

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM E SAÚDE COLETIVA
BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA**

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM
GESTAÇÃO DE RISCO: PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS DO SUS DE
PORTO ALEGRE**

ISABELA GARCIA DOS SANTOS

PORTO ALEGRE

2018

ISABELA GARCIA DOS SANTOS

**BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM
GESTAÇÃO DE RISCO: PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS DO SUS DE
PORTO ALEGRE**

Trabalho de Conclusão de curso de graduação
em Saúde Coletiva da Universidade Federal do
Rio Grande do Sul.

Orientador: Profº. Dário Frederico Pasche

Porto Alegre

2018

Parir - Livia Pavitra

*Sou mulher, sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.
Se parir faz parte da natureza,
que esta força seja respeitada.*

*Respeitada pelos homens e por mim mesma,
pois fazemos a humanidade crescer.
Que as cesáreas, induções, tecnologia,
sejam usadas com magia e saber.*

*Saber que os médicos dominam,
e nós, mulheres, também.
Conhecendo nosso corpo e instinto,
sabemos mais do que ninguém.*

*Portanto, minha gente, é hora
de parir como e com quem quiser.
Se durante a noite ou na aurora,
a ordem é esperar quando vier.*

*Chega de intervir na natureza!
As mulheres precisam compreender,
receber o bebê no coração
experimental o "dar à luz e renascer".*

SUMÁRIO

1. Apresentação	06
2. Introdução	06
3. Gestação de risco	11
3.1. Gestação de risco na pesquisa Inquérito sobre o Funcionamento da Atenção Básica e o Acesso a Atenção Especializada.....	16
3.2. Dados e pesquisas sobre a Gestação de Risco e Boas Práticas de Parto e Nascimento.....	16
4. Objetivo Geral	18
4.1. Objetivos específicos.....	18
5. Metodologia	18
5.1. Tipo de estudo.....	18
5.2. Instrumento de pesquisa.....	19
5.3. Organização do campo.....	21
5.3.1. Estimativa amostral.....	21
5.3.2. Critérios de elegibilidade.....	22
5.3.3. Sorteio e listagens.....	22
5.3.4. Organização logística.....	23
5.4. Coleta de dados.....	23
5.5. Análise de dados.....	25
5.6. Considerações �ticas.....	25
6. Resultados	26
7. Discussão	30
8. Considerações finais	34
9. Referências	38
10. Anexos	40
Anexo I - Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE).....	43
Anexo II - Instrumento de pesquisa.....	44
Anexo III - Termo de anuência para utilização de dados da pesquisa Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso � atenção especializada em Porto Alegre.....	49

1. APRESENTAÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi desenvolvido como subprojeto da pesquisa *Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre*, que analisou o acesso, o funcionamento e a utilização da Atenção Básica da Atenção Especializada para câncer de mama, hipertensão arterial, gestação de risco e saúde mental, em Porto Alegre (RS). A “Inquérito” se trata de uma pesquisa multicêntrica – envolvendo UNICAMP, USP, UFRGS e UFCE – de métodos mistos, integrando as abordagens quantitativa e qualitativa. Este TCC tem como temática a atenção à mulheres que tiveram gestação de risco.

2. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, no campo de políticas públicas de saúde, tem sido realizado discussões sobre modelos de atenção obstétrica e neonatal, tanto internacionalmente como no Brasil. O parto e o nascimento, sobretudo pela incidência do saber e práticas médicas, têm sido compreendidos como eventos de risco para a mulher e o (a) bebê (PASCHE et al. 2014), o que tem precipitado fenômenos como a medicalização (PASCHE, 2010) e perda relativa da condição de protagonismo das mulheres e das famílias sobre esses eventos.

O modelo de atenção obstétrica e neonatal mais presente em serviços que realizam parto no Brasil é o modelo tecnocrático (DAVIS-FLOYD, 2014). Este modelo busca padronizar e regular o parto, restringi-lo ao hospital, e reorganizar o ambiente e os processos de trabalho, que ganham feições do trabalho taylorizado (PASCHE et al., 2010), caracterizado pelo verticalismo hierárquico, o centralismo do processo de decisão, baixa participação dos trabalhadores, em geral reduzidos a condição de “recursos”, situações que geram alienação e perda de capacidade de investimento desejante no trabalho. O modelo tecnocrático é centrado no saber técnico, principalmente no saber médico, desrespeitando o tempo natural do corpo feminino, assim como os desejos e necessidades da mulher.

Em contraposição a este modelo de atenção, a partir de organizações de mulheres e da atuação de profissionais da saúde e pesquisadores, nasceram movimentos de humanização do parto e nascimento, que a partir de ações e mobilizações ganharam consistência e organicidade, constituindo-se em um ator

social que passa a influenciar movimentos de crítica e de recriação de sentidos em torno dos processos de parir e nascer. Instituir processos de mudança das práticas obstétricas e neonatais, baseadas em evidências científicas e no reconhecimento da autonomia e do protagonismo da mulher, pode ser enunciado como síntese deste movimento.

No Brasil entre os anos 1980 e 1990, verifica-se a emergência de movimentos em torno da humanização do parto, muitos dos quais se aglutinam na Rede pela Humanização do Parto e Nascimento, ReHuNa (REHUNA, 2017). Esta rede denuncia a violência às mulheres e recém-nascidos e a falta de qualidade da assistência ofertada por profissionais e instituições. Através da ReHuNa muitos encontros presenciais e articulações virtuais na direção da humanização do parto e nascimento foram possíveis, ampliando a perspectiva de luta das mulheres (DINIZ, 2005).

Em 1985, em Fortaleza, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) promoveu junto aos escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde (OMS), a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto (DINIZ, 2005). Ao final desta Conferência foi lançada a Carta de Fortaleza, publicada na Revista Lancet (WHO, 1985), recomendando a participação das mulheres no desenho e avaliação dos programas, a liberdade de posições no parto, a presença de acompanhantes, o fim da realização de enemas, as raspagens e a amniotomia e da indução do parto. Além disso, ressalta que os países que mantêm o índice de cesáreas abaixo de 10% apresentam as menores taxas de mortalidade perinatal (DINIZ, 2005). A publicação deste documento desencadeou debates internacionais sobre modelos de assistência obstétrica e neonatal, bem como incentivou a realização de um amplo conjunto de pesquisas, as quais foram produzindo evidências científicas que passaram a embasar experiências institucionais de parto humanizado, apoiando e sustentando as críticas dirigidas pelos movimentos sociais ao modelo tecnocrático de parto e nascimento.

Nessa mesma direção, mas em uma perspectiva mais ampliada de debates, em 1984 ocorre no Cairo a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Nesta conferência, desloca-se o foco do controle do crescimento populacional para o combate da pobreza e da desigualdade, tomando-se o desenvolvimento do ser humano como temática central, incluindo questões de desigualdade de gênero e Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (DSDR) (MINSITÉRIO DA SAÚDE, 2010). Uma década depois, em 1995 em Pequim, é

realizada a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, onde são reafirmados acordos estabelecidos em Cairo. A Plataforma de Ação redigida nesta Conferência, afirma que faz parte dos direitos humanos das mulheres “o direito a ter controle e decidir livre e responsabilmente sobre questões relacionadas à sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1995).

Assim, durante as décadas de 80 e 90, no plano internacional e no Brasil, a organização de coletivos e movimentos sociais em torno de pautas sobre humanização do parto e deliberações de conferências sobre populações, desenvolvimento e mulheres, fazem parte de um movimento global que resulta na criação de cartas, plataformas, consensos e pactuações, ampliando o espectro de lutas que se aglutinam em agendas de trabalho e ação. É importante considerar que as discussões em torno da humanização do parto não se limitam à crítica, luta e resistência ao um modelo tecnocrático de atenção médica, pois se incluem essa pauta em um plano mais geral de lutas as quais buscam garantir e ampliar direitos das mulheres: direito de escolhas (sobre seu corpo, sobre sua sexualidade, sobre a reprodução) e de afirmar suas prerrogativas e singularidades nos processos de inserção política, social e econômica.

Esse movimento político, social, científico e institucional, em torno da crítica do modelo tecnocrático e experimentação de novas práticas de atenção obstétrica e neonatal, permitiu um conjunto de revisões sistemáticas na obstetrícia e neonatologia, ganhando destaque o relatório de recomendações denominado Cuidados de Parto Normal: Um Guia Prático (OMS,1996). Este relatório é baseado em uma extensa revisão de evidências científicas disponíveis acerca das práticas obstétricas e neonatais que ocorrem em serviços que realizam parto em vários países. Esse documento da OMS reúne as práticas obstétricas em quatro grupos: a) práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; c) práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão; e d) práticas frequentemente usadas de modo inadequado.

Quadro 01: Classificação das práticas assistenciais no parto normal

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS:

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
- Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão
- Prevenção da hipotermia do bebê
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

- Uso rotineiro de enema
- Uso rotineiro de tricotomia
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
- Cateterização venosa profilática de rotina
- Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
- Exame retal
- Uso de pelvimetria por Raios-X
- Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
- Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
- Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
- Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
- Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
- Lavagem uterina rotineira após o parto
- Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

CATEGORIA C -PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
- Manipulação ativa do feto no momento do parto
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto
- Clampeamento precoce do cordão umbilical
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
- Controle da dor por agentes sistêmicos
- Controle da dor por analgesia peridural
- Monitoramento eletrônico fetal
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço • Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
- Cateterização da bexiga
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
- Parto operatório
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia
- Exploração manual do útero após o parto

Fonte: OMS, 1996.

No Brasil, partir da década de 1990, especialmente depois da publicação das recomendações da OMS em 1996, se constitui uma agenda de “boas práticas” obstétricas e neonatais, resultando na formulação no interior do sistema público de saúde de políticas públicas e ações e programas de saúde.

No ano 2000, através da Portaria Nº 569 (BRASIL, 2000), foi instituído o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, tendo como “*objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal*”. O Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, construído a partir de sugestões apresentadas no *Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal*, foi publicado em 2004. Em um primeiro momento a mortalidade materna é fortemente associada à prática de aborto inseguro, porém, a partir deste

documento esse agravo passa a ser relacionado também a qualidade das práticas hospitalares, apontando fortemente para a importância de se promover mudar os modelos de atenção e gestão dessas instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b).

