

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SERVIÇO  
PÚBLICO DE SAÚDE.**

**CRISTYANNE SAMARA MIRANDA DE HOLANDA**

**NATAL/RN**

**2015**

**CRISTYANNE SAMARA MIRANDA DE HOLANDA**

**CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para a aprovação do título de Doutor em Ciências da Saúde.

**Orientadora:**

Prof. Dra. Técia Maria de Oliveira Maranhão

**NATAL/RN**

**2015**

Catálogo da Publicação na Fonte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

Holanda, Cristyanne Samara Miranda de.

Ciclo gravídico puerperal: avaliação da assistência no serviço público de saúde / Cristyanne Samara Miranda de Holanda. - Natal, 2015. 90f. il.

Orientadora: Profa. Dra. Técia Maria de Oliveira Maranhão.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Avaliação de Serviços de Saúde - Tese. 2. Cuidado Pré-Natal - Tese. 3. Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde - Tese. 4. Período Pós-Parto - Tese. 5. Tocologia - Tese. I. Maranhão, Técia Maria de Oliveira. II. Título.

RN/UF/BS-CCS

CDU 618.2

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**Prof. Dr. Eryvaldo Sócrates do Egito**

**Coordenadora do Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**  
**Doutorado Interinstitucional (DINTER)**

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Eulália Maria Chaves Maia**

**NATAL/RN**

**2015**

**iii**

**CRISTYANNE SAMARA MIRANDA DE HOLANDA**

**CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SERVIÇO PÚBLICO DE SAÚDE.**

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Presidente da Banca: Profa. Dra Técia Maria de Oliveira Maranhão**

**BANCA EXAMINADORA**

---

**Dra Técia Maria de Oliveira Maranhão**  
**(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)**

---

**Dra Janete Lima de Castro**  
**(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)**

---

**Dra Elvira Maria Mafaldo Soares**  
**(Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN)**

---

**Dra Roseli Mieko Yamamoto Nomura**  
**(Escola Paulista de Medicina – UNIFESP)**

---

**Dr. Wogelsanger Oliveira Pereira**  
**(Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN)**

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais Roberto e Neomísia que me educaram para a vida.

Ao meu esposo Rodrigo pelo incentivo nas horas de desânimo, pela presença nas minhas ausências, por me oferecer sempre o melhor de si. Obrigada por abraçar a minha luta como se fosse sua.

Aos meus filhos José Vinício e Luísa que souberam aceitar a minha falta, e entender o tempo e a atenção que eu não pude dar. Foi por vocês e para vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pois com Ele tudo é possível.

A Profa. Dra Técia Maria de Oliveira Maranhão, pelo apoio, orientação, e confiança depositada em mim e na pesquisa.

Ao Prof. Dr. João Carlos Alchieri pela dedicação e pelas ricas contribuições que possibilitaram a qualificação do estudo.

Aos meus amigos, em especial à Roberta Kaliny, Dulcian Azevedo, Daniela Veiga e Gilmara Celli, pelas conversas de apoio, contribuições e aprendizado.

A todos os colegas, de doutorado, pelo companheirismo e experiências compartilhadas.

À Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, pelo investimento e por ter proporcionado as condições necessária para a capacitação docente.

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e aos seus Funcionários.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) por possibilitar a formação através do DINTER Novas Fronteiras e pelo suporte financeiro concedido através de bolsa de doutorado.

A todas as mulheres que participaram do estudo. A disponibilidade, os depoimentos emocionados, a felicidade de parir seu filho mesmo com sua dignidade violentada foram elementos decisivos para a reflexão da assistência obstétrica no cenário do estudo.

"Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós."

**Antoine de Saint-Exupéry**



## RESUMO

O Ministério da Saúde em 2000 implantou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e definir um modelo nacional, com normatização das ações assistenciais para as mulheres, assegurando a melhora do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento. Nesta perspectiva, o estudo objetiva avaliar a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal pelo serviço público obstétrico de saúde na região Seridó do Estado do Rio Grande do Norte. Pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem quali-quantitativa, realizada nos municípios de Caicó, Currais Novos e Parelhas. Foram incluídas no estudo mulheres residentes nos municípios selecionados, que realizaram mais de 06 consultas de pré-natal nas unidades básicas de saúde, pariram em hospital público e receberam a consulta puerperal em até 42 dias pós-parto. A pesquisa aconteceu em duas fases distintas: Primeiramente, foi feito um levantamento de elementos que possibilitaram ao investigador a avaliação da assistência obstétrica ofertada à mulher durante as fases de pré-natal, parto e puerpério; Posteriormente, com base nas informações colhidas foi construído e validado um questionário de pesquisa que foi aplicado às mulheres dos três municípios selecionados para o estudo. A aplicação do questionário aconteceu de forma transversal. O corpus dos discursos recebeu o tratamento do suporte informacional do software ALCESTE. A análise dos discursos possibilitou a construção de um instrumento para avaliação da assistência durante o ciclo. O questionário construído passou pelo processo de validação aparente, antes de ser administrado. Para análise dos dados quantitativos utilizou a análise múltipla de regressão logística para identificação dos fatores preditores que influenciam a insatisfação da assistência. O resultado revelou um cenário inquietante e desafiador que remete à constante avaliação dos serviços em busca da melhoria da assistência. As mulheres avaliaram de forma negativa o cuidado recebido no serviço público de saúde. Sobressaíram no pré-natal a ausência da escuta qualificada e as dificuldades de acesso aos exames de rotina e consulta médica. Durante o parto a falta de acolhimento e de conduta humanizada, além da utilização indiscriminada de procedimentos foram aspectos negativos para avaliação da assistência. Para as mulheres o cuidado durante o puerpério permanece negligenciado, tanto no que diz

respeito à assistência materna, quanto neonatal. O estudo possibilitou a construção de uma ferramenta para coleta de dados baseado na vivência de usuárias de um serviço público de saúde. Foi possível apontar que indicadores relacionados ao processo de trabalho refletem determinantemente a qualidade da atenção à saúde. Os indicadores que estão associados à satisfação das mulheres são: a participação da mulher na escolha do parto, a visita clínica e a comunicação da alta hospitalar feita pelo profissional médico, a visita puerperal realizada pela ESF na primeira semana após alta hospitalar e o acesso as orientação sobre os cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida.

DESCRITORES: Cuidado Pré-Natal; Tocologia; Período Pós-Parto; Avaliação de Serviços de Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde.

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ALCEST	ANALYSE LEXICALE PAR CONTEXTE D'UM ESEMBLE DE SEGMENTS DE TEXTE
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
GF	GRUPO FOCAL
ODM	OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
PAISM	PROGRAMA DE ASSISTENCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER
PHPN	PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
SESAP	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE PÚBLICA
SIM	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE
SINASC	SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
UERN	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
UNFA	FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
UCEs	UNIDADES DE CONTEXTO ELEMENTARES ANALISADAS
URSAP	UNIDADE REGIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

## LISTA DE TABELAS QUADROS E FIGURAS

### Artigo 01

Figura1. Análise de Correspondências e Correlações. Grupo Focal com mulheres que relataram a assistência recebida no ciclo gravídico puerperal. Caicó/2014 30

Quadro 1. Correspondências e Correlações entre as classes geradas pelo ALCESTE e as categorias de análise. Grupo Focal com mulheres que relataram a assistência recebida no ciclo gravídico puerperal. Caicó/2014 31

### Artigo 02

Tabela 1. Nível de concordância do Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério no teste-reteste, Caicó (RN), Brasil, 2014 49

### Artigo 03

Quadro 1. Preditores independentes para a satisfação da assistência, segundo análise multivariada da regressão logística em mulheres atendidas pelo serviço obstétrico público de saúde. 63

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO .....	13
2	JUSTIFICATIVA.....	17
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo geral.....	18
3.2	Objetivos específicos.....	18
4	MÉTODO.....	19
5	ARTIGOS PRODUZIDOS.....	24
5.1	Artigo 1.....	24
5.2	Artigo 2.....	41
5.3	Artigo 3.....	58
6	COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES.....	70
7	REFERÊNCIAS.....	75
	APENDICES.....	77
	ANEXOS.....	82

## 1 INTRODUÇÃO

A Declaração do Milênio firmada em 2000 por mais de 190 chefes de Estado, membros da Organização das Nações Unidas (ONU), representa o maior acordo internacional acerca de objetivos para o desenvolvimento da humanidade <sup>(1)</sup>. Apesar dos inegáveis avanços, os resultados mundiais demonstram que há muito a ser realizado até 2015 para se alcançar as metas acordadas e minimizar os problemas sociais que desencadeiam o processo de adoecimento e morte da população <sup>(2)</sup>.

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) no que se refere à saúde, discute-se a redução da mortalidade em crianças menores de 5 anos em dois terços, a redução da taxa de mortalidade materna em três quartos e o alcance do acesso universal à saúde reprodutiva <sup>(3)</sup>.

De acordo com relatório do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) se até 2015 os serviços obstétricos fossem ampliados e qualificados, 3,6 milhões de mortes poderiam ser impedidas por ano em países em desenvolvimento; 358 mil mortes de mulheres durante a gravidez ou parto; e cerca de 2 milhões de mortes de recém-nascidos nas primeiras 24 horas de vida poderiam ser evitadas anualmente. Dessa forma, o acesso das mulheres a serviços obstétricos de qualidade tornou-se desafio para o alcance dos ODM relacionados à saúde materna e infantil, definidos pela ONU <sup>(4)</sup>.

Na realidade brasileira, o motivo primordial dos óbitos em menores de 01 ano de vida são as afecções perinatais, que estão associadas à qualidade da assistência no pré-natal, às condições do parto e o cuidado da criança após o nascimento. Para atenuar estes índices o atendimento à mãe desde a gestação até o pós-parto, assim como a qualidade da atenção ao recém-nascido, devem ser prioridade nas agendas de saúde nas esferas municipal, estadual e nacional. Não basta a garantia do acesso aos serviços de saúde, ainda é necessário um avanço qualitativo na assistência oferecida a este grupo populacional.

Quanto à saúde materna, as principais causas da mortalidade no país também estão relacionadas a complicações decorridas da gravidez, do parto ou do puerpério, provenientes de intercorrências, negligências, tratamento incorreto ou de uma série de acontecimentos ligados a esses fatores <sup>(1)</sup>. As complicações obstétricas principalmente as relacionadas à infecção, pré-eclâmpsia e hemorragia, são as

principais causas de internação para mulheres em idade reprodutiva, taxa quatro vezes maior que os índices observados nos países desenvolvidos <sup>(2)</sup>.

Outra preocupação nacional é que o país continua registrando uma das maiores taxas de cesarianas do mundo. De acordo com os dados do Sistema Nacional de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), mais de 50% dos partos acontecem através de procedimento cirúrgico. Os índices brasileiros vão de encontro à recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual preconiza que a proporção de cesáreas corresponda a cerca de 15% do total de partos, sendo realizada somente em situações que coloquem em risco a vida do binômio mãe e filho <sup>(1)</sup>.

Resultados preliminares do estudo “Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento” apontam que apenas 45% das grávidas no país planejam a gestação. Em relação à assistência, 98,8% das mulheres realizam o pré-natal; 86% recebem atendimento no sistema público de saúde (43% no Sistema Único de Saúde (SUS) e 43% no sistema misto); e 14% recebem atendimento no sistema privado <sup>(5)</sup>.

Com relação ao tipo de parto os resultados demonstram que 47% são vaginais, 53% cesáreos, e 0,7% ainda utilizam o fórceps como instrumento para a finalização do procedimento. Outros dados revelados pela pesquisa apontam que 85% das gestantes são acolhidas para o parto no primeiro hospital procurado e que 75,4% tiveram acompanhante no momento do parto, sendo 72% no serviço público e 95% no privado <sup>(5)</sup>.

Considerando que mais de 95% das mulheres no país fazem pré-natal com profissionais de saúde qualificados, com média de consultas de pré-natal no SUS acima de quatro atendimentos, tal realidade apontaria a melhora nos indicadores de resultados. No entanto, em muitos serviços, o que se observa é a prática da assistência pré-natal alicerçada na tecnificação da saúde e padronização de rotinas protocoladas pelas instituições, a medicalização determinando o modo de nascer no Brasil e a consulta puerperal negligenciada nos serviços públicos de saúde <sup>(6)</sup>.

Atualmente, existem dois cenários que traduzem o modo de nascer no Brasil. De um lado o parto vaginal traumatizante, onde a mulher tem dor, está sozinha em um espaço impessoal, tolera intervenções desnecessárias, com ausência de práticas baseadas em evidências científicas que propiciem a evolução do parto. No outro cenário, está o nascimento por cesariana desnecessária e programada, difundida

como nascimento sem dor, riscos ou prejuízos à saúde e apresentada como alternativa ao parto traumatizante anteriormente descrito <sup>(7,8)</sup>.

No tocante à consulta puerperal, esta é indispensável no conjunto da assistência e deve ser concebida como um momento de atenção à saúde da mulher e não mais à saúde da mãe. No entanto, este retorno à assistência tem sido pouco valorizado pelos profissionais de saúde na realidade dos serviços públicos. Teoricamente, os serviços de saúde reconhecem a consulta puerperal como necessária, mas admitem a ausência de estratégias para a sua realização <sup>(9)</sup>.

Nesta perspectiva, o atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal está marcado por imperícia, deficiência nas condições estruturais, falta de humanização, ausência de integração na rede de assistência, pouca atenção recebida no pré-natal, falta de apoio às mulheres no pós-parto, incerteza quanto ao acesso a instituição hospitalar, e desconhecimento da dinâmica institucional <sup>(10)</sup>.

A realidade do panorama obstétrico no Brasil fez o Ministério da Saúde em 2000 implantar o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de aprimorar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e definir um modelo nacional, com normatização das ações assistenciais para as mulheres. Isto asseguraria a melhora do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério, propondo a ênfase na humanização como estratégia para a qualidade do cuidado e a redução dos índices de morbimortalidade infantil e materna.

Nesse sentido, e considerando que o PHPN já possui mais de uma década de implantação, faz-se necessário a abertura de espaço para avaliação e discussão da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal, no sentido de colaborar para um diagnóstico da realidade, identificando fragilidades e estabelecendo a oportunidade de refletir sobre a prática assistencial, sendo imperiosa a necessidade de uma escuta qualificada junto às mulheres que vivenciam este ciclo fisiológico.

Para tanto, a pesquisa propõe que a avaliação da assistência ao ciclo gravídico puerperal seja realizada pelas mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico puerperal por considerar que o usuário desempenha um papel de extrema importância na efetivação de uma política de avaliação de serviços.

Sabe-se que os estudos de satisfação recebem críticas que recaem sobre a subjetividade do termo, relacionado à satisfação com a expectativa e a aceitação do usuário ao serviço. Como nem todos os usuários desempenham uma atitude crítica



frente à assistência, estes estudos podem sofrer este viés, visto que existe uma passividade dos usuários em relação ao atendimento prestado pelo serviço de saúde.

Não obstante os avanços no processo de avaliação, sua prática no SUS é embrionária, por conseguinte, a intensificação da institucionalização dos processos de avaliação da assistência é uma tendência, pois possibilita importante avanço na identificação e na intervenção de possíveis problemas, promovendo e consolidando os processos de gestão <sup>(11)</sup>.

A implantação de uma rotina de avaliação dos serviços de saúde é imprescindível para que o planejamento e a tomada de decisões sejam baseados em evidências científicas. Uma dificuldade encontrada nos estudos de avaliação é a deficiência na padronização de métodos e instrumentos de medida para a ponderação da satisfação dos serviços que contemplem as diferenças educacionais, sociais e culturais dos usuários <sup>(12)</sup>.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa propõe que a avaliação da assistência seja feita a partir da construção de um instrumento de coleta de dados elaborado, através de indicadores de qualidade, expressados pelas próprias mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico puerperal, como forma de fortalecer a objetividade dos resultados, e possibilitar um diagnóstico do atendimento prestado nos serviços públicos de saúde.

## 2. JUSTIFICATIVA

O cotidiano da assistência ao ciclo gravídico puerperal na região Seridó do Rio Grande do Norte não diverge da realidade brasileira discutida anteriormente. Ainda são presente na região, práticas assistenciais que se reportam ao modelo cartesiano tradicional, onde a tecnificação e a medicalização da assistência assumem a prioridade nos atendimentos ocasionando a insatisfação do cuidado prestado.

Segundos dados da Secretaria de Saúde Pública (SESAP) através dos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e de Nascidos Vivos (SINASC), a região Seridó apresentou em 2011 um coeficiente de mortalidade materna de 73,0 e de mortalidade infantil de 18,7 contra a média estadual que foi de 63,0 e 13,4 respectivamente. Com relação ao coeficiente de mortalidade infantil precoce, que expressa o risco de um nascido vivo morrer durante a sua primeira semana de vida, a região, no mesmo ano apresentou um coeficiente de 10,9 superando mais uma vez o coeficiente estadual que foi de 7,6 <sup>(13)</sup>.

