que são alternativas para o conforto da parturiente, aliviando a dor, interferem positivamente na progressão do trabalho de parto e favorecem o nascimento seguro (BEZERRA; AMORIM *et al.*, 2013). No que se refere aos acompanhantes, assim como ressaltado por Martinho (2011) e Diniz (2014), acredita-se que a maior dificuldade na implantação se dá por resistência dos profissionais e regras institucionais. Situação similar a essa foi registrada nas instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no médio vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. A estrutura dessas instituições, no entanto, está bem aquém da encontrada em Belo Horizonte (COELHO, 2014). Essas falhas se estendem ao atendimento ao RN, com restrição de horário de visita dos pais, ausência de acomodação peri-leito e acomodação materna na mesma instituição em que o RN permanece internado.

7.4 Índice de adequação das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no município de Belo Horizonte e seus resultados perinatais

No presente estudo, a técnica de análise de componentes principais foi utilizada para estabelecer o índice de adequação da estrutura das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no município de Belo Horizonte. Desta forma permitiu-se hierarquizar as maternidades em relação à estrutura, de acordo com a melhor adequação (Índice Global igual a 13,7) para a pior (Índice Global igual a -9,4), para posteriormente relacioná-las aos indicadores obstétricos e perinatais selecionados.

Os indicadores são medidas sínteses utilizadas com o objetivo de avaliar determinados atributos e dimensões do estado de saúde ou de desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto devem ser capazes de refletir a situação de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (ROUQUAYROL, 1993; RIPSA 2008).

Observa-se que para o primeiro indicador, taxa de cesáreas, a instituição com maior o índice de adequação foi também a que apresentou a maior a taxa de cesárea. Entretanto a taxa de cesárea mostrou-se mais relacionada à natureza do serviço (no caso privado), do que propriamente à estrutura, visto que há altas taxas de cesáreas nas instituições com as melhores adequações, assim como nas baixas adequações de estrutura. Mais do que somente uma via de parto, as altas taxas de cesárea no Brasil é um problema complexo e multifatorial. O Brasil é o país recordista de cesáreas, quase 90% na rede privada de saúde e quase 40% na rede pública (CARNEIRO, 2011). Índices ainda maiores dos que os registrados neste estudo. De acordo com Souza e Castro (2014), esse panorama se deve entre outras causas, ao protagonismo dos obstetras na assistência ao parto, nos artifícios do sistema de saúde que tornam a cesárea mais conveniente para muitos profissionais de saúde e a percepção de considerável parcela da população sobre uma possível superioridade dessa via de parto. Se considerarmos que uma cesárea significa quatro vezes mais riscos de morte para a gestante e RN, quando comparada ao parto normal, pode-se dizer que há algo errado com a sociedade em estimular a cesariana, principalmente com respaldo de proteção à saúde (CARNEIRO, 2011).

Observou-se que este fato se mantém praticamente inalterado quando se compara a o índice global de adequação às taxas de cesárea em primíparas, em fetos com apresentação cefálica e em gestações com mais de 32 semanas. Infere-se, que a estrutura não interfere diretamente na taxa de cesárea ao observar que a instituição que possui o segundo pior índice global de adequação apresentou a menor taxa de cesárea.

Em relação à analgesia farmacológica, observa-se que as duas instituições com os maiores índices de adequação apresentaram altas taxas de realização dessas práticas. A maior taxa de analgesia farmacológica foi observada na instituição com o oitavo índice de adequação. Todas pertencentes ao setor privado. Entretanto torna-se importante ressaltar, que houve maior relação do procedimento com o setor privado do que com a adequação da estrutura. Outro fato importante é que as menores taxas de analgesia foram observadas em instituições onde havia a atuação do enfermeiro obstetra, todas públicas. De acordo com Gallo *et al.*, (2012), a dor é um sintoma de difícil avaliação, devido ao seu caráter subjetivo. A analgesia farmacológica permite adequado controle da dor em todas as fases do trabalho de parto, desde que sejam administrados volumes e doses adequados. Mas essa prática não deve ser realizada como primeira opção para alívio da dor. Apesar da analgesia farmacológica ser um direito de toda gestante brasileira, garantido por lei (BRASIL, 2000), ela só deve ser opção quando houver intolerância ou não houver melhora da dor com o uso de métodos não farmacológicos, considerados intervenções não invasivas e sem efeitos colaterais (GALLO *et al.*, 2012; BRASIL, 2016). Vale ressaltar, que o uso de analgesia não é livre de riscos, pode ocasionar prolongamento do segundo estágio do parto e maior necessidade de episiotomia (SALGE *et al.*, 2012).

Leal e colaboradores (2014) ao analisar as intervenções obstétricas durante o trabalho de parto em mulheres brasileiras, também observaram a proporção de cesáreas, analgesia e realização de episiotomia também foram maiores no setor privado.

No que se refere ao índice global de adequação com a taxa de acompanhante durante todo o processo de parturição, observa-se que não parecem estar diretamente relacionados. Assim como não há diferença importante entre os setores público e privado. No entanto, sabe-se que as limitações físicas dos serviços

podem dificultar a inserção do acompanhante. Muitas instituições encontram dificuldades em adaptar sua estrutura física à permanência de outra pessoa além da parturiente (BRUGGEMAN *et al.*, 2014).

O direito à presença de um acompanhante de livre escolha da mulher no pré-parto, parto e pós-parto imediato, é garantido pela lei nº11.108 de 2005, regulamentada pela Portaria 2.418/2005 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) e, reforçada pela RDC36/2008 (BRASIL, 2008). Entre os benefícios da presença do acompanhante, destaca-se o aumento de partos vaginais espontâneos, uma vez que há apoio e encorajamento à parturiente, redução da analgesia farmacológica, e da duração do trabalho de parto, maior satisfação da mulher sobre o processo de parturição, menor índice de cesárea e parto instrumental, assim como menor índice de recém-nascido com baixo Apgar no quinto minuto de vida (HODNETT *et al.*, 2012).

Acredita-se que assim como em outros estudos, o descumprimento da lei realmente se dá por resistência dos profissionais e regras institucionais (MARTINHO, 2011; DINIZ, 2014; COELHO, 2014). Bruggeman e colaboradores (2014) ao realizarem estudos visando compreender o que levava os serviços de saúde de Santa Catarina a não permitirem a presença do acompanhante de livre escolha da mulher, constataram que várias vezes a presença ou não do acompanhante se concentrava na decisão do profissional médico. Apenas em algumas situações, o processo decisório era compartilhado com a equipe de enfermagem. Observaram que entre as principais justificativas para a não liberação do acompanhante, encontra-se o estado clínico da parturiente, o tipo de cobertura do convênio e a dificuldade da equipe em realizar procedimentos/ intervenções na presença do acompanhante.

A ausência de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida, foi observada nas duas instituições com maior índice global de adequação da estrutura. No entanto, essa taxa não parece estar diretamente associada ao índice de adequação da estrutura, visto que algumas instituições com baixo índice de adequação também apresentaram ausência ou baixas taxas de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida. Acredita-se que este fato pode estar associado a um melhor processo. Entretanto, os dados desta pesquisa não permitem fazer essa afirmação.

O índice de Apgar no quinto minuto de vida é um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal. O baixo índice de Apgar ao nascimento está associado a um maior risco de encefalopatia neonatal, decorrente de asfixia, infecções e/ou comprometimento neurológico prévio. Quanto mais tempo a asfixia perinatal persiste, menor será o Apgar e maiores os danos e o risco de morte. Desta forma, torna-se um importante indicador, utilizado para mensurar a vitalidade do RN após cinco minutos de vida, fornecendo uma avaliação de sua resposta à reanimação (KILSZTAJN *et al.*, 2007; SALUSTIANO *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012; PEREIRA, 2014).

No que se refere às boas práticas no trabalho de parto, observa-se que a estrutura não interfere neste indicador. De modo geral, quanto pior o índice global de adequação da estrutura maior a utilização de boas práticas no trabalho de parto.

As boas práticas (alimentação durante o trabalho de parto, movimentação durante o primeiro estágio de trabalho de parto, uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e monitoramento da evolução do trabalho de parto com partograma) promovem melhores resultados obstétricos, são efetivas na redução de desfechos neonatais desfavoráveis, além de promover maior satisfação por parte da mulher (LEAL *et al.*, 2014). Os resultados deste estudo são similares aos encontrados na pesquisa de Leal *et al.* (2014), e são justificados pela autora como decorrentes do maior impacto na rede pública, dos esforços feitos pelo Ministério da Saúde para a promoção do parto humanizado e normal, por meio da divulgação de manuais técnicos, publicação de portarias e qualificação dos profissionais de saúde.

Torna-se importante ressaltar que o parto é um fenômeno fisiológico, permeado por diversos sentimentos. De acordo Figueiredo *et al.* (2013), as condutas durante o parto devem estar focadas na mulher, de modo que as intervenções só seriam necessárias caso fosse identificado algum problema durante o processo de parturição. Carvalho *et al.* (2015), ao analisar como os trabalhadores de um centro obstétrico do sul do Brasil justificavam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal, constataram que a maioria dos profissionais desconsideraram as orientações do Ministério da Saúde, por considerarem que seu conhecimento e sua prática são superiores ao preconizado pelos órgãos oficiais

Para as boas práticas ao RN, observa-se leve tendência a altos índices globais de adequação e baixo uso de boas práticas. No entanto, esta prática

também é muito mais frequente na rede pública. Esses resultados corroboram os encontrados por Moreira *et al.*, (2014), que constataram grande utilização de práticas inadequadas e baixa incorporação de boas práticas em muitas instituições privadas. Os autores acreditam que essa realidade advém da formação e treinamento dos profissionais, e que a desincorporação dessas práticas precisa cada vez mais ser discutida para que possam ser reincorporadas. Observaram também, que essa prática esteve diretamente relacionada à presença de acompanhante, ao parto vaginal e a instituições que possuíam título de Hospital Amigo da Criança.

No que se refere ao desfecho neonatal desfavorável, observa-se que o Hospital G tem a menor taxa e quase maior índice. O menor índice de desfecho desfavorável para o RN, foi encontrado em uma instituição pública e com o segundo pior índice global de adequação. Este fato pode estar relacionado a em uma pior estrutura e melhor processo, entretanto os dados deste estudo não permitem esta afirmação.

Pereira (2014), ao analisar os desfechos neonatais no município de Belo Horizonte, observou que o modelo hospitalar privado no parto foi fator de proteção, em relação ao público para o desfecho neonatal desfavorável. Fato semelhante também foi encontrado na pesquisa Nascer no Brasil, os menores índices de desfechos desfavoráveis se encontravam em regiões mais desenvolvidas e com maior disponibilidade de UTI neonatal (BITTENCOURT *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014).

Torna-se importante ressaltar que este estudo possui limitações que merecem ser consideradas. Os dados apresentados foram fornecidos pelos diretores ou responsável técnico da instituição. A interpretação dos resultados leva-se em consideração a estrutura pontual dessas instituições no período estudado. Além do mais, a qualidade dos processos não foi considerada. Contudo, mesmo apesar das limitações deste trabalho, os resultados encontrados trazem elementos importantes para o debate acerca da qualidade da estrutura das instituições em relação à qualidade da assistência prestada.

8. CONCLUSÕES

O presente estudo possibilitou caracterizar e analisar a estrutura das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento no município de Belo Horizonte, criando um índice global de adequação da estrutura de cada serviço e relacionando-o aos seus indicadores obstétricos e perinatais.

Ao analisar a estrutura destas instituições, foi possível evidenciar os avanços alcançados, principalmente no que se refere à ausência da complementação da rede privada ao atendimento do SUS na assistência ao parto e nascimento. Não foram observadas grandes diferenças na estrutura das instituições públicas e privadas no que se refere ao atendimento à gestante, parturiente e RN de risco. Ambas possuem UTI neonatal e adulto assim como unidade semi-intensiva neonatal.

Observa-se que os altos índices de adequação da estrutura das instituições que prestam assistência ao parto e nascimento, mostraram-se relacionados a maiores taxas de cesáreas, analgesia farmacológica. Entretanto, quando se comparam os setores público e privado, observa-se que essas taxas estão mais relacionadas a esses setores, do que propriamente ao índice global de adequação da estrutura.

As boas práticas no trabalho de parto e parto e ao RN, foram observadas com maior frequência em maternidades com menores índices globais de adequação à estrutura. E ao se comparar essas taxas entre os setores públicos e privados, observa-se, maior frequência no setor público e em sua maioria em instituições onde há atuação do enfermeiro obstetra.

No entanto, no que diz respeito ao Apgar menor que sete no quinto minuto de vida e ao desfecho neonatal desfavorável, a menor ocorrência desses indicadores foram observados nas instituições com maiores índices globais de adequação da estrutura.

Apesar de todo avanço alcançado pelo município de Belo Horizonte nas últimas duas décadas, para melhoria da rede de atenção à gestante e ao recém-nascido, observa-se que os investimentos na melhoria da estrutura não foram suficientes para garantia de indicadores satisfatórios. Certamente a adequação da estrutura, tem impactado positivamente, entretanto, com base nos resultados deste

estudo pode-se concluir que para se alcançar melhores indicadores deve-se continuar garantindo uma boa estrutura nas instituições. O foco desta melhoria deve ser nos desafios evidenciados pelas inadequações encontradas, como acesso a recursos assistenciais e operacionais.

Dentro deste contexto, vale ressaltar, o baixo índice de leitos PPP, o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e partos em posições verticalizadas, aspectos esses, que podem estar relacionados à baixa inserção do enfermeiro obstetra na assistência ao trabalho de parto. Torna-se importante ressaltar, que adequação da estrutura deve favorecer estar focada no cuidado humanizado, principalmente no setor privado. Respeitando a fisiologia do processo de parturição, e devolvendo o protagonismo do parto à mulher.

Sugere-se como trabalhos futuros, que as instituições que prestam assistência ao parto e nascimento do município, sejam analisadas pela tríade: estrutura, processo e resultados.

9 REFERÊNCIAS

ABRÃO, V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança—uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 459-63, 2012.

BEZERRA, P. S., AMORIM, M. M. R. D. *et al.* Maternal characteristics in pregnancies at risk for late preterm childbirth. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 13(2), 161-166.,2013

BITTENCOURT, L. G. C. R.; RATTNER, M. M. R. D., *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup:p.208-219, 2014.

BLENCOWE, H.; COUSENS, S.; OESTERGAARD, M.Z.; CHOU,D.; MOLLER,B.; NARWAL, R., *et al.* National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet** 379(9832): p.2162–72, 2012

BRÜGGEMANN, O. M. *et al.* Motivos que levam os serviços de saúde a não permitirem acompanhante de parto: discursos de enfermeiros. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 270-277, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 196. 1996. Brasília: **Ministério da Saúde**, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as Unidades de Tratamento Intensivo – UTI. Diário Oficial da União 13 ago.19, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1.091 de 25 de agosto de 1999. Cria a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, no âmbito do SUS, para o atendimento ao recém-nascido de médio risco. Diário Oficial da União 1999;

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

_____. Ministério da Saúde Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Diário Oficial da União 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Secretaria de Assistência à Saúde. 3. Ed. rev. e atual. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2.048, de 05 de novembro de 2002. Regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Diário Oficial da União; 5 nov.20, 2002

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº1.071, de 4 de julho de 2005. Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico. Diário Oficial da União 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº2.418, de 6 de dezembro de 2005. Garante 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 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 104 p. 2007.