Na mesma direção, em 2005 é lançado pelo Ministério da Saúde o caderno “Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo”, consolidando a importância dessa agenda como política pública. São apresentadas propostas e diretrizes de DSDR e planejamento familiar para gestores de políticas públicas do país, como a ampliação da oferta de métodos contraceptivos, uso de manuais técnicos, cartilhas educativas, formação de profissionais da atenção básica, estabelecimento de pactuações, entre outras (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O segundo caderno desta série descreve métodos contraceptivos disponíveis no Brasil, assim como discorre sobre direitos humanos, planejamento familiar, gravidez, doenças sexualmente transmissíveis e DSDR. É definido enquanto direitos reprodutivos 1) o desejo de ter ou não filhos, quantos filhos e em que momento os ter; 2) acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos e 3) o direito de exercer a sexualidade sem discriminação, imposição ou violência. Direitos sexuais são descritos como através do direito a 1) escolha de seu parceiro sexual; 2) escolha de ter ou não relações sexuais; 3) livre expressão de orientação sexual; 4) ter relação sexual independente da reprodução; 4) garantia de privacidade e sigilo por serviços de saúde e 5) acesso à informação e educação sexual e reprodutiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em 2005 é publicada a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005) estabelecendo diretrizes, princípios e propondo a pactuação de metas entre gestores municipais, estaduais e federais, com enfoque na diminuição da mortalidade materna e infantil. No mesmo ano é lançado o primeiro Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), a partir da criação pelo Governo Federal da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. O PNPM tem 199 ações, distribuídas em 26 prioridades, que foram definidas a partir dos debates estabelecidos na I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres. Um dos eixos do plano é acerca da saúde das mulheres, o qual objetiva garantir DSDR e contribuir para redução da morbimortalidade feminina, tendo como meta reduzir em 15% a mortalidade materna, 5% o número de complicações de abortamento atendidas pelo SUS e garantir oferta de métodos contraceptivos reversíveis para 60% da população de mulheres em idade fértil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

A Política Nacional de Humanização (PNH), lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, embasa a criação e implementação das estratégias citadas acima. Esta política fomenta mudanças dos modos de gerir e cuidar dos serviços de saúde, provocando também mudanças na relação entre trabalhadores e usuários do SUS, através da inclusão dos sujeitos envolvidos nos processos de gestão e cuidado. A PNH se coloca como política transversal, fazendo-se comparecer em muitas das políticas do SUS. Adota como princípios a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia de sujeitos e coletivos. A partir da PNH passam a ser incorporadas de forma mais incisiva no SUS diretrizes de gestão participativa, cogestão, acolhimento, clínica ampliada, defesa dos direitos dos usuários e a valorização do trabalhador (PASCHE; PASSOS; HENNINGTON, 2011; PASCHE e RIGHI, 2017).

Esta reconstrução da trajetória de programas de governo, políticas públicas, movimentos institucionais e movimentos sociais referentes aos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos das mulheres, permite compreender que a criação e incorporação desta agenda corresponde ao reconhecimento e valorização dos direitos das mulheres, derivado sobretudo das lutas das mulheres nas últimas décadas. No âmbito da qualificação da atenção ao parto e nascimento, a formulação e edição em 2011 da Rede Cegonha (RC), se apresenta como esforço de ação técnica e política em torno de uma política pública, amalgamando DSDR e atenção obstétrica e à criança de qualidade (PASCHE et al, 2014).

A Rede Cegonha foi editada através da Portaria Nº 1.459 (BRASIL, 2011), que une aspectos técnicos, éticos e políticos, criando abertura para pensar práticas de assistência obstétrica e neonatal dentro da institucionalidade de uma política pública. A criação desta Rede de Atenção à Saúde propõe repensar e reconstruir o cuidado prestado às mulheres e às crianças até o segundo ano de vida. A RC estabelece um conjunto de diretrizes, recomendações e dispositivos para *“assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis”*, estimulando nas práticas de cuidado e de gestão. A Rede Cegonha é um novo modelo

... com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, ao parto e ao nascimento; promoção da saúde infantil e materna; prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis; e normalidade do processo de parto

e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, no bebê e na família (PASCHE et al. 2014).

A Rede Cegonha se trata de uma política pública que além de estruturar a rede de atenção obstétrica e neonatal, visa ressignificar o cuidado e provocar mudança de práticas de atenção, recomendando a assistência baseada em evidências, descartando práticas prejudiciais e centrando o cuidado na mulher como protagonista do parto. A RC se apresenta como possibilidade de aglutinação de uma agenda política, que através da articulação do Estado com a sociedade civil organizada e movimentos de mulheres espera mudar o paradigma de modelo tecnocrático da atenção ao parto e nascimento.

3. GESTAÇÃO DE RISCO

A gestação é um fenômeno fisiológico e na maioria das vezes ocorre sem intercorrências. Contudo, estima-se que entre 15% a 20% das gestações apresentem complicações para a gestante e/ou para o feto (BRASIL,2015b), passando a ser classificadas como gestação de risco (GR) ou gestação de alto risco (GAR). O MS estabelece, no Anexo da Portaria 650/2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a), para fins de cálculo de leitos GAR, que 15% do total de gestantes desenvolverão gestação de alto risco, situação que exige a organização de redes e linhas de cuidado capazes de estabelecer fluxos e responsabilidades entre pontos de atenção e cuidado suficiente e adequado ao manejo de GAR.

A GAR é responsável pelo aumento da oferta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e consumo de serviços e insumos de saúde, assumindo peso significativo nas internações obstétricas. De outra parte, o manejo inadequado de GAR pode ampliar a carga de doença sobre o sistema de saúde, pressionando gastos com a assistência, bem como produzir repercussões negativas sobre a saúde da mulher e do feto, afetando a saúde da mulher, sobretudo reprodutiva, bem como dos recém-nascidos e das crianças, o que pode determinar a exigência de cuidados especiais para toda a vida.

Assim, é fundamental organizar e qualificar a rede de cuidados, identificando precocemente e organizando-se e ativando a rede de cuidados, garantindo uma gestação o mais saudável possível.

As gestações classificadas como de risco são geralmente associadas a características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; a história reprodutiva anterior; a condições clínicas preexistentes; e outros fatores, como exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos; doença obstétrica na gravidez atual; e Intercorrências clínicas (detalhamento no quadro abaixo). Todavia, a presença de um ou mais desses fatores não indica de imediato que se trata de uma gestação de risco e conforme o documento “Gestação de alto risco: manual técnico” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), na maioria das gestações, a presença de um ou mais desses fatores de risco não impõe

... a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançada do que os comumente oferecidos na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento (BRASIL, 2010: 12).

A evolução de uma gestação de risco habitual para uma gestação de risco pode ser percebida ainda antes da gestação, para aquelas situações pré-existentes e que sabidamente incorrerão em risco para a gestante e/ou feto. Mas o mais comum é a evolução durante a gestação, o que exige atenção da equipe de atenção básica, que deve estar atenta para a percepção de alterações, as quais podem determinar reclassificação da gestante.

Quadro 02: Grupos de fatores de risco associados à gestação

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis	História reprodutiva anterior	Condições clínicas preexistentes	Outros grupos de fatores de risco
Idade maior que 35 anos; Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos*; Altura menor que 1,45m; Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC<19 e IMC>30); Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos; Situação conjugal insegura; Conflitos familiares; Baixa escolaridade; Condições ambientais desfavoráveis;	Abortamento habitual; Morte perinatal explicada e inexplicada; História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado; Parto pré-termo anterior; Esterilidade/infertilidade; Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; Nuliparidade e grande multiparidade;	Hipertensão arterial; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Hemopatias; Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local);	1. Exposição indevida ou acidental a fatores teratogênicos. 2. Doença obstétrica na gravidez atual: - Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico; - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada; - Ganho ponderal inadequado; - Pré-eclâmpsia E eclampsia; - Diabetes gestacional; - Amniorrexe prematura; - Hemorragias da gestação; - Insuficiência istmo-cervical; - Aloimunização; - Óbito fetal.

Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; Hábitos de vida – fumo e álcool; Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse	Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; Diabetes gestacional; Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores).	Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias.	3. Intercorrências clínicas: - Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.); - Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).
---	---	---	---

Fonte: quadro adaptado a partir de informações extraídas de Gestação de alto risco: manual técnico do Ministério da Saúde, 2012: pgs. 12/13.

A organização da atenção à saúde na gestação de alto risco deve ocorrer por articulação de diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, considerando abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, subjetivas, sociais, culturais.

Segundo a Portaria 1.020 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), a identificação da gestação alto risco será realizada, prioritariamente, pela atenção básica, que deve promover a captação precoce com busca ativa dessas gestantes, assegurando o cuidado até a vinculação da gestante ao serviço referenciado para alto risco, garantindo a integração com esse serviço e coordenando o cuidado. É também responsabilidade da equipe de atenção básica realizar o monitoramento da realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado, bem como manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto.

O MS estabelece ainda que o pré-natal de alto risco poderá ser realizado tanto em Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento, como em ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade.

Os serviços que realizam pré-natal de alto risco deverão acolher e atender a gestante referenciada; elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto; garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos; realizar atividades coletivas; garantir a realização dos exames complementares, incluindo exames específicos para o pai; garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação, de acordo com a necessidade clínica de cada gestante; manter as vagas

de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas centrais de regulação; assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante portadora de HIV/Aids; e alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

O cuidado às gestantes de alto risco, mister ressaltar, deve ocorrer em uma rede de atenção à saúde, que tem por principal centro de comunicação as equipes de atenção básica. Essas equipes, identificando uma GAR, devem garantir a inserção da gestante em uma rede serviços de referência, que terá por responsabilidade agregar suas especificidades ao cuidado, que deve ser compartilhado com a atenção básica, que contrai a responsabilidade pela coordenação do curso. A rede de cuidados – a partir da Rede Cegonha – ultrapassa o sentido de níveis de atenção que segmentam o cuidado, optando por considerar desde linhas de cuidado que a atenção em GAR deve ser contínua e constante, utilizando-se de pontos de atenção que estão conectados, conformando um sistema de corresponsabilização sanitária.

3.1. Gestão de risco na pesquisa Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre

A pesquisa “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre” teve como um de seus recortes descrever o itinerário terapêutico de mulheres desde o descobrimento de sua gravidez, acompanhamento em serviços de atenção básica, encaminhamento e atenção ao pré-natal de risco em serviço especializado de referência. Não estava previsto investigar o desfecho da gravidez, não tomando como objetos de pesquisa o parto e o nascimento, nem o retorno da mulher e da criança para os serviços de atenção básica.

3.2 Dados e pesquisas sobre a temática gestação de risco e boas práticas de parto e nascimento

Em relação a sistemas de informação do Sistema Único de Saúde utilizados para gerar informações sobre parto e nascimento, observa-se que os principais sistemas, como o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) ou o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM (SIGTAP), não geram informações consistentes acerca de quais práticas de atenção estão presentes

nas rotinas dos serviços. Os indicadores mais utilizados para acompanhar a qualidade da assistência ao parto e nascimento são taxa de cesárea, taxa de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal/infantil, a partir do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

Para suprir essa lacuna de informações sobre a assistência obstétrica e neonatal prestada em serviços SUS que realizam parto, o Ministério da Saúde passou a utilizar a Ouvidoria Ativa do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O dispositivo localiza mulheres que pariram em serviços do SUS e as entrevistam, por telefone. Esta entrevista engloba questões referentes ao pré-natal, a chegada da gestante no serviço que realiza parto, práticas de atenção e também busca avaliar a satisfação da mulher em relação a experiência vivida no serviço.

