UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

TAMIRES DIOGO ALVES DE LIRA

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO APICE ON EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE

Recife
2022

TAMIRES DIOGO ALVES DE LIRA

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO APICE ON EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde do Centro de Ciências Sociais e Aplicadas, da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para obtenção do título de mestre em Gestão e Economia da Saúde.
Área de concentração: Gestão e Economia da Saúde

Orientador: Profª Dra. Roberta de Moraes Rocha
Coorientador: Profª MSc. Danielle Wisniewski Mariani

Recife
2022

Catalogação na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

L768a Lira, Tamires Diogo Alves de
Análise da implantação do projeto Apice on em um hospital universitário do Recife / Tamires Diogo Alves de Lira. - 2022.
112 folhas: il. 30 cm.

Orientadora: Prof.ª Dra. Roberta de Moraes Rocha e Coorientadora Msc. Danielle Wisniewski Mariani.
Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, CCSA, 2022.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Recém-nascidos Cuidado e tratamento. 2. Crianças Saúde e higiene. 3. Assistência à maternidade e à infância. I. Rocha, Roberta de Moraes (Orientadora). II. Mariani, Danielle Wisniewski (Coorientadora). III. Título.

330.9 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2022 – 063)

TAMIRES DIOGO ALVES DE LIRA

TÍTULO DO TRABALHO:

“**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO APICE ON EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE** ”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestra Profissional em Gestão e Economia da Saúde.

Aprovada em: 13/06/2022

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª ADRIANA FALANGOLA BENJAMIN BEZERRA (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profª. Drª. MECCIENE MENDES RODRIGUES (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco/CAA

_____

Prof.ª Drª ROBERTA DE SOUZA PEREIRA DA SILVA RAMOS (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Aos meus pais, Cleonice e Marcos, aos meus irmãos Havana e Marcos Antônio, ao meu sobrinho Apolo e ao meu esposo Eguinaldo. Vocês são minha base e motivação para seguir em frente todos os dias.

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo incentivo de sempre e pela compreensão nos momentos em que precisei estar ausente;

À minha orientadora Roberta Rocha, pelo privilégio de seus ensinamentos e pela orientação e paciência com as quais guiou meu aprendizado;

À minha amiga e coorientadora Danielle Wisniewski, por todos os conselhos, direcionamentos e palavras de incentivo, que tanto me ajudaram nesta caminhada;

À minha colega Roberta Ramos, pela ajuda com diversos dados, fundamentais na elaboração deste trabalho;

Aos professores da banca examinadora por terem aceitado colaborar com este estudo;

Aos queridos colegas e novos amigos que o mestrado me presenteou;

Aos amigos e colegas do Hospital das Clínicas, que direta ou indiretamente me apoiaram nesta empreitada;

A Deus, pela vida e por me permitir a realização de tantos sonhos.

“Você é do tamanho dos seus sonhos”
(Autor desconhecido).