_____. 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., 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Vigilância Sanitária e Escola: parceiros na construção da cidadania/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 108 p. 2008b.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascimentos por residência da mãe por Ano do nascimento segundo Tipo de parto**. Brasília. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 22 de outubro de 2009.

_____. 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. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução 466. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012a

_____. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: **Editora Ministério da Saúde**, 444 p. 2012b.

_____.Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013.**

_____.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, 2014.

_____.Ministério da Saúde. DATASUS. Estatística vitais **Nascimentos por ocorrência segundo Município. Brasília.** Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>>. Acesso em 12 de março de 2016.

_____.Ministério da Saúde. DATASUS. **Nascimentos por residência da mãe por Ano do nascimento segundo Tipo de parto. Brasília.** Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 12 de março de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** Brasília: p.45, 2011. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br>. Acesso 20 de abril de 2016.

CABRAL, R. W.L. Avaliação de serviço em Saúde: Análise da Assistência Pré-Natal para Adolescentes em uma Instituição de referência da Cidade do Recife. 2000. **Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)** – Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2000.

CARNEIRO, R. G.. E onde ficam os direitos das mulheres no momento de dar à luz? Parir no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Direito Mackenzie**, v. 5, n. 2, 2012.

CARVALHO, P. A., GOTTEMS, L. B. D., PIRES, M. R. G. M., ;OLIVEIRA, M. L. C.. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1041-1048, 2015.

CARVALHO, E. M. P., *et al.* Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento. **Rev Esc Enferm USP**, 49(6):890-898, 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 0477/2015 . Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas. Conselho Federal de Enfermagem. [Internet]. 2015. Acesso 14 abril de 2016 Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 11 de fevereiro 2016.

CONTANDRIOPOULOS, A. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 131 p. cap. 2, 1997. p. 29-47

COSTA, J O; XAVIER, C. C.; PROIETTI, F. A., DELGADO, M. S. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública**. 2004, vol.38, n.5, pp.701-708.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**. vol 19(2), p.313-26, 2009.

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.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(3):425-437, mar, 2012.

DONABEDIAN, A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. **Rev. Salud Pública de México**, México, v. 29, n. 3, p. 324-27, 1986.

DONABEDIAN, A.. The quality of care – how come it be assessed? **J. Am. Med. Assoc**, 1988. 1743-48p.

FERRAZ, A, L.; BORDIGNONB, M. Mortalidade Materna no Brasil: Uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana de Saúde Pública.**, v.36, n.2, p.527-538, abr./jun. 2012

FROTA, M. A., *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev. RENE**, 61-67, 2009.

FULOP, N.; PAULINE, A.; AILEEN, C.; NICK, B. From health technology assessment to research on the organisation and delivery of health services: addressing the balance *Health Policy* 63 . 155-165p., 2003.

GAÍVA, M. A. M.; ROSA, M. K.O.R.; BARBOSA, M.A.R.S.;BITTENCOURT, R.M; SOUZA, J.S. Avaliação Estrutural das Instituições Hospitalares que prestam assistência ao nascimento em Cuiabá, MT. *Cogitare Enferm*, Jan/Mar; 15(1): 55-62p., 2010.

GALLO, R. B. S. *et al.* Grau de dilatação cervical e solicitação da analgesia regional por parturientes com membranas corioamnióticas íntegras e rotas. **Rev Dor**, v. 13, n. 1, p. 30-4, 2012.

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.

HODNETT, E.D. *et al.*. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [página na Internet]. 2012, [acesso 17 março de 2016]. Disponível em:

<https://childbirthconnection.org/pdfs/CochraneDatabaseSystRev.pdf>

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Informações sobre os municípios brasileiros**. 2015. Disponível em: <http://www1.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/home.php>. Acesso em 12 de março de 2016

JUNIOR, H. M. M.; OLIVEIRA, R. C.. *Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte*. In *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde* / PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A.. Rio de Janeiro: Ed:UCS: IMS/UERJ: CEPESQ, 2006. P. 51 -64.

KACMAR, R. M. ; MHYRE, J. M. ; SCAVONE, B. M. ; FULLER, A. J. ; TOLEDO, P. The Use of Postpartum Hemorrhage Protocols in United States Academic Obstetric Anesthesia Units *Anesth Analg* ; 119(4): 906-910; 2014

KHATREE, R.; NAIK, D.N. Multivariate data reduction and discrimination with SAS software. Cary: Institute INC., 2000. 544p

KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1886 - 1892, 2007.

LANSKY, S.; FRANÇA, E. KAWACHI, I. Social Inequalities in Perinatal Mortality in Belo Horizonte, Brazil: The Role of Hospital Care. **American Journal of Public Health**. May, Vol. 97, No. 5. p.867-73, 2007.

LANSKY, S. Gestão de qualidade e da integralidade do cuidado em saúde para a mulher e criança no SUS-BH: a experiência da comissão perinatal. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v. 4. n.4, p. 191-199, 2010.

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 et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30 Sup:S17-S47, 2014

LICHAND, C.C.; OKAGAWA, F.S.; CAMPOS C.E.K.; GUIMARÃES, T.B.; 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.

LYRA, W. S., SILVA, E. C.; ARAÚJO, M. C. U.; FRAGOSO, W. D. Classificação periódica: Um exemplo didático para ensinar análise de componentes principais *Quim. Nova*, v.33, n.7, p.1594-1597, 2010.

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 na rede hospitalar pública e privada de Belo Horizonte. 2008. (Dissertação de mestrado). Departamento de Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2008.

MANZINI, 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.9, n.1.,p.59 – 67. 2009

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, E. F.. Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em belo horizonte, Minas Gerais. **Tese (Doutorado em Enfermagem)** - Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 170 p. 2010.

MARTINS, H. E. L.; *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 5, p. 1025-1030, 2013

MINGOTI, S.A. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada. Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, 295p. 2007.

MOREIRA, M.E., GAMA, S.G., PEREIRA, A.P., SILVA, A.A., LANSKY, S., SOUZA-PINHEIRO, R., CARVALHO GONÇALVES, A.; CARMO LEAL, M. Clinical practices in the hospital care of healthy newborn infant in Brazil. *Cadernos De Saude Publica*, 30(1), 1-12. 2014.

MOUTA, R.J.O; PILLOTO, D.T.S.; VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M.. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade de recém-nascido. *Rev Enferm: UERJ*16(4):472-76, 2008

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

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2. 147-173 p., 2004

OLIVEIRA, T. G. *et al.* Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 22 - 28, 2012. KILSZTAJN, S. *et al.* Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1886 - 1892, 2007.

OLIVEIRA, K.M.P., MARQUES, I.R. Situação do aleitamento materno no Brasil: uma revisão. *Rev Enferm UNISA*; 12(1): 73-8., 2011

OLIVEIRA, M. I. C.; HARTZ, Z. M. A.; NASCIMENTO, V. C ; SILVA, K. S. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. Maria Inês Couto de Oliveira **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 12 (3): 281-295 jul./set., 2012

OLIVEIRA, T. G. *et al.* Escore de Apgar e mortalidade neonatal em um hospital localizado na zona sul do município de São Paulo. **Einstein**, v. 10, n. 1, p. 22 - 28, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Humanity Divided: Confronting Inequality in Developing Countries. New York, USA. Nov.2013 Disponível em: http://www.undp.org/content/dam/undp/library/Poverty%20Reduction/Inclusive%20development/Humanity%20Divided/HumanityDivided_Full-Report.pdf. Acesso em: 15 de agosto de 2014.

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.

PASSINI, R.; CECATTI, J.G.; LAJOS, G.J.; TEDESCO, R.P.; NORMURA, M.L.; DIAS, T.Z., *et al.* Brazilian Multicentre Study on Preterm Birth (EMIP): Prevalence and Factors Associated with Spontaneous Preterm Birth. *PLoS One* 9(10): 2014

PEREIRA, J. C. Nascer em Belo Horizonte: desfechos neonatais desfavoráveis. 2015. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)** - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

REIS, E. Análise fatorial das componentes principais: um método de reduzir sem perder informação. *Temas em Métodos quantitativos pra gestão*. N^o 2, GIESTA-ISCTE, 1993.

RIPSA. Interagencial de Informacao para a Saude Indicadores basicos para a saude no Brasil: conceitos e aplicacoes / Rede Interagencial de Informacao para a Saude - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organizacao Pan-Americana da Saude, 2008. 349 p

ROUQUAYROL, M. Z. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro, MEDSI, 1993.

SALUSTIANO E. M. A. *et al.* Low Apgar scores at 5 minutes in a low risk population: maternal and obstetrical factors and postnatal outcome. **Rev Assoc. Med Bras**, v. 58, n. 5, p. 587-593, 2012.

SALGE, A. K. M. *et al.* Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 779-85, 2012.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para 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. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

SILVA, A.L.A.; MENDES, A. C.G.; MIRANDA, D.A.S; SOUZA, W. V.; LYRA, T.M.. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. **Rev Saúde Pública**. vol 48(4), p. 682-691. 2014

SOUZA, M. de L. *et al.* Mortalidade materna por hemorragia no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 711-718, 2013.

SOUZA, J. P. Mortalidade materna e desenvolvimento: a transição obstétrica no Brasil *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(12). p. 533-5.

SOUZA, J. P.; PILEGGI-CASTRO, C.. Sobre o parto e o nascer: a importância da prevenção quaternária. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S11-S13, 2014

TRETTENE, Armando dos Santos Trettene; LUIZ, Aline Godoi; RAZERA, Ana Paula Ribeiro., *et al.* Carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Semi-intensiva especializada: critérios para dimensionamento de pessoal. **Rev Esc Enferm USP**; 49(6):960-966, 2015.

TONIN, K. A.; OLIVEIRA, J. L. C., *et al.* Internação em unidade de terapia intensiva por causas obstétricas: estudo em hospital público de ensino. **Rev Enferm UFSM**, 3(3):518-527, set./dez., 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHO statement on caesarean section rates. Geneva: World Health Organization; 2015.

VASCONCELLOS, M. T. L. *et al.* Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S49-S58, 2014. Suplemento.

VETTORE, M. V.; *et al.* Cuidados pré-natais e avaliação do manejo da hipertensão arterial em gestantes do SUS no município do Rio de Janeiro, Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(5):1021-1034, mai., 2011.

VICTORA, C.G.; *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet: Séries Saúde no Brasil**, n.2, p.32-46, 2011.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido para participação na pesquisa em instrumento para levantamento de informações nas unidades de saúde (diretor das instituições)

Pesquisa: Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa tem como objetivo principal identificar os tipos de partos realizados, os motivos para sua realização e os desfechos perinatais a eles associados, a partir da avaliação da assistência prestada à gestação, ao parto e aos recém-nascidos nas unidades de saúde. Serão focalizados aspectos relacionados às características estruturais dos ambientes e dos processos de gestão e produção.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado a(o) Diretor um questionário sobre estrutura e o processo de trabalho em cada uma das unidades selecionadas. O Diretor ou outros (as) profissionais por ele designados, por meio de entrevista, informará o perfil, recursos humanos, gestão, relação da maternidade com seus usuários e processo de trabalho das unidades. O(A) entrevistado(a) será estimulado(a) 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 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, porém importante. O benefício direto desta pesquisa é a sistematização e disponibilização de dados 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 no Brasil.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

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 contatos deverão ser feitos com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, também poderá ser contactado em caso de dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa.

Pesquisador responsável: Profa. Edna Maria Rezende

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 416. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34099864 email: ednarez@enf.ufmg.br. Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. And ar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Tel efax: (031) 34094592 – email: coep@prpq.ufmg.br

CONSENTIMENTO DO DIRETOR DA UNIDADE E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Li todas as informações e tirei todas as dúvidas a respeito da pesquisa. Autorizo a realização da pesquisa nesta instituição. Sei que serei entrevistado, 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 diretor: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Especificações

	Nome do profissional	Função/Cargo no Estabelecimento	Bloco/ Questões Respondidas
Entrevistado no. 1			
Entrevistado no. 2			
Entrevistado no. 3			
Entrevistado no. 4			
Entrevistado no. 5			

APENDICE B - Instrumento para coleta de dados nas unidades de saúde – Estrutura e processo

QUESTIONÁRIO | | | | |

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

I. IDENTIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO E DA UNIDADE DE SAÚDE

1. Data da entrevista / /	2. Entrevistador
3. Revisor	3. Data da revisão / /
5. Digitador 1	6. Data da digitação 1 / /
7. Digitador 2	8. Data da digitação 2 / /
9. Região: 1. Norte 2. Nordeste 3. Sudeste 4. Sul 5. Centro-Oeste	
10. Estado (consultar no instrutivo)	
11. Nome da Cidade: _____	
12. Nome do estabelecimento: _____	
13. Número do estabelecimento: (consultar número do estabelecimento no instrutivo)	
14. CNPJ / -	
15. Número do CNES	
16. Endereço completo:	
17. CEP -	
18. Telefone (s) 	19. Fax:

Atenção!!! O questionário pode ser respondido pelo Responsável Técnico pelo serviço de Obstetrícia/ Unidade/ Diretor Médico ou Chefe da Obstetrícia/Responsável não Médico pelo Serviço de Obstetrícia.

II. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

20. Nome do respondente: _____	
21. Cargo do respondente: _____	
22. Qual a sua função? (considerar a principal formação) 1. Médico 2. Enfermeiro 3. Outro: _____	_
23. Como é classificada a Unidade?(ler as alternativas) 1. Hospital Geral ou de Especialidades 2. Somente Maternidade 3. Hospital Materno-Infantil 4. Maternidade e Serviço de Ginecologia	_ _
24. Os leitos de obstetrícia são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	_
25. O hospital possui UTI Neonatal em funcionamento? 0. Não (vá para 27) 1. Sim	_
26. Os leitos da UTI Neonatal são? (ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	_
27. O hospital possui leitos de Cuidados Intermediários Neonatal em funcionamento? 0. Não (vá para 29) 1. Sim	_
28. Os leitos de Cuidado Intermediários Neonatal são?(ler as alternativas) 1. Todos públicos 2. Todos privados 3. Mistos	_
29. O hospital/unidade é campo de ensino? Sim 0. Não (vá para 31) 1. Sim	_
30. O campo de ensino é credenciado pelo Ministério da Educação (MEC)? 0. Não 1. Sim	_
31. O serviço possui alguma das seguintes certificações? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Em processo de habilitação	
a. Hospital Amigo da Criança	_
b. Prêmio Prof. Galba de Araújo	_
c. Outros: _____	_
32. O hospital/unidade possui Casa da Gestante de Alto Risco ou Casa de Apoio a Gestante? 0. Não possui 1. Sim, própria 2. Utiliza a de outra instituição	_
33. O hospital/unidade possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para recém-natos internadas na UI/UTI? 0. Nunca 1. Sempre 2. As vezes	_
34. O hospital/unidade possui Unidade Transfuncional ou Banco de Sangue? Sim 0. Não 1. Sim	_
35. O hospital/unidade possui Laboratório de Patologia e Análises clínicas? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	_
36. O hospital/unidade tem acesso à ambulância para transporte da parturiente? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos	_

<p>37. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transferência da parturiente?(ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, sempre que precisa 2. Sim, mas com dificuldade</p>	_
<p>38. O hospital/unidade tem acesso a ambulância para transferência do recém-nascido? 0. Não 1. Sim, só para SUS 2. Sim, só para privado 3. Sim para todos</p>	_
<p>39. O hospital/unidade utiliza o serviço de ambulância do Corpo de Bombeiros/SAMU para transporte do recém-nascido?(ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, sempre que precisa 2. Sim, mas com dificuldade</p>	_
<p>40. O serviço é referência para o pré-natal de alto risco? (oferece vagas) 0. Não (vá para 43) 1. Sim</p>	_
<p>41. Essa referência é formal pelo sistema de referênciacontra-referência? 0. Não (vá para 43) 1. Sim</p>	_
<p>42. Essa referência é via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim</p>	_
<p>43. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para o pré-natal de alto risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim, central regulação do SUS 2. Sim, regulação planos de saúde 3. Sim, ambos</p>	_
<p>44. O serviço é referência para internação e parto de gestante de risco? (oferece vagas) 0. Não (vá para 47) 1. Sim</p>	_
<p>45. Essa referência é formal pelo sistema de referênciacontra-referência? 0. Não (vá para 47) 1. Sim</p>	_
<p>46. Essa referência é via central de regulação de vagas? 0. Não 1. Sim</p>	_
<p>47. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para a internação e o parto de gestante de risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim, central regulação do SUS 2. Sim, regulação planos de saúde 3. Sim, ambos</p>	_
<p>48. O serviço é referência para recém-nascido de alto risco? 0. Não (vá para 51) 1. Sim</p>	_
<p>49. Essa referência é formal pelo sistema de referênciacontra-referência? 0. Não (vá para 51) 1. Sim</p>	_
<p>50. Essa referência é via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim</p>	_
<p>51. Quando há necessidade, o serviço solicita vagas para o recém-nascido de alto risco via central de regulação de vagas/leitos ou de marcação de consultas? 0. Não 1. Sim, central regulação do SUS 2. Sim, regulação planos de saúde 3. Sim, ambos</p>	_

II. RECURSOS HUMANOS

52. Com relação à forma de organização do corpo clínico o médico da obstetrícia:			
a. Há equipe médica externa?(corpo clínico aberto)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b. Há equipe médica de plantonistas?	0. Não (vá para 54)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c. Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas) 1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão 2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h 3. Fica de sobreaviso durante as 24h 4. Outra: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
56. Com relação à forma de organização dos médicos especialistas (médico com título de especialista/residência em terapia intensiva neonatal ou residência em terapia intensiva pediátrica e pediatras com 4 anos de experiência em terapia intensiva neonatal):			
a. Há equipe médica externa?(corpo clínico aberto)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b. Há equipe médica de plantonistas?	0. Não (vá para 57)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c. Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas) 1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão 2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h 3. Fica de sobreaviso durante as 24h 4. Outra: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
57. Com relação à forma de organização dos anestesistas:			
a. Há equipe médica externa?(corpo clínico aberto)	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
b. Há equipe médica de plantonistas?	0. Não (vá para 58)	1. Sim	<input type="checkbox"/>
c. Como é a organização dos plantões? (ler as alternativas) 1. Permanece na unidade durante as 24h de plantão 2. Permanece na unidade 12h e de sobreaviso nas 12h 3. Fica de sobreaviso durante as 24h 4. Outra: _____			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
58. Existe coordenador médico do serviço de Obstetrícia? Sim	0. Não	1.	<input type="checkbox"/>
59. Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>
60. Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade?	__ __ anos __ __ meses		
61. Existe coordenador médico do serviço de Neonatologia? Sim	0. Não	1.	<input type="checkbox"/>
62. Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia?	0. Não	1. Sim	<input type="checkbox"/>

63. Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade?	____ ____ anos ____ ____ meses	
64. Existe algum profissional com graduação em enfermagem em que coordene a enfermagem no serviço de obstetrícia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
65. Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
66. Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade?	____ ____ anos ____ ____ meses	
67. Existe algum profissional com graduação em enfermagem em que coordene a enfermagem no serviço de neonatologia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
68. Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
69. Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade?	____ ____ anos ____ ____ meses	

IV. ASSISTÊNCIA À GESTANTE, PARTURIENTE, PUÉRPERA E AO RN

Este bloco relaciona-se aos procedimentos assistenciais relacionados à gestante, parturiente, puérpera e RN

70. Existe algum tipo de triagem ou classificação de risco da gestante na admissão?	0. Não (vá para 72) 1. Sim	<input type="checkbox"/>
71. Essa classificação é realizada por quais profissionais? (pode marcar mais de uma opção) 1. Enfermeiro 2. Enfermeiro obstetra 3. Médico 4. Médico obstetra 5. Auxiliar ou técnico de enfermagem 6. Funcionário administrativo 7. Vigilante 8. Outros: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
72. Quais são os profissionais que prestam assistência ao trabalho de parto? (pode marcar mais de uma opção) 1. Médico obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeiro 5. Auxiliar ou técnico de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
73. Onde as gestantes ficam durante o trabalho de parto? 1. Centro obstétrico/PPP 2. Centro cirúrgico 3. Quarto/ Enfermaria 4. Outros: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
74. Quais são os profissionais que prestam assistência ao parto vaginal? (pode marcar mais de uma opção) 1. Médico obstetra 2. Médico 3. Enfermeiro obstetra 4. Enfermeiro 5. Auxiliar ou técnico de enfermagem 6. Parteira tradicional 7. Outros: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
75. Onde ocorre o parto vaginal? 1. Centro obstétrico/PPP 2. Centro cirúrgico 3. Outros: _____		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
76. A unidade oferece a possibilidade de parto em posições verticalizadas (de pé, sentada, de cócoras)?	0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>

77. São realizadas reuniões rotineiras com a equipe de saúde para discussão das indicações de cesarianas? **(explicar as opções caso seja necessário)**

<p>0. Não 1. Sim, com todo o corpo clínico (plantonistas + equipe médica externa) 2. Sim, apenas equipe médica plantonista 3. Sim, apenas equipe médica externa(corpo clínico aberto)</p>	_ _
<p>78. Existe protocolo para atendimento em casos de pré-eclampsia grave e eclampsia? 0. Não 1. Sim</p>	_ _
<p>79. Existe protocolo para atendimento em casos de hemorragia pós-parto? 0. Não (vá para 82) 1. Sim</p>	_ _
<p>Se o entrevistado responder que NÃO tanto para a 78 quanto 79, vá para questão 82.</p>	
<p>80. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica plantonista? 0. Não 1. Sim, toda equipe médica plantonista 2. Sim, por alguns da equipe médica plantonista 8. Não tem equipe médica plantonista</p>	_ _
<p>81. Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica externa? 0. Não 1. Sim, toda equipe médica externa 2. Sim, por alguns da equipe médica externa 8. Não tem equipe médica externa</p>	_ _
<p><i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre admissão, internação e alta</i></p>	
<p>82. Quando não existe vaga nesta unidade, o hospital se responsabiliza por conseguir vaga em outra unidade? 0. Não (vá para 84) 1. Sim</p>	_ _
<p>83. Essa transferência para outra unidade é feita por ambulância? 0. Não 1. Sempre 2. Às vezes</p>	_ _
<p>84. É permitida a presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante: (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim, para todas as mulheres 2. Sim, mas apenas para situações especiais</p>	
<p>a. Admissão</p>	_ _
<p>b. Trabalho de parto</p>	_ _
<p>c. Parto</p>	_ _
<p>d. Pós-parto imediato</p>	_ _
<p>e. Puerpério (enfermaria ou quarto)</p>	_ _
<p>85. Como é a privacidade no atendimento da gestante/puérpera/parturiente? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Inexistente 1. Completa (sala individual com porta) 2. Parcial (box, cortinas, biombos, etc)</p>	

a. Na admissão	<input type="checkbox"/>
b. No pré-parto	<input type="checkbox"/>
c. Na modalidade PPP	<input type="checkbox"/>
d. No parto	<input type="checkbox"/>
e. No pós-parto	<input type="checkbox"/>
86. A mulher sem complicações sai da maternidade com consulta puerperal agendada? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
87. O bebê sem complicações sai da maternidade com consulta de puericultura agendada para a 1ª semana de vida? 0. Não 1. Sim	<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre os setores relacionados ao trabalho de parto</i>	
88. Existe espaço para deambulação das mulheres? 0. Não 1. Sim, leitos PPP 2. Sim, leitos não PPP 3. Sim, todos os leitos	<input type="checkbox"/>
89. Possui poltrona ou cadeira para acompanhante da parturiente? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, para alguns leitos 2. Sim, para todos os leitos	<input type="checkbox"/>
90. Quantos chuveiros com água quente existem no CentroObstétrico ou setor de pré-parto/pós-parto/leitos PPP para uso da parturiente?	<input type="text"/>
91. Quantas banheiras existem neste setor para uso da parturiente?	<input type="text"/>
92. O setor possui algum dos seguintes recursos para alívio não farmacológico da dor? Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim	
a. Bola de Bobat (bola para relaxamento perineal)	<input type="checkbox"/>
b. Cavalinho	<input type="checkbox"/>
c. Escala de Ling	<input type="checkbox"/>
d. Barra fixa	<input type="checkbox"/>
e. Outro: _____	<input type="checkbox"/>
93. Em situações de urgência e emergência materna, o setor de atendimento ao parto tem acesso a: (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona 3. Não, mas de fácil acesso	
a. Respirador/ventilador mecânico	<input type="checkbox"/>
b. Laringoscópio	<input type="checkbox"/>
c. Tubo orotraqueal	<input type="checkbox"/>

d. AMBU		<input type="checkbox"/>
<i>Agora vou fazer algumas perguntas sobre o local onde é feito o primeiro atendimento do RN logo após o nascimento</i>		
94. Quais são os equipamentos e materiais existentes na sala de parto/área de procedimentos com o RN? (ler as alternativas) Para cada item, marcar: 0. Não 1. Sim 2. Sim, mas encontra-se em manutenção/não funciona 3. Não, mas de fácil acesso		
a. Unidade/Mesa/Berço para reanimação com fonte de calor radiante		<input type="checkbox"/>
b. Máscaras cirúrgicas		<input type="checkbox"/>
c. Estetoscópio clínico infantil		<input type="checkbox"/>
d. Laringoscópio completo		<input type="checkbox"/>
e. Tubo endotraqueal neonatal		<input type="checkbox"/>
f. Sondas traqueais neonatais sem válvula		<input type="checkbox"/>
g. Sondas de aspiração gástrica		<input type="checkbox"/>
h. Dispositivo para aspiração de mecônio		<input type="checkbox"/>
i. Material para ventilação (AMBU ou ressuscitador manual com reservatório de oxigênio)		<input type="checkbox"/>
j. Aspirador com manômetro e oxigênio		<input type="checkbox"/>
<i>Com relação à Unidade Neonatal (só se aplica para instituições com Unidade Neonatal)</i>		
95. A Unidade Neonatal é exclusiva para essa faixa etária? (até 28 dias de vida) 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
96. Existe alguma restrição de horário para visita dos pais aos recém-nascidos? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
97. Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal ou UTI? 0. Não 1. Sim		<input type="checkbox"/>
98. Existe cadeira/poltrona/acomodação para a mãe do recém nascido permanecer ao seu lado na UTI ou Unidade Neonatal? (ler as alternativas) 0. Não 1. Sim, para cada leito 2. Sim, para alguns leitos		<input type="checkbox"/>
99. Gostaríamos de saber a quantidade de alguns equipamentos disponíveis no Setor de Neonatologia:		
EQUIPAMENTOS	Quantidade disponível	Quantidade em funcionamento

1. Monitores de multiparâmetros (pressão, temperatura, oximetria, frequência cardíaca, respiração)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oxímetros de pulso (somente oximetria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Respiradores/Ventiladores mecânicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>100. Em relação à dispensação de medicamentos e estoque de materiais, qual a disponibilidade dos diferentes tipos de medicamentos utilizados para assistência ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido? Para cada item, marcar: 0. Não disponível 1. Disponível 8. Não faz parte da rotina</p>		
a. Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol, Pindolol, etc.)	<input type="checkbox"/>	
b. Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa)	<input type="checkbox"/>	
c. Hidralazina comprimido (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>	
d. Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol)	<input type="checkbox"/>	
e. Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	<input type="checkbox"/>	
f. ALPRAZOLAM: Apraz, Frontal, Tranquinal BROMAZEPAM: Brozepax, Lexotam, Nervium, Novazepam, Somalium; CLOBAZAM: Frizium, Urbanil; CLONAZEPAM: Rivotril; CLORDIAZEPÓXIDO: Psicosedim; CLOXAZOLAM: Elum, Olcadil; DIAZEPAM: Ansilive, Calmociteno, Diazepam, Kiatriun, Noam, Somaplus, Valium; LORAZEPAM: Lorium, Lorax, Mesmerin)	<input type="checkbox"/>	
g. Corticosteróides (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)	<input type="checkbox"/>	
h. Metil ergometrina comprimido (Methergin)	<input type="checkbox"/>	
i. Metil ergometrina ampola (Methergin)	<input type="checkbox"/>	
j. Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxiton, Syntocinon)	<input type="checkbox"/>	
k. Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>	
l. Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	<input type="checkbox"/>	
m. Inibidores da contratilidade uterina (Nifedipina, Óxido nítrico, Indometacina, Sulfato de magnésio, Atosibano, Terbutalina, Salbutamol e Ritodrina)	<input type="checkbox"/>	
n. Sulfato de magnésio	<input type="checkbox"/>	
o. Surfactante (Curosurf, Surfaxin, Exosurf, Survanta)	<input type="checkbox"/>	
p. Antihemorrágico (exceto vitamina K)	<input type="checkbox"/>	

q. Vitamina K	<input type="checkbox"/>
r. Nitrato de prata	<input type="checkbox"/>
s. Rhogam/Matergam/Parthogama	<input type="checkbox"/>

V. CAPACIDADE INSTALADA E INDICADORES

OBS: Este bloco (questões 101 e 102) está anexado no final do questionário, se refere ao 1º semestre do ano de 2010 e deve ser enviada à unidade com antecedência para facilitar a obtenção das respostas.