As informações disponíveis sobre a observância destas práticas são de estudos científicos e pesquisas acadêmicas. O estudo de referência no Brasil sobre a temática é a pesquisa Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento: Nascer no Brasil (LANSKY et al., 2014), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, que foi utilizado como referência para construção desta pesquisa.

Todavia, entre os materiais hoje disponíveis, não se localizam pesquisas que relacionam a gestação de risco (GR) e a observância de boas práticas de atenção obstétrica e neonatal. Levantamentos através do Google Acadêmico, LILACS, PubMed e Biblioteca Virtual de Saúde associando descritores “gravidez de alto risco”, “parto” e “nascimento” não apresentam qualquer resultado, o que nos faz suspeitar que a associação entre esses dois temas – gestação de risco e boas práticas – praticamente não comparece em pesquisas. Também não há descritores de saúde especificamente de “boas práticas”.

Considerando os elementos aqui apresentados a pesquisa teve por pergunta orientadora a seguinte questão:

Gestantes identificadas como de risco e que realizaram pré-natal em serviços de referência para gestação de alto risco em Porto Alegre têm acesso a boas práticas de atenção ao parto e nascimento?

A pesquisa “Boas práticas de atenção ao parto e nascimento em gestação de risco: perspectiva das usuárias do SUS de Porto Alegre” oportunizará verificar, a partir de informações colhidas com mulheres que tiveram gestação de risco e que foram

acompanhadas por serviços de referência para o SUS, quais práticas de atenção obstétrica e neonatal estão sendo adotadas por serviços no município de Porto Alegre.

4. OBJETIVO GERAL

Verificar a observância de boas práticas de atenção obstétrica em mulheres acompanhadas em serviços de pré-natal de risco e que realizaram o parto em serviços de saúde de Porto Alegre/RS, entre outubro e novembro de 2017.

4.1 Objetivos específicos

- Verificar a observância de boas práticas em neonatologia;
- Verificar a relação entre serviços de atenção básica e serviços hospitalares que realizam parto em serviços públicos de Porto Alegre;
- Verificar o retorno da mulher ao acompanhamento pela atenção básica de Porto Alegre, após alta hospitalar;
- Verificar a ocorrência do acompanhamento da gestante pelo serviço de pré-natal de risco até o final da gestação;
- Verificar se o parto realizado foi o tipo de parto escolhido/planejado pela gestante e compreender por que razões/motivos, na opinião dela, isso se sucedeu;
- Compreender a importância da presença de acompanhante na hora do parto.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, ex-post-facto, que se propôs a dar continuidade à pesquisa “Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre”, que entrevistou 391 mulheres gestantes de risco, acompanhadas por serviços de pré-natal de risco. Em Porto Alegre existem cinco serviços vinculados ao SUS que realizam atendimento

especializado para gestantes de risco, sendo que todos compuseram o campo empírico da pesquisa: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Santa Casa de Misericórdia, Hospital Fêmeina, Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital São Lucas/PUCRS.

As 391 participantes da pesquisa “Inquérito” formaram o banco de dados base, que serviu de suporte para a realização dessa pesquisa sobre “Boas Práticas”. Todas as mulheres estavam sendo acompanhadas por serviços de atenção especializada por terem gestações classificadas como de risco ou de alto risco, encaminhadas por serviços da atenção básica do município de Porto Alegre.

Para maior praticidade em conseguir entrevistar mulheres referente a seu parto e o nascimento de seus bebês, optou-se por realizar a aplicação por telefone de um questionário estruturado.

5.2. Instrumento de pesquisa

O questionário aplicado (Anexo II) foi desenvolvido com base nas recomendações de boas práticas ao parto e nascimento da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996); nas Diretrizes de Atenção à Gestante publicadas pela CONITEC (BRASIL, 2016); nas diretrizes da Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e em pesquisas sobre o tema, como o Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento: Nascer no Brasil, e a pesquisa da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), desenvolvida pelo MS.

A pesquisa tratou de investigar, centralmente, a presença de boas práticas na atenção obstétrica e neonatal em hospitais onde mulheres com gestação de risco fizeram partos. Para tanto, foi organizado um instrumento de pesquisa que dividiu as questões em 6 blocos. No primeiro bloco, buscou-se identificar e caracterizar os sujeitos da pesquisa, com informações sobre condições da mãe e bebê, assim como gestações e partos prévios. O segundo bloco investiga a gestação, buscando resgatar dados não coletados no primeiro questionário, detalhando as condições de saúde da mulher durante a gestação. No bloco três buscou-se informações sobre o período imediatamente anterior ao parto, registrando como a gestante chegou ao serviço que teve seu parto e o tempo de espera do atendimento. No bloco seguinte, averiguou-se as práticas de atenção ao parto, verificando-se o tipo de parto, quais intervenções foram realizadas e como se deu o manejo da dor. O bloco quinto tratou sobre as

práticas de atenção ao nascimento, com enfoque no contato pele a pele e estímulo ao aleitamento materno. Por fim, o bloco sexto investigou o pós-parto, onde se verificou a existência de complicações pós-parto e o retorno da mulher e bebê ao serviço de atenção básica para acompanhamento.

Esse conjunto de informações permitiu avaliar a observância de práticas de cuidado obstétrico e neonatal, a partir da perspectiva das mulheres. Foi importante incluir na pesquisa práticas de cuidado recomendadas pela OMS e pelo MS que fossem compreendidas pelas mulheres. No quadro abaixo estão apresentadas as boas práticas que foram investigadas pela pesquisa:

Quadro 03 – Práticas de parto e nascimento observadas pela pesquisa

	Caracterização da prática	Recomendações/diretrizes em materiais adotados pelo Ministério da Saúde, Brasil
Contato pele a pele	Colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto por no mínimo uma hora e encorajar as mães a reconhecer quando seus bebês estão prontos para serem amamentados, oferecendo ajuda se necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; pg. 40).	Minimizar a separação do recém-nascido e sua mãe, levando em consideração as circunstâncias clínicas. Estimular as mulheres a terem contato pele-a-pele imediato com a criança logo após o nascimento. Cobrir a criança com um campo ou toalha morna para mantê-la aquecida enquanto mantém o contato pele-a-pele. Evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina tais como, pesar, medir e dar banho, a não ser que os procedimentos sejam solicitados pela mulher ou sejam realmente necessários para os cuidados imediatos do recém-nascido (BRASIL, 2017; pg. 35).
Utilização de práticas não medicamentosas para alívio da dor	Utilização de práticas como imersão em água, banhos de chuveiro, massagem, uso de bola, cavalinho, aromaterapia, entre outras (CONITEC, 2016; pg. 136).	Os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.
Inclusão de acompanhante	Incentivo às mulheres para que elas tenham a presença de acompanhantes de sua escolha para lhes fornecer apoio físico e/ou emocional durante o parto, se o desejarem (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; pg. 48).	
Deambulação	Liberdade para andar, movimentar-se e adotar as posições de sua escolha durante o parto e o nascimento (a não ser que a restrição seja necessária em virtude de complicações) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; pg. 62).	As mulheres devem ser encorajadas a se movimentarem e adotarem as posições que lhes sejam mais confortáveis no trabalho de parto (BRASIL, 2017; pg. 24).
Alimentação	Acesso a alimento sólido e líquido durante o trabalho de parto.	Mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas ao invés de somente água. Mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve. Os antagonistas H2 e antiácidos não devem ser utilizados de rotina para mulheres de baixo risco para anestesia geral durante o trabalho de parto. As

		mulheres que receberem opióides ou apresentarem fatores de risco que aumentem a chance de uma anestesia geral devem receber antagonistas H2 ou antiácidos (BRASIL, 2017; pg. 16).
Posição de parto	Posição recomendada/incentivada/escolhida para parir o bebê.	Deve-se desencorajar a mulher a ficar em posição supina, decúbito dorsal horizontal, ou posição semi-supina no segundo período do trabalho de parto. A mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2017; pg. 25).
Manobra de Kristeller	Uso de força na parte superior do útero em direção ao canal de parto.	A manobra de Kristeller não deve ser realizada no segundo período do trabalho de parto (BRASIL, 2017; pg.26).
Episiotomia	Corte do períneo.	Não realizar episiotomia de rotina durante o parto vaginal espontâneo (BRASIL, 2017; pg.28).

Fontes: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; CONITEC, 2016; BRASIL, 2017.

5.3. Organização do campo

5.3.1. Estimativa amostral

A amostra desta pesquisa caracteriza uma subamostra do grupo de gestantes que participaram da pesquisa “Inquérito” em Porto Alegre. A definição do quantitativo de entrevistas se deu por amostra intencional não probabilística. Para sua delimitação, tomou-se como base o Relatório da Ouvidoria Ativa da Rede Cegonha, do ano de 2013. Este documento aponta que dentre os telefones indicados para contato pelas mulheres que pariram, somente 65% foram válidos e, destas, somente 24% responderam à pesquisa. Levando em conta esta proporção de perdas e considerando que a população total da pesquisa se constitui de 391 gestantes, estimou-se uma amostra de 60 mulheres a serem entrevistadas.

Além disso, foram considerados dois pesos para caracterização da amostra: quesito raça-cor e escolaridade, atributos que sabidamente interferem no acesso, na oferta e na qualidade da assistência (LANSKY et al., 2014). A ponderação por esses atributos toma por referência achados obtidos na pesquisa “Inquérito”, onde se verificou que 60% de mulheres são brancas e que 30% delas tiveram acesso somente até 1º grau e não mais de 10% das mulheres tiveram acesso ao ensino superior. Com essa medida se buscou manter características na subamostra, evitando-se que eventuais discrepâncias pudessem descaracterizá-las.

Disso resultou na seguinte composição da sub amostra, em dados aproximados: 24 entrevistas com mulheres não-brancas; 18 gestantes com escolaridade até 1º grau e 6 gestantes com acesso ao ensino superior.

Foram realizadas 74 entrevistadas, descritas, em relação ao quesito raça-cor, em 26 mulheres negras (pretas ou pardas) e 48 mulheres brancas (65,86%); e com relação a escolaridade, 17 mulheres estudaram até o ensino fundamental (22,97%), 47 até o ensino médio (63,51%) e 10 até o ensino superior (13,51%).