O propósito de fortalecer a investigação da assistência à mulher na região se deu pela experiência de trabalho enquanto docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e pelo fato da localidade possuir coeficientes de mortalidade infantil e materna que superam os índices do estado. Em decorrência deste quadro foram desenvolvidas pesquisas de iniciação científica e atividades de extensão que identificaram lacunas no processo de assistência a mulher neste ciclo de vida, intensificando a necessidade de estudo que objetive analisar como acontece a prática assistencial à mulher no pré-natal, parto e puerperio.

Trabalha-se com a hipótese de que apesar da ampliação da cobertura deste atendimento no Estado, as desigualdades na assistência ao ciclo gravídico puerperal estão presentes nos serviços públicos de saúde, e especialmente na região Seridó existindo a precariedade da qualidade do acompanhamento e dissonâncias entre a assistência recomendada pelo MS e o que realmente se tem acesso.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

- Avaliar a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal no serviço público de saúde.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Avaliar a assistência durante o ciclo gravídico puerperal, para um diagnóstico do cuidado prestado e para a efetivação da tomada de decisões.
- Construir um instrumento avaliativo capaz de mensurar a qualidade da assistência no ciclo gravídico puerperal.
- Identificar elementos que expressam a qualidade da assistência para as usuárias do serviço público de saúde;

## 4 MÉTODO

Pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com abordagem quali-quantitativa. Neste tipo de estudo os delineamentos se complementam possibilitando ao investigador uma compreensão mais ampla do objeto pesquisado, com a finalidade de aproximar-se de um determinado fenômeno de forma a possibilitar a sua investigação, descrição, ordenação e interpretação das variáveis estudadas <sup>(14-16)</sup>.

A pesquisa foi realizada na região Seridó do Estado do Rio Grande do Norte, especificamente nas cidades de Caicó, Currais Novos e Parelhas. A escolha dos municípios foi norteada pelos seguintes critérios: serem sedes de módulos assistenciais, registrarem o maior número de nascidos vivos da região durante o ano de 2011, e por constituírem os municípios mais populosos, sendo representativos para a região.

O município de Caicó tem uma rede básica de saúde composta por 16 unidades de saúde da família, sendo 13 na zona urbana e 03 na zona rural. Conta ainda com uma instituição referência em parto de baixo risco, com 24 leitos obstétricos, que presta assistência à maioria dos municípios da região do Seridó Oriental do RN. A prestação do serviço de assistência obstétrica as parturientes, é realizado por demanda livre <sup>(11)</sup>.

A rede básica de saúde do município de Currais Novos possui 08 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). O município dispõe de um hospital geral, referência em partos de baixo e alto risco, com 35 leitos obstétricos para a região Seridó. O fluxo para partos de baixo risco é livre e de acordo com a necessidade da parturiente, já a demanda de partos de alto risco para os demais municípios acontece por intermédio de encaminhamento médico <sup>(11)</sup>.

A cidade de Parelhas assim como Currais Novos também disponibiliza na rede básica de saúde de 08 equipes da ESF, sendo uma equipe rural caracterizada por ser quilombola/assentamento. O Hospital do município possui 09 leitos e é referência somente para partos de baixo risco, atendendo a população de Parelhas e municípios circunvizinhos <sup>(11)</sup>.

Todas as equipes da ESF dos municípios em estudo desenvolvem no cronograma semanal de atividades, consulta de pré-natal e puerpério por profissionais médicos e enfermeiros.

A pesquisa aconteceu em duas fases distintas: Primeiramente, através da técnica qualitativa de Grupo Focal (GF) com mulheres que vivenciaram o ciclo grávido puerperal, foi feito um levantamento de elementos que possibilitaram ao investigador a avaliação da assistência obstétrica ofertada à mulher durante as fases de pré-natal, parto e puerpério; Posteriormente, com base nas informações colhidas foi construído e validado um questionário de pesquisa, que foi aplicado às mulheres dos três municípios selecionados para o estudo.

A segunda fase da pesquisa sucedeu de forma transversal. Depois de validado, o instrumento foi administrado às mulheres que realizaram mais de 06 consultas de pré-natal nas unidades de saúde municipais, pariram em hospital público e receberam a consulta puerperal em até 42 dias pós-parto. Participaram da pesquisa somente as mulheres que estavam em condições clínicas favoráveis para responder ao instrumento de estudo.

Não foram incluídas na amostra mulheres procedentes de outros municípios que realizaram atendimento na rede privada de saúde.

Para definição do número de mulheres que participaram dos encontros do GF foi utilizado como base as gestantes cadastradas no Sistema de Informação sobre Pré-Natal do município de Caicó, no ano de 2011. A escolha das unidades de saúde da família se deu por sorteio aleatório simples sem reposição da amostra. Foram definidas 05 unidades de saúde localizadas no perímetro urbano do município de Caicó e 01 unidade de saúde pertencente a zona rural do município, de forma a representar a amostra de mulheres que participariam dos GFs. Participaram dos GFs 19 (dezenove) mulheres provenientes das unidades selecionadas.

A amostra foi intencional, característica deste tipo de técnica, que sugere que os integrantes devem ser determinados pelo objetivo da pesquisa e possuir particularidade em comum.

As informações colhidas receberam suporte operacional do software Analyse Lexicale par Contexte d'un Esemble de Segments de Texte (ALCESTE) com o objetivo de realizar uma apreciação léxica dos discursos e a definição das categorias de análise que permitiram a descrição objetiva das falas dos sujeitos pesquisados. Além dos pontos discutidos e sugeridos pelas mulheres, as orientações contidas nos manuais técnicos, portarias e protocolos clínicos do Ministério da Saúde brasileiro também foram considerados para a definição do construto e preparação dos itens do instrumento.

O instrumento foi submetido a um subtipo de validade de conteúdo designado de validade aparente, com o intuito de analisar se a ferramenta de coleta refletia o que o estudo almejava aferir. Foram selecionadas como avaliadoras sete mulheres que participaram anteriormente das reuniões do GF.

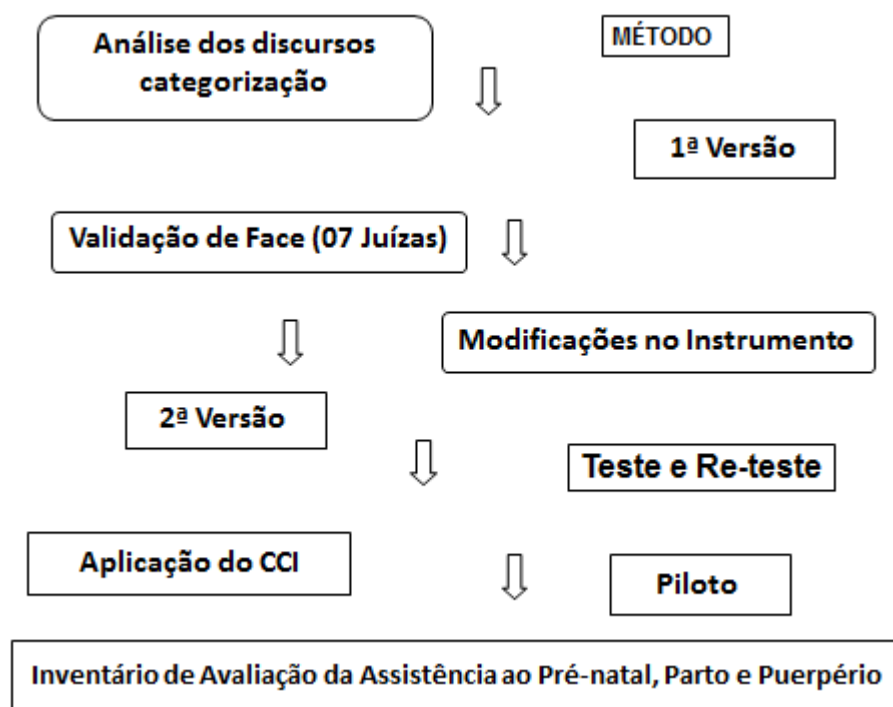
As participantes ajuizaram os itens do instrumento com relação ao construto, contemplaram apontamentos discutidos durante as reuniões de GF, apresentaram sugestões de questões e responderam ao instrumento de maneira a avaliar a sua experiência obstétrica.

A versão preliminar do instrumento foi submetida à avaliação das mulheres quanto à seleção dos domínios e classes, bem como a necessidade de modificação na estrutura de algumas questões do instrumento.

Todas as sugestões e alterações propostas pelo grupo de mulheres foram acatadas e organizadas compondo a segunda versão do instrumento, que após quinze dias foi administrado ao mesmo grupo de mulheres para identificar o grau de concordância nas respostas. Para avaliação da aplicabilidade a ferramenta de pesquisa foi submetida a um teste piloto com 30 mulheres. A equipe que participou da coleta das informações foi composta pelo pesquisador principal, enfermeiros e graduandos de enfermagem, previamente treinados para coletar as informações.

O teste piloto possibilitou conhecer a proporção real do efeito esperado no estudo. A partir de uma proporção de 56% de insatisfação da assistência recebida no ciclo gravídico puerperal, utilizou-se o cálculo amostral para população finita de 1.674 nascidos vivos de mães residentes nos três municípios cenários do estudo, acrescido de 15% de taxa de não resposta, obtendo-se uma amostra de 294 mulheres. Estas foram distribuídas de maneira aleatória pelo princípio da amostragem estratificada proporcional.

O fluxograma abaixo possibilita melhor entendimento do percurso percorrido para a construção do instrumento de coleta.



A análise dos dados foi desenvolvida por meio de estatística descritiva e inferencial. A variável dependente principal foi obtida a partir das assertivas da avaliação do pré-natal, parto e pós-parto. Esta foi transformada em duas categorias através da mediana, nomeados como “insatisfeitos” e “satisfeitos” para avaliar a assistência recebida durante o ciclo gravídico puerperal. A variável dicotômica da avaliação do ciclo foi utilizada para conhecer sua associação com as demais variáveis nominais através do teste qui-quadrado, verificando a magnitude da associação através da razão de prevalência bruta para cada uma das variáveis independentes. As variáveis quantitativas foram categorizadas pela mediana ou tercis. Para identificação dos fatores preditores que influenciam a insatisfação da assistência no ciclo gravídico puerperal foi realizada a análise de regressão logística, pelo método *Stepwise Forward Selection Procedure*. As variáveis que compõem o modelo foram agrupadas em blocos, sendo ordenadas de acordo com sua significância estatística na análise bivariada.

A modelagem foi iniciada pelas variáveis mais significativas, e a seguir, as demais foram inseridas ao modelo de forma hierárquica, aceitando um  $p$  crítico de  $<0,20$  para a variável compor o modelo. As variáveis com mais de três categorias foram transformadas em variáveis *Dummy* para serem testadas em relação ao modelo. A razão de prevalência ajustada foi calculada como medida de efeito

independente das variáveis significativas na análise final. Os dados foram analisados mediante o programa SPSS® 20.0 e em todas as análises foi considerado o nível de significância igual a 5%.

Este estudo segue as recomendações da Res. nº146/2012 CNS/MEC e suas complementares. O mesmo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com parecer nº 181.979/2013.



## 5. ARTIGOS PRODUZIDOS

### 5.1. ARTIGO 1

O artigo “**Percepções sobre a assistência durante o ciclo gravídico puerperal nos serviços obstétricos públicos de saúde**” Foi submetido ao periódico Revista da Escola de Enfermagem da USP Qualis A2 da CAPES para a área de Enfermagem e B3 para área de Medicina II.

#### **PERCEPÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA DURANTE O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL NO SERVIÇO OBSTÉTRICO PÚBLICOS DE SAÚDE**

**Perceptions on the care during the pregnancy-puerperal cycle in public  
obstetric health services**

**Percepciones sobre el cuidado durante el ciclo gravídico puerperal en lo  
servicio obstétrico públicos de salud**

Cristyanne Samara Miranda de Holanda<sup>1</sup>, Alexandra do Nascimento Cassiano<sup>2</sup>, João, Carlos Alchieri<sup>3</sup>, Técia Maria de Oliveira Maranhão<sup>4</sup>

1 Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

2 Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Rio Grande do Norte, Brasil.

3 Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

4 Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a assistência durante o ciclo gravídico puerperal, na percepção de um grupo de mulheres usuárias do serviço obstétrico público. **Método:** Trata-se de um estudo transvesal de abordagem qualitativa, realizado no município de Caicó, Rio Grande do Norte, Brasil. Utilizou-se como método de pesquisa a técnica de Grupo Focal (GF). Participaram 19 mulheres que realizaram mais de 06 consultas pré-natais; pariram em hospital público; e receberam assistência puerperal em até 42 dias pós-parto. Os discursos receberam o tratamento do ALCESTE. Os aspectos éticos foram obedecidos ao longo do estudo. **Resultados:** Surgiram as seguintes categorias de análise: Pré-natal: Organização da assistência e da rede de atenção à saúde;

Falta de assistência ao trabalho de parto: Toque como única forma de avaliação; O cuidado no Puerpério: descaso e mecanização da assistência; e Educação em saúde: empoderamento para vivenciar o ciclo gravídico puerperal. **Conclusão:** Conclui-se que as mulheres avaliaram como inadequadas a ausência da escuta qualificada bem como a dificuldade de acesso aos exames e a consulta médica durante o pré-natal; a falta de acolhimento e conduta humanizada, na assistência ao parto; e cuidado negligenciado durante o puerpério.

**DESCRITORES:** Saúde da mulher. Assistência à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Enfermagem obstétrica.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate the care provided during the pregnancy-puerperal cycle under the perception of a group of women users of public obstetric services. **Method:** This is a cross-sectional study with qualitative approach, performed in the town of Caicó, Rio Grande do Norte, Brazil. The research method used was the technique of Focus Group (FG). The participants were 19 women who had undergone more than 06 prenatal consultations; gave birth in public hospital; and received puerperal care up to 42 days after childbirth. The speeches were handled by ALCESTE. The ethical aspects were obeyed throughout the study. **Results:** The following analytical categories emerged: Prenatal: Organization of care and network of care for health; Lack of care for labor: Touch as the only way of evaluation; The care in Puerperium: negligence and mechanization of care; and Health Education: empowerment to experience the pregnancy-puerperal cycle. **Conclusion:** The women have rated as inappropriate the lack of skilled hearing and the difficulty of access to exams and medical check-ups during pre-natal care; the lack of welcoming and of humanized behaviors during the care for childbirth; and the care neglected during the puerperal period.

**DESCRIPTORS:** Women's health; Health care; Evaluation of health services; Obstetric nursing.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Evaluar el cuidado durante el ciclo gravídico-puerperal en la percepción de un grupo de mujeres usuarias del servicio obstétrico público. **Método:** Se trata de un estudio transversal de enfoque cualitativo, desarrollado en el municipio de Caicó, Rio

Grande do Norte, Brasil. El método de investigación empleado fue la técnica de Grupo Focal (FG). Participaron 19 mujeres que realizaran más de 06 consultas prenatales; hayan parido en hospital público; y recibieran cuidado puerperal en hasta 42 días después del parto. Los discursos han recibido tratamiento del ALCESTE. Los aspectos éticos fueron obedecidos en el curso del estudio. **Resultados:** Las siguientes categorías de análisis fueron erigidas: Prenatal: Organización del cuidado y de la red de atención de salud; Falta de cuidado para el trabajo de parto: Toque como única forma de evaluación; El cuidado en el Puerperio: desatención y mecanización del cuidado; y Educación en Salud: empoderamiento para vivir el ciclo gravídico-puerperal. **Conclusión:** Las mujeres han evaluado como inadecuadas la ausencia de escucha calificada y la dificultad de acceso a los exámenes y a la consulta médica durante el prenatal; la falta de acogida y conducta humanizada en la asistencia al parto; y el cuidado ignorado durante el puerperio.

**DESCRIPTORES:** Salud de la mujer; Cuidado de la salud; Evaluación de servicios de salud; Enfermería obstétrica.

## INTRODUÇÃO

A mortalidade materna é um indicador importante que reflète o acesso da mulher à atenção obstétrica, contudo, apesar dos esforços, os resultados mundiais não são positivos, principalmente nos países em desenvolvimento <sup>(1)</sup>. Na realidade brasileira as principais causas de óbito materno direto ainda estão relacionadas a doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas e infecções <sup>(2)</sup>, circunstâncias que poderiam ser evitadas caso as mulheres tivessem acesso aos serviços obstétricos públicos e de qualidade.

A inquietação com as boas práticas obstétricas no Brasil é apontada desde a década de 90, quando o país implantou políticas que tinham o intuito de garantir assistência de qualidade ao binômio mãe e filho, além da ambiência adequada e acolhedora nos espaços de atenção à saúde. Atualmente, a Rede Cegonha (2011) reafirma esse compromisso e fortalece o enfoque na urgência obstétrica enquanto cuidado prioritário <sup>(3)</sup>.