RESUMO

A saúde materno-infantil no Brasil encontra-se inserida em um contexto de contradição, visto que, apesar do avanço da área ter contribuído com a melhoria nos indicadores de saúde dessa população, o intenso processo de medicalização do parto fez o país atingir a segunda maior taxa de cesarianas do mundo (55%), além de submeter mulheres e recém-nascidos a intervenções sem evidências científicas, que desrespeitam os aspectos emocionais, físicos e culturais do momento. Diante desse cenário, ações de mudanças têm sido implementadas para promover um modo de nascer mais seguro e humanizado. A exemplo disto, destaca-se o Projeto APICE ON, que visa aprimorar a qualificação e a formação de profissionais da saúde que trabalham nos setores ligados à obstetrícia e neonatologia, através da integração entre formação, atenção e gestão. O projeto foi lançado no ano de 2017 e integra 97 hospitais de ensino de todo o país. Diante disso, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o grau de implantação do Projeto APICE ON no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Para isso, utilizou-se a estratégia do estudo de caso e 4 técnicas de coleta de dados: pesquisa documental; observação sistemática; entrevistas e questionários individuais. Foi construído também o modelo lógico do projeto e uma matriz de análise dos indicadores. O critério que verificou a presença de protocolos, rotinas e normas teve um resultado "aceitável". A ambiência e a estrutura física tiveram resultados "insatisfatório" e "adequado", respectivamente. Sobre a avaliação das puérperas quanto ao serviço, 77% relataram sentir "ótimo bem-estar". Quanto aos profissionais, 100% tiveram desempenho "ótimo" em suas respostas. O grau de implantação de projeto foi de 53%, sendo classificado como "aceitável". Foram evidenciadas deficiências na implantação do projeto, como a dificuldade em vincular a gestante ao serviço, a limitada atuação do enfermeiro obstétrico na assistência direta ao parto, o baixo uso do partograma e a escassa realização de analgesia regional. Os resultados positivos foram: a presença do acompanhante em todo o processo de parto; a construção e implantação de instrumento para quantificar os indicadores; a presença do enfermeiro obstétrico em 100% dos plantões do COB; a criação de protocolos e melhorias nos fluxos assistenciais; o bom resultado de vários indicadores de boas práticas de assistência ao parto e a avaliação positiva por parte das usuárias do serviço. Os resultados dessa pesquisa podem contribuir para a reflexão e discussão entre profissionais e gestores, com o intuito de reavaliar e reorganizar o processo de assistência. É preciso, portanto, que as ações exitosas do projeto sejam mantidas e que os processos de trabalho sejam revisitados para o alcance das metas pactuadas.

Palavras-chave: parto humanizado; saúde materno-infantil; avaliação em saúde.

ABSTRACT

Maternal and child health in Brazil is inserted in a context of contradiction, since, despite the advancement of the area having contributed to the improvement in the health indicators of this population, the intense process of medicalization of childbirth, made the country reach the second highest rate of cesarean sections in the world (55%), in addition to subjecting women and newborns to interventions without scientific evidence, which disrespect the emotional, physical and cultural aspects of the moment. Given this scenario, actions for change have been implemented to promote a safer and more humane way of being born. For example, the APICE ON Project, with the objective of improving the qualification and training of health professionals working in the sectors related to obstetrics and neonatology, through the integration of training, care and management. The project was launched in 2017 and consists of 97 teaching hospitals across the country. Therefore, the objective of this research was to evaluate the degree of implementation of the APICE ON Project at the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco. For this, we used the case study strategy and 4 data collection techniques: documental research, systematic observation, interviews and individual questionnaires. The logical model of the project and an analysis matrix of the indicators were also built. The criterion that verified the presence of protocols, routines and norms had an "acceptable" result. The ambience and physical structure had "unsatisfactory" and "adequate" results, respectively. Regarding the evaluation of postpartum women regarding the service, 77% reported feeling "great well-being". As for professionals, 100% had "great" performance in their responses. The degree of project implementation was 53%, being classified as "acceptable". Deficiencies in the implementation of the project were evidenced, such as the difficulty in linking the pregnant woman to the service, the limited role of the obstetric nurse in the direct care of childbirth, the low use of the partogram and the scarce performance of regional analgesia. The positive results were: the presence of a companion throughout the delivery process; the construction and implementation of an instrument to quantify the indicators; the presence of the obstetric nurse in 100% of the shifts of the COB; the creation of protocols and improvements in care flows; the good result of several indicators of good practices in childbirth care and the positive evaluation by the service users. The results of this research can contribute to reflection and discussion between professionals and managers, with the aim of reassessing and reorganizing the care process. It is necessary, therefore, that the successful actions of the project are maintained and that the work processes are revisited to reach the agreed goals.

Keywords: humanized childbirth; maternal and child health; health assessment.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Modelo Lógico do Projeto APICE ON..... 32