5.3.2. Critérios de elegibilidade

A classificação de risco gestacional das participantes deste estudo não foi realizada pela equipe de pesquisa, e foram consideradas gestantes de risco aquelas que foram acompanhadas por serviços especializados de referência para pré-natal de risco ou alto risco em Porto Alegre.

Para participação nesta pesquisa, além de ter tido uma gestação de risco foi necessário que a mulher já tenha tido desfecho de sua gestação. Dito isso, a data provável de parto das mulheres não constava no banco de dados da pesquisa Inquérito, nem a semana gestacional no momento da entrevista. A única informação que tínhamos para calcular a data provável de parto foi o trimestre atual no momento em que a mulher foi entrevistada pela “Pesquisa Inquérito”. Realizou-se, então, uma distribuição aleatória das gestantes entre as semanas de gestação, dentre os três trimestres gestacionais (1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre, 9,9%, 37,6% e 51,9%, respectivamente). Contudo, tendo em vista o período das entrevistas da “Pesquisa Inquérito” (junho a setembro de 2016) e o período das entrevistas desta pesquisa (outubro e novembro 2017), pode-se constatar que o tempo necessário para desfecho da gestação havia percorrido.

5.3.3 Sorteio e listagens

Durante a organização da coleta de dados, não sabíamos se obteríamos o número desejado de entrevistas, considerando, sobretudo, as grandes perdas de entrevistas válidas apontadas na literatura. Para tanto, foi necessário criar uma sistemática de trabalho, buscando garantir que as mulheres fossem acessadas de forma aleatória, fazendo com que cada uma delas tivesse a mesma chance de ser acessada. Para viabilizar a coleta de dados, foi realizado um sorteio dos nomes das

mulheres afim de gerar uma listagem aleatória dos 391 contatos telefônicos¹. As ligações foram realizadas de acordo com esta listagem e para a desistência do contato foi considerado a realização de até 5 ligações para cada número. Além disso, para algumas mulheres, foi agendado um horário mais conveniente para realização da entrevista, mas a maior parte da amostra foi entrevistada na primeira ligação realizada.

5.3.4 Organização logística

Além do planejamento de como abordar as mulheres, como registrar, processar e analisar dados, esta pesquisa demandou organização logística adequada. A pesquisa Boas Práticas tem como sede o Laboratório de Apoio Integrado em Saúde Coletiva (LAISC), espaço compartilhado entre professores e estudantes da graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva da UFRGS. Por ser um espaço compartilhado, foi escolhido realizar as ligações em uma pequena sala de pouco uso. Foi instalado um telefone com ramal da UFRGS e utilizado um tablet para coleta. Este distanciamento dos demais membros da equipe do LAISC que utilizam o espaço provocou desinibição e naturalidade para estabelecer contato com as participantes, processo relevante para garantir boa acolhida e socialização com as mulheres.

5.4. Coleta de dados

Realizar pesquisa por telefone revelou ser uma possibilidade metodológica com uma série de aspectos positivos e negativos. A primeira dificuldade a qual nos deparamos foi a de identificar um momento oportuno para contatar as mulheres. Receber ligações durante o horário comercial para as mães que trabalham é uma dificuldade, mas realizar contato durante o período em torno do meio dia, onde intervalos de almoço ocorrem, se tornou bem-sucedido. O mesmo período se mostrou conveniente para aquelas que estavam em casa, o que foi muito importante, pois não tínhamos conhecimento da realidade das participantes antes da ligação.

A pesquisa por telefone se torna um desafio, também, por não ofertar ao pesquisador e ao sujeito de pesquisa contato presencial, que facilita a criação de

¹ Para tanto utilizou dispositivo do site <http://site112.com/ordenar-lista-aleatoriamente>

vínculo e confiança para que aquele que esteja relatando experiências vividas se sinta à vontade para compartilhar percepções.

A entrevista da “Pesquisa “Inquérito” foi realizada nos serviços de pré-natal de risco, de forma presencial, por pesquisadores identificados por jalecos e crachás (da UFRGS ou do hospital, conforme normas de aplicação de pesquisa da instituição). Em alguns serviços, uma sala com maior privacidade para responder ao inquérito foi disponibilizada, enquanto em outros as entrevistas ocorriam na sala de espera. A participação na “Pesquisa Inquérito”, mesmo tendo acontecido cerca de um ano antes da pesquisa Boas Práticas ajudou as gestantes a terem maior credibilidade no processo. Todas mulheres que foram contatadas com sucesso, concordaram em responder ao questionário sobre seu processo de parto e o nascimento de seus bebês.

Foi considerado como possível viés de pesquisa o tempo decorrido entre o parto e nascimento e a entrevista. Assim sendo, este não se apresentou como um problema, considerando a grandiosidade do evento. A experiência de parir é singular, mesmo para mulheres que pariram mais de uma vez, fazendo com que as mulheres tenham, de forma geral, facilidade para lembrar dos aspectos de maior significância.

Comumente, a institucionalização do parto e nascimento, desta experiência da vida íntima feminina, anula a manifestação de sentimentos, emoções e sensações vivenciadas. A mulher passa de gestante à mãe, muitas vezes não podendo explorar todas as repercussões subjetivas que o parto a oferece. Responder um questionário sobre esse tema acaba permitindo que a mulher tenha um momento de reflexão sobre o processo que ocorreu. O resultado esperado da pesquisa foi de gerar dados quantitativos, por se tratar da aplicação de um questionário estruturado realizado à distância, mas ao decorrer da coleta, informações diversas foram citadas pelas mulheres. Foi possível estabelecer um vínculo de confiança, permitindo que as mulheres opinassem sobre o atendimento prestado e as maternidades onde pariram. A falta de mecanismos de avaliação dos serviços e espaços para relatar as experiências de parir pode também ter resultado nesta disponibilidade das participantes.

Não acessar prontuários clínicos pode ter não favorecido a coleta de dados mais precisos sobre algumas práticas de atenção e condutas das equipes profissionais. Por outro lado, pesquisas sobre parto e nascimento, quando realizadas diretamente com as mulheres, oportunizam a participação destas na produção de

conhecimento sobre o tema, não se limitando a informações produzidas por dados clínicos e por trabalhadores da saúde.

Ao total, a fase de coleta de dados durou 41 dias, com início em 10/10/17 e término em 20/11/17. Ligações foram feitas para todas as 391 mulheres da listagem da “Pesquisa Inquérito”. Os desfechos destas ligações foram: 1,8% de números não informados no banco de dados original, 10,2% de números inexistentes ou inválidos, 69,1% não atenderam a ligação e 18,9% responderam ao questionário (74 mulheres). Este último dado se revelou ser importante achado da pesquisa, sendo que a literatura sobre realização de entrevistas por telefone, especificamente no campo da saúde pública, é muito escassa.

5.5 Análise de dados

Os dados da pesquisa foram registrados via questionário online *Google Forms* e agregados aos dados coletados na “Pesquisa Inquérito”, utilizando planilhas de Excel. Após a limpeza do banco de dados, a análise descritiva e cruzamento de variáveis foram realizados por Excel e por Stata®. Foi realizado tratamento estatístico através de testes como chi-quadrado e Pearson para busca de significância estatística das informações encontradas.

Além disso, a partir do cruzamento de questões entre os blocos de perguntas, buscou-se caracterizar, grosso modo, os modelos de atenção obstétrica e neonatal ofertados às mulheres que tiveram gestações de risco em Porto Alegre.

5.6 Considerações éticas

Este projeto de pesquisa se caracteriza como continuidade da pesquisa *Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre*², e foi aprovado em 02 de outubro de 2017 pela Comissão de Pesquisa (COMPESQ) da Escola de Enfermagem UFRGS, no Parecer nº 33941.

As 391 mulheres que conformam o banco de dados da pesquisa assinaram um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I), referente à sua

² Projeto aprovado pelo CEP UFRGS em 14 de abril de 2016. CAEE: 53935516.6.1001.5347. Financiada pela chamada MCTI/CNPq/MS - SCTIE - Decit Nº 41/2013 – Rede Nacional de Pesquisas sobre Política de Saúde: Conhecimento para Efetivação do Direito Universal à Saúde.

participação na pesquisa Inquérito e também à outras etapas da pesquisa, abrangendo a possibilidade de resposta a outros questionários (presencialmente ou via telefone), entrevistas de profundidade e grupos focais.

6. RESULTADOS

A amostra da pesquisa foi classificada conforme cor, apresentando 63,89% de mulheres autodeclaradas brancas e 32,11% autodeclaradas não brancas. A escolaridade dessas mulheres foi classificada em ensino fundamental incompleto (8,23%), ensino fundamental completo (15,07%), ensino médio incompleto (13,69%), ensino médio completo (49,32%) e acesso à nível superior (13,69%).

A grande maioria (97,30%) das mulheres que foram entrevistadas por telefone tiveram o desfecho da gestação com o nascimento de seus bebês, uma gestante sofreu abortamento e um bebê nasceu morto.

Entre as mulheres entrevistadas, a proporção entre primigestas e multigestas foi bastante próxima, 47,95% e 52,05% respectivamente. Dentre as mulheres que já haviam tido outros partos, mais da metade (60,53%) teve apenas um e o restante (39,47%) teve dois ou mais filhos.

Todas as gestantes que realizam acompanhamento de pré-natal nos serviços de atenção especializada foram inicialmente encaminhadas por unidades de atenção básica. Esta pesquisa identificou que pouco mais da metade (52,11%) das mulheres deixaram de realizar consultas de pré-natal no posto de saúde uma vez que acessaram o pré-natal de risco, enquanto 45,07% delas relataram que mantiveram vínculo com ambos serviços. Apenas duas mulheres informaram nunca ter feito acompanhamento de pré-natal na atenção básica, o que pode ser traduzido a não vinculação da gestante a este serviço, sendo encaminhada para atenção especializada assim que a gravidez foi identificada.