Apesar dos avanços, resta muito a ser realizado para obtenção de um cuidado obstétrico de qualidade. Em muitas situações as mulheres ainda enfrentam barreiras econômicas, geográficas e sociais que as impossibilitam de terem acesso ao cuidado integral e de qualidade. Comumente, os serviços obstétricos essenciais não cumprem

com os requisitos básicos propostos pelas organizações internacionais e estão distribuídos de forma não igualitária <sup>(4)</sup>.

No país ainda é frequente a desarticulação entre a assistência do pré-natal e parto; a peregrinação em busca de internamento para a institucionalização do parto; a não garantia da autonomia da mulher; e a negligência do direito a informação e do acompanhante durante o processo de parturição <sup>(5,6)</sup>. No cotidiano da assistência ao ciclo gravídico puerperal no interior do nordeste, ainda são presente práticas assistenciais tradicionais, onde a tecnificação e a medicalização da assistência assumem a prioridade nos atendimentos ocasionando a insatisfação do cuidado prestado.

Portanto, discussões ampliadas sobre o cuidado integral e a autonomia da mulher no contexto da assistência ao ciclo gravídico puerperal devem ser instigadas principalmente no cenário dos serviços públicos, com o propósito de subsidiar a avaliação de saúde, além de contribuir com a formulação e implantação de políticas públicas.

Fundamentado neste escopo, o objeto desse estudo é a assistência obstétrica ofertada à mulher nos serviços públicos de saúde. Buscou-se avaliar o cuidado durante o ciclo gravídico puerperal, na percepção de um grupo de mulheres usuárias do serviço público. Possibilitar a escuta e o envolvimento da mulher na avaliação do serviço obstétrico é permitir o seu protagonismo e empoderamento, proporcionando o exercício de seus direitos e deveres enquanto cidadã.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo do tipo transversal, realizado no período de março a maio de 2013, na cidade de Caicó, estado do Rio Grande do Norte (RN), Brasil. O município é um dos mais populosos do estado, referencia de saúde para a região do Seridó Potiguar.

Como estratégia para a coleta das informações utilizou-se a técnica qualitativa de Grupo Focal (GF). As reuniões focais possibilitam uma reflexão crítica dos participantes sobre o assunto estudado, manifestando dimensões por vezes inexploradas pelas técnicas tradicionais de coletas de dados <sup>(7)</sup>.

Fizeram parte dos GFs, 19 mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico puerperal em sua totalidade; realizaram mais de 06 consultas de pré-natal nas unidades de saúde municipal; pariram em hospital público; e receberam assistência

puerperal em até 42 dias pós-parto. A amostra foi intencional, característica deste tipo de técnica, a qual sugere que os integrantes devem possuir pelo menos uma particularidade em comum, sendo estes determinados pelo objetivo da pesquisa <sup>(7)</sup>.

As mulheres que participaram das reuniões foram as que atenderam ao convite feito pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e compareceram aos encontros após divulgação da atividade. O número de participantes por grupo focal variou em média de 04 mulheres por sessão. O quantitativo possibilitou uma discussão do tema em profundidade, permitindo às participantes a discussão das opiniões e experiências vivenciadas. Foram realizados seis encontros com duração média de 30 minutos.

As reuniões aconteceram em local neutro, de fácil acesso e confortável para a efetivação dos encontros. Os espaços cenários das reuniões foram identificado juntamente com os ACS, sendo utilizadas as escolas, sedes dos conselhos comunitários dos bairros e residências de populares.

Na abertura dos trabalhos a finalidade do moderador foi apresentar os objetivos da atividade; enfatizar o uso dos dispositivos de áudio, realizar apresentação dos participantes; e expor as regras básicas para a adequada manutenção da atividade, como: respeitar a opinião do grupo, falar um de cada vez, de forma livre e sem censuras. Participaram ainda das reuniões dois observadores com a função de anotar os comentários e a dinâmica do grupo, assim como participar da análise das discussões, após cada sessão.

A fim de garantir o anonimato das participantes foram utilizadas fichas numeradas, as quais eram entregues às mulheres previamente. Dessa forma, ao se dirigir as depoentes, a identificação era feita por meio de seu respectivo número e não através dos nomes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e apresentado pelo moderador e assinado pelas mulheres que consentiam em participar do estudo.

A disposição do grupo foi organizada em forma de círculo para possibilitar que todas as participantes interagissem face a face. O moderador e observadores se posicionaram estabelecendo um campo de visão favorável para troca de comunicação não verbal.

As sessões foram iniciadas pelo moderador através de um roteiro norteador que continha as seguintes questões: Como foi a assistência que você recebeu durante o pré-natal, parto e puerpério? Que sugestões você daria para melhorar a assistência na fase do: Pré-natal, parto e puerpério? A estrutura de atenção ao pré-

natal e ao puerpério é organizada nas 16 unidades de saúde da família de Caicó. Com relação ao parto o município possui uma única instituição com 24 leitos obstétricos, de forma que todas as mulheres participantes do estudo vivenciaram a mesma realidade assistencial.

A discussão aconteceu de forma livre e espontânea, respeitando os limites de cada participante. O critério de saturação foi aplicado para a finalização dos GFs, visto que as falas já se encontravam repetitivas e previsíveis, não apresentando novidades quanto à temática.

As informações colhidas durante a técnica de GF foram transcritas de forma literal e, posteriormente, o corpus dos discursos recebeu o tratamento do suporte informacional do software Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE). A submissão ao ALCESTE teve o intuito de classificar os discursos a fim de categorizá-los. Desta forma o software identificou classes que posteriormente foram categorizadas e analisadas pela técnica qualitativa de análise de conteúdo.

Este tipo de análise se configura em três momentos: Pré-análise, onde todos os diálogos produzidos são transcritos, respeitando a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência e exclusividade do material. O produto final desta etapa é a construção do corpus da pesquisa. O corpus passa pela leitura flutuante, onde são identificados os indicadores e as unidades de categorização. Na exploração do material, segunda etapa do método, o discurso é codificado, permitindo estabelecer características pertinentes ao conteúdo das falas. Por fim, a interpretação dos resultados considera a relação entre o teor manifestado nas falas dos sujeitos pesquisados e a fundamentação teórica que embasa a discussão da temática <sup>(8)</sup>.

O estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob Protocolo nº 181.979/2013.

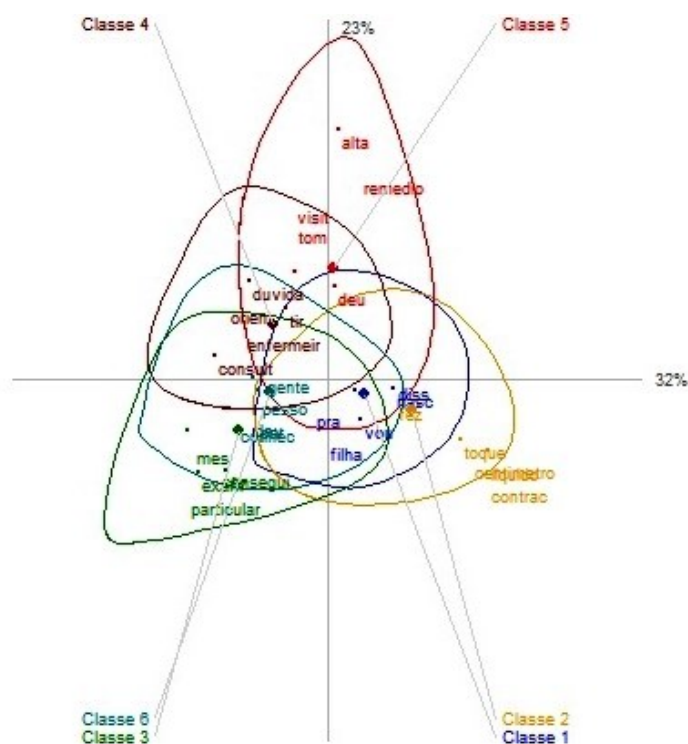
## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 19 mulheres que vivenciaram a experiência do pré-natal, parto e pós-parto no serviço público de saúde. Destas, 42% (8) estavam na faixa etária de 26 a 32 anos de idade, 68% (13) tiveram de 10 a 14 anos de estudo,

53 % (11) viviam uma união estável e 53 % (11) eram trabalhadoras do lar. Quanto aos dados obstétricos, 79 % (15) vivenciaram até 02 gestações e 58 % (12) tiveram seus filhos por cesariana.

Na análise dos relatos, o corpus teve um aproveitamento de 97,59% com geração de 06 classes e 77% das Unidades de Contexto Elementares Analisadas (Figura 1). Após a obtenção das classes, a leitura flutuante do material discursivo foi realizada de modo a identificar as unidades de categorização.

**Figura 1. Análise de Correspondências e Correlações. Grupo Focal com mulheres que relataram a assistência recebida no ciclo gravídico puerperal. Caicó/2014**



Elaborou-se um artifício de correspondência nominal (quadro 1) entre as seis classes identificadas pelo ALCESTE e as quatro categorias de análise, apresentadas a seguir:

**Quadro 1. Correspondências e Correlações entre as classes geradas pelo ALCESTE e as categorias de análise. Grupo Focal com mulheres que relataram a assistência recebida no ciclo gravídico puerperal. Caicó/2014**

<b>Categorias de Análise</b>	<b>Descrição</b>	<b>Classe Correspondente</b>
Categoria 1	Pré-Natal: Organização da assistência e da rede de atenção à saúde obstétrica	Classe 3 e 6
Categoria 2	Falta de assistência ao trabalho de parto: Toque como única forma de avaliação.	Classe 1 e 2
Categoria 3	O cuidado no Puerpério: descaso e mecanização da assistência	Classe 4
Categoria 4	Educação em Saúde: empoderamento para vivenciar o ciclo gravídico puerperal	Classe 5

Na apresentação e discussão das categorias de análise os trechos dos relatos produzidos pelas mulheres serão utilizados na íntegra como forma de apreciar a assistência vivenciada por elas durante o ciclo gravídico puerperal.

**PRÉ-NATAL: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE OBSTÉTRICA**

As mulheres relataram como um dos pontos decisivos para a avaliação da assistência recebida no pré-natal, a dimensão particular das relações interpessoais entre profissional e usuária. Em seus relatos predominaram a insatisfação quanto à ausência de vínculo, disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas e escuta qualificada.

*“A minha assistência de pré-natal [...] deixou a desejar muito porque [...] não me deram a atenção que realmente eu precisava” (US 1)*

Outra observação feita com pertinência, diz respeito ao não preenchimento do cartão de gestante por parte dos profissionais que realizam as consultas, sejam estes médicos ou enfermeiros.

*“Então quando eu ia para a consulta [...] levava o meu cartão como tinha que ser, mas só que ele (médico) [...] não registrava de jeito nenhum, então também eu fui chamada atenção lá na unidade de saúde por isso” (US1)*



As dificuldades de acesso, enfrentadas pelas mulheres, vão desde o atraso na entrega de resultados dos exames essenciais ao acompanhamento do pré-natal, até a falta da consulta médica, condições que concretizam a desorganização da rede de atenção à saúde. As falas apresentam ambas as situações.

*“Conseguí fazer os exames, mas não consegui apresentar na unidade de saúde, até porque teve exame que o médico só veio mesmo saber do resultado quando fui ter a minha menina”(US1)*

*“A consulta médica só foi no terceiro mês, até parir só foi com a enfermeira. Eu pedia para ela encaminhar para o médico, aí ela disse que não adiantava porque não estava tendo médico” (US12)*

#### FALTA DE ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO: TOQUE COMO ÚNICA FORMA DE AVALIAÇÃO

Práticas de acolhimentos adequadas na atenção ao parto são dispositivos fundamentais para o processo de humanização da assistência, visto que permitem identificar as necessidades particulares ao momento, e, a partir disto, possibilitar o acesso aos serviços e ao atendimento das demandas. No entanto, não é raro que o acolhimento seja negligenciado nos serviços de saúde. Realidade presente no âmbito de estudo, uma vez que as mulheres referem atendimento inadequado, seja este relacionado ao contato interpessoal ou as condições estruturais da unidade, a ponto de não dispor de ambiência mínima.

*“As parteira são muito ignorantes, e dizia que eu já tinha ido muitas vezes lá” (US 15)*

*“Quando a gente chega com trabalho de parto, eles deixam a gente lá sentada numa cadeira e lá a gente fica até que um deles saia pra vim atender a gente” (US16)*

Segundo o relato das mulheres, o critério predominante para avaliação da evolução do parto se resume ao toque vaginal, técnica utilizada com frequência pelos profissionais.

*“No quarto toque ela mediu e disse que tava com 9 cm, e saiu [...] aí deu as injeções de ocitocina, aí pronto, a partir das injeções, senti três contrações e tive. Aí quando nasceu a menina deu anóxia neonatal e convulsão. O “Agar” dela foi 1 e 3” (US13)*

*“O médico não olhou nem pra mim. Os toques quem fazia era a parteira. Foram 4 toques. Ela de vez em quando fazia um para ver se dilatava” (US14)*

O uso indiscriminado da técnica chega ao absurdo de que as mulheres não sabem enumerar quantas vezes foram submetidas ao exame.

*“Fiz vários toques, que eu nem sei quantos foi” (US15)*

As mulheres referem à ausência do médico durante a assistência ao parto, apesar de que, para fins de registro legal, consta a presença e o nome do profissional.

*“O médico em nenhum momento saiu da salinha dele, do quarto dele do hospital, veio nem olhar pra minha cara, e tá lá no cartão do menino, no cartão de vacina dele, quem fez o parto? O médico” (US6)*

Quando a figura do médico participa do atendimento, predominam sentimentos de sofrimento, medo e angústia, tornando a lembrança que seria a mais bonita de suas vidas, em uma recordação ruim. Como consequência, a possibilidade de vivenciar a maternidade outra vez é negada com veemência.

*“Foi só sofrimento, terrível, terrível, que eu procuro esquecer de todas as formas, porque o médico na hora que ele(médico) entrou foi só pra me fazer sofrer” (US2)*

*“É tanto que eu não quero mais ter outro, eu digo a todo mundo, eu sofri muito [...] por mim eu não tenho outro filho nunca mais” (US4)*

O direito ao acompanhante durante o parto é desrespeitado com frequência, o que gera sentimento de medo perante a experiência vivenciada.

*“Senti medo, eu pedi para minha mãe ficar e entrar comigo, mas ela (médica) disse que não podia” (US12)*

## O CUIDADO NO PUERPÉRIO: DESCASO E MECANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Durante o puerpério ocorrem mudanças significativas na vida da mulher. A readaptação fisiológica do organismo feminino às condições pré-gravídicas demanda cuidados imediatos por parte de toda equipe de saúde, bem como, a experiência da maternidade exige, da mulher e seus familiares, a aquisição de conhecimentos para chegada do novo membro.

Contudo, as mulheres relatam sair de alta hospitalar sem receberem a visita médica e terem orientações com o profissional acerca de suas dúvidas.

*“O meu médico deu alta mais não foi na enfermaria. [...] eu acho assim, que depois do parto quem era para tirar as dúvidas da gente era para ser o médico que fez o parto, não o enfermeiro quando a gente chegar em casa (US12)*

*“No outro dia ele nem apareceu, nem vi ele para me dá alta. Quem me deu alta já foi outra pessoa lá” (US3)*

Inclui-se a isso, a ausência da assistência neonatal, visto que, por vezes, o recém-nascido também chega a receber alta hospitalar sem ter recebido atendimento do pediatra.

*“A criança só avalia no outro dia, né? Mas meu bebê não foi, veio para casa sem ser avaliado pelo pediatra” (US17)*

Quando há alguma assistência durante o puerpério, esta tem relação direta com o tipo de parto. Assim sendo, as mulheres que vivenciam o parto normal percebem claramente a diferenciação do cuidado, identificando que às puerpéras de parto cesáreo recebem mais atenção dos profissionais.

*“No caso do cesáreo o médico sempre tem mais atenção, a gente que fica na outra sala que é normal, aí o medico só é mais para a criança...só o pediatra. Eles (médicos) acham que o parto normal não precisa de assistência” (US11)*

## EDUCAÇÃO EM SAÚDE: EMPODERAMENTO PARA VIVENCIAR O CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL

A última categoria apresentada trata sobre a educação em saúde voltada ao empoderamento das mulheres para a vivência do parto e pós-parto. Apesar de os programas e políticas públicas de atenção ao pré-natal e nascimento preconizarem a prática educativa como uma das principais estratégias de promoção à saúde materna e neonatal, as mulheres percorrem o caminho da assistência no ciclo gravídico-puerperal sem acesso a informações pertinentes a sua realidade, seja de forma individual ou coletiva.

*“Tivesse uma palestra com todas as mães juntas para tirar dúvidas em conjunto. Uma ia dando assistência à outra, seria interessante. Eu não tive essa orientação, eu tinha experiência porque cuidava dos meus sobrinhos, mais o pré-natal não me preparou para isso” (US13)*

As entrevistadas referem necessidade de educação em saúde para a vivência do parto e puerpério com maior tranquilidade.