101. Gostaríamos de ter acesso aos números de leitos perinatais operacionais relacionados abaixo: (Nota: Ter cuidado para não repetir leitos, isto é, se o leito for contabilizado num item não repeti-lo em outro. Contabilizar apenas leitos ATIVOS. Cuidado com os locais em reparos e desativados temporariamente que NÃO SERÃO CONTABILIZADOS)	
a. Número total de leitos operacionais da maternidade/unidade	<input type="text"/>
b. Número de quartos/box PPP (pré-parto/parto/pós-parto)	<input type="text"/>
c. Número de leitos PPP	<input type="text"/>
d. Número de salas/box de pré-parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
e. Número de leitos de pré-parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
f. Número de salas de parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
g. Número de mesas de parto (excluindo PPP)	<input type="text"/>
h. Número de salas de centro cirúrgico obstétrico	<input type="text"/>
i. Número de leitos RPA (recuperação pós-anestésica)	<input type="text"/>
j. Número de leitos obstétricos com alojamento conjunt	<input type="text"/>
k. Número de leitos obstétricos sem alojamento conjunt	<input type="text"/>
l. Número de leitos de pós-abortamento	<input type="text"/>
m. Número de leitos de UTI adulto	<input type="text"/>
n. Número de leitos de Cuidados Intermediários adulto	<input type="text"/>
o. Número de leitos para gestantes com intercorrências/gestação de alto risco	<input type="text"/>
p. Número de leitos para mães de RN internados	<input type="text"/>
q. Número de leitos de UTI neonatal	<input type="text"/>

r. Número de leitos de Cuidados Intermediários Neonatal/UI	□□□□
s. Número de leitos de Método Canguru	□□□□
t. Número de leitos de berçário para RN saudáveis	□□□□
u. Número de leitos de berçário para RN patológicos	□□□□
102. Gostaríamos de ter acesso aos dados abaixo, referentes ao 1º semestre de 2010. (Nota: Preencher com 9 caso o indicador não seja calculado/trabalhado pela unidade e com 7 caso seja calculado, mas ainda não esteja disponível)	
a. Número de partos (partos vaginais + cesáreos)(partos vaginais incluem os fórceps e vácuo-extrator)	□□□□□□
b. Número de cesáreas	□□□□□□
c. Número de gestantes de alto risco internadas no serviço	□□□□□□
d. Número de gestantes com presença de acompanhante no parto	□□□□□□
e. Número de partos vaginais assistidos por enfermeiras	□□□□□□
f. Número de partos vaginais com episiotomia	□□□□□□
g. Número de RN internados em UTI neonatal	□□□□□□
h. Número de transferências de recém-nascidos para serviços de referência	□□□□□□
i. Número total de nascidos vivos	□□□□□□
j. Número de recém-nascidos de baixo peso ao nascer, baixo de 2500g	□□□□□□
k. Número de prematuros com idade gestacional menor que 37 semanas	□□□□□□
l. Número de natimortos	□□□□□□
m. Número de óbitos neonatais total	□□□□□□
n. Número de óbitos neonatais precoces	□□□□□□
o. Número de óbitos maternos	□□□□□□

VI. CONSIDERAÇÕES ADICIONAIS DOS ENTREVISTADOS

103. Há alguma questão sobre a Unidade de Saúde que gostaria de comentar que não foi abordada no questionário?	0. Não (Finalizar a entrevista)	1.	□
Sim			

Você tem alguma ocupação remunerada? _____

[1] Sim. Qual? _____ CBO (código) _____

[2] Não

Quanto ao seu trabalho: _____

[1] É informal, não tem registro em carteira

[2] É formal e tem registro em carteira

[3] É formal, funcionária pública (municipal, estadual, federal ou militar) [4] Outro. Qual? _____

Qual a faixa de renda da sua família, incluindo o salário de todas as pessoas que moram na casa? _____

[1] Até R\$ 350,00

[2] R\$ 351,00 a R\$ 700,00

[3] R\$ 701,00 a R\$ 1750,00

[4] R\$ 1751,00 a R\$ 3500,00

[5] R\$ 3501,00 a R\$ 7000,00

[6] > R\$ 7000,00

Quem é o chefe da família? (ou quem tem a maior renda) _____

[1] Você (a própria mulher) [3] Outra pessoa da família

[2] O companheiro [4] Outro _____

Qual foi a última série que o chefe da família concluiu na escola? _____

[] Série de ensino [1] 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior

[0] Nenhuma série cursada [99] Não sabe/não lembra

“Agora vou fazer algumas perguntas sobre coisas que você tem em casa.” _____

Na sua casa tem...

Rádio?	[0] Não Se sim, quantos?	
Geladeira?	[0] Não Se sim, quantas?	
Freezer?	[0] Não Se sim, quantos?	
Videocassete ou DVD?	[0] Não Se sim, quantos?	
Máquina de lavar roupa? (não incluir tanquinho)	[0] Não Se sim, quantas?	
Linha de telefone fixo?	[0] Não Se sim, quantas?	
Computador?	[0] Não Se sim, quantos?	
Televisão? (se não, vá para	[0] Não Se sim, quantas?	

Quantas cores?		
Carro particular?	[0] Não Se sim, quantos?	
Você tem empregada mensalista?	[0] Não Se sim, q uantas?	

Quantas pessoas moram na mesma casa, incluindo você? (não contar o RN): _____

[] [] pessoas

A casa em que você mora possui água encanada para elop menos um cômodo? _____

[1] Sim

[2] Não

A casa ou terreno em que a você mora possui banheiro ou sanitário? _____

[1] Sim, para uso exclusivo dos moradores da casa. Se sim, quantos? _____

[2] Sim, para uso de mais de uma casa.

[3] Não.

Como é feito o escoadouro dos dejetos do banheiro ou sanitário? _____

[1] Rede coletora de esgoto ou pluvial

[2] Fossa séptica ligada a rede coletora

[3] Fossa séptica não ligada a rede coletora

[4] Fossa rudimentar

[5] Vala

[6] Direto para o rio, mar ou lago

[7] Outra forma. Qual? _____

O lixo de sua casa é? _____

[1] Coletado regularmente pela empresa de coleta

[2] Queimado ou enterrado na propriedade

[3] Jogado em terreno baldio ou na rua

[4] Jogado no rio, mar ou lago

[5] Outro destino. Qual? _____

[99] Não sabe

Qual a cor da sua pele? _____

[1] branca [2] preta [3] parda [4] amarela [5] indígena

2. Hábitos maternos e Informações nutricionais

Você ingere bebidas alcoólicas? _____

[1] Sim [2] Não (vá para a questão)

Quantas doses são necessárias para deixar você “alta”? _____

1 tulipa = 1 dose ou 2 latas = 3 doses

As pessoas te aborrecem, criticando o seu modo de beber? [1] Sim [2] Não _____

Você sente que deve para de beber? [1] Sim [2] Não _____

Alguma vez você precisou de uma dose de bebida para começar o dia? _____

[1] Sim [2] Não

Você tem sentimentos de culpa sobre a bebida? [1] Sim [2] Não _____

Você fumava antes de engravidar? [1] Sim [2] Não _____

Quantos cigarros você fumava por dia? [1] Sim [2] Não _____

Por quanto tempo você fumou? _____

Você fuma atualmente? [1] Sim [2] Não _____

Quantos cigarros você fuma por dia? _____

Você usa algum tipo de droga? [1] Sim [2] Não _____

Que tipo? _____

Qual é a sua altura? (anotar em metros) _____

Qual era o seu peso antes dessa gravidez? (anotar em quilos) _____

Em geral, quantas vezes por semana você come fruta, como maçã, banana, laranja ou suco de fruta natural? _____

[0] Nunca (vá para a questão)

[1] Quase nunca

[2] De 1 a 3 vezes por semana

[3] Mais do que 3x por semana, mas não diariamente

[4] Diariamente

Em geral, quantas vezes por semana você come vegetais (legumes ou verduras) como alface, tomate, cenoura, etc...? _____

[0] Nunca (vá para a questão

[1] Quase nunca

[2] De 1 a 3 vezes por semana

[3] Mais do que 3x por semana, mas não diariamente e

[4] Diariamente

3. Pré-natal

“Vamos falar um pouco sobre seu pré-natal.”

Você fez pré-natal? [0] Não [1] Sim _____

Em que local você fez o pré-natal?

[1] Serviço público [2] Consultório do plano de saúde [3] Consultório particular

[4] Ambos _____

Com quantos meses de gravidez você iniciou o pré-natal? _____

[] [] meses [99] Não sabe

Quantas consultas você fez? _____

[] [] consultas

Você fez o pré-natal com a mesma pessoa do início ao fim (médico/a, enfermeiro/a)?

[1] Sim. Passe para questão xx [2] Não

Com quantas pessoas diferentes (médico/a, enfermeiro/a) você fez consultas de pré-natal?

[] [] número de pessoas

Você foi informada durante o pré-natal, sobre para qual local deveria ir no momento do parto?

[1] Sim [2] Não. Passe para xx [99] Não sabe

Você visitou o local onde faria o parto, durante o pré-natal para conhecê-lo? _____

[1] Sim [2] Não. [3] Já conhecia

Você participou de alguma atividade educativa no pré-natal? _____

[1] Sim. Passe para xx [2] Não. Por quê? _____

Se sim, responder o quadro:

Tema	Quantas vezes?	De que forma?			
		Discussão em grupo	Aula expositiva	Vídeo informativo	Outros
a) amamentação					
b) cuidados com o bebê					
c) como é o parto					
d) opções de local de parto					
e) direito a acompanhante					
f) direitos trabalhistas/licença maternidade					
g) tipos de parto					
h) Outros _____					

Algum profissional durante o pré-natal forneceu as seguintes informações sobre o parto?

(Entrevistador: pode assinalar mais de uma afirmativa) [1] Sim [2] Não

[a] Sinais de início do trabalho de parto e momento para ir ao hospital _____

[b] Possibilidade de ingerir líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto _____

[c] Liberdade para se movimentar durante o trabalho de parto _____

[d] Medidas para o alívio da dor durante o trabalho de parto, sem ser anestesia com medicamento _____

[e] Posições que poderia adotar durante o parto _____

No início da gravidez qual era a sua preferência pelo tipo de parto? _____

[1] Normal [2] Cesárea [3] Não tinha preferência

Dos fatores abaixo, quais a você acha que podem ter influenciado essa idéia inicial e relação ao tipo de parto? (Pode assinalar mais de uma afirmativa)

[1] Sim [2] Não

[a] Histórias de parto de sua família (incluindo seu próprio nascimento) e/ou de suas amigas _____

[b] A preferência de seu marido pelo tipo de parto _____

[c] O medo da dor do parto normal _____

[d] O medo do parto normal alterar sua vida sexual _____

[e] O seu desejo de ligar as trompas _____

[f] O medo da cesariana _____

[g] A possibilidade de agendar a data do parto _____

[h] As suas gestações e partos anteriores (apenas para mulheres com _____

gestação anterior)

Se sim, por quê? _____

Qual foi a data da sua última menstruação? (99/99/99 não sabe) ____/____/____

Qual era a data provável do parto de acordo com a sua última menstruação? (99/99/99 não sabe) ____/____/____

Com quantas semanas de gestação você fez a primeira ultra-sonografia? ____ semanas (99 não sabe; 0 não fez; se não fez passar para

Quantas ultra-sonografias você fez? (99 não sabe) _____

Qual era a data provável do parto de acordo com a sua ultra-sonografia? (99/99/99 não sabe) ____/____/____

Esta gravidez foi: [1] Única [2] Gemelar (dois ou mais)

Durante a gravidez você sentiu esclarecida sobre as vantagens do parto normal? ____

[1] Sim, totalmente [2] Sim, parcialmente [3] Não (se não, passar para

Quem forneceu este esclarecimento?

[1] Profissional responsável pelo pré-natal [2] Família/amigos

[3] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [4] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

Durante a gravidez você se sentiu esclarecida sobre as desvantagens do parto normal? ____

[1] Sim, totalmente [2] Sim, parcialmente [3] Não (se não, passar para

Quem forneceu este esclarecimento?

[1] Profissional responsável pelo pré-natal [2] Família/amigos

[3] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [4] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

Durante a gravidez você sentiu esclarecida sobre as vantagens da cesariana? ____

[1] Sim, totalmente [2] Sim, parcialmente [3] Não (se não, passar para

Quem forneceu este esclarecimento? _____

[1] Profissional responsável pelo pré-natal [2] Família/amigos

[3] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [4] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante

Durante a gravidez você se sentiu esclarecida sobre as desvantagens da cesariana? ____

[1] Sim, totalmente [2] Sim, parcialmente [3] Não (se não, passar para

37

Quem forneceu este esclarecimento? _____

[1] Profissional responsável pelo pré-natal [2] Família/amigos

[3] Revistas/Jornais/Internet/TV/Vídeos [4] Outros profissionais de saúde/Grupo de gestante
Durante sua gestação foi detectada alguma das situações abaixo?

[1] Sim [2] Não

[a] Colo do útero não segurava o bebê _____

[b] Circular de cordão _____

[c] Problemas na crescimento do bebê _____

[d] Bebê estava sentado _____

[e] Bebê estava atravessado _____

[f] Pouco líquido amniótico _____

[g] Muito líquido amniótico _____

[h] Problema de RH negativo _____

[i] Placenta baixa/prévia _____

[j] Perda de líquido amniótico por rompimento da bolsa durante a gravidez antes do início do trabalho de parto _____

Algum médico lhe disse que você tinha alguma dessas doenças ou condições?

[1] Sim [2] Não

[a] Anemia _____

[b] Doença cardíaca _____

[c] Diabetes _____

[d] Herpes genital _____

[e] Doença no sangue (hemoglobinopatia) _____

[f] Pressão alta (desde antes da gravidez) _____

[g] Pressão alta associada a gravidez _____

[h] Eclampsia _____

[i] Sangramento uterino _____

[j] Sífilis _____

[l] HPV/Verrugas genitais _____

[m] Outros _____

No final da gravidez, já próximo da data do parto, havia decisão de realizar cesariana? _____

[1] Sim [2] Não (se não passar para

De quem foi esta decisão? _____

[1] Sua [2] Do médico [3] Conjunta

Qual foi a razão para a decisão pela cesariana?

[1] Sim [2] Não

[a] Queria ligar as trompas _____

[b] Bebê estava enrolado no cordão _____

[c] Já tinha cesárea anterior _____

[d] Bebê estava sentado _____

[e] Bebê estava atravessado _____

[f] Bebê era grande/não tinha passagem _____

[g] Pouco líquido na bolsa (amniótico) _____

[h] Não queria sentir a dor do parto normal _____

[i] Placenta baixa _____

[j] Medo de falta de vaga para internação _____

[l] Medo da violência na cidade _____

[m] Outra razão não citada _____

Você concordou com a indicação de cesariana? _____

[1] Sim (se sim, passar para o outro bloco) [2] Não. Por quê?

3. Admissão

Entrevistador, diga: “Agora, eu vou perguntar para você sobre o que aconteceu desde que chegou no primeiro serviço que procurou até ser internada. Vamos chamar esta fase de admissão.”