A maior parte das mulheres (43,84%) realizou o pré-natal no serviço de alto risco do Hospital Conceição do GHC, seguido por 21,92% na Santa Casa de Misericórdia, 16,44% no Hospital São Lucas - PUCRS, 10,96% no Hospital Fêmeina do GHC e 6,85% no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Quadro 04: Identificação da amostra pesquisa Boas Práticas

Variáveis		Frequência	%
Cor	Branca	46	63,89
	Não Branca	26	32,11
	Total	72	100
Escolaridade	Fundamental incompleto	6	8,23
	Fundamental completo	11	15,07
	Médio Incompleto	10	13,69
	Médio Completo	36	49,32
	Superior Incompleto	10	13,69
	Superior Completo	0	0
	Total	73	100
Nº de gestações	Primigesta	35	47,95
	Multigesta	38	52,05
	Total	73	100
Paridade	Nulíparas	35	47,95
	Primíparas	23	31,51
	Multíparas	15	20,55
	Total	73	100
Nascimento	Nascidos vivos	72	97,30
	Nascidos Mortos	1	1,35
	Abortamentos	1	1,35
	Total	74	100
Realização de pré-natal na atenção básica	Continua PN AB (AB+SE)	32	45,07
	Fazia e parou quando encaminhada	37	52,11
	Nunca fez	2	2,82
	Total	71	100

Fonte: elaboração pela autora

Mais da metade das mulheres (64,06%) foram encaminhadas para o acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco no primeiro trimestre de gestação. Dentre essas, 6,76% foram encaminhadas durante o primeiro mês; 26,56% encaminhadas no segundo mês; e 29,69% encaminhadas no terceiro mês da gravidez. Diabetes gestacional, infecção urinária e pressão alta foram os motivos mais citados pelas mulheres para o encaminhamento, 12,5%, 8,33% e 11,11% respectivamente, totalizando 31,94%. Pressão alta associada a outra patologia totalizou 55,56% das respostas. Complicações em gestações anteriores foi motivo de encaminhamento para 6,94% das gestações.

Quase a totalidade das mulheres entrevistadas (94,52%) mantiveram acompanhamento pelo serviço de pré-natal de risco até o final da gestação.

Quando questionadas sobre sua chegada ao serviço em que pariu, observou-se que parte das mulheres (12,5%) já encontravam-se internadas anteriormente ao

dia do parto e 9,73% delas não pariram no primeiro serviço que procuraram. Dentre estas gestantes que não pariram no primeiro local que procuraram atendimento, um terço delas preferiu procurar outro serviço por não ter gostado da maternidade; os dois terços restantes não pariram no primeiro local por falta de leito. Isso se verificou no Hospital Conceição (GHC), que no período da pesquisa estava reformando o centro obstétrico³, fazendo com que as suas usuárias fossem encaminhadas para outros serviços.

O tempo de espera por atendimento no serviço em que realizaram parto foi igual ou menor a trinta minutos em 88,33% dos casos. Apenas 6,67% tiveram que esperar por mais de uma hora para a internação.

As taxas de cesárea e de parto normal entre a amostra da pesquisa totalizou 54,17% e 45,83% respectivamente. Entre os partos normais, 87,88% foram realizados sem uso de fórceps ou vácuo. Dentre as cesáreas, segundo relato das mulheres, em torno de um terço (30,77%) foi realizada como procedimento de emergência; um terço (30,77%) teve cesáreas agendadas ou sem tentativa de parto normal; e 38,46% realizaram cesárea após tentativa de parto normal.

Dentre as mulheres entrevistadas, 79,17% entraram em trabalho de parto, seja de forma espontânea (73,68%) ou por indução (26,32%). Pouco mais da metade das mulheres entrevistadas (51,92%) ficaram 10 horas ou menos em trabalho de parto, a menor parte destas (40,74%) permaneceu de uma a cinco horas e o restante (59,26%) de cinco a dez horas. Em torno de 20% das mulheres ficaram de 11 a 20 horas em trabalho de parto e 11,54% ficou 21 horas ou mais.

A maior parte dos partos (73,91%) foram à termo, realizados entre 37 e 41 semanas de gestação e a prematuridade encontrada (entre 31 e 36 semanas) foi de 17,39%.

Quase a totalidade das mulheres (97,1%) tiveram acompanhante durante todos os momentos da internação, sendo que uma mulher teve acompanhante apenas durante o nascimento e uma mulher relatou não ter acompanhante pois pariu em seguida a sua chegada no serviço de saúde, não dando tempo suficiente para marido/acompanhante chegar à instituição. Em 76,47% dos partos, o acompanhante

³ Essa reforma fez parte da pactuação da Rede Cegonha em Porto Alegre. A reforma produziu uma nova ambiência, de acordo com a RDC nº 36 da ANVISA e em consonância com as boas práticas de atenção obstétrica, com a construção de 5 quartos PPP entre outras melhorias.

da parturiente foi seu marido/namorado e em 10,29% dos partos, a mulher relatou ter tido mais de um acompanhante, revezando entre os momentos da internação.

Mais da metade (59,22%) das mulheres entrevistadas relataram ter tido liberdade para deambular durante o trabalho de parto e a grande maioria delas (80%) tiveram soro aplicado à veia. Dentre as mulheres entrevistadas que entraram em trabalho de parto, seja de forma espontânea ou induzida, 56,86% informaram não ter tido acesso à ingestão de líquidos e alimentos. Uma menor parte das mulheres, 43,14%, tiveram acesso a hidratação ou a algum tipo de alimento. Entre essas, a oferta foi espontânea para 68,18% e 31,82% teve que solicitar.

O uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor foi relatado por 78,43% das mulheres. Destas, quase metade (45,10%) teve acesso à bola ou cavalinho e 78,43% tiveram acesso a banhos de chuveiro. Além disso, 21,57% tiveram massagens para alívio da dor, realizada tanto por profissionais da equipe de parto, como pelos acompanhantes da parturiente. Pouco mais de um quinto das mulheres (21,57%) entrevistadas relataram não ter tido acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor citados na pesquisa.

Dentre todas as mulheres entrevistadas, 4 sofreram a realização da Manobra de Kristeller, sendo definida como ação de apertar a barriga da parturiente para forçar a saída do bebê. Esta frequência representa 7,84% das mulheres entrevistadas que entraram em trabalho de parto espontâneo ou induzido.

A prática de episiotomia, esteve presente em 63,64% dos partos normais, sendo que em 23,81% dos casos, as mulheres não receberam anestesia. As DNAPN indicam que caso seja realizada a episiotomia, a analgesia efetiva deverá ser assegurada antes da realização do procedimento (CONITEC, 2017).

A maior parte das mulheres (79,49%) que entraram em trabalho de parto e que tentaram realizar parto normal não receberam orientações dos profissionais de saúde referente a diferentes posições para parir. O uso da posição litotômica se mostrou presente em 97% dos partos da pesquisa. Menos de um terço das mulheres (29,41%) relataram ter tido liberdade para escolher a posição para parir, e quando questionadas, muitas mulheres relataram desconhecer a possibilidade dessa escolha. Três quartos (75%) das mulheres que tiveram parto normal foram retiradas da sala de pré-parto e levadas para uma sala de parto no momento do nascimento.

Apenas 20% das mulheres entrevistadas tiveram contato pele a pele com seus bebês no momento do nascimento, referindo ser rotina do hospital deixar o recém-

nascido no colo da mãe por cerca de uma hora após o nascimento. A maioria das mulheres (64,29%) tiveram seus bebês afastados para procedimentos de rotina como vacinação e banho na primeira hora de nascimento, antes de contato prolongado com a mãe; enquanto 15,71% das mulheres não puderam realizar o contato pele a pele pois o bebê precisou ser afastado devido a algum tipo de complicação da mãe ou do bebê. Todas as mulheres (100%) entrevistadas relataram ter recebido orientações e auxílio por parte dos profissionais de saúde sobre amamentação e cuidados com o bebê durante a internação hospitalar.

Em 57,14% dos casos a primeira consulta de acompanhamento após alta hospitalar foi para mãe e o recém-nascido, enquanto para 33,34% dos casos esta consulta foi apenas para o bebê e em 9,52% foi somente para a mãe.

A primeira consulta de acompanhamento aconteceu em média 8,2 dias após a alta hospitalar. Em 42,62% das vezes as mães afirmaram que esta consulta ocorreu em até 5 dias, em 77,05% dos casos, em até 7 dias. Em 16,39% das vezes a mãe e bebê esperaram de 10 a 15 dias pela consulta, e 6,35% da amostra aguardou por mais tempo. Em 42,5% dos casos a primeira consulta com o bebê foi realizada por médicos generalistas e em 17,5% dos casos por médicos pediatras, sendo apenas 7,5% dos atendimentos realizados por equipes multiprofissionais.

7. DISCUSSÃO

Em relação aos riscos de uma gestação, o Caderno de Atenção Básica: atenção ao pré-natal de baixo risco (Ministério da Saúde, 2012) os classifica em: i) fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica; ii) fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco; e iii) fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica. No segundo grupo, encontramos os principais motivos citados pelas mulheres entrevistadas pela pesquisa: diabetes gestacional, infecção urinária e pressão alta.

As Unidades de Atenção Básica são serviços que deveriam ter a maior proximidade territorial com as gestantes. A partir disso, ampliam as chances de captação precoce da gestante (até 12 semanas), bem como serem o serviço que identifica a gestação de risco, sendo responsável pelo encaminhamento a serviços especializados de referência. Conforme estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica, os serviços de AB deveriam coordenar o cuidado das gestantes durante toda a gravidez (PNAB, 2012). Ser coordenador do cuidado pressupõe atuar “como o

centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção” de uma rede de cuidados. Os serviços de atenção básica, mesmo após a inscrição da gestante em serviços especializados, devem estar a par da situação da gravidez e consequentes condutas tomadas, compartilhando o cuidado entre equipe de AB, equipe especializada e a gestante.

A pesquisa apontou que em torno da metade das mulheres (52,11%) que iniciam acompanhamento pela atenção especializada (AE), perde o vínculo com a equipe de atenção básica (AB), pelo menos no que se refere ao acompanhamento da gestação. Quando o acompanhamento na AE é iniciado, esta vinculação é assegurada até o final de sua gestação (94,52%).

Todos os serviços de pré-natal de risco participantes da pesquisa fazem parte de instituições de saúde que possuem maternidades. Logo, ao realizar pré-natal nestes serviços se espera que a gestante se vincule à instituição, tornando este o local a referência para o parto. Quando comparamos o serviço em que as gestantes realizaram pré-natal e o local em que pariram, percebemos que este é o mesmo em 75% das vezes, sendo que quase a totalidade (97,2%) das mulheres acabam por parir em hospitais SUS, conforme tabela abaixo:

Quadro 05: Serviço onde gestantes realizaram pré-natal de risco e local de parto.

SERVIÇO DE PRÉ-NATAL	LOCAL DE PARTO								Total
	HCPA	FÊMINA (GHC)	HNSC (GHC)	SÃO LUCAS	STA CASA	MOINHOS DE VENTO	DIVINA PROVIDÊNCIA	OUTROS	
HCPA	5	0	0	0	0	0	0	0	5
FÊMINA (GHC)	0	5	0	0	0	0	1	2	8
HNSC (GHC)	4	2	22	2	1	0	0	0	31
SÃO LUCAS	0	0	1	10	0	1	0	0	12
STA CASA	0	1	2	0	11	0	0	1	15
Total	9	8	25	12	12	1	1	3	71

Fonte: Elaborado pela pesquisadora a partir de dados da pesquisa.