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON..... 35

Quadro 03: Itens prioritários para a ambiência na maternidade..... 44

Quadro 04: Resumo dos Resultados..... 50

Quadro 05: Grau de Implantação para o Componente Atenção..... 52

Quadro 06: Grau de Implantação para o componente Formação..... 55

Quadro 07: Grau de Implantação para o Componente Gestão..... 56

Quadro 08: Grau de Implantação total e classificação..... 56

LISTA DE TABELAS

Tabela 01: Práticas dos Enfermeiros e Médicos do COB 45

Tabela 02: Classificação Obtida dos Enfermeiros e Médicos do COB 46

Tabela 03: Perfil e Antecedentes Obstétricos 46

Tabela 04: Domínios da EBMSP2 47

Tabela 05: Classificação da EBMSP2 48

Tabela 06: Indicadores de atenção ao parto e nascimento 49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ACRO	Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico
APICE ON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatalogia
DIU	Dispositivo Intra- Interino
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GEL	Grupo Estratégico Local
HC	Hospital das Clínicas
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos do Milênio
OMS	Organização Mundial De Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
POA	Plano Operativo Anual
RMM	Razão de Mortalidade Materna
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único De Saúde
UCINca	Unidade de Cuidados Intermediários Canguru
UCINco	Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais
UNN	Unidade Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14

2 OBJETIVOS 16

2.1 Objetivo geral 16

2.2 Objetivos específicos 16

3 REVISÃO DE LITERATURA 17

3.1 A saúde obstétrica 17

3.2 A formação profissional e o projeto Apice On 20

3.3 A avaliação em saúde 22

4 METODOLOGIA 25

4.1 Delineamento da pesquisa 25

4.2 Local de estudo 25

4.3 Fontes e coleta de dados 26

4.3.1 Pesquisa Documental 26

4.3.2 Observação Sistemática 27

4.3.3 Entrevistas e questionários individuais 27

4.6 Análise de dados 29

4.7 Aspectos éticos 29

4.8 Modelo lógico 29

4.8.1 Estrutura e construção do modelo lógico 30

4.9 Matriz avaliativa 34

5 RESULTADOS 41

5.1 Caracterização do serviço 41

5.1.1 Triagem Obstétrica 42

5.1.2 Centro Obstétrico 42

5.1.3 Alojamento Conjunto 43

5.1.4 Unidade Neonatal 43

5.1.5 Recursos Humanos 44

5.2 Perfil assistencial e qualificação profissional de médicos e enfermeiros 45

5.3 Percepção das puérperas sobre o parto normal 46

5.4 Atenção ao parto e nascimento 48

5.5 Resumo dos resultados 49

5.6 Grau de implantação do projeto APICE ON 51

6 DISCUSSÃO 57

6.1.1 Componente Atenção 57

6.1.2 Componente Formação 65

6.1.3 Componente Gestão 66

6.2 Limitações da pesquisa 67

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 68

REFERÊNCIAS 70

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA AO PROFISSIONAL DE SAÚDE 79

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA AO GESTOR 84

APÊNDICE C – ESTRUTURA FÍSICA E CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL CHECK LIST PARA OBSERVAÇÃO DIRETA 88

APÊNDICE D – ESCALA DE BEM-ESTAR MATERNO NA SITUAÇÃO DE PARTO BMSP2 99

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 103

ANEXO A – CARTA DE AUNÊNCIA DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA 109

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA CHEFIA DA NEONATOLOGIA 110

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA CHEFIA DA OBSTERÍCIA 111

ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA CHEFIA DO SAME 112

1 INTRODUÇÃO

A saúde materno-infantil tem sido tema de destaque na agenda global de diversas instituições e entidades como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Banco Mundial há décadas. Segundo dados da OMS, no ano de 2017, 290 mil mulheres morreram por complicações da gravidez e parto e em 2018, 5,3 milhões de crianças com menos de 5 anos morreram no mundo todo. No entanto, as taxas de sobrevivência de mães e bebês é a mais alta da história (UNICEF, 2019).

No Brasil, a saúde materno-infantil encontra-se em um contexto de contradição: apesar da intensa medicalização do parto, com mais de 98% dos partos realizados em hospitais e da ampla cobertura do pré-natal, são persistentes as altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, sendo incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país (LANSK, 2010).

O chamado "paradoxo perinatal", também aplicado à saúde materna, vem desafiando as autoridades sanitárias e governamentais que têm procurado e combatido as causas desse cenário, que refletem a desigualdade social brasileira e são, em grande parte, evitáveis com ações e serviços de saúde (LANSK, 2010).