Como você soube que estava na hora de ir para o hospital? _____

[1] Tinha contrações

[2] Rompeu a bolsa (caso marque esta vá para 2.1.

1) [3] Perdão o tampão mucoso

[4] A data já estava marcada Não entrei em trabalho de parto. Por quê?
_____ (Pule para seção x) [5

] Outro motivo. Qual? _____

Quando você achou que estava em trabalho de parto, foi imediatamente _____

para o hospital ou esperou em casa?

[1] Foi imediatamente para o hospital

[2] Esperou em casa – Horas [] [] Por quê? _____

Como você foi para a maternidade? _____

[1] De carro/táxi [2] Ônibus/trem [3] Ambulância [4] A pé [5]
Outro _____

Você conseguiu ser internada para o parto na primeira maternidade que procurou?

[1] Sim [2] Não. Por quê? (textual) _____

Se não, como foi para outra maternidade?

[1] De carro/táxi [2] Ônibus/trem [3] Ambulância [4] A pé [5] Outro _____

Quando você foi internada, estava tendo dores (contrações fortes)? _____

[1] Sim. De quantos em quantos minutos? [] [] minutos

[2] Não [99] Não me lembro

Foi feita raspagem dos pelos da vulva antes do parto? _____

[1] Sim [2] Não [3] Já vim raspada de casa [99] Não me lembro

Ouviram o coração do bebê na admissão? _____

[1] Sim [2] Não [99] Não sabe

Realizaram o toque pela vagina na admissão? _____

[1] Sim. Quantas vezes? [] []

[2] Não [99] Não sabe

4. O trabalho de parto

Entrevistador, diga: “Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao período de trabalho de parto, aquela fase que vai da hora que a mulher foi internada, até a hora em que dá vontade de fazer força. Vamos chamar esta fase e pr é-parto.”

Foram oferecidos líquidos, água, sucos e/ou sopas durante o trabalho de parto? _____

[1] Sim. Qual? _____

[2] Não [99] Não se lembra

Você solicitou algum líquido para beber durante seu trabalho de parto?

[1] Sim. Qual? _____

[2] Não

Seu pedido foi atendido?

[1] Sim. [2] Não

Ofereceram comida durante o trabalho de parto? _____

[1] Sim. Qual? _____

[2] Não [99] Não se lembra

Você solicitou algum tipo de alimentação durante seu trabalho de parto?

[1] Sim. Qual? _____

[2] Não [99] Não se lembra

Seu pedido foi atendido?

[1] Sim. [2] Não

Como estava a temperatura da sala de Pré-Parto?

[1] Muito fria [2] Fria [3] Agradável

[4] Quente [5] Muito quente [99] Não sabe

Quando você estava no pré-parto, foi colocado sorona veia? _____

[1] Sim [2] Não (se não ir para [99] Não sabe

Se sim, responda a questão seguinte:

Foi posto no soro um medicamento para aumentar as contrações (ocitocina)?

[1] Sim [2] Não [99] Não sabe

Depois que colocaram o soro, as contrações (dores) aumentaram? _____

[1] Não percebeu diferença [2] As dores aumentaram um pouco

[3] As dores aumentaram muito [99] Não sabe

A bolsa rompeu espontaneamente ou foi rompida pelo médico/enfermeiro? _____

[1] Naturalmente, antes de chegar a maternidade (pule para

[2] Naturalmente, após chegar a maternidade (pule para

[3] Artificialmente [99] Não sabe

Em algum momento do seu pré-parto você teve dúvida se teve vontade de perguntar o que estava acontecendo? _____

[1] Sim [2] Não

Se sim: Perguntou? _____

[1] Sim. A quem? _____

[2] Não

Ficou satisfeita com a resposta? _____

[1] Sim [2] Não. Por quê? (textual) _____

Quem atendeu você durante o pré-parto foi um médico ou enfermeira? _____

[1] Enfermeira/o plantonista [2] Médica/o plantonista [3] Acadêmico

[4] Mesmo médico do pré-natal [5] Médica/o e enfermeira/o [99] Não sabe

A você teve liberdade para se movimentar durante o pré-parto? _____

[1] Sim [2] Não. Passe para xx [3] As vezes

Posição	[0]	Para quem responde positivamente			
	Não experimentou	1 Ajuda muito	2 Ajuda um pouco	3 Não ajuda	4 Atrapalha
a) deitada de costas					
b) deitada de lado					
c) sentada na cama					
d) andando					
e) sentada na poltrona					
f) no chuveiro					
g) no banquinho (côcoras)					
h) outra. Qual? _____					

Você sentiu dor durante o pré-parto (antes do nascimento)? _____

[1] Sim [2] Não. Pule para xx

Como foi a dor no seu pré-parto (antes do nascimento)? [1] Sim [2] Não

	1 Dor média	2 Dor forte, mas deu para agüentar	3 Dor insuportável
a) "Cólica"			
b) "Ossos se abrindo"			

c) "Dor nas costas"

d) "Útero fazendo força sozinho"			
e) Outra/s (descreva)			

Foram utilizadas medidas para alívio da dor durante o pré-parto, que não seja anestesia com medicamentos?

[1] Sim [2] Não. Pule para xx

Quais os recursos utilizados que ajudaram aliviar a dor?

Recurso	Não usou	Ajuda muito	Ajuda um pouco	Não ajuda	Atrapalha
a) Ter acompanhante					
b) Usar a banheira					
c) Chuveiro					
d) Bola					
e) Massagem					
f) Banquinho (cócoras)					
g) Liberdade para se mover					
h) Outro. Qual? _____					

Foi aplicada anestesia com medicamento nas costas para alívio da dor?

[1] Sim (se sim, vá para 3.22.1) [2] Não [99] Não sabe

Durante o pré-parto você realizou um exame chamado cardiotocografia? (Exame feito através de duas fitas que ficam em volta da sua barriga para ver a contração e o batimento do coração do seu bebê.)

[1] Sim, só na admissão [2] Sim, durante todo o pré-parto

[3] Não [99] Não sabe

Você teve acompanhante durante seu pré-parto? _____

[1] Sim

[2] Não. Por quê? (textual) _____

Se não, pule para a seção seguinte

Só para quem teve acompanhante no pré-parto:**Seus/s acompanhantes ficou/ficaram com você:** _____

- [1] Durante a admissão (só até internar)
[2] Todo o tempo do trabalho de parto (antes de nascer)
[3] Durante o parto (na hora de nascer mesmo)
[4] Durante o pós-parto (ficou junto no quarto/enfermaria)

Quem foi o seu acompanhante? (marque mais de um se for o caso) _____

- [1] Companheiro ou pai da criança [2] Amiga
[3] Mãe [4] Outra pessoa. **Quem?** _____

Como foi a experiência de ter um acompanhante no pré-parto? _____

- [1] Ajuda muito a mulher a ficar mais tranqüila, ter um parto melhor
[2] Ajuda um pouco a mulher a ficar mais tranqüil a e ter um parto melhor
[3] Nem ajuda nem atrapalha a ter um parto melhor
[4] Deixa a mulher mais nervosa, não ajuda a ter um parto melhor

5. O Parto**Entrevistador, diga: “Agora vou fazer algumas perguntas referentes ao parto (hora do nascimento mesmo).”****Você teve que mudar de sua cama para outra cama/mes na hora de ter o bebê?** _____

- [1] Sim [2] Não

Como estava a temperatura da sala de parto?

- [1] Muito fria [2] Fria [3] Agradável
[4] Quente [5] Muito quente [99] Não lembra

Qual foi o tipo de parto que você teve? (Pergunta para checar identificação por parte da paciente) _____

- [1] Parto normal [2] Parto fórceps [3] Cesárea. Vá para xx

Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê (manobra de Kristeller)

(Verificar registro no prontuário)

- [1] Sim [2] Não [99] Não se lembra

Por favor, entrevistador esclareça, para perguntar a questão seguinte:

“O fórceps pode ser utilizado na cesárea e parto no rmal”

Na hora do parto, foi usado fórceps (ferros, duas colheres que são introduzidas na vagina ou no corte da cesárea para segurar e puxar a cabeça do bebê)? _____

[1] Sim [2] Não. Vá para xx [99] Não sabe. Vá para xx

Você foi informada que o fórceps seria utilizado? _____

[1] Sim. Por quê? _____

[2] Não [99] Não se lembra

Você tomou anestesia nas costas? _____

[1] Sim. Qual? _____

[2] Não [99] Não se lembra

Você achou que esta anestesia melhorou a sua dor?

[1] Sim [2] Não

Em caso de um novo parto você gostaria de usa-lo novamente?

[1] Sim [2] Não

Você tomou algum tipo de medicamento, no músculo, an veia ou no soro para melhorar a dor?

[1] Sim [2] Não

Você achou que esse medicamento ajudou a melhorar a dor?

[1] Sim [2] Não

Em caso de um novo parto você gostaria de usá-la novamente?

[1] Sim [2] Não

Você recebeu transfusão de sangue logo após o parto? _____

[1] Sim. Por quê? _____

[2] Não [99] Não se lembra

Só para quem teve cesárea

Você sabe por que seu parto foi por cesárea? _____

[1] Sim. Por quê? _____

[2] Não [99] Não sabe

Em que momento foi decidido pela cesárea? _____

[1] No pré-natal [2] No pré-parto [3] Já na sala de parto [99] Não sabe

Por que seu médico indicou a cesárea? (ler opções) _____

[1] Sim [2] Não [99] Não sabe

[a] Você queria fazer cesárea _____

[b] Você queria ligar as trompas _____

[c] O bebê tinha circular de cordão _____

[d] Você já tinha uma cesárea anterior _____[e] Você já tinha duas ou mais cesáreas anteriores _____

[f] O bebê estava sentado _____

[g] O bebê estava atravessado _____

[h] O bebê era grande/não tinha passagem _____

[i] Havia pouco líquido amniótico/placenta velha _____

[j] Você não queria sentir a dor do parto normal _____

[l] O bebê estava crescendo pouco ou parou de crescer _____

[m] O bebê entrou em sofrimento _____

[n] Passou da hora/do tempo _____

[o] A bolsa rompeu _____

[p] Grávida de gêmeos (dois ou mais) _____

[q] Pressão alta _____

[r] Hemorragia _____

[s] Diabetes _____

[t] Medo de falta de vaga para internação _____

[u] Medo da violência na cidade _____

[v] Outra razão não citada _____

Qual? _____

Você concordou com a indicação de cesárea?

[1] Sim

[2] Não. Por quê? _____

6. Bebê

Você teve contato com o bebê na sala de parto? _____

[1] Sim, ele (a) foi colocado (a) sobre mim [2] Sim, apenas me mostraram [3] Não

Durante a primeira hora após o parto, você:

[1] Apenas viu o bebê [2] Ficou com o bebê no colo
[3] Colocou para mamar [4] Não teve contato com o bebê (responda a questão

Se não ficou com o bebê na primeira hora, qual foi o motivo de não ter podido ficar com bebê, na primeira hora após o parto? _____

(Textual) _____

O bebê eliminou cocô (mecônio) quando ainda estava na sua barriga?

[1] Sim [2] Não

Quanto tempo depois do parto seu bebê pode voltar e ficar com você no seu quarto?

_____ minutos ou _____ horas

O bebê foi para o quarto junto com você? _____

[1] Sim [2] Não

Se não, por quê?

[1] Foi para o berçário [2] Foi para a UI/UTI

[3] Outro motivo _____

O médico lhe disse se seu bebê teve alguma destes problemas?

[1] Sim [2] Não

[a] Hipoglicemia – baixa de açúcar no sangue _____

[b] Doença no coração/má formação congênita _____

[c] Custou ou teve dificuldade para respirar depois que nasceu – asfixia ou hipóxia _____

[d] Precisou de oxigênio _____

[e] Teve infecção _____

7. Pós-parto

“Agora, vamos falar sobre como foi depois do parto, que nós vamos chamar de pós-parto.”

Anotar número de horas ou dias depois do parto [] [] horas

Você tem recebido ajuda de algum profissional durante a amamentação? _____

[1] Sim [2] Não

Se sim, essas orientações...

[1] Foram faladas logo que você chegou ao pós-parto, individualmente

[2] Recebeu apenas orientações em grupo

[3] Recebeu ajuda das companheiras de quarto

[4] Não foi falado nada, você precisou perguntar a eles (as)

Antecedentes Obstétricos (excluir gestação atual)

Entrevistador, diga: “Agora vou fazer perguntas sobre suas gestações anteriores.”

	Quantidade	
Quantas vezes a você já esteve grávida antes desta gestação (incluindo possíveis perdas fetais e abortos)? (se nenhuma, ir para questão	[] []	____
Quantos partos você já teve, excluindo o atual?	[] []	____
Quantos destes partos foram normais, excluindo o atual?	[] []	____
Quantos destes partos foram fórceps, excluindo o atual?	[] []	____
Quantos destes partos foram cesáreas, excluindo o atual?	[] []	____
Qual foi a data da sua última cesariana? ____/____/____		
Qual foi a indicação desta cesariana? _____		
Quantos filhos nasceram vivos, excluindo o atual?	[] []	____
Quantos filhos nasceram mortos, excluindo o atual?	[] []	____
Quantos abortos você teve?	[] []	____
Você teve algum bebê que nasceu prematuro, excluindo o atual?	[] []	____
[1] Sim [2] Não		
Você teve algum bebê que nasceu com menos de 2.500g (baixo peso), excluindo o atual?	[] []	____
[1] Sim [2] Não		
Você teve algum bebê que nasceu com mais de 4 Kg, excluindo o atual?	[] []	____
[1] Sim [2] Não		

Você possui plano de saúde?

- [1] Sim
[2] Não (pule para

Entrevistador: só para quem tem plano de saúde**Está com a carteirinha do plano de saúde? _____**

- [1] Sim. Anotar Registro ANS e Razão Social _____
[2] Não. Qual é sua operadora de plano de saúde? _____

Seu plano é individual ou coletivo? _____

- [1] Individual [2] Coletivo [99] Não sabe

A assistência a sua atual gravidez e parto foi coberto pelo plano? _____

- [1] Sim, totalmente
[2] Sim, somente pré-natal
[3] Sim, somente parto
[4] Não. Por quê? _____
[99] Não sabe

Você tem alguma dúvida que eu possa ajudá-la a esclarecer com relação ao seu parto ou aos cuidados consigo ou com o bebê? _____

Anotar quais: _____

Entrevistador: Agradeça a participação na pesquisa

FIM DA ENTREVISTA

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa em Instrumento para Levantamento de Informações nas Unidades de Saúde (Puerpera)

Pesquisa: Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento

OBJETIVOS DA PESQUISA

A pesquisa *Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento* tem como objetivo principal identificar os tipos de parto realizados e os motivos para realização de cada um deles. Pretende-se também avaliar o atendimento à mulher durante o pré-natal e parto e, também, a assistência aos recém-nascidos.