O acolhimento que estas mulheres tiveram ao acessar o centro obstétrico pareceu satisfatório, sendo que 88,33% aguardaram menos de 30 minutos por atendimento ao chegarem nos hospitais que pariram. DINIZ e CHACHAM, 2006,

apontam que um ponto fraco da assistência ao parto e nascimento do setor público é a peregrinação das gestantes, que significa que as gestantes buscam mais de um local até terem acesso garantido. A Rede Cegonha e a regionalização da atenção ao parto, que buscam referenciar a gestante à uma maternidade durante o pré-natal buscou mudar esta realidade. Os dados de Porto Alegre demonstra que quando a gestante chega a um serviço que realiza parto, ela é acolhida em tempo oportuno e consegue parir neste mesmo serviço em 90,3% das vezes. Se considerarmos que o motivo alegado para a não realização do parto no primeiro local procurando foi a reforma do Hospital Nossa Senhora da Conceição e que este encaminhou para serviço de referência, podemos inferir que não há peregrinação dessas gestantes em Porto Alegre.

Segundo a Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas (OMS, 2015), a cirurgia cesariana é uma intervenção efetiva para salvar vidas de mães e bebês, porém, quando essas taxas são maiores que 10%, não estão associadas com a redução da mortalidade materna e infantil.

O Relatório de Diretrizes sobre a Cirurgia Cesariana (BRASIL, 2016) indica que a taxa de cesáreas no Brasil, entre o setor público e o privado, está em torno de 56%, sendo entre serviços públicos, 40% e entre o setor privado, 85%. Quando analisamos o tipo de parto realizado entre as mulheres que pariram em hospitais públicos da amostra desta pesquisa, encontramos 45,83% cesáreas. Essa taxa encontrada é aproximada a verificada em serviços públicos para o conjunto das gestantes, relevando que não é o fato da gestante ser classificada como de risco o que define a indicação da realização do parto cirúrgico. Esses valores observados entre 40% e 45,83% de parto cesáreo, apesar de serem muito menores dos que os verificados na rede privada, são ainda bastante altos considerando as recomendações da OMS.

Os motivos para a realização da cesárea entre as mulheres da pesquisa foram: cesárea prévia, HIV, infecção do útero, mecônio, posição e/ou tamanho do bebê, possibilidade de descolamento da placenta, pouca/sem dilatação, pré-eclâmpsia e pressão alta. Os motivos mais citados foram posição e/ou tamanho do bebê (23,1%) e pouca/não dilatação (20,5%). Esses fatores apontados não nos permitem indicar se a cesárea foi ou não uma indicação técnica. Contudo, ajudam a compreender os argumentos apontados, possivelmente pelos profissionais médicos, para a realização do parto cirúrgico, validando essa opção junto às gestantes, que assim consentem sua realização.

Em relação a presença de acompanhante, os dados levantados pela pesquisa foram positivos, revelando garantia do acompanhante em quase a totalidade dos partos (97,1%). Diniz et al. (2014), apontam a partir da Pesquisa Nascer no Brasil, que 56,7% das mulheres tiveram acompanhantes em todos momentos do parto e 18,3% em alguns momentos. Este mesmo estudo indica que as mulheres que pariram em serviços públicos tiveram maior chance de ter acompanhante durante algum ou todo tempo da internação do que aquelas que pariram em serviços privados. Esta pode ser uma explicação pela alta taxa encontrada de mulheres que tiveram acompanhantes durante a internação. Contudo, mister ressaltar que a presença do acompanhante à gestante tem sido prática amplamente discutida no campo das políticas públicas, direito garantido através da Lei nº 11.108/05. Além disso, o direito ao acompanhante faz parte do componente Parto e Nascimento da Portaria Nº 1.459/11, que institui a Rede Cegonha, política pública orientadora da atenção obstétrica e neonatal no país.

A inclusão do acompanhante durante a internação da mulher no serviço hospitalar, em especial durante o trabalho de parto e parto, tem potência para mudar a experiência vivida pela gestante. O acompanhante representa, durante um momento de muita vulnerabilidade da parturiente, as vontades da mulher referente ao parto de seu bebê. Esta prática é apresentada, por DINIZ et al. (2014) como “intervenção segura e altamente efetiva para melhorar os resultados maternos e neonatais, com altos índices de satisfação materna [e] custo muito baixo”. Esta prática se revela como a garantida de princípios do SUS, como integralidade dos cuidados de saúde, a universalidade, a equidade e a humanização.

O uso de métodos não-farmacológicos (MNF) para alívio da dor tem origem na atenção ao parto antes mesmo de sua institucionalização. Estes métodos têm sido reintroduzidos à assistência obstétrica, principalmente através do movimento pelo parto humanizado, que confronta a medicalização da assistência. A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal do Ministério da Saúde apresenta evidências para uso de acupuntura e hipnose (BRASIL, 2017). Outros estudos que buscam analisar a presença de MNF para alívio da dor, como Velho, Bruggemann e d’Orsi (2016), consideram como métodos o uso de banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho para posição de cócoras e cavalinho. Esta pesquisa relatou que o uso de MNF para o alívio da dor teve maior prevalência entre mulheres de risco habitual do que entre mulheres com algum risco. Dentre as mulheres de risco, 26,4% tiveram acesso ao uso destes métodos.

A Pesquisa Boas Práticas questionou as mulheres sobre o uso de chuveiro, bola, massagem e cavalinho. Um quinto das mulheres referiram não ter tido acesso a nenhuma dessas práticas. A prática mais utilizada foi banho de chuveiro, presente em 78,4% dos partos, dado positivo, especialmente por se tratar de uma prática que requer infraestrutura específica do hospital.

As Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal indicam a não realização da episiotomia como procedimento de rotina em partos vaginais espontâneos e caso seja realizada, anestesia efetiva do local deve ser assegurada (BRASIL, 2017). A taxa de episiotomia não deve ultrapassar a faixa de 15 a 30% (DINIZ e CHACHAM, 2016). Considera-se, então, que a taxa de episiotomia na amostra da pesquisa foi alta (63,6%). Dentre esses partos, em 23,8% dos casos, a anestesiada não foi assegurada.

8. Considerações finais

As informações extraídas da pesquisa indicam que há avanços e acúmulos em relação a atenção obstétrica e neonatal, mas que, ao mesmo tempo, permanece no cenário do cuidado um conjunto de práticas e desfechos que apontam para a não superação do modelo de atenção tecnocrático.

Como achados positivos da pesquisa, podemos destacar a presença de acompanhante, apontada como experiência vivida por 97,1% das mulheres, revelando que não existem barreiras institucionais para o exercício dessa boa prática. Da mesma forma, embora em menor expressão, a utilização de pelo menos um método não farmacológico para alívio da dor e/ou prática de estimulação do parto foi experimentado por 78,43% das gestantes. Acesso ao centro obstétrico, após a chegada ao hospital, foi para 88,33% das gestantes menor ou igual a 30 minutos, revelando que a acolhida é realizada de forma ágil. Por fim, o retorno das mulheres e bebês para os serviços de atenção básica e/ou consulta pós-parto ocorre em 90,16% dos casos em um período de até 14 dias, revelando tanto a continuidade da atenção, como garantia de acesso.

Esses achados apontam que a presença do acompanhante, a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, o acesso em tempo oportuno ao centro obstétrico e o retorno aos serviços de saúde no período pós-parto, são realidade nos serviços que realizam parto e no sistema de saúde de Porto Alegre.

Todavia, entre as mulheres que tiveram gestação de risco algumas práticas apontadas pela OMS como maléficas, inertes e/ou usados de forma inadequada, são ainda frequentes, relevando um passivo na agenda de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, gerando desfechos que poderiam ser evitados e/ou minimizados.

Parte dessas práticas e efeitos se reproduzem pela perspectiva da realização do parto cesáreo, efetivamente um espectro na atenção obstétrica. Ou seja, funciona como algo emblemático, que funda e sustenta culturas institucionais que se reproduzem como ação, muitas vezes, realizadas sem reflexão, como ato contínuo. Entre as práticas que buscam preservar a realização da cesárea, ou pelo menos para não a dificultar, estão a instalação de soro, a proibição de hidratação e/ou alimentação no período pré-parto e a posição litotômica.

Entre as mulheres entrevistadas 80% afirmam que tiveram soro instalado. O acesso a rede venosa em gestantes que potencialmente o parto pode ser normal, só se justifica pela perspectiva de uso de medicação (em geral ocitocina), ou para a realização de sedação (anestesia geral). Considerando que as mulheres em média 65,4% permanecem em até 12 horas em trabalho de parto e 88,5% até 24 horas, quando se espera que elas deambulem e se utilizem de métodos não farmacológicos de alívio da dor, a venóclise é um artifício que impõe limitações à mobilidade, ainda considerando que o acesso à rede venosa, na maioria das vezes, é realizado sem grandes dificuldades. Logo viabilizar acesso venoso em tempo tão precoce não é uma prática indispensável e se mantém como aquelas práticas que costumam encontrar na cultura institucional e profissional irrefletida suas possibilidades de reprodução.

Da mesma forma que a venóclise, a restrição hídrica e dietética se sustenta como prática na perspectiva da realização da cesárea. Como a cesárea desnecessária é uma prática endêmica nas instituições hospitalares brasileiras, toda a gestante é potencialmente uma usuária que sofrerá a cirurgia, logo deve-se evitar que um eventual volume gástrico se transforme em risco de aspirado pulmonar. A indistinção da evolução clínica entre as gestantes, muitas vezes pela baixa utilização de partograma, leva supor que toda gestante é potencialmente alguém que pode resolver a parturição pela cesárea. Em nossa pesquisa constatou-se que quase 57% das gestantes não tiveram acesso a hidratação ou alimentação leve, e mesmo entre aquelas que tiveram acesso, quase um terço delas só obteve porque solicitou.

Mas talvez as práticas – melhor dizendo – más práticas conforme a OMS, que mais produzem danos para o desfecho de um bom parto são a posição litotômica para parir e a utilização de salas de pré-parto e parto em ambientes separados. Entre as gestantes que tiveram parto normal, 97% tiveram os bebês deitadas e apenas uma dela teve parto de cócoras. A posição litotômica é reconhecidamente uma prática sem qualquer comprovação científica e produz uma série de limitações fisiológicas, dificultando o parto normal. Apesar dessa constatação, 92% dos partos vaginais no Brasil ocorrem em posição de litotômica (NASCER NO BRASIL, 2017; FERNANDES, et all, 2016). Da mesma forma, a destinação nas instituições que realizam parto de lugares específicos para o período de pré-parto e outro para o período expulsivo, interrompe o processo fisiológico do parto, cujo desfecho pode ser tanto a postergação do parto como a produção de uma cesárea.