*“Palestras para orientar a mãe, porque a gente não se sente muito segura não para parir. Eu não estava preparada. Eu tinha 18 anos, era meu primeiro filho, então eu não me senti preparada. Eu não tive orientação” (US14)*

A fala a seguir reforça a importância da prática educativa como estratégia fundamental para o empoderamento das mulheres quanto aos cuidados diários, a exemplo do aleitamento materno.

*“Quando eu cheguei em casa, no outro dia a enfermeira fez a minha visita. Ela perguntou se eu tinha alguma dúvida, eu disse que tinha. Ela foi me ensinar a dar de mamar, por que fere o bico do peito. A gente marinha de primeira viagem não sabe, né? Ela me ensinou e me respondeu” (US15)*

## **DISCUSSÃO**

No Brasil, vive-se um momento em que a assistência pré-natal atingiu uma cobertura de 98,7 % da população materna, o que representa a universalização dos serviços públicos de assistência materno-infantil. Entretanto, a adequação da assistência permanece baixa <sup>(9)</sup>, a exemplo da insatisfação das puérperas em relação às explicações, esclarecimentos de suas dúvidas, escuta dos seus sentimentos e orientações quanto aos cuidados de rotina <sup>(10,11)</sup>.

Não obstante a realidade nacional, as mulheres atendidas na região Seridó do Rio Grande do Norte perpassam pela assistência pré-natal compartilhando o anseio de receberem uma atenção qualificada, onde possam ser ouvidas e atendidas as suas demandas.

Inclui-se a isto, a adequada organização da assistência, a exemplo dos registros de exames e condutas realizadas durante o pré-natal, os quais são necessários para a continuidade do cuidado em âmbito hospitalar.

A subnotação do cartão de pré-natal tem sido um problema presente nas diversas realidades, sendo que as regiões do Norte e Nordeste apresentam a menor proporção do registro de exames como o registro do anti-HIV e a ultrassonografia do primeiro trimestre <sup>(9,10)</sup>. Estudo realizado em São Paulo também identificou falha no registro das informações relativas a procedimentos e exames realizados durante o pré-natal <sup>(12)</sup>. A ausência da anotação remete a conclusão de que os exames não foram realizados, fato que poderá influenciar decisões nos processos de cuidado,

tendo em vista que este é um importante instrumento a ser utilizado na assistência ao parto.

Além do mais, não é raro que as gestantes concluam o pré-natal e cheguem a parir sem terem em mãos os resultados dos exames de rotina, ou, até mesmo, não conseguem sequer realiza-los.

Quanto às consultas, médica e de enfermagem, verificou-se que as mulheres relataram acesso apenas ao atendimento de enfermagem, situação coerente à realidade das regiões do Norte e Nordeste, onde metade das gestantes é acompanhada unicamente pelo enfermeiro <sup>(9)</sup>, muito embora as políticas ministeriais brasileiras e as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) preconizem a participação de ambos profissionais na atenção ao período pré-natal.

A experiência do parto no serviço público de saúde é referenciada como um momento desprovido de acolhimento e assistência segura, o que contribui para a elevada razão da mortalidade materna e perinatal <sup>(13)</sup>. O domínio do modelo tecnocrata na atenção ao nascimento ainda é característica marcante dos serviços de atenção obstétrica, permitindo a manutenção da violência institucionalizada e a não adesão de condutas qualificadoras do cuidado.

Diversos estudos discutem o uso indiscriminado do toque vaginal, o qual parece ser realizado sem respeito à privacidade da mulher, de forma frequente e por múltiplos examinadores, em um mesmo momento ou com intervalos de tempos pequenos, ao ponto das mulheres não conseguirem numerar os toques recebidos durante o pré-parto <sup>(14-16)</sup>. Esse procedimento predomina na avaliação da evolução do trabalho de parto, em detrimento da utilização do partograma, progresso da dinâmica uterina e ausculta dos batimentos cardíofetais <sup>(13,17)</sup>. Parâmetros esses fundamentais para o adequado acompanhamento materno e perinatal.

Não obstante as demais realidades, o parto permanece assistido por parteiras tradicionais, as quais são responsáveis pelo acompanhamento e realização do parto eutócico <sup>(18)</sup>.

Apesar dos esforços pela humanização da assistência ao parto, não é raro o abuso da medicalização e dos tratamentos desumanos e manipuladores <sup>(15)</sup>, tornando o momento que seria importante da vida da mulher, em uma experiência desagradável. Isto por que, o processo de hospitalização do parto culmina com a medicalização do corpo feminino, transformando o papel da mulher de sujeito para

objeto do processo de parturição, tendo em vista a apropriação do saber técnico e das práticas médicas <sup>(19)</sup>.

Embora o direito ao acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, seja um direito previsto pela lei 11.108/2005, percebe-se que a garantia desse direito durante a internação, principalmente, durante o parto é desigual. Assim, as mais pobres, de baixa escolaridade, não brancas e as que vivenciaram o parto normal no serviço público são mais frequentemente privadas dos benefícios da presença do acompanhante de sua escolha <sup>(20)</sup>.

Quanto à assistência puerperal, o cuidado durante a fase permanece negligenciado, apesar das complicações do período ter representação significativa nas taxas de mortalidade materna, considerando as intercorrências clínicas como hemorragias e infecções puerperais.

Estudos apontam que há cobertura deficiente de acesso a cuidados médicos e de enfermagem durante o período, distanciando-se do que é preconizado pelas políticas de atenção ao parto e puerpério <sup>(12,21)</sup>. No mais, tendenciosamente, as mulheres que vivenciam o parto cesáreo recebem mais atenção dos profissionais, posto a valorização do parto como um ato medicalizado.

Tal pensamento é herança da cultura hospitalar, a partir da qual, entende-se que o parto cesáreo adquire valor perante a atuação de profissionais com elevado saber e da alta tecnologia a ele imposto <sup>(22)</sup>.

Ainda durante o puerpério, as demandas da maternidade exacerbam-se e acarretam transformações no estilo de vida das mulheres, do casal e da família. Comumente, tais demandas não são identificadas e nem tão poucos são vistas como passíveis de intervenções. Nesse ínterim, a qualidade da assistência puerperal é influenciada pela própria formação dos profissionais, uma vez que esses são orientados pelo modelo biomédico, fazendo da clínica o único sentido da atenção <sup>(21)</sup>.

Sobre a atenção neonatal, em 2002, a ausência do pediatra na sala de parto já era uma realidade constante nos serviços de saúde, sendo as parteiras ou técnicas de enfermagem, as profissionais responsáveis pela assistência ao recém-nascido, apesar da política de humanização do parto prever a obrigatoriedade do pediatra no momento do nascimento <sup>(23)</sup>. A ausência desse profissional implica em riscos à saúde neonatal, os quais aumentam as taxas de mortalidade, bem como dificulta a detecção precoce de doenças e a promoção da saúde infantil.

A educação em saúde configura-se como estratégia fundamental para o empoderamento e participação das mulheres no cuidar de si e do seu filho durante o ciclo gravídico puerperal. Os sujeitos da pesquisa reconhecem a importância e necessidade das atividades educativas serem inseridas na atenção básica e no contexto hospitalar.

Contudo, ainda há uma baixa proporção de orientações recebidas pelas mulheres durante a assistência pré-natal e na maternidade, o que evidencia a imparcialidade dos serviços em pleitear ações de promoção à saúde <sup>(9)</sup>. Para essas mulheres é fundamental que haja a realização de atividades que possibilitem o compartilhamento e a troca de experiências entre usuários e profissionais, as quais irão permitir o desenvolvimento de uma consciência crítica e reflexiva acerca do cuidado em saúde <sup>(24)</sup>.

Por fim, considera-se que, apesar da instituição de políticas de humanização e das constantes discussões sobre o tema, a prática assistencial ainda se faz pautada na concepção biomédica, onde as variáveis biológicas e as relações de poder sobrepõem-se aos aspectos sociais e subjetivos das mulheres, principalmente no que diz respeito à identificação de suas necessidades e a garantia do cuidado integral <sup>(25)</sup>.

Os limites do estudo referem-se ao método transversal que não consente a determinação de relações de causa e efeito, além de não fornecer resultados que possam ser generalizados, visto as características demográficas, culturais, sociais e econômicas de um país de dimensão continental.

## **CONCLUSÃO**

Com o estudo conclui-se que na assistência pré-natal sobressaíram como indicadores negativos a ausência da escuta qualificada e a dificuldade de acesso aos exames de rotina e a consulta médica. A medicalização do parto segue como modelo hegemônico na parturição, caracterizado pela falta de acolhimento e conduta humanizada, além da utilização indiscriminada de procedimentos como o toque vaginal. O cuidado durante o puerpério permanece negligenciado, tanto no que diz respeito à assistência materna, quanto neonatal.

A carência de atividades de educação em saúde é uma questão transversal à assistência durante a gravidez, parto e puerpério, sendo necessário repensar o cuidado, direcionado às gestantes e puérperas, na perspectiva da humanização e da promoção da saúde.

Espera-se que os resultados apresentados possibilitem a reorientação da atenção à mulher durante o ciclo gravídico puerperal com vista à humanização da assistência.

## REFERENCIAS

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(5):1863-76.
2. Leite RMB, Araújo TVB, Albuquerque RM, et al. Fatores de risco para mortalidade materna em área urbana do Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*.2011;27(10):1977-85.
3. Gomes MASM. Commitment to change. *Cad Saúde Pública*.2014;30(sup):S17-S47.
4. Centro Latino-americano de Perinatologia, Saúde da Mulher e Reprodutiva. Plano de ação para acelerar a redução da mortalidade materna e morbidade materna grave: Estratégia de monitoramento e avaliação. Montevideu: CLAP/SMR;2012.
5. Aquino EML. Reinventing delivery and childbirth in Brazil: back to the future. *Cad. Saúde Pública*.2014;30(sup):S8-10.
6. Parada CMGL. Tonete, VLP. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. *Interface, Comunic, Saúde e Educ*.2008.12:(24):35-46.
7. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. *O mundo da saúde*. 2011;35(4):438-42
8. Minayo, MCS, Deslandes, SF, Gomes,R. Pesquisa Social :teoria, método e criatividade. 30ed. Petrópolis: Vozes, 2011
9. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(sup):S85-100.
10. Vetorre MV, Dias M, Vetorre MV, Leal MC. Avaliação da qualidade da atenção ao pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*.2013;13(2):89-100.
11. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. Prenatal care in the perception of postpartum women from different health services. *Rev CEFAC*.2014;15(3):653-62.
12. Correa, MD, Tsunehiro, MA, Lima, MOP, Bonadio, IC. Evaluation of prenatal care in unit with family health strategy. *Rev. esc. enferm. USP [online]*. 2014, vol.48, n.spe, pp. 23-31.



13. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*.2014;30(supl):s17-s47.
14. Poljak AV. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*.2009;14(32):125-46.
15. Terán P; Castellanos C, Blanco MG, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuárias. *Rev Obstet Ginecol Venez*.2013;73(3):171-80.
16. Aguiar JM, D'oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface Comunicação Saúde Educação*.2011;15(36):79-91.
17. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto. *Rev Bras Ginecol*. 2011;33(10):297-304.
18. Caminha MFC, Figueira MCS, Santos LGA, Albuquerque EC, Iira PI, Filho MB. Assistência ao parto normal no estado de Pernambuco: aspectos geográficos, socioeconômicos e profissionais, com ênfase no papel da enfermagem. *Epidemiol Serv Saúde*.2008;17(3):195-204.
19. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*.2005;10(3):651-7.
20. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. *Cad Saúde Pública*.2014;30(supl):s140-s53.
21. Almeida MS, Silva IA. Women's needs in immediate puerperium in a public maternity in Salvador, Bahia, Brazil. *Rev Esc Enferm USP*.2008;42(2):347-54.
22. Bezerra MGA, CARDOSO MVLML. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na etnoenfermagem. *Rev Bras Enferm*.2005;58(6):698-702.
23. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciário no interior do estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*.2009;9(1):59-67.
24. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm*.2009;18(4):652-60.
25. Goulart BNG, Chiari BM. Thinking about health related professions humanized practice. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2010;15(1):255-268.

## 5.2. ARTIGO 2

O artigo “Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico puerperal” foi aceito para publicação pela Revista Panamericana de Salud Pública da OPAS, que possui Qualis B4 da CAPES para a área de Medicina II e B2 para área de Medicina I.

### **Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico puerperal.**

*Cristyanne Samara Miranda de Holanda<sup>1</sup>, João Carlos Alchieri<sup>2</sup>, Fátima Raquel Rosado Moraes<sup>3</sup> e Técia Maria de Oliveira Maranhão<sup>4</sup>*

#### **RESUMO**

**Objetivo.** Descrever o desenvolvimento do Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério (IAAPPP), elaborado com base na experiência de usuárias do serviço obstétrico público de saúde.

**Método.** Esta pesquisa de métodos mistos foi realizada no município de Caicó, estado do Rio Grande do Norte, Brasil. O estudo consistiu de duas fases: na fase 1,

---

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Campus Caicó, Caicó (RN), Brasil. Correspondência: Cristyanne Samara Miranda de Holanda, csmhn@hotmail.com

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Petrópolis, Natal (RN), Brasil.

<sup>3</sup> Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Campus Central, Mossoró (RN), Brasil.

<sup>4</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Tocoginecologia, Natal (RN), Brasil.

foram realizados grupos focais com 19 usuárias do sistema de saúde para levantamento de questões relevantes para avaliação do atendimento do ciclo gravídico-puerperal. Além disso, foi elaborada a primeira versão do instrumento, com validação do conteúdo mediante aplicação do questionário a sete das 19 participantes dos grupos focais; a segunda versão do instrumento foi então elaborada e retestada. Na fase 2 realizaram-se o cálculo do coeficiente de correlação intraclassa para determinar a reprodutibilidade do instrumento, um teste piloto para determinar a aplicabilidade do instrumento e a elaboração da versão final.

**Resultados.** A partir das discussões realizadas nos grupos focais, o instrumento foi organizado em quatro domínios: 1) informações socioeconômicas, 2) histórico obstétrico, 3) caracterização da experiência obstétrica atual e 4) avaliação do acompanhamento. Os domínios 3 e 4 foram subdivididos nas dimensões pré-natal, parto, puerpério e ciclo gravídico puerperal. As respostas das mulheres que avaliaram o instrumento para o domínio 4 apresentaram correlação forte ( $>0,8$ ), demonstrando a reprodutibilidade do IAAPPP.

**Conclusões.** O modelo metodológico permitiu identificar necessidades e demandas das mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal, produzindo um questionário que pode ser aplicado em outras regiões com características socioculturais semelhantes.

**Palavras-chave** Indicadores de qualidade em assistência à saúde; avaliação de serviços de saúde; saúde da mulher; Brasil.

A cada ano, 500 000 mortes maternas são registradas em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento (1). Uma das estratégias de consenso para a redução dessas mortes é a melhoria no acesso e na qualidade dos serviços

obstétricos (1). De acordo com o Fundo de População das Nações Unidas, se até 2015 os serviços obstétricos fossem ampliados e qualificados, 3,6 milhões de mortes seriam evitadas por ano nos países em desenvolvimento, sendo 358 mil mortes de mulheres durante a gravidez ou parto (2).

Portanto, garantir o acesso e a qualidade do atendimento de saúde é um dos principais desafios enfrentados pelos países para atingir os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio para a saúde. A meta dessa iniciativa era atingir, até 2015, a redução da mortalidade materna em três quartos e da infantil em dois terços, além de alcançar o acesso universal à saúde reprodutiva (2-5). Nesse contexto, estudos de caráter avaliativo vêm sendo desenvolvidos no Brasil com a finalidade de diagnosticar a realidade da rede de atenção e a qualidade da assistência obstétrica oferecida às mulheres no serviço público de saúde (6-8).

Em inquérito nacional sobre parto e nascimento no Brasil, verificou-se que apenas 45% das grávidas no país planejam a gestação. Em relação à assistência, 98,8% das mulheres realizam o pré-natal; desse percentual, 86% recebem atendimento no sistema público de saúde. Com relação ao tipo de parto, 47% são vaginais e 53% cesáreos (6,7). Além disso, o atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda é marcado por deficiência nas condições estruturais e desarticulação da rede de assistência (5). A abertura de espaço para discussão da assistência no ciclo gravídico-puerperal é necessária para um diagnóstico da realidade, para identificar fragilidades e para estabelecer oportunidades de reflexão sobre a prática assistencial, sendo imperiosa a escuta qualificada junto às mulheres que vivenciam esse ciclo fisiológico.