Serão considerados, ainda, os aspectos relacionados às características da maternidade, principalmente as relacionadas à área física, à organização do serviço e à qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Será aplicado um questionário por um entrevistador que recebeu treinamento para isto e foi devidamente orientado a considerar as condições de saúde e as necessidades das puerperas. A entrevistada terá liberdade para responder as questões que lhe forem feitas, como também para deixar de responder aquelas que não desejar. As entrevistadas serão informadas que no período de 45 a 60 dias após o parto, outra entrevista será feita por telefone, com a finalidade de saber sobre as condições de saúde da puerpera e do seu filho.

CONFIDENCIALIDADE

A aplicação do questionário será realizada para cada entrevistada, individualmente, somente na presença do(a) entrevistador(a) e em local reservado. A entrevista é absolutamente voluntária. Se houver alguma questão que a puerpera não queira responder, passará para a questão seguinte. A entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, caso a entrevistada assim decidir. As informações prestadas pelas entrevistadas 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 está prevista para durar cerca de 30 minutos. O benefício direto desta pesquisa é oferecer dados para a área de saúde pública que serão utilizados para conhecer a situação das unidades de saúde selecionadas e, assim, servir para a melhoria da atenção à saúde materna e infantil em Belo Horizonte.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

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 contatos poderão ser feitos com o pesquisador responsável. O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, também poderá ser contactado em caso de dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa.

Pesquisador responsável: Profa. Edna Maria Rezende

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais – EE-UFMG. Rua Alfredo Balena, 190, sala 416. Santa Efigênia – 30130-100. Belo Horizonte-MG. Tel: (31) 34099864 email: ednarez@enf.ufmg.br Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II – 2º. Andar, sala 2005 - Cep: 31270-901 – Belo Horizonte, MG Telefax: (031) 34094592 – email: coep@prpq.ufmg.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora, _____,

Convidamos-lhe para participar de uma pesquisa sobre parto e nascimento, que se chama **Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento**, de responsabilidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

O estudo pretende identificar os tipos de partos realizados, os motivos para sua realização e avaliar o atendimento da mulher durante o pré-natal e o parto, e dos recém-nascidos.

Gostaríamos de contar com a sua importante colaboração nesta pesquisa, pois essa participação muito contribuirá para a melhoria da qualidade do atendimento à mulher e a criança. Esclarecemos que não haverá nenhum risco para você e para o seu filho.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre você e seu bebê e como foi sua assistência desde o pré-natal. As respostas serão anotadas em um formulário. Também iremos entrar em contato com você, por telefone, no período entre 45 e 60 dias para saber como estará a sua saúde e do seu filho.

Solicitamos também o consentimento para acessar seu prontuário médico, informando que será garantida a confidencialidade dos dados, sendo que as informações coletadas serão utilizadas e divulgadas de forma anônima, e exclusivamente para execução do projeto de pesquisa acima intitulada.

Tudo que for dito ficará em segredo e o seu nome não será divulgado. Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar.

Eu declaro ter sido informada e concordo em participar, como voluntária, desta pesquisa.

Assinatura da entrevistada

Assinatura do responsável legal

_____, _____ / _____ / _____

1. Alta
2. Saída à revelia
3. Óbito (vá para questão 16)

4. Permanece internada após 42 dias da data do parto (vá para 17)

15.3 Data da saída do hospital para onde foi transferida / /

16. Número da Declaração de Óbito:

3. Antecedentes clínico-obstétricos:

17. Número de gestações anteriores:

(se primeira gestação, preencha com 00 e vá para questão 21)

18. Número de abortos anteriores:

19. Número total de partos anteriores (se 00, vá para questão 21)

20. Destes quantos foram cesáreas:

21. Antecedentes pessoais de risco:

22. Doença cardíaca 0. Não 1. Sim

23. Hipertensão arterial com tratamento continuado 0. Não 1. Sim

24. Anemia grave ou outra hemoglobinopatia 0. Não 1. Sim

25. Asma 0. Não 1. Sim

26. Lupus ou esclerodermia 0. Não 1. Sim

27. Hipertireodismo 0. Não 1. Sim

28. Diabetes não gestacional 0. Não 1. Sim

29. Doença renal crônica 0. Não 1. Sim

30. Convulsões/epilepsia 0. Não 1. Sim

31. Acidente Vascular Cerebral (AVC) 0. Não 1. Sim

32. Doença hepática crônica 0. Não 1. Sim

33. Doença psiquiátrica 0. Não 1. Sim

34. Outros 0. Não (vá para 36) 1. Sim

35. Quais? _____

36. Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual (antes da internação):

37. Incompetência istmo-cervical (IIC) 0. Não 1. Sim

38. Crescimento Intra Uterino Restrito (CIUR) 0. Não 1. Sim

39. Oligodramnia 0. Não 1. Sim

40. Polídramnia 0. Não 1. Sim

41. Isoimunização RH 0. Não 1. Sim

42. Placenta prévia 0. Não 1. Sim

43. Descolamento prematuro de placenta (DPP) 0. Não 1. Sim

44. Amniorexe prematura 0. Não 1. Sim

45. Diabetes gestacional 0. Não 1. Sim

46. Síndromes hipertensivas (HA crônica, pré-eclâmpsia, síndrome HELLP) 0. Não 1. Sim

47. Eclâmpsia/Convulsões 0. Não 1. Sim

48. Ameaça de parto prematuro 0. Não 1. Sim

49. Sofrimento fetal 0. Não 1. Sim

50. Sífilis 0. Não 1. Sim

51. Infecção urinária 0. Não 1. Sim

52. Infecção pelo HIV 0. Não 1. Sim

53. Toxoplasmose (que precisou tratar) 0. Não 1. Sim

54. Exame de cultura para streptococo na vagina e/ou ânus positivo 0. Não 1. Sim

55. Malformação congênita 0. Não (vá para 57) 1. Sim

56. Qual? _____

57. Outros problemas 0. Não (vá para 59) 1. Sim

58. Qual?

59. Cirurgia uterina anterior (miomectomia, microcesarea, outras cirurgias do corpo uterino)

0. Não 1. Sim

4. Dados da Internação

60. Data da última menstruação (DUM): / /

61. Idade gestacional na admissão calculada pela DUM: semanas

62. Idade gestacional na admissão calculada por USG: semanas

63. Idade gestacional na admissão sem referência ao método de cálculo: semanas

64. Apresentação do bebê:

65. Primeiro bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação

66. Segundo bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação

67. Terceiro bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação

68. Quarto bebê

1. Cefálica 2. Pélvica 3. Outra (Córmica/transversa) 9. Sem informação

69. Nível de consciência da mulher na admissão:

1. Lúcida 2. Torporosa (confusão mental)

3. Em coma 9. Sem informação

70. Ocorrência de convulsões antes da internação: 0. Não 1. Sim

71. Há registro de pressão arterial na admissão 0. Não (**vá para 74**) 1. Sim

72. Primeira verificação: sist (em mmhg) sist | | mmhg

73. Primeira verificação: diast (em mmhg) diast | | mmhg

74. Há registro de temperatura axilar na admissão: 0. Não (**vá para 76**) 1. Sim

75. Valor em 0C | | 0C

76. Sangramento vaginal após internação e antes do parto:

0. Não

1. Sim, pequeno

2. Sim, moderado

3. Sim, intenso

4. Sim, sem

especificação

77. Perda de líquido amniótico (ruptura da bolsa) antes da internação:

1. Não

2. Sim, líquido claro sem grumos

3. Sim, líquido claro com grumos

4. Sim, líquido com mecônio

5. Sim, líquido sanguinolento

6. Sim, líquido purulento/ fétido

7. Sim, sem

especificação

78. Dilatação do colo do útero no momento da admissão: (**consultar instrutivo**) em centímetros | | cm

79. Número de contrações em 10 minutos no momento da admissão: | contrações

80. Batimento Cardíaco Fetal (BCF) na admissão (ou primeiro exame):

0. Ausente (**vá para 82**) 1. Presente

81. Qual a frequência? | | bpm

82. Realizada cardiocografia (CTG): (*Permite mais de 1 opção*)

0. Não (**vá para 84**)

1. Sim, antes de vir para maternidade _____
2. Sim, na admissão/internação _____
3. Sim, no trabalho de parto _____

83. Algum resultado da CTG alterado: **0.** Não **1.** Sim **9.** Sem informação |___|

84. Realizado Dopplerfluxometria Fetal: (*Permite mais de 1 opção*)

0. Não (**vá para 86**)

1. Sim, antes de vir para maternidade |___| |___|

2. Sim, na admissão/internação

85. Algum Doppler alterado: **0.** Não **1.** Sim **9.** Sem informação |___|

86. Prescrição de corticóide antes do parto: (*Permite mais de 1 opção*)

0. Não **1.** Sim, antes da internação **2.** Sim, na admissão/internação |___| |___|

87. Motivo da internação:

1. Internação por trabalho de parto

2. Internação para indução do trabalho de parto

3. Internação para cesárea eletiva sem trabalho de parto (**responda 88 e vá para 130**)

4. Internação como gestante, por complicação clínico-obstétrica

5. Outro motivo

|___|

88. Diagnóstico na internação: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Trabalho de parto

2. Trabalho de parto prematuro/ameaça de trabalho de parto

3. Amniorrexe prematura (Ruptura das membranas ovulares /Bolsa rota)

4. Gestação múltipla (2 ou + fetos)

5. Gestação prolongada/pós-maturidade

6. Sofrimento fetal (agudo/crônico)- Crescimento restrito (CIUR)

7. Polidramnia / Oligodramnia

8. Descolamento prematuro da placenta / DPP

9. Hemorragia vaginal

10. Eclâmpsia /convulsão

11. Hipertensão na gestação (qualquer tipo)

12. Apresentação pélvica ou outra apresentação anômala (córmica/transversa)

13. Iteratividade (cesáreas anteriores)

14. Diabetes gestacional

15. Infecção pelo HIV

16. Óbito fetal

17. Sem diagnóstico clínico-obstétrico informado

18. Outro diagnóstico (**responda a 89**)

19. Intercorrência clínica (**vá para 90**)

89. Outro diagnóstico. Qual?

90. Intercorrência clínica. Qual?

91. Houve indicação de parto cesáreo no momento da admissão/internação:

0. Não **1.** Sim (**vá para 130**)

|___|

5. Assistência ao trabalho de parto

92. Data da admissão/internação no pré-parto: |___|_|___| /|___|_|___|/|___|_|___|

93. Hora da admissão/internação no pré-parto (se não houver registro, marcar 00h00min): |___|_|___| h |___|_|___| min

94. Trabalho de Parto:

1. Espontâneo (**vá para 96**)

2. Induzido sem sucesso (**responda a questão 95 e depois vá para 130**)

3. Induzido com sucesso

4. Não entrou em trabalho de parto (**vá para 130**)

|__|

95. Medicações/método utilizados para indução do parto: (**ver folha de prescrição**)

1. Ocitocina 2. Misoprostol 3.

Outras |__| |__|

96. O acompanhante estava presente: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação |__|

97. Prescrição de dieta no trabalho de parto:

0. Dieta zero 1. Dieta líquida 2. Outro tipo de dieta 9. Sem informação |__|

98. Prescrição de repouso no leito no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim |__|

99. Prescrição de hidratação venosa no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim (**vá para 101**)|__|

100. Colocação de acesso venoso no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim |__|

101. Prescrição de antibióticos no trabalho de parto: 0. Não 1. Sim |__|

102. Realização de tricotomia (raspagem dos pelos) na maternidade: 0. Não 1. Sim |__|

103. Enterócise/enema (lavagem intestinal) antes do parto: 0. Não 1. Sim |__|

104. Profissional que acompanhou o trabalho de parto: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetrix 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5. Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7.

Outro 9. Sem informação

|__| |__|

|__| |__|

|__| |__|

105. Presença de partograma no prontuário: 0. Não (**vá para 110**) 1. Sim |__|

106. Registro de dilatação do colo do útero no início do uso do partograma:

0. Não (**vá para 108**) 1. Sim

|__|

107. Quantos? (centímetros) |__||__|cm

108. Registro do número de toques no partograma: 0. Não (**vá para 110**) 1. Sim | _ _ |

109. Quantos? |__||__|

110. Prescrição de ocitocina durante o trabalho de parto:

0. Não (**vá para 116**) 1. Sim

|__|

111. **Prescrição da ocitocina (anotar primeira prescrição antes do parto):**

112. Número de ampolas de 5UI/500 ml soro |__| |__|

113. Nº de gotas/mim |__||__|

114. Velocidade de infusão ml/hora |__||__|

115. Dilatação do colo do útero no início da administração da ocitocina: |__||__|cm

116. Prescrição de analgésicos durante o trabalho de parto: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Não

2. Sim, opióides (**dolantina, meperidina ou petidina**)

3. Sim, outras (**buscopam, dipirona, hioscina, outros**)

|__| |__|

117. **Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor:**

118. Banho de chuveiro 0. Não 1. Sim | _ _ _ |

119. Banho de banheira 0. Não 1. Sim | _ _ _ |

120. Massagem 0. Não 1. Sim | _ _ _ |

121. Bola 0. Não 1. Sim | _ _ _ |

121.1. Banquinho 0. Não 1. Sim |__|

122. Cavalinho 0. Não 1. Sim | _ _ _ |

123. Outros 0. Não (**vá para 125**) 1. Sim | _ _ _ |

124. Qual:

125. Utilização de analgesia durante o trabalho de parto:

0. Não 1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui(combinação) 4.

Geral |__|

126. Ruptura de membranas durante o trabalho de parto /parto:

0. Não, ruptura antes da internação (**vá para 129**)

1. Sim, ruptura espontânea

2. Sim, ruptura artificial (feita pelos profissionais)

3. Sim, sem informação do tipo de ruptura

|__|

127. Característica do líquido:

1. Líquido claro sem grumos

2. Líquido claro com grumos

3. Líquido com mecônio

4. Líquido sanguinolento

5. Líquido purulento/ fétido

6. Líquido _____ sem

especificação |__|

128. Dilatação do colo do útero no momento da ruptura de membranas no partograma /prontuário: |__| |__|, |__| cm

129. Há registro no prontuário de: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Sofrimento fetal durante o TP

2. Eliminação de mecônio espesso

3. Bradicardia fetal (BCF < 110)

4. Taquicardia fetal (BCF > 160)

5. Presença de DIP 2 (desaceleração na cardiotocografia)

6. Sem registro de alguma das alterações acima

|__|

6. Dados da Assistência ao Parto

130. Dia do parto: |__| |__| / |__| |__| / |__| |__|

131. Hora do parto:

|__| |__| horas

|__| |__| min

132. O acompanhante estava presente no parto: 0. Não 1. Sim 9. Sem informação |__|

133. Tipo de parto 1. Vaginal (inclui fórceps) 2. Cesáreo (**vá para 146**)

(Em caso de gemelar, com parto normal e cesárea, preencher as questões relativas aos dois tipos de parto)

134. Uso de fórceps/vácuo extrator: 0. Não 1. Fórceps 2. Vácuo-extrator |__|

135. Qual profissional assistiu o parto:

1. Médico (a) 2. Enfermeiro (a) obstetra/obstetrix 3. Enfermeiro (a) 4. Parteira tradicional 5.

Auxiliar/técnico de enfermagem 6. Estudante 7. outro

9. Sem informação |__|

136. Posição da mulher no parto:

1. Litotomia (**deitada de costas**) 2. Deitada de lado 3.

Sentada/reclinada 4. Na banheira 5. De quatro 6. De cócoras 7. De pé

9. Sem informação |__|

137. Horário do registro de dilatação total: (**partograma ou prontuário**)

|__| |__| h

|__| |__| min

138. Duração do período expulsivo registrado no prontuário:

|__| |__| h

|__| |__| min

139. Realização de episiotomia: 0. Não 1. Sim |__|

140. Ocorrência de laceração vaginal/perineal

0. Não 1. 1º grau 2. 2º grau 3. 3º grau 4. 4º grau 5. Sim, sem

especificação |__|

141. Registro de sutura vaginal/perineal ou episiorrafia ou cicatriz de episiotomia:

0. Não 1.

Sim |__|

142. Realização de manobra de Kristeller: 0. Não 1. Sim |__|

143. Alguma complicação no parto e/ou pós-parto imediato: (*Permite mais de 1 opção*)

0. Não 1. Distócia de ombro 2. Prolapso de cordão 3. Ruptura uterina
4. Período expulsivo prolongado 5. Atonia uterina 6. Placenta retida
7. Outros (**responda a 144**)

144.