Segundo Silva et al (2019), no Brasil a assistência ao parto convive com duas problemáticas: a falta de tecnologia apropriada e o excesso de tecnologia inapropriada, ambas podendo levar ao adoecimento e morte de mulheres e bebês (SILVA et al, 2019).

Todos os dias, mulheres e recém-nascidos são expostos a intervenções desnecessárias, como episiotomia, manobra de Kristeller, aspiração nasofaríngea, uso de ocitocina e diversos outros procedimentos, muitos em dissenso com as melhores evidências científicas e, que retiram o aspecto humano e cultural desse momento (BRASIL, 2016a).

No tocante à via de parto, o cenário se mostra ainda mais assombroso. Vivemos uma epidemia de cesarianas, ocupando a segunda posição mundial em taxa de partos cesáreos, com 55% no SUS e mais de 85% na rede privada, contrariando as recomendações da OMS, que é de 10 a 15% (OMS, 2015).

Segundo Sass e Hwang (2009), é possível afirmar que o parto cirúrgico sem indicação obstétrica aumenta os riscos reprodutivos, independentemente do nível de complexidade hospitalar e do tipo de paciente assistida. Porém, ao que parece, muitos obstetras realmente acreditam que a cesárea é mais segura para o binômio mãe/ bebê, talvez por não terem tido um treinamento satisfatório para a assistência ao parto (SASS, HWANG, 2009).

Diante desse contexto, propostas de mudanças desse cenário têm sido implementadas para promover um novo modo de nascer, mais seguro e humanizado, que adote uma atenção

baseada em evidências científicas e no respeito aos direitos das mulheres. Uma delas é o Projeto APICE ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatalogia) que traz como objetivo principal a qualificação e a formação de novos profissionais, incorporando essa nova visão de assistência obstétrica dentro dos hospitais de ensino, visto que ocupam uma posição estratégica para as mudanças necessárias no modelo de atenção vigente e fazendo com que estes serviços tornem-se referência das melhores práticas de atenção ao parto, nascimento, planejamento reprodutivo, abortamento legal e mulheres em situação de violência sexual (BRASIL, 2017a).

Lançado em 2017 e constituído por uma rede de 96 hospitais de ensino, o APICE ON tem por base a integração entre formação, atenção e gestão, estimulando à proximidade entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade. Foram mais de 1000 participantes diretamente envolvidos no projeto que, organizado juntamente com as equipes locais, formavam o Grupo Estratégico Local (GEL). Estes por sua vez, estavam continuamente inseridos em oficinas de planejamento e avaliação, além de seminários regionais (BRASIL, 2017a).

Por ser um projeto de âmbito nacional é indispensável a realização de avaliações que permitam analisar o processo de desenvolvimento e os resultados das estratégias utilizadas, com o intuito de aperfeiçoar as ações, visando a melhoria dos processos e dos resultados.

Assim, a necessidade em se determinar a efetividade do referido projeto, dada a inexistência desse dado, foi a motivação para a realização do presente estudo, visto que a autora atuou no serviço no período de implantação do projeto e pôde observar de perto as mudanças decorrentes dessa estratégia.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o grau de implantação do Projeto APICE ON em um hospital universitário do Recife- PE.

2.2 Objetivos específicos

a) Desenvolver o modelo lógico e uma matriz de análise de julgamento com base nas diretrizes e objetivos do Projeto APICE ON no HC - UFPE;
b) Caracterizar a estrutura física e a ambiência da maternidade e unidade neonatal do HC-UFPE;
c) Avaliar os indicadores de qualificação do serviço, com base nos componentes e diretrizes do Projeto ApiceOn no HC-UFPE;
d) Estimar o grau de implantação do Projeto ApiceOn no HC-UFPE com base nas metas estabelecidas no Plano Operativo Anual do HC-UFPE.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A saúde obstétrica

O nascimento de um filho é um momento transformador na vida de uma mulher. Quando nasce uma criança, nasce consigo uma mãe. Assim como a imagem do papel da mulher e da mãe mudaram ao longo da história, o parto e assistência ao parto passaram também por diversas transformações. O que era um processo natural, no qual a mulher era protagonista, passou a ser um evento medicalizado, onde a parturiente assume um papel de coadjuvante (VENDRÚSCOLO, KRUEL, 2015).