Incorporada em muitos países, a avaliação formal e rotineira de serviços de saúde pode contribuir para a formulação de políticas e práticas de saúde. No entanto,

a sua aplicação na gestão do serviço público de saúde brasileiro é incipiente (9,10). Diante da ausência de um instrumento de acompanhamento e de avaliação da assistência no ciclo gravídico-puerperal, percebeu-se a necessidade de construir uma ferramenta para esse fim. Na elaboração de tal ferramenta, o conhecimento e a vivência de usuárias do sistema têm um papel importante. A participação popular na avaliação dos serviços deve ser instigada, especialmente no setor público, que tem os usuários como copartícipes do sistema, com capacidade para julgar o serviço enquanto consumidores e cidadãos, reafirmando seus direitos e a autonomia na condução da atenção a saúde (11-14). Portanto, um instrumento com foco na avaliação de serviços de saúde deve apresentar evidências de validade (ou seja, indicadores que possibilitem verificar que o instrumento será eficaz para medir o que se propõe em contextos diversos) e deve ainda contemplar as necessidades dos usuários (1).

Com base nessas considerações, o presente estudo descreve a estratégia metodológica utilizada para construir o Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério (IAAPPP), um instrumento de avaliação da assistência obstétrica desenvolvido com base nas experiências de usuárias de um serviço obstétrico público municipal.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Esta pesquisa de métodos mistos foi realizada no município de Caicó, o sétimo município mais populoso do estado do Rio Grande do Norte, Brasil, com 66 759 habitantes. O município é referência de saúde para as cidades adjacentes (15). O padrão de utilização dos serviços públicos de saúde no município de Caicó é

semelhante àquele descrito em um estudo nacional (16): a população feminina é a que mais busca os serviços; a procura aumenta em função da idade; a prevenção é o segundo motivo de ida aos serviços; e, geralmente, a população só busca atendimento em caso de agravos.

O estudo consistiu de duas fases, divididas nas seguintes etapas: na fase 1, foram realizados grupos focais com 19 usuárias do sistema de saúde para levantamento de questões relevantes para avaliação do atendimento do ciclo gravídico-puerperal, elaboração da primeira versão do instrumento, validação do conteúdo mediante aplicação do teste a sete usuárias do serviço de saúde, alterações ao questionário, elaboração da segunda versão do instrumento e reteste com as usuárias participantes do grupo focal. A fase 2 envolveu o cálculo do coeficiente de correlação intraclasse para determinar a reprodutibilidade do instrumento, um teste piloto para determinar a aplicabilidade do instrumento e a elaboração da versão final. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (protocolo 181 979/2013).

### **Grupos focais para construção de ferramenta de medida**

A técnica de grupo focal utilizada na pesquisa avaliativa envolve entrevista com grupos para formulação de questões investigativas e construção de instrumentos (17). Os grupos focais foram utilizados para coletar informações por meio da interação coletiva.

Durante os encontros, foram analisados indicadores para elaboração de instrumento avaliativo da assistência obstétrica. Esse tipo de pesquisa é pertinente para a investigação dos fenômenos de forma coletiva (18).

Participaram dos grupos 19 mulheres adstritas às unidades de saúde do município que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal, realizaram mais de seis consultas pré-natal nas unidades municipais, pariram em hospital público e receberam assistência puerperal em até 42 dias pós-parto. A amostra foi intencional, característica da técnica, que sugere que os integrantes devem ser determinados pelo objetivo da pesquisa e possuir particularidades em comum (19). As mulheres selecionadas foram as que atenderam ao convite da pesquisa e compareceram aos encontros após divulgação da atividade pelos agentes comunitários de saúde.

O grupo foi disposto em forma de círculo para a interação face a face e as sessões foram conduzidas com base em um roteiro norteador. O critério de saturação foi administrado para a finalização, considerando o momento em que os discursos se tornaram repetitivos. Foram realizados seis encontros com duração média de 30 minutos. Os relatos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra pelo moderador do grupo focal.

As informações colhidas receberam suporte operacional do *software Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments du Texte* (ALCESTE, versão 2010) com o objetivo de definir as categorias de análise. As orientações das portarias e protocolos do Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento e da Rede Cegonha do Ministério da Saúde brasileiro também foram consideradas para definição do construto e preparação dos itens do instrumento.

### **Evidência de validade do instrumento**

Incorporar pessoas leigas na avaliação dos serviços possibilita a elaboração de instrumentos que captam a visão dos usuários (20, 21). Portanto, foram selecionadas

como avaliadoras do instrumento sete mulheres com experiência de atendimento no serviço público de saúde e que haviam participado das reuniões do grupo focal. A validade aparente foi utilizada para verificar se o instrumento apresentava em seu conteúdo características que pudessem ser reconhecidas e compreendidas pelas participantes (22).

As sete avaliadoras tinham idade entre 25 e 42 anos e entre 8 e 14 anos de estudo. Quatro dessas mulheres eram casadas e quatro eram trabalhadora autônomas. Com relação à paridade, seis possuíam de duas a seis gestações.

As participantes ajuizaram o instrumento com relação ao construto. Além de verificar a apresentação, a clareza e a relevância, as usuárias apresentaram sugestões e responderem ao instrumento para avaliar a sua experiência obstétrica. As alterações sugeridas foram efetuadas para que os questionamentos se tornassem compreensíveis. Uma segunda versão do instrumento foi consolidada e submetida ao reteste para nova apreciação.

Com a finalidade de conhecer a reprodutibilidade do instrumento, fez-se o cálculo do coeficiente de correlação intraclassa (ICC), sendo o nível de concordância estabelecido em  $>0,8$ . Uma vez reformulado, o instrumento foi submetido ao teste piloto como uma amostra aleatória de 30 mulheres. Após a administração do piloto, o instrumento foi concretizado e denominado Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério (IAPPP).

## **RESULTADOS**

### **Categorias de análise e estruturação do instrumento**



Após análise das falas, foram definidas quatro categorias de discussão: importância do acompanhamento pré-natal, falta de assistência ao trabalho de parto, descaso da assistência no puerpério e educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal.

As categorias de análise são uma amostra dos apontamentos que deveriam constar no instrumento como condição para avaliação adequada dos serviços de saúde. Foram enfatizados tópicos relacionados ao acolhimento, acesso aos exames de rotina e às consultas de pré-natal, acesso a métodos de alívio da dor e de estímulo à evolução fisiológica do parto, garantia da presença de um profissional médico no momento do parto, acompanhamento médico no pós-parto e educação em saúde no ciclo obstétrico.

O instrumento inicial foi organizado em quatro domínios. Os dois primeiros domínios possuíam informações relativas às condições socioeconômicas e ao histórico obstétrico, não tendo sido alvo de alterações importantes. O terceiro domínio, relativo à caracterização da experiência obstétrica atual, foi dividido em três classes (pré-natal, parto e puerpério), com níveis que variaram de seis a 10 itens cada, com opções estruturadas de respostas. O quarto domínio possibilitava à usuária avaliar o acompanhamento recebido durante as três fases do ciclo obstétrico. Este quarto domínio computava 11 níveis, que eram avaliados conforme escala de medida tipo Likert com opções de respostas que variavam de “concordo totalmente” a “discordo totalmente”, totalizando cinco opções de respostas.

### **Alterações realizadas em decorrência da validade aparente**

A versão preliminar do instrumento foi submetida à avaliação das mulheres quanto à seleção dos domínios, bem como à necessidade de modificação na estrutura de algumas questões do instrumento. Os dois últimos domínios foram alvo de alterações importantes: dos 25 itens referentes à experiência obstétrica atual, foram realizadas mudanças em 20 elementos com o propósito de melhorar o estilo da escrita e o entendimento das informações. Na avaliação do acompanhamento durante o ciclo gravídico-puerperal foram excluídos três itens, sendo um em cada classe de avaliação.

Outro fator da apreciação crítica foram os itens da escala tipo Likert. Ao exercitarem o preenchimento, foi unânime a dificuldade de entendimento. O grupo decidiu modificar as possibilidades de resposta, mantendo as seguintes opções: Concordo, Discordo, Não sei responder e Não se aplica. A opção “não sei responder” foi considerada necessária dada a possibilidade de pouca experiência escolar das participantes.

Dessa forma, a qualidade da assistência prestada no pré-natal, no parto e após o parto, na visão das usuárias, foi definida pelo número de respostas “Concordo” contidas no quarto domínio do instrumento. Quanto maior o número de aquiescência, mais adequada a assistência frente às necessidades das mulheres. Todas as alterações foram acatadas na segunda versão do instrumento, que, após 15 dias, foi administrado ao mesmo grupo de mulheres para identificar o grau de concordância nas respostas ao instrumento (tabela 1).

**TABELA 1. Nível de concordância do Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério no teste-reteste, Caicó (RN), Brasil, 2014**

Variável	Coeficiente de correlação	Coeficiente de correlação intraclassa	<i>P</i>	IC95%
----------	---------------------------	---------------------------------------	----------	-------

Pré-natal	1,000	1,000	-	1,00 a 1,00
Parto	0,898	0,937	0,002	0,636 a 0,989
Puerpério	0,973	0,990	<0,001	0,943 a 0,998
Ciclo gravídico	1,000	0,993	<0,001	0,957 a 0,999

As classes pré-natal, parto, puerpério e ciclo gravídico puerperal apresentaram correlação forte com valores acima de 0,8, o que demonstra uma concordância entre as respostas das participantes e a reprodutibilidade do instrumento.

Para avaliação da aplicabilidade, a ferramenta de pesquisa foi submetida a um teste piloto. Após o teste, alterações mínimas foram realizadas. A versão final do questionário aparece no **Anexo 1**.

## DISCUSSÃO

As ferramentas atualmente disponíveis para avaliar a qualidade do cuidado obstétrico priorizam os indicadores de resultados, avaliam os estágios do ciclo isoladamente e não consideram a experiência das usuárias para a construção dos instrumentos (1,23). Entretanto, a opinião das usuárias gera informações indispensáveis para a gestão de serviços de saúde e a avaliação da qualidade da assistência, e pode embasar a criação de instrumentos originais para a avaliação do serviço (24, 25).

O Brasil é um país que possui dimensão continental, com cenários de assistência culturalmente determinados. Os relatos das mulheres no interior do Rio Grande do Norte retratam a realidade do cuidado obstétrico na região Nordeste, onde o atendimento pré-natal está alicerçado na padronização de rotinas – ao invés de alicerçar-se no atendimento das necessidades das usuárias. Ainda, nesse cenário, a atenção ao parto é caracterizada pelo uso de intervenções desnecessárias e a

assistência pós-parto é marcada por dificuldades de acesso e utilização do serviço (5,26).

Mesmo buscando reestruturação das práticas obstétricas, os serviços no Brasil ainda se vinculam a um modelo tradicional, arraigado no tecnicismo. Esse fato reforça a importância de uma avaliação das políticas públicas baseada em indicadores fundamentados metodologicamente e relacionados ao cotidiano dos serviços de saúde e à participação dos usuários na construção dos instrumentos de avaliação.

São constantes os desafios enfrentados pelas equipes de atendimento para efetivar políticas de avaliação e aplicar indicadores nacionais de saúde. Os apontamentos sugeridos no IAPPP reforçam a inclusão de elementos pautados na dimensão do processo da assistência e nas especificidades locais, ratificando que o foco apenas no monitoramento de questões intervencionistas encobre a visualização de aspectos que mensuram a qualidade do atendimento de forma integral (12).

O método utilizado no presente estudo permitiu identificar necessidades e demandas das mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal, produzindo um questionário que pode ser aplicado em outras regiões com características socioculturais semelhantes. Entretanto, deve-se ressaltar que a possibilidade de generalização dos resultados é restrita. Diante do contexto multicultural brasileiro, uma limitação do presente estudo é o número reduzido de participantes, que reflete estritamente a realidade do local onde o estudo foi desenvolvido.

Por outro lado, foi possível, no presente estudo, apontar que entre os indicadores relacionados à avaliação de processo, as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e o paciente podem determinar a qualidade da atenção à saúde na visão das usuárias. Entende-se que a avaliação da assistência e a

reorientação das práticas de atenção obstétrica devem priorizar a humanização, a autonomia e a subjetividade da mulher.

**Conflitos de interesse.** Nada declarado pelos autores.

**Agradecimentos.** A pesquisa teve apoio financeiro da Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES), através de bolsa de estudo (CSMH).

## REFERÊNCIAS

1. Morestin F, Bicaba A, Sermé JD, Fournier P. Evaluating quality of obstetric care in low-resource settings: Building on the literature to design tailor-made evaluation instruments - an illustration in Burkina Faso. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:20.
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico (SPI/MP). *Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento.* Brasília: Ipea/SPI/MP; 2014. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf) Acessado em junho de 2015.
3. United Nations Population Fund (UNFPA). *The state of the world's midwifery 2011. Delivering health, saving lives.* Nova Iorque: UNFPA; 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/publications/state-worlds-midwifery-2011> Acessado em junho de 2015.

4. Bhutta ZA1, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 2010; 375(9730):2032-44.
5. Maia CS, Freitas DGC, Guilhem D, Azevedo AF. Percepções sobre a qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(5):2567-74.
6. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Sup):S192-207.
7. Vargas T. Pesquisa revela dados sobre parto e nascimento no Brasil. Informe ENSP; 2012. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/29584> Acessado em junho de 2015.
8. Leal MC, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15.
9. Tanaka OU, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Coletiva*. 2012;17(4):821-8.
10. Silva EPS, Lima RT, Costa MJC, Batista Filho M. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(5):356-62.
11. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):479-87.

12. Quintanilha BC, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Resistance movements in the Brazilian National Health System (SUS): rhizomatic participation. *Interface*. 2013;17(46):561-73.
13. Nimegeer A, Farmer J. Community participation to design rural primary healthcare services. *BMC Health Services Res*. 2014;14:130.
14. Vahdat S, Hamzehgardeshi L, Hessam S, Hamzehgardeshi Z. Patient involvement in health care decision making: a review. *Iran Red Cres Med J*. 2014;16(1):e12454.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240200>  
Acessado em 25 de março de 2015.
16. Silva ZP, Ribeiro MCSA, Barata RB, Almeida MF. Perfil sociodemográfico e padrão de utiliza o dos serviços de saúde do Sistema  nico de Saúde (SUS), 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(9):3807-16.
17. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis*. 2009;19(3):777-96.
18. Dall'Agnol CM, Magalhães AMM, Mano GCM, Olschowsky A, Silva FP. A no o de tarefa nos grupos focais. *Rev Gaucha Enferm*. 2012;33(1):186-90.
19. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisa qualitativa. *Mundo Saude*. 2011;35(4):438-42.
20. Andrade GRB, Vaitsman J, Farias LO. Metodologia de elabora o do  ndice de responsividade do serviço (IRS). *Cad Saude Publica*. 2010;26(3):523-34.

21. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(7):3061-8.
22. Pasquali L. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010.
23. Victora CG, Aquino EM, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(5):1863-76.
24. Hino P, Ciosak SI, Fonseca RMGS, Egry EY. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de captação. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(Esp 2):1156-67.
25. Cacique DB, Bacha AM, Grassioto OR, Oliveira HC, Lima MT, Fonsechi-Carvasan GA. A avaliação da satisfação de pacientes internadas em um hospital universitário especializado na saúde materno-infantil: questionários e resultados globais. *Rev Adm Saude*. 2012;14(57):134-42.
26. DiBari JN, Yu SM, Chao SM, Lu MC. Use of postpartum care: predictors and barriers. *J Pregnancy*. 2014; 2014:530769.



## ABSTRACT

### **Strategies for development, follow-up, and assessment of care provided to women in the pregnancy-postnatal cycle**

**Objective.** To describe the development of a questionnaire for assessment of prenatal, birth, and postnatal care (*Inventário de Avaliação da Assistência ao Pré-natal, Parto e Puerpério*, IAAPPP), which was designed taking into consideration the experience of users of a public obstetric service.

**Method.** This mixed methods research was performed in the city of Caicó, state of Rio Grande do Norte, Brazil. The study consisted of two phases: in phase 1, focal groups were organized with 19 users of the health care system for identification of relevant issues for assessment of the pregnancy-postnatal cycle. The first draft of the questionnaire was also designed and tested for validity with seven of the 19 focal group participants; a second draft was produced and retested. In phase 2, the intraclass correlation coefficient was calculated to determine reproducibility. A pilot test was carried out to determine the applicability of the survey and the final version of the IAAPPP was developed.

**Results.** Based on the focal group discussions, the inventory was organized into four domains: 1) socioeconomic information, 2) obstetric history, 3) description of current obstetric experience and 4) assessment of follow-up. Domains 3 and 4 were subdivided into prenatal care, birthcare, postnatal care, and pregnancy-postnatal cycle. The answers of the women who evaluated the instrument for domain 4 were strongly correlated ( $>0.8$ ), indicating reproducibility of the IAAPPP.

**Conclusions.** The methodological model allowed us to identify needs and demands of women in the pregnancy-postnatal cycle, and allowed us to design a questionnaire that can be applied to other regions with similar sociocultural characteristics.

(Quality indicators, health care; health services evaluation; women's health; Brazil.)

[Indicadores de calidad de la atención de salud; evaluación de servicios de salud; salud de la mujer; Brasil.]