A posição litotômica e o uso de salas específicas para distintos estágios do parto, apontam estudos e a OMS, devem ser abolidos. O primeiro pela estimulação da gestante para encontrar a melhor posição que a ela se ajuste; o segundo, pela alteração da ambiência, a partir a adoção de Quartos PPP, onde pré-parto, o parto e o pós-parto imediato estão preservados em um mesmo ambiente.

O desfecho que esse conjunto de más práticas produz na saúde materna e neonatal, apontam os dados da pesquisa, precipitam a ocorrência de quatro eventos, os quais se apresentam como efeitos diretos dessas más práticas. Um deles é a baixa frequência do contato pele a pele, apontado pelo MS como uma prática que deve ser assegurada para os recém-nascidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014), e que apresenta como um procedimento seguro, barato e de comprovados benefícios no curto e no longo prazos, para as mães e as crianças e que apesar das robustas evidências favoráveis é ainda desconhecido e negligenciado (SAMPAIO; BOUSQUA; BARROS, 2016). Em nossa amostra, essa prática só foi experimentada por 20% das gestantes, sendo que do total das gestantes 15,71% alegam que isso não foi possível pela ocorrência de um problema com a mãe ou o bebê, o que informa que em torno de dois terços das mulheres e dos bebês não tiveram preservados espaço de tempo para o mútuo reconhecimento e a estimulação precoce do aleitamento.

Outro efeito das más práticas é a alta taxa de cesárea, que ultrapassa os 45%, que como já foi mencionado, é uma proporção muito elevada. Diretamente relacionado à cesárea, a prematuridade é um desfecho que produz uma série de repercussões, tanto para o sistema de saúde, com aumento dos custos, como para a

saúde dos bebês e de suas famílias. No RS, em 2015 (dados do SINASC), encontramos uma taxa de 9,9% entre os recém-nascidos e em nossa amostra 17,9%. Podemos imaginar, de imediato, que essa taxa 70% maior se refere à condição da gestação de risco, o que é válido. Todavia, ela é muito elevada e possivelmente associada a cesárea. Por fim, a realização de episiotomia pode ser apontada também como uma prática utilizada de forma indevida. Em nossa amostra, em 63,64% dos partos vaginais essa prática esteve presente, quando se imagina razoável proporção entre 15% e 30%, muito embora já existe evidências suficientes para recomendar a sua abolição (DINIZ e CHACHAM, 2016).

Foi possível identificar que entre as boas práticas de atenção obstétrica e neonatal observadas pela pesquisa, as gestantes de risco acompanhadas por serviços especializados do SUS em Porto Alegre tiveram acesso àquelas que não interferem diretamente no processo de trabalho da instituição hospitalar, como direito a acompanhante, deambular e uso de métodos não farmacológicos e alívio da dor. Contudo, as práticas que requerem maior envolvimento dos trabalhadores do centro obstétrico, como uso da posição litotômica, realização da episiotomia e do parto cirúrgico, práticas que não favorecem o parto normal e estão relacionadas a complicações para mãe e bebê, assim como associadas a altas taxas de mortalidade materna e infantil (LANSKY et al., 2014).

A implementação e a ampliação do uso de boas práticas de atenção ao parto e nascimento são fundamentais para a ampliação da qualidade do cuidado, preservando tanto os direitos dos bebês e das mulheres, como salvaguardando a realização das práticas que sabidamente protegem a saúde e a integridade das pessoas. Sua expansão, todavia, depende de um conjunto de esforços políticos, técnicos e institucionais, tarefa de formuladores, gestores e profissionais de saúde. Contudo, para a humanização do parto e do nascimento, bem como mostra a história Brasileira, redes e movimentos sociais cumprem um decisivo papel.

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Iniciativa **Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação** / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008

BRASIL. Ministério da Saúde, Presidência Da República, Secretaria Especial De Políticas Para As Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria De Atenção À Saúde Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**. Brasília, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica Nº26: Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2010. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd26.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília, 2005a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Ouvidoria Ativa do SUS: ampliando a**

escuta e o acesso à informação do cidadão. Brasília, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ouvidoria_ativa_sus_ampliando_escuta.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres.** Brasília, 2016a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendações: Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação Cesariana.** Brasília, abril 2015a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDCesariana_C P.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Relatório de Recomendações: Diretrizes Nacionais de Parto Normal.** Brasília, março 2017. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2017/Relatorio_DiretrizesNacionais_PartoNormal_versao-final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico.** Brasília, 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico].** Brasília, 2017a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Diretrizes/Diretrizes_PartoNormal_VersaoResumida_FINAL.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2017b. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf

BRASIL. **Portaria Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. **Portaria Nº 569**, de 1º de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf

DAVIS-FLOYD, Robbie. O Modelo Tecnocrático de Assistência ao Parto. In: SABATINO, Hugo. **Atenção ao nascimento humanizado baseado em evidências científicas: paradigmas educacionais.** Manaus: Grafisa, 2014.

DINIZ, Carmem Simone Grilo. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, p.627-637, maio 2005b.

DINIZ, Carmem Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. In: **Questões de Saúde Reprodutiva** 2006; I(1):80-91.

DINIZ et al. **Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup:S140-S153, 2014. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11087/2/Implementa%C3%A7%C3%A3o%20da%20presen%C3%A7a%20de%20acompanhantes%20durante%20a%20interna%C3%A7%C3%A3o%20para%20o%20parto%20dados%20da%20pesquisa%20nacional%20Nascer%20no%20Brasil.pdf>

DOMINGUES, RMSM et al. **Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup. S101-S116, 2014.

FERNANDES, et all. **Perfil de atenção ao parto em um hospital público: contribuições da enfermagem.** In: Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(2):407-12, fev., 2016.

LANSKY et al. **Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido.** Cadernos de Saúde Pública Rio de Janeiro, 30 Sup:S192-S207, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Lansky/publication/267755832_Birth_in_Brazil_survey_neonatal_mortality_pregnancy_and_childbirth_quality_of_care/links/54844bed0cf25dbd59eb141a.pdf

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0371_07_05_2014.html

NASCER NO BRASIL: **Inquérito nacional sobre parto e nascimento.** Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/resultados-esperados/> Acesso em 10 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher.** Pequim, 1995. Disponível em: http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa. Organização Mundial da Saúde. 2015
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

PASCHE, Dário Frederico. A humanização como estratégia frente à medicalização da vida: aposta na democracia institucional e na autonomia dos sujeitos. In: PINHEIRO, Roseni e LOPES, Tatiana Coelho (orgs). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. Disponível em: <https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2013/08/livro-Seminario-2009-impressao.pdf>

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élide Azevedo. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. In: **Ciência & Saúde Coletiva** - Endereço eletrônico: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5996

PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz. Apoio como estratégia de ativação do movimento constituinte do SUS: reflexões sobre a Política Nacional de Humanização (PNH). In: CAMPOS G.W.S; FIGUEIREDO, M.D.; OLIVEIRA, M.M. (orgs). **O Apoio Paideia & Suas Rodas**. São Paulo : HUCITEC, 2017 (pg. 141/166).

PASCHE, Dário Frederico; VILELA, Maria Esther de Albuquerque; GIOVANNI, Miriam Di; ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; FRANCO NETTO, Thereza de Lamare. **Rede Cegonha: desafios de mudanças culturais nas práticas obstétricas e neonatais**. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 52, p. 58-71, out. 2014.

PAVITRA, Livia. **Parir**. Disponível em: <https://www.amigasdoparto.com.br/poesia6.html> Acesso em 23 jan. 2017.

ReHuNa - Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SAMPAIO, Ádila Roberta Rocha; BOUSQUA, Aylene; BARROS, Claudia. **Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança**. In: Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 25(2):281-290, abr-jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00281.pdf>

VELHO, Manuela Beatriz. **Práticas obstétricas na atenção ao parto na Região Sul: estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil**. 2016. 280 f. Tese

(Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2016. Disponível em:

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Appropriate Technology for Birth**. The Lancet, [s.l.], v. 326, n. 8452, p.436-437, agosto 1985.

ANEXOS

Anexo I: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Cada instituição de saúde exigiu que o TCLE tivesse a identificação do serviço, contudo, o conteúdo se manteve o mesmo.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO
ESPECIALIZADA EM PORTO ALEGRE Responsável: Prof. Dr. Dário Frederico Pasche - Departamento de Assistência
 e Orientação - Profissional DAOP/EE/UFRGS - Número do CAAE: 53935516.6.1001.5347

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, ou mesmo interromper a qualquer momento a entrevista, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo para seu atendimento no serviço de saúde.

Justificativa e objetivos: A pesquisa tem como objetivo analisar o funcionamento e a qualidade da Atenção Básica à Saúde e ao acesso à Atenção Especializada para as doenças crônicas (hipertensão, câncer de mama e gestação de alto risco) e agravos de saúde mental em Porto Alegre. A justificativa para essa pesquisa é a necessidade de conhecer melhor o funcionamento dos diferentes serviços, para possibilitar a melhoria de seu funcionamento.

Procedimentos: Você está sendo convidado a participar da pesquisa, que é composta de duas fases. Você pode optar por participar somente da primeira fase ou das duas fases da pesquisa, se eventualmente você for convidado para essa segunda etapa. O consentimento que você está assinando nesse momento será válido para as duas fases da pesquisa. Nesse momento, convidamos para você participar da primeira fase de coleta de dados da pesquisa, que consiste em responder a um questionário e permitir que um pesquisador observe algumas de suas atividades cotidianas. O tempo estimado para responder o questionário é de 30 minutos, e você poderá respondê-lo no próprio serviço de saúde. Você decidirá quais de suas atividades o pesquisador poderá observar e durante quanto tempo. Caso você seja escolhido para a segunda fase de coleta de dados, você será convidado a conceder uma entrevista individual, e participar com outras pessoas de um grupo de discussão sobre temas relacionados à sua prática em saúde e permitir que os pesquisadores tenham acesso a seu prontuário nesse serviço de saúde. O tempo estimado para a entrevista é de uma hora, e ela será realizada em seu serviço de saúde, residência ou outro local escolhido por você. O grupo de discussão será realizado em local de fácil acesso para os participantes, com uma duração estimada de uma hora e meia. Durante a entrevista e o grupo de discussão será utilizado um gravador de áudio para garantir a recuperação das informações e para que estas possam ser analisadas posteriormente. A análise do prontuário será feita no próprio serviço de saúde onde o documento fica guardado, não implicando em sua remoção ou fotocópia. Caso não queira autorizar o acesso a seu prontuário, você poderá recusar essa etapa, sem prejuízo para sua participação nas demais etapas da pesquisa. Após sua participação nessas atividades, você receberá uma devolutiva sobre os resultados da pesquisa, a ser realizada em um novo grupo com os mesmos participantes.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Benefícios, desconfortos e riscos: A participação na pesquisa não oferecerá nenhum tipo de prejuízo ou risco direto para os participantes, em nenhuma fase do estudo. Você não terá benefícios diretos ao participar da pesquisa, exceto contribuir com a possível melhoria dos serviços de saúde. Não haverá nenhum tipo de custo ou ressarcimento financeiro. Poderá, eventualmente, haver algum constrangimento ou incômodo decorrente da exposição de opiniões.