A história do parto no Brasil, se confunde com o caminho percorrido pela saúde pública e pelas lutas históricas dos movimentos feministas e sanitaristas. Tradicionalmente os partos eram assistidos pelas parteiras e curandeiras, mulheres que detinham um saber empírico sobre vários outros temas de saúde e auxiliavam no período de gestação, parto e puerpério, sendo bastante respeitadas e valorizadas pelas comunidades (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018).

Com a criação das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e no Rio de Janeiro em 1808, surgiram os primeiros profissionais formais, chamados parteiros-médicos, com formação na Arte Obstétrica, como foi intitulada nessa época. Assim, deu-se a introdução da medicina e da figura do homem no processo do partejar. Foi também nesse período que se iniciaram os cursos de formação de parteiras, porém a ausência de estabelecimentos reservados para a mulher parir e a resistência da população na procura por hospitais no momento do parto (local procurado apenas por indigentes e desclassificadas sociais) tornaram-se entraves para o ensino prático em obstetrícia (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018).

A partir de então iniciou-se um discurso acerca dos perigos do parto em casa e da fragilidade e inconsistência femininas, justificando a necessidade da criação de maternidades e da atuação do médico no parto, único detentor do real saber sobre o corpo da mulher (PALHARINI, FIGUEIRÔA, 2018). Essa narrativa tornou-se mais acentuada a partir dos anos 30 e 40, com a criação de diversas maternidades e casas de saúde que dispunham de leitos gratuitos e pagantes. Aos poucos, a hospitalização do parto passou a ser vista como um ideal a ser atingido e o processo do parir como algo medonho e fisiologicamente patogênico (MOTT, 2012).

Nesse período, as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e da criança eram quase inexistentes e os poucos programas vigentes na época tinham como principal objetivo a "produção" de mais crianças saudáveis que seriam futuramente a força de trabalho para o

desenvolvimento da nação. Foi com essa visão, que o governo de Getúlio Vargas criou em 1940 o Departamento Nacional da Criança, com o intuito de atender as gestantes e as crianças, com foco principal na diminuição das altas taxas de mortalidade infantil, que chegavam naquela época em torno de 150 óbitos por 1000 nascidos. Entretanto, esse órgão não era responsável por promover a saúde das mulheres, que continuavam sem receber acompanhamento médico e sem direitos sociais ou econômicos (CASSIANO et al, 2014).

Com a instauração do regime militar na década de 60, deu-se a expansão das instituições previdenciárias e o avanço da mercantilização da saúde, criando abismos sociais ainda maiores e a consequente piora no quadro sanitário, devido à ausência do estado em atender as necessidades básicas da população (MOTT, 2012).

A partir da década de 70, os programas de atenção à saúde reproduziam o modelo médico assistencial privatista hegemônico da época, com a criação do Programa de Saúde Materno- Infantil e do Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco, implementando uma política de saúde reprodutiva voltada para as intervenções médicas e tecnológicas através do número excessivo de partos cesáreos e das laqueaduras como meio contraceptivo preferencial (CASSIANO et al, 2014).

Diante desse cenário, ativistas da humanização juntamente com o Movimento Feminista brasileiro, já criticavam o modelo de assistência obstétrica vigente e os temas relacionados aos direitos sexuais e reprodutivos, iniciando o movimento pelo Parto Humanizado e trazendo para os debates no campo da medicina, questionamentos sobre a medicalização excessiva do parto, alta mortalidade materno-infantil, epidemia de cesarianas, direitos sociais gerais e de gênero (RATTNER, 2009; NICIDA et al, 2020).

Através dessas discussões somadas ao borbulhar do movimento sanitário, em 1983 criou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que abrangia não só a saúde do binômio mãe-filho, como também à atenção à saúde da mulher na sua plenitude, constituindo-se num marco histórico e um enorme avanço no âmbito da saúde da mulher e da criança (VILLELA, MONTEIRO, 2005; SANTOS NETO et al, 2008).