### 5.3 ARTIGO 3

O artigo “Elementos que expressam a qualidade da assistência obstétrica segundo as usuárias do serviço público de saúde.” foi submetido ao periódico Acta Paulista de Enfermagem que possui Qualis A2 da CAPES para a área de Enfermagem e B3 para área de Medicina II.

“Elementos que expressam a qualidade da assistência obstétrica segundo as usuárias do serviço público de saúde.”

Cristyanne Samara Miranda de Holanda<sup>1</sup>

Marquiony Marques dos Santos<sup>1</sup>

Alexandra do Nascimento Cassiano<sup>1</sup>

João Carlos Alcheri<sup>2</sup>

Técia Maria de Oliveira Maranhão<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Caicó, RN, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.

#### **Indicadores de qualidade da assistência para o serviço obstétrico público de saúde**

##### **Resumo**

**Objetivo:** Avaliar a assistência no ciclo gravídico puerperal, pelo serviço público de saúde através de instrumento produzido e validado por usuárias.

**Métodos:** Estudo do tipo transversal realizado em municípios do nordeste brasileiro. Utilizou a análise múltipla de regressão logística para a percepção dos fatores preditores da insatisfação da assistência.

**Resultados:** 37,3% das mulheres realizaram os exames pelo SUS. 69,4% não tiveram acompanhante durante o processo parturitivo. 44,8% participaram da escolha do tipo de parto. 60,3% não receberam assistência médica. A assistência foi avaliada como insatisfatória por 41,1% das mulheres. **Conclusão:** Os indicadores associados à satisfação foram a participação na escolha do parto, visita clínica e a comunicação da alta hospitalar pelo profissional médico, visita puerperal pela equipe

da ESF na primeira semana após alta hospitalar e o acesso às orientações sobre os cuidados com o recém-nascido.

**Palavras-chaves:** Avaliação em Enfermagem; Enfermagem em Saúde Pública; Enfermagem Obstétrica; Avaliação de Serviços de Saúde; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde

**Keywords:** Nursing assessment; Public Health Nursing; Obstetrical Nursing; Health Services Evaluation; Quality Indicators Health Care

## **Introdução**

É sabido que a falta de acesso e a desqualificação dos serviços de saúde à mulher reportam ao aumento da mortalidade materna e neonatal. Considerado um marcador importante, a mortalidade avalia o acesso aos serviços de saúde e expressa a qualidade da atenção obstétrica, principalmente em países em desenvolvimento. Um alto número de mortes indica a necessidade urgente de mudança das práticas assistenciais com o intuito de adotar ações que fortaleçam a qualidade da assistência.

Para a regressão dos índices de morbimortalidade materna e neonatal, um dos serviços que requer avaliação de suas práticas, em âmbito nacional, é a assistência ao ciclo gravídico-puerperal. A discussão constante sobre a forma de nascer no Brasil reflete o descontentamento com o cuidado tecnicista e intervencionista praticado nos ambientes institucionalizados. Para a melhoria da qualidade desse cuidado é necessária a consolidação de uma rede de saúde integrada e a qualificação dos processos assistenciais durante o ciclo obstétrico. <sup>(1)</sup>

Nesta perspectiva a avaliação dos serviços contribui para o ajuizamento de elementos que prognosticam a assistência, sendo imperativa a implantação de uma rotina de avaliação para que o planejamento e a tomada de decisões sejam baseados em evidências científicas.

Considerando a gestão participativa enquanto uma conquista do SUS, reforça-se a importância de possibilitar a vinculação do usuário neste processo. Nesta perspectiva, o estudo objetiva avaliar a assistência prestada no ciclo gravídico puerperal, pelo serviço obstétrico público de saúde, através de um instrumento, com evidências de validade, elaborado e desenvolvido junto a usuárias do serviço no interior do nordeste brasileiro.

## **Métodos**

Estudo transversal, realizado de dezembro de 2013 a março de 2014 na região Seridó do estado do Rio Grande do Norte (RN), Brasil.

A população foi constituída por mulheres que vivenciaram a assistência ao ciclo gravídico puerperal no serviço público de saúde. Foram incluídas as que realizaram mais de seis consultas de pré-natal nas unidades de saúde municipais, pariram em hospital público e receberam a consulta puerperal em até 42 dias pós-parto. Não participaram às mulheres que realizaram atendimento na rede privada de saúde.

Para o cálculo amostral, fez-se um teste-piloto com objetivo de identificar a proporção real do efeito no estudo. A partir da avaliação de um serviço de atenção básica municipal, foi possível conhecer uma proporção de 56% de insatisfação da assistência recebida. O cálculo do tamanho amostral foi baseado na população finita de 1.674 nascidos vivos de mães residentes nos municípios cenários do estudo. Considerando os erros do tipo I em 5%, do tipo II em 20%, e taxa de não resposta de 15%, obteve-se uma amostra de 294 mulheres. A aleatoriedade da alocação dos sujeitos respeitou a distribuição probabilística nas 36 unidades básicas de saúde estudadas, através do princípio da amostragem estratificada proporcional.

O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação aparente por um grupo de mulheres, o qual ajuíza domínios relativos à identificação da amostra e da história obstétrica, experiência obstétrica atual e avaliação do acompanhamento durante o ciclo.

Buscou-se identificar a forma de captação das gestantes, início do pré-natal, número de consultas realizadas, profissionais envolvidos na assistência, acesso aos exames pelo SUS, participação em atividades educativas, acesso à assistência hospitalar, participação na escolha do tipo do parto, profissional responsável pelo parto, direito ao acompanhante no processo de trabalho de parto e parto, visita clínica puerperal, orientações pós-parto, dentre outras.

O desfecho principal do estudo foi construído a partir da satisfação da assistência pré-natal, parto e pós-parto, diante das assertivas contidas no questionário.

As variáveis utilizadas para análise relativas ao ciclo foram em três domínios. As referentes ao pré-natal consistiram em: acolhimento, qualidade das consultas, informação e registro, acesso aos exames e participação em atividades de educação

em saúde; Para avaliação do parto pesquisou-se o acolhimento, práticas humanizadas, escolha do tipo de parto, direito a acompanhante e a conduta clínica dos profissionais envolvidos no parto. Com relação ao puerpério foi analisado o acompanhamento pós-parto, orientações para alta hospitalar e o acompanhamento da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A análise dos dados foi desenvolvida por meio de estatística descritiva e inferencial. A variável dependente principal foi obtida a partir das assertivas da avaliação do pré-natal, parto e pós-parto. Esta foi transformada em duas categorias através da mediana, nomeados como “insatisfeitos” e “satisfeitos” para avaliar a assistência recebida durante o ciclo gravídico puerperal. A variável dicotômica da avaliação do ciclo foi utilizada para conhecer sua associação com as demais variáveis nominais através do teste qui-quadrado, verificando a magnitude da associação através da razão de prevalência bruta para cada uma das variáveis independentes. As variáveis quantitativas foram categorizadas pela mediana ou tercis. Para identificação dos fatores preditores que influenciam a insatisfação da assistência no ciclo gravídico puerperal foi realizada a análise de regressão logística, pelo método *Stepwise Forward Selection Procedure*. As variáveis que compõem o modelo foram agrupadas em blocos, sendo ordenadas de acordo com sua significância estatística na análise bivariada.

A modelagem foi iniciada pelas variáveis mais significativas, e a seguir, as demais foram inseridas ao modelo de forma hierárquica, aceitando um  $p$  crítico de  $<0,20$  para a variável compor ao modelo. As variáveis com mais de três categorias foram transformadas em variáveis *Dummy* para serem testadas em relação ao modelo. A razão de prevalência ajustada foi calculada como medida de efeito independente das variáveis significativas na análise final. Os dados foram analisados mediante o programa SPSS® 20.0 e em todas as análises foi considerado o nível de significância igual a 5%.

Este estudo segue as recomendações da 146/2012 e suas complementares. O mesmo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com parecer nº 181.979/2013.

## **Resultados**

Da amostra calculada, participaram da pesquisa 252 mulheres. A perda (14,28%) se deu em relação às taxas de não resposta e adesão ao estudo, sendo

que, 73,8% eram trabalhadoras do lar; possuíam de 10 a 14 anos de estudo (53,6%) e faixa etária que variou entre 18 a 25 anos de idade (46,4%).

Em relação aos dados obstétricos, 77,4% das mulheres eram secundíparas; 71% realizaram mais de seis consultas pré-natal e em 60,7% dos casos o pré-natal foi realizado pelo médico e enfermeiro. Quanto ao acesso aos exames, apenas 37,3% realizaram os procedimentos pelo SUS. Referente à assistência no trabalho de parto, somente 44,8% participaram da escolha do tipo de parto. Houve um predomínio de partos cesáreos (61,5%) e das que pariram por via vaginal, 23,4% foram realizados pela parteira. A maioria (69,4%) não teve direito a acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Na assistência puerperal imediata, 60,3% das mulheres receberam apenas a assistência da equipe de enfermagem. Em relação ao puerperio mediato, após alta hospitalar, somente 0,4% teve a visita do médico da ESF. A partir da análise de *clusters*, foi identificado que 41,1% das participantes do estudo estavam insatisfeitas com a assistência no serviço público de saúde.

Quanto à associação entre a satisfação da assistência recebida e as variáveis relativas à experiência obstétrica atual, observou-se que a não participação em atividades educativas contribuiu significativamente para a insatisfação durante a fase o pré-natal (RP= 1,41;  $p=0,031$ ).

Com relação ao parto, o fato da mulher não participar da escolha do tipo de parto (RP= 2,12;  $p= <0,001$ ), o número de idas a maternidade para internação hospitalar (RP= 1,38;  $p=0,054$ ), o toque vaginal realizado por profissional não médico (RP= 1,56;  $p=0,005$ ) e o direito negado de ter um acompanhante (RP= 1,76;  $p=0,003$ ) tiveram associação significativa e influenciaram negativamente no processo de parturição.

Em relação ao pós-parto, as condições que colaboraram para a avaliação negativa da assistência foram: os primeiros cuidados ao recém-nascido prestados pelo profissional técnico de enfermagem, em relação ao enfermeiro (RP= 2,06 e  $p=0,020$ ), não receber a visita médica no pós-parto (RP= 2,02;  $p=<0,001$ ), tendo acompanhamento apenas da equipe de enfermagem (RP= 1,89;  $p=<0,001$ ) e receber alta pelo técnico de enfermagem em relação ao médico (RP= 1,84;  $p=<0,001$ ).

Durante o puerpério mediato as variáveis relativas à visita puerperal pela ESF foram evidenciadas pelas mulheres quanto ao período e aos profissionais envolvidos. As mulheres que não receberam visita (RP= 2,54;  $p=<0,001$ ) ou as que

quando a visita foi realizada após a primeira semana de alta hospitalar (RP= 2,07;  $p<0,001$ ), somente pelo agente de saúde sem a presença do profissional enfermeiro (RP= 2,02;  $p<0,001$ ), ficaram insatisfeitas com o cuidado. As que não receberam orientações relativas à amamentação (RP= 2,29;  $p<0,001$ ), aos cuidados com o recém-nascido (RP= 2,36;  $p<0,001$ ) e ao autocuidado (RP= 2,02;  $p<0,001$ ) não se sentiram preparadas para vivenciar o pós-parto com autonomia.

As variáveis que não tiveram associação com a satisfação da assistência no ciclo-gravídico, mas que foram utilizadas para testar o efeito preditor na análise multivariada, por possuírem um valor de  $p$  menor ou igual a 0,20, foram: enfermeiro como único profissional responsável pelo pré-natal, não garantia dos exames pelo SUS, não participação em atividade educativa individual e a realização de três ou mais toques vaginais. Estas variáveis, juntamente com as variáveis independentes significativas na análise bivariada produziram um modelo preditor demonstrado no quadro abaixo.

**Quadro 1. Preditores independentes para a satisfação da assistência, segundo análise multivariada da regressão logística em mulheres atendidas pelo serviço obstétrico público de saúde.**

Variáveis	Categorias	Avaliação do Ciclo Gravídico		RP	RPaj	ICaj (95%)	$p$ -valor*
		Insatisfeita(%)	Satisfeita(%)				
Participação em atividade educativa individual	Não	46(46,5%)	53(53,5%)	1,29	1,53	1,04 - 2,23	0,029
	Sim	55(35,9%)	98(64,1%)				
Participação na escolha do tipo parto	Não	73(52,5%)	66(47,5%)	2,12	2,21	1,43 - 3,41	<0,001
	Sim	28(24,8%)	85(75,2%)				
Visita médica no pós-parto imediato	Não	71(52,2%)	65(47,8%)	2,02	1,82	1,13 - 2,94	0,014



	Sim	30(25,9%)	86(74,1%)				
Profissional que comunicou a alta hospitalar	Médico	42(28,8%)	104(71,2%)	0,62	0,49	0,27 - 0,89	0,019
	Tec. Enfermagem	59(55,7%)	47(44,3%)				
Visita Puerperal realizada pela ESF	Não	34(81,0%)	8(19,0%)	2,54	2,08	1,17 - 3,72	0,013
	Sim	67(31,9%)	143(68,1%)				
Visita puerperal realizada na primeira semana pós-parto	Não	61(57,0%)	46(43,0%)	2,07	1,65	1,01 - 2,69	0,046
	Sim	40(27,6%)	105(72,4%)				
Orientação sobre cuidados com o recém-nascido	Não	47(69,1%)	21(30,9%)	2,35	2,01	1,29 - 3,13	0,002
	Sim	54(29,3%)	130(70,7%)				

Legenda: \*p-valor referente ao modelo de regressão logística, ajustado pelas variáveis: Acompanhante no trabalho de parto e parto; Profissional que assistiu a criança; Profissional que realizou o pré-natal (Teste de Hosmer and Lemeshow: p=0,879).

O referido modelo foi ajustado pelas variáveis: acompanhante no trabalho de parto e parto, profissional responsável pelo pré-natal e pelo cuidado ao recém-nascido. Após o ajuste, observou-se associações significativas e independentes em: Participação em atividade educativa individual; participação na escolha do tipo parto; visita clínica no pós-parto imediato realizada pelo médico; profissional que

comunicou a alta hospitalar; visita puerperal realizada pela equipe de saúde da família; visita puerperal realizada na primeira semana após alta hospitalar e orientação referente aos cuidados com o recém-nascido.

## **Discussão**

Os limites do estudo referem-se ao método transversal que não consente a determinação de relações de causa e efeito, o tipo de validação aparente em que o instrumento foi submetido, além da restrição das características demográficas em um país de dimensão continental.

A aplicabilidade faz referência à identificação de indicadores, que avaliam a satisfação da assistência sob a ótica das usuárias do serviço público, de forma que a mudança nas práticas assistenciais seja baseada em evidências científicas. O estudo identificou um número significativo de variáveis que colaboraram para o descontentamento da assistência recebida. As variáveis preditoras independentes que configuraram a insatisfação da assistência refletem o modelo hegemônico de atenção à saúde, baseado em práticas intervencionistas e medicalizadas.

A assistência ao ciclo configura um modelo que prioriza as rotinas institucionais em detrimento das necessidades das mulheres. A distância entre as evidências científicas e a prática obstétrica, é um exemplo do quanto à cultura institucional tem prioridade na organização das práticas de saúde no Brasil. <sup>(2)</sup>

Apesar de, no Brasil, a assistência pré-natal ter atingido uma cobertura de 98,7 % da população materna, o que representa a universalização dos serviços públicos de assistência materno-infantil, sua adequação ainda permanece baixa. <sup>(3)</sup> Evidência constatada pela falta de acesso aos exames e a insatisfação das puérperas em relação aos esclarecimentos de suas dúvidas, escuta dos seus sentimentos e orientações quanto aos cuidados de rotina. <sup>(4,5)</sup> Condições que atestam a ausência de atividades que atendam as reais demandas das gestantes.

A ineficiência de ações voltadas à educação em saúde é uma evidência dessa dissociação. É uma estratégia para a promoção da saúde que deveria ser adotada para a atenuação das dificuldades inerentes ao período, implicando no empoderamento e na autonomia da mulher para a vivência plena da maternidade.

Estudos com características similares identificou o predomínio de práticas tradicionais de educação em saúde e corroborou com os resultados da pesquisa, quando afirma que as orientações recebidas não garantem à mulher confiança

necessária para a efetivação do auto cuidado e do cuidado com o neonato, gerando angustia e insatisfação. Dessa forma, considerar a consulta clínica enquanto espaço legítimo para a realização de atividades educativas é relevante para a criação de vínculos e priorização das necessidades individuais de cada gestante. <sup>(6)</sup>

Com relação à participação da mulher na escolha do tipo parto, identificou-se resultados semelhantes, no qual as gestantes não possuem acesso a condições favoráveis para que suas demandas sejam ouvidas e atendidas, além do que, a participação da mulher na tomada de decisão não é respeitada, produzindo frustração, medo e insatisfação. <sup>(2)</sup>

A forma de organização da assistência obstétrica no Brasil determina a decisão da via de parto. Tal implicação respalda-se em evidências apresentadas por uma investigação de abrangência nacional, a qual assegura que, para a melhoria da assistência ao binômio mãe e filho, a participação no parto e o atendimento das demandas da mulher devem ser garantidas, tornando a parturição uma experiência menos dolorosa. <sup>(7,8)</sup>

O puerpério, apesar de ser um período de vulnerabilidades para mãe e filho foi a fase que menos se identificou atenção da equipe de saúde. Embora demande tecnologia simples e planejamento local, é notória a invisibilidade desse cuidado, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. <sup>(9,10)</sup>

As variáveis preditoras refletem essa condição, quando mencionadas questões acerca da importância da visita clínica e da alta hospitalar, como ações que deveriam ser realizadas pelo profissional médico e a garantia da visita puerperal na primeira semana pós-parto, para proporcionar as orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido.