Acompanhamento e assistência: Na eventualidade de você se sentir muito constrangido, preocupado ou perturbado por conta da participação nessa pesquisa, será providenciado acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador **Dário Frederico Pasche, professor do Departamento de Assistência e Orientação Profissional, da Escola de Enfermagem, da UFRGS:** Rua São Manoel, 963. Porto Alegre - CEP:90620-110; telefones: (51) 9997 8206 e (51) 3308 5096 -e-mail: dario.pasche@ig.com.br
 Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS: Avenida Paulo Gama, 110 – Sala 317. Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro. Porto Alegre/RS, CEP: 90040-060. Fone: (51) 3308 3738. E-mail: etica@propesq.ufrgs.br No Grupo Hospitalar Conceição (GHC), você poderá fazer contato com o pesquisador Sergio Antonio Sirena, Coordenador de Pesquisa da Gerência de Ensino e Pesquisa/Escola GHC: Rua Francisco Trein, 596. Porto Alegre, CEP 91350200 Fone: 33572407 e-mail: ssirena@ghc.com.br ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do GHC através do Coordenador Daniel Demétrio Faustino da Silva fone: 33572407 e-mail: cep-ghc@ghc.com.br.

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, riscos e incômodos que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

Assinatura do participante: _____ Data: ____/____/____

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: ____/____/____

Anexo II: Instrumento de pesquisa – questionário:

Apresentação da pesquisa/participação fase II.

“Olá, meu nome é Isabela, sou estudante da UFRGS. Participo da mesma pesquisa a qual a senhora já respondeu um questionário sobre sua gestação quando estava em acompanhamento ao serviço de Pré-Natal de Risco do Hospital _____, em (mês) do ano passado.....”

Bloco I – Participação e identificação da usuária

01. Tens disponibilidade para responder algumas perguntas?

- Sim: Continuar
 Não
 Não: Posso retornar a ligação em algum outro momento? (Agendar dia e turno para ligação).

02. Conferir informações da entrevistada de acordo com banco de dados excel.

- Endereço.
 Unidade de AB que encaminhou/referência
 Mais algum dado????

03. LEMBRETE: preencher código identificador no GoogleForms.

- Ok

04. A senhora e o bebê estão bem? (“Caso a cidadã responda que teve um aborto ou bebê nasceu morto ou faleceu (logo) após o parto, deve-se questionar: A senhora gostaria de responder algumas perguntas sobre como foi o seu atendimento? Se a resposta for não, deve-se sinalizar a resposta da cidadã e interromper pesquisa: Não quis responder.”)

- Sim
 Não, pois o bebê teve complicações e/ou está internado
 Não, tive um aborto
 Não, o bebê nasceu morto
 Não, o bebê faleceu logo após o parto (até 28 dias) morte neonatal precoce
 Não, o bebê faleceu após 28 dias do parto m n tardia
 Não sabe / Não respondeu

05. A senhora já teve outras gestações?

- Sim Quantas? _____
 Não **PULAR PARA QUESTÃO 07**
 Não sabe / Não respondeu

06. A senhora tem outras filhas ou outros filhos?

- Sim Quantos? _____
 Não
 Não sabe / Não respondeu

Bloco II – Gestação

07. A senhora continuou acompanhamento do pré-natal no Hospital _____ até o final da gestação?

- Sim
 Não
 Não sabe / Não respondeu

08. A senhora lembra com quantas semanas de gestação foi encaminhada?

09. Lembra qual foi o motivo/razão alegada pela enfermeira/médica para seu encaminhamento ao serviço especializado?

10. Esse problema/doença a senhora já tinha antes dessa gravidez?

11. Por que sua gestação foi considerada de risco? (doença, patologia, agravo, condição...)

Bloco III - Período imediatamente anterior ao parto

A senhora teve seu bebê no primeiro hospital que procurou?

- Sim. Qual? _____
- Não. Por que?
- Não havia vaga/leito
 - Não era maternidade de referência (regionalização)
 - O primeiro hospital procurado transferiu/encaminhou para outro hospital
 - Teve o parto antes de ser internada no serviço (fora do serviço)
 - Outra situação: _____
- Não sabe / Não respondeu

PARA MULHERES QUE NÃO TIVERAM O BEBÊ EM HOSPITAL:

- 1) Por que não teve o bebê em hospital?
- 2) Como foi o parto?
- 3) Como foi a acolhida quando foi ao hospital?

Quanto tempo demorou para senhora ser atendida no hospital onde nasceu o bebe?

- campo livre e depois categorizar

Bloco IV – Práticas de atenção ao parto

Qual foi o tipo de parto?

- Normal → **Por quanto tempo a senhora ficou em trabalho de parto?**
- Normal com fórceps/vácuo extrator → **Por quanto tempo a senhora ficou em trabalho de parto?**
- Cesárea (emergência) .. **Motivo:** _____
- Cesariana agendada ou sem tentativa de parto normal **Motivo:** _____ **Quantas semanas de gestação foi agendado o parto?**
- Cesariana após ter tentado parto normal **Motivo:** _____
- Não sabe/ Não respondeu

Se cesárea, entrou em trabalho de parto (espontâneo ou induzido)?

- Sim
- espontâneo
 - induzido
 - espontâneo com realização posterior de indução
- Não → questões práticas neonatais
- Não sabe / Não respondeu

Por quanto tempo a senhora ficou em trabalho de parto? (do início das dores/contrações até nascimento)

_____ horas

Quando você estava no trabalho de parto, foi colocado soro na veia?

- Sim
- Não
- Não sabe / Não respondeu

Você pode ingerir líquidos, água, sucos e/ou sopas/alimentos durante o trabalho de parto?

- Não.
- Sim, me ofereceram.

- Sim, eu pedi.
 Não sabe / Não respondeu

Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto?

- Banheira
 Chuveiro
 Bola
 Massagem
 Banquinho para posição de cócoras/
 Cavalinho
 Outro: _____
 Nenhuma
 Não sabe / Não respondeu

Você pode ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto?

- Sim
 Não
 Não sabe / Não respondeu

Na hora de ter o bebê, você foi levada para uma outra sala?

- Sim
 Não
 Não sabe / Não respondeu

Os profissionais de saúde recomendaram alguma posição para ter o bebê?

- Sim Qual? _____
 Não
 Não sabe / Não respondeu

Você pode escolher qual posição ter o bebê?

- Sim
 Não
 Não sabe / Não respondeu

Qual foi a posição que teve seu bebê?

- Deitada com a barriga pra cima
 Deitada de lado
 Sentada
 Agachada (cócoras)
 Apoiada de quatro
 Outros
 Não sabe / Não respondeu

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

- Sim
 Não
 Não sabe / Não respondeu

Foi realizado um corte vaginal? Foi realizado um corte/pique para facilitar a passagem do bebê? (Episiotomia)

- Sim, não teve anestesia
 Sim, teve anestesia
 Não
 Não sabe / Não respondeu

O tipo de parto que a senhora teve foi aquele que planejou/escolheu desde o início da gravidez?

Por que escolheu esse tipo de parto ____?

Por que o tipo de parto escolhido não foi aquele que ocorreu?

Você teve acompanhante durante sua internação?

- Não
- Sim Apenas durante o trabalho de parto
- Sim Apenas no parto e nascimento
- Sim Durante trabalho de parto, parto e nascimento
- Sim Apenas após nascimento
- Sim Em todos os momentos da internação
- Não sabe / Não respondeu

Se não tivesse tido acompanhante, você acha que a experiência teria sido diferente? Por que?

- Livre: _____
- Não sabe / Não respondeu

Bloco V – Práticas de atenção ao nascimento

No momento em que o bebê nasceu, ele foi colocado imediatamente junto com a senhora (no colo ou peito para mamar)? (Contato pele a pele)

- Sim, antes de ser limpo até ir pro quarto
- Sim, ficou aproximadamente 10 minutos e depois levaram
- Não, primeiro fizeram os procedimentos (limparam, mediram, pesaram, vacinaram, etc.)
- Não, porque nasceu roxo/mole/teve que ficar no oxigênio/teve outra complicação)
- Não sabe / Não respondeu

A senhora recebeu orientações sobre amamentação e cuidados com bebê, após o parto, no hospital/maternidade?

- Sim e tive auxílio
- Sim, mas não fui auxiliada
- Não
- Não sabe / Não respondeu

Bloco VI – Pós-parto

Senhora teve alguma complicação após o parto?

- Sim. **Se Sim, Qual foi a complicação que a senhora teve? Múltipla resposta.**
- Dificuldade para amamentação
- Eclampsia
- Infecção puerperal (na via de parto)
- Hemorragia
- Mastite (inflamação da mama)
- Lesão no canal do parto
- Alteração na pressão
- Depressão pós-parto
- Outros
- Não sabe / Não respondeu
- Não
- Não sabe / Não respondeu

A senhora saiu do hospital com consulta marcada na atenção básica/posto de saúde?

- Sim
- Não
- Não sabe / Não respondeu

A senhora e seu bebê realizaram essa consulta / acompanhamento?

- Sim, a mãe e o bebê
- Sim, somente a mãe
- Sim, somente o bebê
- Não
- Não sabe / Não respondeu

Anexo III: Termo de anuência para utilização de dados da pesquisa Inquérito sobre o funcionamento da atenção básica e acesso à atenção especializada em Porto Alegre



TERMO DE ANUÊNCIA DO RESPONSÁVEL DA PESQUISA "INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PORTO ALEGRE" PARA ACESSO E USO DE INFORMAÇÕES DO BANCO DE DADOS DA PESQUISA

Eu, **Dário Frederico Pasche**, responsável pela pesquisa "INQUÉRITO SOBRE O FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO ACESSO À ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM PORTO ALEGRE", autorizo acesso e utilização de dados da pesquisa pela aluna **Isabela Garcia dos Santos**, para fins de desenvolvimento da pesquisa BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO EM GESTAÇÃO DE RISCO: PERSPECTIVA DAS USUÁRIAS DO SUS DE PORTO ALEGRE.

Declaro conhecer a pesquisa e sua metodologia.

Porto Alegre, 22 de setembro de 2017

Assinatura do responsável