Com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do SUS, estabeleceu-se uma rede de amparo em relação à assistência feminina e infantil através da garantia de direitos sociais e reprodutivos e do rompimento, do ponto de vista legal, da figura exclusivamente reprodutora da mulher, visão que vem sendo fortalecida ao longo dos anos (SANTOS NETO et al, 2008).

Organismos internacionais como a OMS passaram a incluir esse tema em sua agenda ouvindo a opinião de ativistas, pesquisadores e profissionais, de modo que em 1996 publicou

recomendações sobre tecnologias para atenção ao nascimento e parto, classificando as práticas com base em evidências científicas (TORNQUIST, 2004). Em 1998, o Ministério da Saúde adotou diversas medidas com o intuito de diminuir a crescente taxa de cesarianas, como o aumento do valor da remuneração do parto vaginal, pagamento pela analgesia de parto, diminuição do pagamento para partos cesarianos, até que em 2000 instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesáreas e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, que garantia o direito a todas as gestantes a um pré-natal integral, todos os exames e assistência ao parto. Assim, o termo *humanização* apresentava naquele momento uma conotação de equidade/ cidadania (RATTNER, 2009).

A medida em que o termo humanização se expande, começa a ser utilizado em diversos cenários além da obstetrícia, como assistência ao recém-nascido, aborto e morte, mostrando a necessidade de uma redefinição das relações humanas na assistência à saúde, no âmbito dos direitos humanos (DINIZ, 2005).

Em 2011, foi criado o Programa Rede Cegonha, com a finalidade de diminuir a mortalidade materna e perinatal e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. Essa estratégia prevê a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança até os dois anos de idade, através de diversas medidas como a garantia do acompanhante indicado pela mulher na sala de parto, preservação da autonomia feminina, boas práticas institucionais na assistência ao parto, além de ações de planejamento reprodutivo, dando acesso a vários métodos contraceptivos, como camisinhas, contraceptivos orais, dispositivo intra-uterino (DIU) e até laqueadura tubária e vasectomia (SANTOS, MELO, CRUZ, 2015; BRASIL, 2012a).

Essas e diversas outras iniciativas trouxeram importantes resultados na redução da mortalidade materno-infantil nos últimos anos. Dados apontam que entre 1990 e 2010 houve uma redução de 51% na Razão de Mortalidade Materna (RMM) e decréscimo de 40% na mortalidade infantil nesse mesmo período, entretanto esses índices ainda se encontram aquém do esperado (BRASIL, 2012a).

O Brasil não conseguiu atingir o quinto Objetivo do Milênio (ODM), especialmente no que diz respeito à meta de diminuir em 3/4 a RMM entre 1990 e 2015, sendo esse um índice de 3 a 4 vezes maior quando comparado a países desenvolvidos (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2019).

Na redução da mortalidade infantil, o país conseguiu atingir o quarto ODM (redução de 2/3 entre 1990 e 2015), porém o componente neonatal se mantém sem reduções expressivas (BRASIL, 2019).

Outra questão a ser considerada é o alto índice de cesarianas que ainda persiste no país (BRASIL, 2019) Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que o Brasil detém a segunda maior taxa de cesarianas no mundo, com 55% de partos cesáreos, perdendo apenas para a República Dominicana, com 56%. Vale ressaltar que desde 1985 a comunidade médica internacional tem considerado que a taxa ideal de cesariana gire em torno de 10 a 15% (OMS, 2015).

Essa situação é ainda mais alarmante no setor privado, onde 88% dos nascimentos ocorreram através de partos cesáreos, que em sua maioria não apresentavam indicação obstétrica adequada, segundo a pesquisa "Nascer no Brasil" (LEAL et al, 2012).

Sass e Hwang (2009), apontam que a curva de associação entre taxa de cesárea e risco materno e perinatal tem forma de "U", ou seja, até certo nível de elevação haveria vantagens do parto cirúrgico em relação ao parto vaginal, porém após certo ponto essa tendência se inverte, com aumento progressivo dos riscos.