Após a alta hospitalar o MS recomenda que a assistência à mulher e a criança seja realizada logo na primeira semana de vida através de visita domiciliar, realizada pelos membros da atenção básica, com o intuito de prestar uma assistência clínica educativa, além da consulta puerperal até 42 dias pós-parto. No entanto esta não é uma ocorrência frequente nos serviços de saúde.

Um trabalho de abordagem bibliográfica evidenciou a não existência da contra referência, após alta hospitalar, para assegurar o retorno ao serviço de saúde na área de abrangência da ESF. Este fato fortalece a atenção apenas no ambiente hospitalar, não contemplando as ações de saúde no puerpério mediato. <sup>(13)</sup>

É válido afirmar que na fase puerperal grande parte das puérperas vivencia sentimentos relacionados ao medo, ansiedade e sensação de vazio, o que remete a importância da implementação das visitas domiciliares como ação continuada para o desempenho assistido da maternidade.

Estudos identificam a maior disponibilidade do profissional enfermeiro nas unidades da ESF em relação ao profissional médico, corroborando com os achados da pesquisa, já que foi demonstrada a insatisfação das mulheres quando relatado a não participação do profissional médico no cuidado. No Brasil existe uma importante rotatividade desse profissional além do baixo índice de capacitação para atuar no cenário da saúde coletiva. Considerando que a equipe interdisciplinar é necessária para a integralidade do cuidado à saúde, carências nesse quesito são barreiras importantes à atenção humanizada ocasionando a falta de vínculo e a não adesão às práticas de saúde.<sup>(14)</sup>

O resultado apresentado revela um cenário inquietante e desafiador que remete à constante avaliação dos serviços em busca da melhoria da assistência. Enfatiza ainda a importância de indicadores que refletem a realidade do serviço público de saúde serem introduzidos nos instrumentos avaliativos, a fim de nortear cientificamente a mudança das práticas assistenciais.

## **Conclusão**

O estudo identificou avaliação negativa por parte das participantes quanto à assistência recebida pelo serviço público. Os elementos associados à satisfação foram a participação da mulher na escolha do parto, visita clínica e a comunicação da alta hospitalar feita pelo profissional médico, visita puerperal realizada pela equipe da ESF na primeira semana após alta hospitalar e o acesso as orientação sobre os cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida. Os resultados reforçam a importância da implementação de uma rede de cuidados que asseguram às mulheres o direito de uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, além da necessidade constante de avaliação desses serviços.

## Referências

1. Lansky, S, Friche A. A. de L, Silva, A. A. M. da, Campos, D, Bittencourt, S. D. A, Carvalho, M. L; P. G, Cavalcante, R.S, Cunha,. A.J.L.A. [*Birth in Brazil* survey: neonatal mortality profile, and maternal and child care] *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2014 out 22]; 30 Sup:S192-S207. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300024&script=sci_arttext) Portuguese.
2. Sodr , TM, Bonadio, IC, Jesus, MCP, Merigh, MAB. [Pregnant women care needs and desires to participate in their delivery decisions: a study carried out in Londrina, Paraná, Brazil] *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 2010 [cited 2014 out 22]; 19(3):452-60. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072010000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072010000300006) Portuguese.
3. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, et al. [Prenatal care in Brazil] *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2014 out 22]; 30(sup):S85-100. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300016&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014001300016&script=sci_arttext&lng=en) Portuguese.
4. Vettore MV, Dias M, Vettore MV, Leal MC. [Assessment of quality of prenatal care among pregnant women with a history of premature deliveries using the Brazilian National Health Service in Rio de Janeiro, Brazil] *Rev Bras Saúde Matern Infant* [Internet]. 2013 [cited 2014 out 22]; 13 (2): 89-100. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292013000200002&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292013000200002&script=sci_abstract) Portuguese.
5. Ceron MI, Barbieri A, Fonseca LM, Fedosse E. [Prenatal care in the perception of postpartum women from different health services] *Rev CEFAC* [Internet]. 2013 [cited 2014 out 22]; 15 (3):653-662. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462013000300018&script=sci\\_arttext&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151618462013000300018&script=sci_arttext&lng=en) Portuguese.
6. Guerreiro, E M; Rodrigues, D P; Queiroz, A B A; Ferreira, M A. [Health education in pregnancy and postpartum: meanings attributed by puerperal women] *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2014 [cited 2014 out 22]; 67(1):13-21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24676063> Portuguese

7. Domingues, RMSM; Dias MAB; Pereira, MN; Torres, JA; D'Orsi, E; Pereira, APE; Schilithz, AOC; Leal, MC. [Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth]. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2014 out 22]; 30 Sup: S101-S116. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25167169> Portuguese
8. Serruya, SJ. [The art of not doing wrong and doing the right thing!] *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2014 out 22]; 30 Sup:S17-S47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1654486/Portuguese>
9. Stefanello, J; Nakano MAS; Gomes, FA. [Beliefs and taboos related to the care after delivery: their meaning for a women group] *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 [cited 2014 out 22]; 21(2):275-81. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000200007&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002008000200007&script=sci_abstract) Portuguese
10. Bick, D, Bastos, MH, Diniz, SG. [Unlocking the potential of effective care for life-long maternal and infant health: the need to adress the 'invisible' service after birth] *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2014 out 22]; 42(3):420-421. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000300001&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000300001&script=sci_arttext&tlng=en) Portuguese
11. Mazzo MHSN, Brito RS de, Souza NL, Gama, AP. [Taking care of the puerpera after hospital discharge: a literature review]. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2012 [cited 2014 out 22]; Nov;6(11):2823-9 Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/2416> Portuguese
12. Oliveira DC, Mandú ENT, Corrêa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. [Organizational structure of postpartum care in Family Health Strategy ] *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [cited 2014 out 22]; 17 (3):446-454. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300446](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300446) Portuguese

## 6. COMENTÁRIOS, CRÍTICAS E CONCLUSÕES.

A pesquisa “Ciclo gravídico puerperal: avaliação da assistência no serviço público de saúde” teve o objetivo de avaliar a assistência durante o ciclo gravídico puerperal. Foi utilizado um instrumento avaliativo com evidências de validade produzido pelas usuárias do serviço público de saúde. Após a administração do instrumento foi identificado indicadores de qualidade para avaliação da assistência obstétrica.

Com o estudo conclui-se que as mulheres avaliaram de forma negativa a assistência recebida no serviço público de saúde durante o ciclo gravídico puerperal. Foi possível apontar que indicadores relacionados ao processo de trabalho refletem determinantemente a qualidade da atenção à saúde e que estes elementos devem constar nos instrumentos avaliativos para atender as necessidades e demandas das mulheres que vivenciam o ciclo gravídico puerperal. Os indicadores associados à satisfação das mulheres foram relacionados a participação na escolha do parto, visita clínica e a comunicação da alta hospitalar pelo profissional médico, visita puerperal na primeira semana após alta hospitalar e o acesso as orientação sobre os cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida.

Os limites do estudo referem-se ao método transversal que não consente a determinação de relações de causa e efeito, o tipo de validação aparente em que o instrumento foi submetido, além da restrição das características demográficas em um país de dimensão continental.

Mesmo com as limitações, a pesquisa foi importante para diagnosticar o cuidado prestado contribuindo para a efetivação da tomada de decisões pelos gestores municipais de saúde. Perspectiva-se que o instrumento construído passe por outras etapas de validação para a aplicação em diferentes realidades.

A experiência vivenciada durante o Doutorado Interinstitucional e a inserção nos grupos e bases de Pesquisa possibilitou capacitação para a formação de sujeitos críticos, conscientes de seu papel, que lutem pela articulação ensino/serviço em saúde possibilitando a reorientação das práticas profissionais em função da melhoria da qualidade da atenção à saúde.

**Relatório de Trabalhos Produzidos**  
**Cristyanne Samara Miranda de Holanda**

**Artigos completos submetidos a periódicos:**

1. **Holanda, Cristyanne Samara Miranda de.** Cassiano, Alexandra do Nascimento, Santos, João Carlos, Maranhão, Técia Maria de Oliveira. **Percepções sobre a assistência durante o ciclo gravídico puerperal nos serviços obstétricos públicos de saúde.** Foi submetido ao periódico Revista da escola de Enfermagem da USP Qualis A2 da CAPES para a área de Enfermagem e B3 para área de Medicina II.
2. **Holanda, Cristyanne Samara Miranda de.** Moraes, Fátima Raquel Rosado de. Alchieri, João Carlos, Maranhão, Técia Maria de Oliveira. **Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico puerperal.** Foi submetido ao periódico Revista Panamericana de Salud Pública da OPAS, que possui Qualis B4 da CAPES para a área de Medicina II e B2 para área de Medicina I.
3. **Holanda, Cristyanne Samara Miranda de.** Cassiano, Alexandra do Nascimento, Santos, Marquiony Marques dos. Alchieri, João Carlos, Maranhão, Técia Maria de Oliveira. **Indicadores de qualidade da assistência para o serviço obstétrico público de saúde.** Foi submetido ao periódico Acta Paulista de Enfermagem que possui Qualis A2 da CAPES para a área de Enfermagem e B3 para área de Medicina II.
4. Cassiano, Alexandra do Nascimento, **Holanda, Cristyanne Samara Miranda de.**, Maranhão, Técia Maria de Oliveira. **As expressões da violência institucionalizada ao parto: uma revisão integrativa.** Foi submetido ao periódico Revista Gaúcha de Enfermagem que possui Qualis B1 da CAPES para a área de Enfermagem e B4 para área de Medicina II.

**Artigos completos publicados em periódicos**

1. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de;** COSTA, Roberta Kaliny de Souza. Impact of extensive action



- with pregnant women and caregivers of Family Health Unit. Revista de Enfermagem UFPE On Line, v. 6, p. 2424-2432, 2012.
2. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**. Nursing care in immediate puerperium: the reality of a public hospital. Revista de enfermagem UFPE on line, v. 6, p. 1249-1252, 2012.
  3. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de** ; COSTA, Roberta Kaliny de Souza. Evaluation of extensive action held for pregnant women and caregivers of a family health unit of Caicó-RN with a focus in the puerperium. Revista de enfermagem UFPE on line, v. 5, p. 145-148, 2011.

### **Resumos publicados em anais de congressos**

1. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; SILVA, Milena Gabriela dos Santos; SANTOS, Flávia Andréia Pereira Soares Santos; AZEVEDO, Isabelle Campos de. As dimensões do processo de trabalho da enfermagem na assistência à puérpera. In: 17ºCBCENF, 2014, Belém. Anais do 17º CEBCENF, 2014.
2. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; MORAIS, Fátima Raquel Rosado; MARANHÃO, Tecia Maria de. Perfil de enfermeiros que atuam na assistência à puérpera em um hospital público, Rio Grande do Norte, Brasil. In: Congresso Internacional de Saúde da Mulher, 2013, João Pessoa. Anais do Congresso Internacional de Saúde da Mulher. João Pessoa: Associação de Ginecologia e Obstetrícia da Paraíba, 2013. p. 167-168
3. **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**; NÓBREGA, Catarina Bernardino; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; CORDEIRO, Jéssica Kelly Ramos; ALMEIDA, Bárbara Cristiane de. Conhecimento sobre o climatério de mulheres atendidas na estratégia saúde da família. In: Congresso Internacional de Saúde da Mulher, 2013, João Pessoa. Anais do Congresso Internacional de Saúde da Mulher, 2013. p. 80-81.
4. **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**; MEDEIROS, Camyla Bernardo; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; CORDEIRO, Jéssica Kelly Ramos;

- ALMEIDA, Bárbara Cristiane de. Percepções de adolescentes grávidas sobre o cuidado pré-natal. In: Congresso Internacional de Saúde da Mulher, 2013, João Pessoa. Anais do Congresso Internacional de Saúde da Mulher, 2013. p. 160-161.
5. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; BRITO, Andiara Araújo Cunegundes de; LIMA, Fernanda Alves de ; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de** ; COSTA, Roberta Kaliny de Souza . Educação em saúde e formação de multiplicadores para o cuidado do binômio mãe-filho no período pós-parto. In: 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem e 7º Congresso Nacional de Residência em Enfermagem, 2010, Natal. Anais do 13º Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem e 7º Congresso Nacional de Residência em Enfermagem, 2010.

#### **Trabalhos completos publicados em anais de congressos**

1. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**; COSTA, Roberta Kaliny de Souza. A extensão universitária em evidência: contribuições de práticas educativas realizadas com gestantes e acompanhantes para a vivência do puerpério. In: VII Salão de Iniciação Científica, 2012, Mossoró. Anais do VII Salão de Iniciação Científica, 2012.
2. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**. Assistência de enfermagem no puerpério imediato: conhecendo a realidade da Fundação Hospitalar Dr. Carlindo Dantas, Caicó/RN. In: VIII Salão de Iniciação Científica da UERN, 2012, Mossoró. Anais do VIII Salão de Iniciação Científica da UERN, 2012.
3. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**. A extensão universitária como metodologia para a educação em saúde: formação de multiplicadores para o cuidado do binômio mãe-filho no período pós-parto. In: II Colóquio do Imaginário Internacional, 2011, Natal, RN. Anais do II Colóquio do Imaginário, 2011.
4. CASSIANO, Alexandra do Nascimento; COSTA, Roberta Kaliny de Souza; **HOLANDA, Cristyanne Samara Miranda de**. Da Universidade à comunidade: formando multiplicadores para o cuidado do binômio mãe-filho no período pós-parto. In: V colóquio de Extensão da UERN: extensão e

semiárido na contemporaneidade, 2011, Mossoró. Anais do 5º colóquio de Extensão da UERN: extensão e semiárido na contemporaneidade, 2011. p. 255-259.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Objetivos de desenvolvimento do milênio**: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: IPEA ; MP, SPI, 2007.
2. Victora, CG, et al. Maternal and child health in Brazil: progree and challenges. **Lancet**, 377 (5), 1863-76; 2011
3. Bhutta ZA, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **Lancet**. 375(9730):2032-44, 2010
4. Fundo de População das Nações Unidas. **Relatório: situação mundial das parteiras e parteiros profissionais**. 2012.
5. Leal, MC. **Pesquisa revela dados sobre parto e nascimento no Brasil**. Disponível em< <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp> , 2012. Acessada em 29 agosto 2012.
6. Ribeiro, ERRO, et al. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, Northeast Brazil. **Pregnancy and Childbirth**. 9 (31), 2009
7. Lansky, S **Por um novo modo de nascer no Brasil**. Disponível em< <http://portal.saude.gov.br> > Acessado em: 29 de agosto de 2012
8. Leal, MC., et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9, 2012.
9. Ministério da Saúde do Brasil. **Programa humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.
10. Maia, CS, et al. Percepções sobre a qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. **Ciência&SaúdeColetiva**, 16(5) 2567-74, 2011.

11. Samico, I, et al. **Avaliação em Saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196p.
12. Andrade, GRB; Vaistsman, J; Farias, LO. Metodologia de elaboração do índice de responsividade do serviço (IRS). **Cad. Saúde pública**. Rio de Janeiro, 26(3):523-34, 2010
13. Departamento de Informática do SUS. **Banco de dados**. Disponível em< <http://www.datasus.gov.br/datasus/sim/sinasc>>, acessado em 17 agosto 2012.
14. Richardson, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas 3.ed. São Paulo: Atlas, 2009.
15. Gil, A C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
16. Minayo, M.CS. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

# APÊNDICES



## APÊNDICE – A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GRUPO FOCAL)**

**Prezada Sra,**

O estudo “Ciclo gravídico puerperal: Avaliação da assistência no serviço público de saúde” tem como objetivo: Avaliar a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal e a responsividade do serviço público de saúde, através de um instrumento de coleta de dados baseado na vivência das mulheres usuárias do serviço. Para atingir tal objetivo, será realizado encontros de grupos com as mulheres adstritas nas unidades básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município, que receberam atendimento do serviço público de saúde durante o ciclo gravídico puerperal.