Qual? _____

145. Utilização de anestesia:

0. Não 1. Peridural 2. Raquidiana 3. Peri+Raqui (**combinado**)
4. Geral 5. Local 6. Locoregional/nervo pudendo 9. Sem informação
(Se parto vaginal não preencher o bloco 7 - vá para o bloco "Dados sobre Near Miss Materno", questão 156)

7. Indicação da cesariana

146. Informações do obstetra:

(Ver folha ou relato da cirurgia. Registrar na mesma ordem da folha de descrição cirúrgica)

147. 1ª Informação do obstetra:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal/CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica (sentado)
9. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclâmpsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Mal formação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 148**)

148. Outra.

Qual? _____

149. 2ª Informação do obstetra:

01. Cesariana anterior/Iteratividade
02. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
03. Parada de Progressão
04. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
05. Placenta prévia
06. Sofrimento fetal/CIUR
07. Infecção pelo HIV
08. Apresentação pélvica (sentado) _____
9. Apresentação córmica (atravessado)
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclâmpsia

13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Mal formação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 150**)
150. Outra.

Qual?

151. 3ª Informação do obstetra:
 1. Cesariana anterior/Iteratividade
 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
 3. Parada de Progressão
 4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
 5. Placenta prévia
 6. Sofrimento fetal/CIUR
 7. Infecção pelo HIV
 8. Apresentação pélvica (sentado)
 9. Apresentação córmica (atravessado)
 10. Laqueadura tubária
 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
 12. Eclampsia
 13. Síndrome HELLP
 14. Diabetes
 15. Oligodramnia
 16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Mal formação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 152**)

152. Outra.

Qual?

153. 4ª Informação do obstetra:
 1. Cesariana anterior/Iteratividade
 2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
 3. Parada de Progressão
 4. Descolamento Prematuro de Placenta (DPP)
 5. Placenta prévia
 6. Sofrimento fetal/CIUR
 7. Infecção pelo HIV
 8. Apresentação pélvica (sentado)
 9. Apresentação córmica (atravessado)
 10. Laqueadura tubária
 11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia

12. Eclampsia
 13. Síndrome HELLP
 14. Diabetes
 15. Oligodramnia
 16. Gemelaridade
 17. Prematuridade
 18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
 19. Macrossomia
 20. Falha de indução
 21. Mal formação
 22. Óbito fetal
 23. Amniorrexe prematura
 24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Outra (**responda a 154**)
154. Outra.

Qual?

155. Tipo de anestesia:

1. Peridural 2. Raqui 3. Peri+Raqui (**combinado**) 4. Geral

8. Dados sobre Near Miss Materno

156. Apresentou alguma das seguintes alterações clínicas, em algum momento da internação:

157. Cianose aguda 0. Não 1. Sim
158. Respiração agônica (gasping) 0. Não 1. Sim
159. Frequência respiratória (FR) > 40 ou < 6 ipm 0. Não 1. Sim
160. Choque 0. Não 1. Sim
161. Oligúria não responsiva à hidratação e medicamentos 0. Não 1. Sim
162. Distúrbio de coagulação 0. Não 1. Sim
163. Icterícia na presença de pré-eclâmpsia 0. Não 1. Sim
164. Convulsões reentrantes/paralisia total 0. Não 1. Sim
165. AVC 0. Não 1. Sim
166. Perda da consciência maior que 12 horas 0. Não 1. Sim
167. Perda da consciência associada a ausência de pulso 0. Não 1. Sim

168. Apresentou alguma das seguintes alterações laboratoriais, em algum momento da internação:

169. Saturação de O₂ < 90% por mais de 60 minutos 0. Não 1. Sim
170. PaO₂/FiO₂ < 200 mmHg 0. Não 1. Sim
171. Creatinina ≥ 3,5 mg/dl 0. Não 1. Sim
172. Bilirrubina > 6 mg/dl 0. Não 1. Sim
173. pH < 7,1 0. Não 1. Sim
174. Lactato/ Ácido láctico > 5 0. Não 1. Sim
175. Trombocitopenia aguda (plaquetas < 50.000) 0. Não 1. Sim
176. Perda de consciência associada à presença de glicose e cetoácidos na urina 0. Não 1. Sim

177. Realizou algum dos seguintes tratamentos, em algum momento da internação:

178. Uso contínuo de drogas vasoativas (dopamina, dobutamina, adrenalina) 0. Não 1. Sim
179. Histerectomia pós infecção ou hemorragia 0. Não 1. Sim
180. Transfusão ≥ 5 unidades de hemácias 0. Não 1. Sim
181. Diálise por insuficiência renal aguda 0. Não 1. Sim
182. Intubação e ventilação mecânica ≥ 60 minutos não relacionada à anestesia 0. Não 1. Sim
183. Ressuscitação cardiopulmonar 0. Não 1. Sim

Atenção entrevistador! No caso de gemelar, preenche No caso de natimorto responder só as questões 186, 9. Dados do recém-nato – 1ª parte

r uma ficha para cada recém-nascido. 187, 259, 261, 263 e 265.

9. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
- |__|
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 204**)
204. Qual?

205. 3ª informação:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)
5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal / CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica
9. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Amniorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
- |__|
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 206**)
206. Qual?

207. 4ª informação:

1. Cesariana anterior/Iteratividade
2. Desproporção Céfalo Pélvica (DCP)
3. Parada de Progressão
4. Deslocamento Prematuro de Placenta (DPP)

5. Placenta prévia
6. Sofrimento fetal / CIUR
7. Infecção pelo HIV
8. Apresentação pélvica
9. Apresentação córmica
10. Laqueadura tubária
11. Hipertensão arterial/Pré-eclampsia
12. Eclampsia
13. Síndrome HELLP
14. Diabetes
15. Oligodramnia
16. Gemelaridade
17. Prematuridade
18. Pós-maturidade/Gravidez prolongada
19. Macrossomia
20. Falha de indução
21. Malformação
22. Óbito fetal
23. Aminiorrexe prematura
24. Intercorrências clínicas
25. Sem informação no prontuário
26. Não se aplica – parto vaginal
27. Outra (**responda a 208**)

|__|

208. Qual?

209. Apgar no 1o. Minuto |__|__|

210. Apgar no 5o. Minuto |__|__|

10. Dados do recém-nato – 2ª parte

211. Manobras de reanimação na sala de parto

212. O2 inalatório **0.** Não **1.** Sim |__|

213. Ventilação com ambú + máscara **0.** Não **1.** Sim |__|

214. Entubação oro-traqueal **0.** Não **1.** Sim |__|

215. Massagem cardíaca **0.** Não **1.** Sim |__|

216. Drogas **0.** Não **1.** Sim |__|

217. Outros **0.** Não **1.** Sim |__|

218.

Qual?

219. Outros procedimentos realizados na primeira hora após o nascimento:

220. Aspiração de vias aéreas superiores **0.** Não **1.** Sim |__|

221. Aspiração gástrica **0.** Não **1.** Sim |__|

222. Vitamina K (Kanakion) **0.** Não **1.** Sim |__|

223. Credé (colírio de nitrato de prata) **0.** Não **1.** Sim |__|

224. Vacina contra hepatite B **0.** Não **1.** Sim |__|

225. Foi para incubadora **0.** Não **1.** Sim |__|

226. O bebê foi internado? **0.** Não (**vá para 256**) **1.** Sim |__|

227. Utilização de oxigênio após o nascimento:

228. Hood ou circulante **0.** Não **1.** Sim |__|

229. CPAP **0.** Não **1.** Sim |__|

230. Ventilação mecânica **0.** Não **1.** Sim |__|

231. Com 28 dias de vida estava em oxigenioterapia (qualquer tipo):

0. Não **1.** Sim **8.** Não estava mais internado

|__|

232. Se bebê nasceu prematuro, com 36 semanas de idade g estacional corrigida ainda estava em oxigenioterapia (de qualquer tipo).

1. RN nasceu a termo

2. Não

|__|

3. Ainda não atingiu 36 semanas

4. Sim

5. Não estava mais internado

233. Indicação de internação em UTI neonatal: 0. Não 1. Sim

234. Internação em UTI neonatal: 0. Não 1. Sim

235. Utilização de surfactante: 0. Não 1. Sim

236. Hipoglicemia (glicemia menor do que 40) nas primeiras 48h de nascido:

0. Não 1. Sim

237. Uso de antibiótico

1. Não usou

2. Início até 48h de vida (Sepse precoce)

3. Início após 48h de vida (Sepse tardia)

238. Fototerapia nas primeiras 72h de vida: 0. Não 1. Sim

239. Nível máximo de bilirrubina nas primeiras 72h de vida: || mg/dl
2 dígitos e 1 casa decimal

240. Apresentou malformação congênita? 0. Não 1. Sim

241. Outros diagnósticos durante a internação:

242. Taquipnéia transitória 0. Não 1. Sim

243. Doença da membrana hialina 0. Não 1. Sim

244. Síndrome de aspiração meconial 0. Não 1. Sim

245. Hipertensão pulmonar 0. Não 1. Sim

246. Convulsão 0. Não 1. Sim

247. Enterocolite necrotizante 0. Não 1. Sim

248. Toxoplasmose 0. Não 1. Sim

249. Rubéola congênita 0. Não 1. Sim

250. Herpes 0. Não 1. Sim

251. Citomegalovírus 0. Não 1. Sim

252. Sífilis congênita 0. Não 1. Sim

253. Criança exposta ao HIV 0. Não 1. Sim

254. Outros 0. Não 1. Sim

255. Qual ?

256. Uso de aleitamento materno exclusivo: 0. Não 1. Sim (**vá para 258**)

257. Outros alimentos que recebeu durante a internação (*Permite mais de 1 opção*)

1. Água

2. Soro glicosado/ Glicose via oral (chuca com açúcar)

3. Leite humano ordenhado

4. Leite artificial

5. Nutrição Parenteral (NPT)

Tipo de saída do hospital onde ocorreu o nascimento:

0. Continua internado aos 28 dias de vida (**vá para 264**)

1. Alta 2. Óbito 3. Transferência para outro hospital (**vá para questão**

260)

259. Data da saída: (**Se óbito, vá para 261; se alta, vá para 264**) |||||

260. Hospital para onde foi transferido (nome, cidade, estado):

260.1 Motivo da transferência:

260.2 Data da transferência: |||||

260.3 Tipo de saída do hospital para onde foi transferido:

0. Continua internado aos 28 dias de vida (**vá para 264**)

1. Alta 2.

Óbito

260.4 Data da saída do hospital para onde foi transferido: (**se alta vá para a questão 264**)

|||||

261. Causas de óbito registradas no prontuário: (*Permite mais de 1 opção*)

1. Prematuridade extrema (< 1000g)
2. Infecção
3. Sífilis congênita
4. Malformação congênita
5. Problemas respiratórios (DMH, pneumotórax, aspiração de mecônio, pneumonia, hipertensão pulmonar)
6. Outros (**responda a 262**)

262. Qual

263. Número da declaração de óbito |__|__|__|__|__|__|__|__|

264. Peso do bebê na alta hospitalar, óbito ou aos 28 dias de nascido, se ainda internado.
(em gramas)

|__||__||__||__|g

265. Observações:

APÊNDICE I Componentes principais, autovalores e variância explicada pelos componentes implícitos nas 49 variáveis de adequação da estrutura das instituições hospitalares que prestam assistência ao parto e nascimento no Município de Belo Horizonte, 2011- 2013

Componente	Autovalores	% de variância	% variância acumulada
1	9,93	20,27	20,27
2	7,73	15,78	36,05
3	7,07	14,44	50,49
4	5,55	11,34	61,82
5	4,88	9,95	71,77
6	4,53	9,24	81,01
7	3,23	6,60	87,61
8	2,70	5,52	93,13
9	1,88	3,84	96,97
10	1,48	3,03	100,00
11	0,00	0,00	100,00
12	0,00	0,00	100,00
13	0,00	0,00	100,00
14	0,00	0,00	100,00
15	0,00	0,00	100,00
16	0,00	0,00	100,00
17	0,00	0,00	100,00
18	0,00	0,00	100,00
19	0,00	0,00	100,00
20	0,00	0,00	100,00
21	0,00	0,00	100,00
22	0,00	0,00	100,00
23	0,00	0,00	100,00
24	0,00	0,00	100,00
25	0,00	0,00	100,00
26	0,00	0,00	100,00
27	0,00	0,00	100,00
28	0,00	0,00	100,00
29	0,00	0,00	100,00
30	0,00	0,00	100,00
31	0,00	0,00	100,00
32	0,00	0,00	100,00
33	0,00	0,00	100,00
34	0,00	0,00	100,00
35	0,00	0,00	100,00
36	0,00	0,00	100,00
37	0,00	0,00	100,00
38	0,00	0,00	100,00
39	0,00	0,00	100,00
40	0,00	0,00	100,00
41	0,00	0,00	100,00
42	0,00	0,00	100,00
43	0,00	0,00	100,00
44	0,00	0,00	100,00
45	0,00	0,00	100,00
46	0,00	0,00	100,00
47	0,00	0,00	100,00
48	0,00	0,00	100,00
49	0,00	0,00	100,00

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais



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

Projeto: CAAE - 0246.0.203.000-11

Interessado(a): **Profa. Edna Maria Rezende**
Depto. Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 13 de julho de 2011, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado "**Nascer em Belo Horizonte: inquérito sobre parto e nascimento**" 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.