O trabalho do pesquisador, no decorrer dos encontros de grupo focal, será o de explicar os procedimentos e objetivos do estudo aos participantes. Em seguida, será mostrado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fazendo-se uso de todos os princípios que regem a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 196/1996, sendo este assinado no momento do consentimento à participação na pesquisa, esclarecendo que esta participação é voluntária, tendo o direito de sair da pesquisa em qualquer momento se assim julgar necessário, ou mesmo descartar dados já coletados pelo pesquisador.

Os riscos envolvidos com sua participação são mínimos, já que não serão adotados procedimentos invasivos. Os riscos podem estar relacionados à dificuldade de responder aos questionamentos, ou lembranças de situações negativas que foram vivenciadas durante a assistência recebida. Estes riscos serão minimizados pelo pesquisador através da interrupção da coleta de dados, momentos de pausa ou remarcação do encontro. A coleta só será reiniciada se a você assim desejar.

Você contribuirá para a avaliação e discussão da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal colaborando para um diagnóstico da realidade ao possibilitar a identificação de elementos que necessitem de melhorias, estabelecendo a oportunidade de refletir sobre a prática assistencial prestada às mulheres neste ciclo de vida.

Havendo necessidade de ressarcimento, o pesquisador se responsabilizará por possíveis custos comprovadamente oriundos desta pesquisa. Do mesmo modo, na ocorrência de algum dano causado pela pesquisa, seja ele de origem física ou moral, o participante será indenizado, segundo as disposições legais. Este estudo é realizado pela pesquisadora Cristyanne Samara Miranda de Holanda e coordenada

pela Professora Dra Técia Maria de Oliveira Maranhão, da Universidade Federal do Estado do Rio Grande do Norte (UFRN).

Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos, como congressos, seminários, etc.) e os pesquisadores se comprometem em manter o segredo e o anonimato da identidade do participante. Todo o material coletado será arquivado na secretaria do Curso de Pós Graduação em Ciências da Saúde, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da coordenação da pesquisa.

A autorização para o desenvolvimento de todos os passos da pesquisa mencionados e anteriormente apresentados será considerada a partir da assinatura do impresso de consentimento. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), telefone 3342 5003.

#### TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, \_\_\_\_\_, após ter lido e compreendido as informações acima descritas, concordo em participar do estudo realizado pela pesquisadora Cristyanne Samara Miranda de Holanda. Portanto, autorizo o uso dos dados obtidos através do grupo focal, com o objetivo de desenvolver a pesquisa citada, como também a publicação do referido trabalho escrito. Concedo também o direito de uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas, desde que mantenham o sigilo sobre minha identidade.

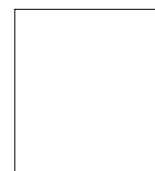
Fui informada dos objetivos do estudo, estando ciente que a minha participação é voluntária, que tenho o direito de me recusar a responder qualquer pergunta e de me desligar da pesquisa em qualquer etapa, sem nenhum constrangimento, penalidade ou prejuízos financeiros ou pessoais.

**Pesquisador Responsável: Cristyanne Samara Miranda de Holanda**  
Campus Caicó (CAIC). Rua André Sales, 667, Bairro Paulo VI – Caicó/RN  
Tel/Fax: (84) 3421-6513. CEP: 59.300-000. E-mail: csmhn@hotmail.com

Caicó/RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa



Impressão  
datiloscópica do  
representante legal





## APÊNDICE – B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

#### **Esclarecimentos**

Este é um convite para você participar da pesquisa: “Ciclo gravídico puerperal: Avaliação da assistência no serviço público de saúde”, que tem como pesquisadores responsáveis a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Técia Maria de Oliveira Maranhão e Cristyanne Samara Miranda de Holanda.

Esta pesquisa pretende avaliar a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal e a responsividade do serviço público de saúde. O motivo que nos leva a fazer este estudo é a necessidade da implantação de uma rotina de avaliação da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal para que o planejamento de ações voltadas à melhoria do serviço e a tomada de decisões sejam baseados em evidências científicas.

Caso você decida participar, você deverá responder a um questionário com o objetivo de avaliar a assistência que você recebeu durante o atendimento no pré-natal, parto e puerpério. O tempo gasto para responder ao questionário não será superior a 30 minutos.

Durante a realização da coleta das informações a previsão de riscos é mínima, já que os recursos metodológicos adotados para a coleta dos dados não consta de procedimentos invasivos. Pode acontecer um desconforto relacionado a perguntas que gerem constrangimentos, lembranças de situações difíceis, que serão minimizados através da interrupção da coleta de dados através de momentos de pausa, ou marcação de nova data para a concretização do questionário. A coleta só será reiniciada se você assim desejar e os pesquisadores se comprometem que as informações prestadas pela senhora serão utilizadas de maneira que o seu nome permaneça em anonimato tendo caráter sigiloso.

Você terá como benefício a participação na avaliação e discussão da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal colaborando para um diagnóstico da realidade, identificando as fragilidades e potencialidades do serviço de saúde, estabelecendo a oportunidade de refletir sobre a prática assistencial na nossa região.

Havendo necessidade de ressarcimento, o pesquisador se responsabilizará por possíveis custos comprovadamente oriundos desta pesquisa. Do mesmo modo, na ocorrência de algum dano causado pela pesquisa, seja ele de origem física ou

moral, o participante será indenizado, segundo as disposições legais. Durante todo o período da pesquisa você poderá tirar suas dúvidas ligando para Cristyanne Samara Miranda de Holanda, pesquisadora responsável pela coleta, dos dados através do número (84) 3421 6513.

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você nos fornecer serão confidenciais e serão divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar. Esses dados serão guardados pelo pesquisador responsável por essa pesquisa em local seguro e por um período de cinco anos.

Se você tiver algum gasto pela sua participação nessa pesquisa, ele será assumido pelo pesquisador e reembolsado para você. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deverá ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (CEP/HUOL), telefone 3342 5003.

Este documento foi impresso em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável pela coleta dos dados Cristyanne Samara Miranda de Holanda.

### **Consentimento Livre e Esclarecido**

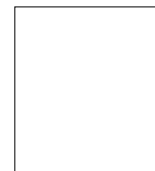
Eu, \_\_\_\_\_, após ter sido esclarecida sobre os objetivos, importância e o modo como os dados serão coletados nessa pesquisa, além de conhecer os riscos, desconfortos e benefícios que ela trará para mim e ter ficado ciente de todos os meus direitos, concordo em participar da pesquisa “Ciclo gravídico puerperal: Avaliação da assistência no serviço público de saúde” e autorizo a divulgação das informações por mim fornecidas em congressos e/ou publicações científicas desde que nenhum dado possa me identificar.

**Pesquisador Responsável: Cristyanne Samara Miranda de Holanda**  
Campus Caicó (CAIC). Rua André Sales, 667, Bairro Paulo VI – Caicó/RN  
Tel/Fax: (84) 3421-6513. CEP: 59.300-000. E-mail: csmhn@hotmail.com

Caicó/RN, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa



Impressão  
datiloscópica do  
representante legal

## **ANEXOS**

## ANEXO 1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ciclo gravídico puerperal: Avaliação da assistência no serviço público de saúde.

**INVENTÁRIO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E Puerpério – IAPPP**

Município: \_\_\_\_\_ Unidade de Saúde: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

- 1.1 Idade: \_\_\_\_\_ 1.2 Até que série estudou: \_\_\_\_\_  
 1.3 Estado Civil: ( ) casada ( ) solteira ( ) União Estável ( ) outros  
 1.4 Ocupação: \_\_\_\_\_  
 1.5 Renda Familiar: ( ) até um salário ( ) de dois a três salários ( ) mais de três salários

**2. DADOS OBSTÉTRICOS**

- 2.1 Número de gestações \_\_\_\_\_ 2.2 Número de partos \_\_\_\_\_  
 2.3 Aborto ( ) sim, quantos \_\_\_\_\_ ( ) não  
 2.4 Já se consultou no serviço público de saúde? ( ) não ( ) sim

**3. EXPERIÊNCIA OBSTÉTRICA ATUAL**

**3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL:**

- 3.1.1 Com quantos meses você iniciou o pré-natal?  
 ( ) nos primeiros três meses de gravidez ( ) após quatro meses de gravidez  
 3.1.2 Através de quem você procurou a unidade de saúde para iniciar o pré-natal?  
 ( ) por conta própria ( ) do agente comunitário de saúde ( ) de outros profissionais

3.1.3 Quantas consultas você realizou durante o pré-natal?

nenhuma  de 1 a 3 consultas  de 4 a 6 consultas  acima de 7 consultas

3.1.4 Você se consultou com quais profissionais no seu pré-natal?

somente médico  somente enfermeiro  médico e enfermeiro

3.1.5 Você realizou quais exames no seu pré-natal?

exames de sangue/urina  ultrassonografias  não realizei exames

3.1.6 Por onde realizou os seus exames de rotina pré-natal?

pelo SUS  particular  pelo SUS e particular  não realizei exames

3.1.7 Quais atividades educativas que você participou durante o seu pré-natal?

palestras em grupo  conversa durante a consulta  não participei de nenhuma atividade educativa

### **3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO:**

3.2.1 Qual foi o tipo de parto na sua última gestação?  cesárea  normal

3.2.2 Você participou da escolha do seu parto?  não  sim

3.2.3 Quantas vezes você precisou ir à Maternidade até conseguir internação para o parto?  três ou mais vezes  duas vezes  uma vez  nenhuma vez

3.2.4 Como você se sentiu durante o processo de trabalho de parto?

desamparada  acolhida

3.2.5 Quantos toques vaginais você realizou?

três ou mais  de um a dois  nenhum  não sei

3.2.6 Os toques foram realizados por quais profissionais?

médico  enfermeiro  parteira  alunos estagiários  não realizei

3.2.7 O seu parto foi realizado por qual profissional?

parteira  enfermeiro  médico  não sei

3.2.9 Quem foi o profissional que cuidou da sua criança na sala de parto?

técnico de enfermagem  enfermeiro  pediatra  não sei  outros

3.2.10 Você teve direito a acompanhante no momento do seu parto?  não  sim

### **3.3 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO:**

3.3.1 Quantos dias você ficou internada depois do parto?

três dias ou mais  de um a dois dias  menos de um dia

3.3.2 Qual foi o profissional que realizou a sua visita pós-parto no hospital?

médico  enfermeiro  técnico de enfermagem  parteira  não sei

3.3.3 Qual foi o profissional que comunicou a sua alta no hospital?

médico  enfermeiro  técnicos de enfermagem  parteira  não sei

3.3.4 A visita da equipe da unidade de saúde da família foi realizada em que período?

não recebi visita  na primeira semana após alta hospitalar  após a primeira semana da alta hospitalar

3.3.5 Quais foram os profissionais que participaram da visita?

( ) médico ( ) enfermeiro ( ) técnico de Enfermagem ( ) agente de saúde ( ) outros

( ) Não recebi visita

3.3.6 Durante o pós-parto você recebeu orientações relacionadas a:

( ) amamentação ( ) o cuidado com a criança ( ) o cuidado com você

( ) outras orientações ( ) não recebi orientações

**4. AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DURANTE O CICLO GRAVÍICO PUERPERAL**

**4.1 AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:**

	Concordo	Discordo	Não se aplica	Não sei r
1. Os profissionais da unidade de saúde atenderam você de forma acolhedora.				
2. As consultas que você recebeu foram suficientes para o acompanhamento do pré-natal.				
3. As consultas de pré-natal prepararam você para o parto.				
4. A consulta com o médico atendeu as suas expectativas.				
5. A consulta do enfermeiro atendeu as suas expectativas.				
6. As informações sobre a sua gravidez foram registradas no seu cartão de gestante.				
7. Todos os seus exames do pré-natal foram realizados pelo SUS.				
8. Os resultados de todos os exames foram recebidos antes do parto.				
9. As suas dúvidas foram ouvidas e esclarecidas pelos profissionais de saúde.				

10. As atividades educativas foram importantes para melhorar o seu conhecimento e esclarecer as suas dúvidas.				
---	--	--	--	--

#### 4.2 AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

	Concordo	Discordo	Não se aplica	Não sei
1. Sentiu-se acolhida pelos profissionais de saúde na maternidade.				
2. Durante o trabalho de parto você recebeu massagens, banhos e técnicas de relaxamento.				
3. Os toques vaginais foram realizados respeitando a sua privacidade e suas necessidades.				
4. Durante parto você teve o direito a acompanhante garantido pela instituição.				
5. Você se sentiu segura no momento do seu trabalho de parto e parto.				
6. O profissional de saúde levou em consideração a sua preferência na escolha pelo tipo de parto (normal ou cesárea).				
7. Na sala de parto o pediatra prestou os primeiros cuidados ao seu recém-nascido.				
8. O acompanhamento realizado pelo médico atendeu as suas expectativas.				
9. O acompanhamento realizado pela parteira atendeu as suas expectativas.				
10. O acompanhamento realizado pelo enfermeiro atendeu as suas expectativas.				

### 4.3 AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO NO PÓS-PARTO

	Concordo	Discordo	Não se aplica	Não sei
1. O acompanhamento realizado pelo médico após o seu parto atendeu as suas expectativas.				
2. O acompanhamento realizado pela equipe de enfermagem após o seu parto atendeu as suas expectativas.				
3. Durante o pós-parto, ainda no hospital, você recebeu orientações (amamentação, cuidados com o seu corpo, cuidados com o recém-nascido e planejamento familiar).				
4. Você se sentiu segura para vivenciar o momento do pós-parto.				
5. A sua alta hospitalar aconteceu após a visita médica.				
6. O tempo que você passou internada foi suficiente para sua recuperação pós-parto.				
7. A visita da equipe da unidade de saúde aconteceu nos primeiros 10 (dez) dias pós-parto.				
8. O acompanhamento realizado pelo médico da unidade de saúde atendeu as suas expectativas durante o pós-parto.				
9. O acompanhamento realizado pelo enfermeiro da unidade de saúde atendeu as suas expectativas.				
10. O acompanhamento realizado pelo agente comunitário de saúde atendeu as suas necessidades e expectativas.				



**ANEXO 2****Apreciação Comitê de Ética (CEP CCS/UFRN)**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Ciclo gravídico puerperal: Avaliação da assistência no serviço público de saúde

Pesquisador: Cristyanne Samara Miranda de Holanda

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11154412.8.0000.5292

Instituição Proponente: Pós-Graduação em Ciências da Saúde

**DADOS DO PARECER**

Número do Parecer: 181.979

Data da Relatoria: 21/12/2012

**Apresentação do Projeto:**

O projeto tem a finalidade de coleta e análise de dados para a TESE da pesquisadora do Programa de PÓS-Graduação em Ciências da Saúde "DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL UFRN/UERN".

A Pesquisa será realizada com mulheres que já tenham vivenciado o ciclo grávido puerperal e as gestantes no oitavo mês, na região Seridó do estado do Rio Grande do Norte (RN), especificamente nas cidades de Caicó, Currais Novos e Parelhas.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a assistência prestada à mulher no ciclo gravídico puerperal e a responsividade do serviço público de saúde.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN



gravídico puerperal, colaborando para um diagnóstico da realidade ao possibilitar a identificação de fragilidades e a oportunidade de refletir sobre esta prática assistencial.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É uma Pesquisa relevante pois, poderá contribuir para melhoria da qualidade no atendimento as mulheres.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou os termos obrigatórios, sendo que o questionário. O Instrumento de coleta e o check lista não foram apresentados, pois depende de um primeiro contato com o grupo focal.

Após a definição do questionário e o check lista, antes de ser aplicado deve ser encaminhado por meio de emenda ao CEP.

**Recomendações:**

Definir com as instituições de coleta de dados, se pode ou não publicar o resultado identificando a instituição.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a definição do questionário e o check lista, antes de ser aplicado deve ser encaminhado por meio de emenda ao CEP.

O questionário e o check lista não deve constar o nome do sujeito de pesquisa para que o mesmo não seja identificado.

**Situação do Parecer:**


Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

1. Encaminhar ao CEP o questionário e o check lista antes de ser aplicado;
2. Apresentar relatório parcial da pesquisa, semestralmente, a contar do início da mesma.
3. Apresentar relatório final da pesquisa até 30 dias após o término da mesma.
4. O CEP HUOL deverá ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo.
5. Quaisquer documentações encaminhadas ao CEP HUOL deverão conter junto uma Carta de Encaminhamento, em que conste o objetivo e justificativa do que esteja sendo apresentado.
6. Caso a pesquisa seja suspensa ou encerrada antes do previsto, o CEP HUOL deverá ser comunicado, estando os motivos expressos no relatório final a ser apresentado.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
ONOFRE LOPES-HUOL/UFRN 

de pesquisa.

8. Em conformidade com a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, faz-se obrigatório a rubrica em todas as páginas do TCLE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador.

NATAL, 29 de Dezembro de 2012

---

Assinador por:  
Karla Patrícia Cardoso Amorim  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Nilo Peçanha, 620  
Bairro: Petrópolis CEP: 50.012-300  
UF: RN Município: NATAL  
Telefone: (84)342-5003 Fax: (84)3202-3041 E-mail: cep\_huol@yahoo.com.br