Prof. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

APÊNDICE F : Variáveis de Caracterização

N	Questão	
1	23	Como é classificada a unidade – Hospital geral ou maternidade
2	24	Os leitos de obstetrícia são Públicos ou Privados
3	26	Os leitos da UTI neonatal são Públicos ou Privados
4	28	Os leitos de cuidados intermediários neonatais são Públicos ou Privados
5	29	O hospital é campo de ensino?
6	30	O campo de ensino é credenciado ao MEC?
7	31	O serviço possui título de Hospital amigo da criança?
8	32	O hospital possui casa da gestante de alto risco ou de apoio?
9	40	O serviço é referência para o pré-natal de alto risco?
10	44	O serviço é referência para internação e parto de gestante de risco ?
11	48	O serviço é referência para recém-nascido de alto risco?
12	52	Com relação à forma de organização do corpo clínico médico da obstetrícia: Há equipe externa- corpo clínico aberto?
13	56	Com relação à forma de organização dos médicos especialistas pediatra/ neonatologista: Há equipe médica externa?
14	57	Com relação à forma de organização dos anestesistas: a. Há equipe médica externa?
15	60	Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade - médico da obstetrícia (anos e meses)?
16	63	Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade - pediatra/ neonatologista?
17	65	Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia
18	66	Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade - coordenador de enfermagem na obstetrícia?
19	69	Há quanto tempo esse profissional trabalha nesta unidade - coordenador de enfermagem na neonatologia?
20	77	São realizadas reuniões rotineiras com a equipe de saúde para discussão das indicações de cesáreas?
21	81	Os protocolos existentes são utilizados pelos profissionais da equipe médica externa?
22	91	Quantas banheiras existem neste setor para uso da parturiente?

APÊNDICE G : Variáveis classificadas como de adequação à legislação.

GRUPO 1: CARACTERÍSTICAS DE ESTRUTURA

Nº	VARIÁVEL QUESTIONÁRIO NASCER EM BH	Referência para o adequado	Legislação
15	Cadastro CNES	Ter cadastro atualizado no CNES	RDC 36/2008 - item 4.3
25	O hospital possui UTI neonatal em funcionamento	Se for alto risco /Ter UTI neonatal (até 28 dias acima é pediátrico)	RDC 36/2008 Item 8.1.12
27	O hospital possui leitos de cuidados intermediários neonatal	Ter leitos para cuidados intermediários	Portaria n. 930 de 10 maio de 2012 Art 6º
101	UTI adulto	O serviço deve possuir UTI adulto (de acordo com o perfil da demanda do estabelecimento).	RDC 36/2008 / Item 8.1.12
70	Existe algum tipo de triagem ou classificação de risco para a gestante na admissão	Avaliação inicial imediata da saúde materna e fetal definição de atendimento prioritário/ assistência necessária	RDC36- Item 9.53 e 9.5.4 Manual ACR Obstétrico Ministério da saúde 2014
71	Essa classificação é realizada por qual profissional	Enfermeiro ou Enfermeiro obstetra ou Médico Obstetra	Manual ACR Obstétrico Ministério da saúde 2014
85	Como é a privacidade no atendimento da gestante /partuiente/ puérpera	Garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante	RDC 36/2008- Item 9.9.1
a	na admissão	Garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante	RDC 36/2008- Item 9.6.1
b	no pré-parto	Garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante	RDC 36/2008- Item 9.6.1

c	na modalidade PPP	Garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante	RDC 36/2008- Item 9.6.1
d	no parto	Garantir a privacidade da parturiente	RDC 36/2008- Item 9.6.1
e	no pós parto	Garantir a privacidade da parturiente e seu acompanhante	RDC 36/2008- Item 4.1.5.3 do anexo II
89	Possui poltrona cadeira para acompanhante da parturiente	Ter poltrona removível destinada ao acompanhante (01 para cada leito)	RDC 36/2008- Item 7.2.13 item 4.1.5.1 anexo II
90	Quantos chuveiros com água quente existem no centro obstétrico ou PP /pós parto /PPP para paciente	Possuir chuveiros em todos os ambientes	RDC 36/2008- item 4.1.6.1 do anexo II
92	O setor possui algum dos seguintes recursos para alívio não farmacológico da dor	Ter material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo a evolução fisiológica do trabalho de parto	RDC 36/2008- Item 7.2.9
a	bola de bobat	Ter bola de Bobat	RDC 36/2008- Item 7.2.9 b RDC 36
b	cavalinho	Ter cavalinho	RDC 36/2008- Item 7.2.9 b
c	Escala de ling	Ter escada de Ling	RDC 36/2008- Item 7.2.9 a
d	Barra fixa	Ter barra fixa	RDC 36/2008- Item 7.2.9 b
e	outro	Ter material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo a evolução fisiológica do trabalho de parto	RDC 36/2008- Item 7.2.9

GRUPO 2: RECURSOS HUMANOS

	Nº	VARIÁVEL QUESTIONÁRIO NASCER EM BH	Referência para o adequado	Legislação
16	52	Com relação à forma de organização do corpo clínico médico da obstetrícia- há equipe de plantonistas	De acordo com o CFM é obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos	RDC 36/ 2008 Resolução CFM nº 2.056/203
17	52c	Como é a organização dos plantões anestesistas Permanece na unidade 24hs de plantão	De médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos.	Resolução CFM nº 2.056/2013
18	56	Com relação à forma de organização dos médicos especialistas pediatra/ neonatologista . Há equipe médica de plantonistas	Médico plantonista Neonatologista ou especialista em pediatria na proporção de 1 para cada 10 leitos em cada turno.	Item VI letra C da portaria 930 de 10 de maio de 2012.
19	56c	Como é a organização dos plantões 1 permanece na unidade 24hs de plantão	Médico plantonista Neonatologista ou especialista em pediatria.	Item VI letra c da portaria 930 de 10 de maio de 2012
20	57c	Como é a organização dos plantões permanece na unidade 24hs de plantão	De acordo com o CFM é obrigatória a presença de médico obstetra, anestesista e pediatra ou neonatologista nas	Resolução CFM nº 2.056/2013

			maternidades onde se façam partos normais, de risco e cirúrgicos.	
21	58	Existe coordenador médico do serviço de Obstetrícia	Ter profissional responsável para planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos	RDC 36 /Item 6.3
22	59	Esse profissional possui especialização/residência na área de obstetrícia		
23	61	Existe coordenador médico do serviço de Neonatologia	Ter um responsável técnico com jornada mínima de 4 horas diárias	RDC 36 /Item 6.3
24	62	Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia	Ter certificado de habilitação em neonatologia ou especialista em medicina intensiva pediátrica	Portaria n. 930 de 10 maio de 2012.
25	64	Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de obstetrícia	Ter profissional responsável para planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos	RDC 36 /Item 6.3
26	67	Existe algum profissional com graduação em enfermagem que coordene a enfermagem no serviço de neonatologia	Ter um enfermeiro coordenador com jornada de trabalho horizontal de 8 horas dia	RDC 36 /Item 6.3
27	68	Esse profissional possui especialização/residência na área de neonatologia	Possuir habilitação em neonatologia ou no mínimo dois anos de experiência comprovada em terapia intensiva neonatal ou pediátrica.	Item VI letra d da Portaria n. 930 de 10 maio de 2012

GRUPO 3: DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTOS DE EMERGENCIA PARA MÃE E RN

	Nº	VARIÁVEL QUESTIONÁRIO NASCER EM BH	Referência para o adequado	Legislação
28	93 a	espirador / Ventilador mecânico	Ter ventilador mecânico 1 para cada 5 leitos	Item III letra c da Portaria 930 de 10 de maio de 2012
29	b	Laringoscópio	Ter Laringoscópio completo	RDC36/2008 - Item 7.4.14
30	c	Tubo orotraqueal	Ter tubo orotraqueal	RDC36/2008 – item 7.6.10
31	d	AMBU	Ter material p/ventilação (Ambu ou ressuscitador manual com reservatório de O2)	RDC36/2008 - Item 7.4.14
32	94a	Unidade/mesa/berço para reanimação com fonte de calor radiante	Ter mesa Unidade/mesa/berço para reanimação com fonte de calor radiante	RDC36/2008 - Item 7.6.6
34	c	Estetoscópio clínico infantil	Ter Estetoscópio clínico infantil	RDC36/2008 - Item 7.6.4
35	d	Laringoscópio completo (RN)	Ter laringoscópio completo	RDC36/2008 - Item 7.6.10
36	e	Tubo endotraqueal neonatal	Ter . tubo endotraqueal neonatal	RDC36/2008 - Item 7.6.10
37	f	Sondas traqueais neonatais sem válvula	Ter sonda traqueais neonatais	RDC36/2008 - Item 7.6.7
38	g	Sondas de aspiração Gástrica	Ter sonda de aspiração gástrica	RDC36/2008 - Item 7.6.7
39	h	Dispositivo para aspiração de mecônio	Ter Dispositivo para aspiração de mecônio	RDC36/2008 - Item 7.6.7
40	i	Material p/ventilação (Ambu ou ressuscitador manual com reservatório de O2)	Ter Material p/ventilação (Ambu ou ressuscitador manual com reservatório de O2)	RDC36/2008 - Item 7.6.8
41	j	Aspirador com manômetro e oxigênio	Ter Aspirador com manômetro e oxigênio	RDC36/2008 - Item 7.7.9

GRUPO 4: UNIDADES DE APOIO

	Nº	VARIÁVEL QUESTIONÁRIO NASCER EM BH	Referência para o adequado	Legislação
	33	O hospital possui acesso a leite humano ordenhado e pasteurizado para RN na UTI	Ter acesso a banco de leite humano com leite ordenhado/pasteurizado	RDC36/2008 - Item 8.2
	34	O hospital possui unidade transfusional ou banco de sangue	Ter assistência hemoterápica	RDC36/2008 - Item 8.1.5 da Atualizada pela portaria 2.712 de 12 de novembro de 2013 Art. 11 §2º e 3º
	35	O hospital possui laboratório de patologia e análises clínicas	Ter laboratório de patologia e análises clínicas	RDC36/2008 - Item 8.1.1 e 8.1.2
	36	O hospital tem acesso à ambulância para transporte da parturiente	Ter acesso à ambulância para transporte da parturiente	RDC36/2008 - Item 9.5.
	38	O hospital tem acesso à ambulância para transferência do RN	Ter acesso à ambulância para transporte do RN	RDC36/2008 - Item 9.7.12 Portaria n. 930 de 10 maio de 2012 art.5 §2
	83	A transferência para outra unidade é feita por ambulância	Transferência realizada por ambulância (transporte adequado) após contato com serviço de referencia.	RDC36/2008 - Item 9.7.12 /Item 9.5.6

GRUPO 5: DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

	Nº	VARIÁVEL QUESTIONÁRIO NASCER EM BH	Referência para o adequado	Legislação
	100	ANTI-HIPERTENSIVOS Betabloqueador (Propranolol, Atenolol, Metoprolol,	Ter anti-hipertensivos (pela RDC 36 – caracterizados como medicamentos para	RDC36/2008 - Item 7.4.15

		Pindolol, etc.) Metildopa (Aldomet, Cardin, Etildopanan, Metildopa) Hidralazina comprimido (Apresolina, nepresol) Hidralazina ampola (Apresolina, Nepresol) Nifedipina 10 mg (Adalat, Nifelat, Cardalin, Loncord, Oxcord.)	urgência e emergência clínica)	
	100	ANSIOLÍTICOS/HIPNÓTICOS:(Alprazolam, Cromazepam, Clobazam, Clonazepam)	Ter ansiolíticos hipnóticos (pela RDC 36 – caracterizados como medicamentos para urgência e emergência clínica)	RDC36/2008 - Item 7.4.15 letra
	100	CORTICOSTEROÍDES: (Betametasona, Celestone soluspan, Dexametasona)	Ter corticosteroides (RDC classifica como medicamentos básicos para uso obstétrico)	RDC36/2008 - Item 7.4.16
	100	HEMOSTÁTICOS /ANTICOAGULANTES PARA A MULHER: Metil ergometrina comprimido (Methergin) Metil ergometrina ampola (Methergin) Ocitocina (Ocitocina, Orastina, Oxito	Ter uterotônicos (Agente com propriedade de promover contração uterina, diminuindo a incidência de hemorragia pós-parto) (RDC classifica como medicamentos básicos para uso obstétrico)	RDC36/2008 - Item 7.4.16
	100	Misoprostol de 25 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	Ter Misoprostol (RDC classifica como medicamentos básicos para uso obstétrico)	RDC36/2008 - Item 7.4.16
	100	Misoprostol 200 mcg vaginal (Citotec, Cytotec ou Misoprostol)	Ter Misoprostol (RDC classifica como medicamentos básicos para uso obstétrico)	RDC36/2008 - Item 7.4.16
	100	Inibidores da contratilidade uterina (Nifedipina, Óxido nítrico, Indometacina, Sulfato de magnésio, etc)	Ter inibidores da contratilidade uterina (RDC classifica como medicamentos	RDC36/2008 - Item 7.4.16

			básicos para uso obstétrico)	
	100	Sulfato de magnésio	Ter sulfato de magnésio (RDC classifica como medicamentos básicos para uso obstétrico)	RDC36/2008 - Item 7.4.16
	100	Surfactante (Curosurf, Surfaxin, Exosurf, Survanta)	A terapia com surfactante deve fazer parte da rotina médica no manuseio de RN com SDR.	Atenção à saúde do RN - Guia para os profissionais de saúde, vol3, MS 2ª edição 2012
	100	Antihemorrágico (exceto vitamina K)	Ter anti-hemorrágico	RDC36/2008 - Item 7.4.16
	100	Vitamina K = Hemostáticos /coagulantes p/ o RN	Ter vitamina k	RDC36/2008 - Item 7.6.12
	100	Nitrato de prata = colírio profilático	Instilar uma gota de nitrato de prata a 1% no fundo do saco lacrimal inferior de cada olho.	Atenção à saúde do RN - Guia para os profissionais de saúde, vol1, MS 2ª edição 2012
	100	Rhogam/Matergam/Parthogama = imunoglobulina anti D	Ter imunoglobulina anti D	RDC36/2008 -

GRUPO 06: UNIDADE NEONATAL

	Nº	VARIÁVEL QUESTIONÁRIO NASCER EM BH	Referência para o adequado	Legislação
	95	A Unidade Neonatal é exclusiva para a faixa etária (28 dias)	Ser exclusiva para a faixa etária (28 dias).	Portaria 930 de 10 de maio de 2012 Art1º Art 2º
	97	Existe acomodação no próprio hospital para as mães de RN internados na Unidade Neonatal/UTI	É obrigatória a previsão, no projeto arquitetônico de sua área física, de alojamento para as mães cujos recém-	Portaria n. 930 de 10 maio de 2012

			nascidos estiverem internados em UTIN ou UCIN, de forma a garantir condições para o cumprimento do direito do recém-nascido a acompanhante em tempo integral.	
	98	Existe cadeira/poltrona/ acomodação para a mãe do RN permanecer ao seu lado na UTI neonatal	Ter poltrona removível destinada ao acompanhante (01 para cada leito)	Item 7.2.13da RDC 36 e item 4.1.5.1 do anexo II da RDC