Somado a isso, outras condutas sem evidências científicas no parto vaginal, como o uso de enema, lavagem intestinal, a realização de tricotomia, episiotomias, manobras de Kristeller e a suspensão da dieta, são largamente encontradas nos relatos de parto (LEAL, 2012)

É notável que a saúde obstétrica no Brasil alcançou grandes avanços nas últimas décadas, porém ainda existe um longo caminho a ser percorrido para que se abandone esse modelo de assistência intervencionista, dando espaço a uma atenção integral e respeitosa, que permita retomar o protagonismo e a autonomia da mulher (LAMY, 2021).

3.2 A formação profissional e o projeto Apice On

Uma das ações previstas pelo programa Rede Cegonha, é a prática de boas intervenções institucionais durante o parto e nascimento, através do incentivo à formação de profissionais que atuem articulando a eficiência técnico-científica com o atendimento humanizado. Esse ainda é um enorme desafio para as instituições de Saúde, em especial nas unidades de ensino, não apenas por lançar mão de novas práticas assistenciais, mas também por trazer uma redefinição nas relações que envolvem os sujeitos inseridos nesse processo (BRASIL, 2017b).

Um estudo sobre a formação de enfermeiras obstétricas egressas do programa de residência, observou em seus diálogos, diversas fragilidades e contradições em relação à teoria ensinada e a prática vivenciada, demonstrando o distanciamento entre docentes e preceptores e a dificuldade em romper com o modelo obstétrico intervencionista hegemônico (SILVA et al, 2020).

O ensino em obstetrícia exige uma complexa interdependência entre teoria e prática na intenção de promover as habilidades práticas e reflexivas que contribuam para a superação do modelo de assistência tecnocrático e médico-centrista atual (LIMA, PEREIRA, CORREIA, 2019).

Nesse contexto se insere o projeto APICE ON que propõe diminuir a lacuna entre a instituição de ensino e de saúde através do apoio à qualificação dos profissionais que atuam na atenção ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo, aborto e pós aborto em hospitais de ensino ou universitários e que trabalhem na esfera do Rede Cegonha (BRASIL, 2017a).

O projeto objetiva trazer um novo modelo de assistência, que priorize o cuidado baseado em evidências científicas e nos princípios da humanização, para os espaços formadores desses novos profissionais. Ele almeja prioritariamente:

> Qualificar os processos de atenção, gestão e formação relativos ao parto, nascimento e ao abortamento nos hospitais com atividades de ensino, incorporando um modelo com práticas baseadas em evidências científicas, humanização, segurança e garantia de direitos (BRASIL, 2017a, p. 23).

De iniciativa do Ministério da Saúde e tendo como instituição executora a Universidade Federal de Minas conta com a parceria de diversas instituições de ensino e saúde como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), o Instituto Fernandes Figueira, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e o Ministério da Educação (BRASIL, 2017a).

Os hospitais escolhidos para participar possuem características específicas que são definidoras para a consolidação e multiplicação das melhores práticas assistenciais. Por conseguinte, participam todos os hospitais universitários federais e os hospitais de ensino certificados pelo Ministério da Saúde que realizaram mais de 1000 partos no ano de 2015 e são vinculados ao Programa Rede Cegonha (BRASIL, 2017a).

O APICE ON tem como componentes estruturantes e interligados, a formação, a atenção e a gestão, diminuindo dessa forma, a lacuna entre a universidade, o serviço e a comunidade.

No âmbito da atenção, observou-se o cuidado assistencial prevalente e o modo em que se deu a incorporação de práticas recomendadas na assistência a mulheres e recém-nascidos. Na formação, por sua vez, observou-se o desenvolvimento da qualificação profissional baseada em um modelo de atenção ao parto e nascimento pautado na humanização, na ética e na garantia

de direitos. No âmbito da gestão avaliou-se o trabalho da gestão no estímulo à participação social e no trabalho da equipe multiprofissional (BRASIL, 2017a).

O projeto também trouxe como proposta de intervenção a estratégia do Apoio Institucional que, segundo o MS, "é uma função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde" (BRASIL, 2010a, pag 52). O apoiador deve atuar como mediador junto aos movimentos coletivos, oferecendo suporte para a viabilização dos projetos pactuados, propiciando a interação e o exercício da crítica entre os sujeitos (BRASIL, 2010a)

Com o Apoio Institucional organizado na função supervisão/ mediação, o projeto contou com a participação de 6 supervisores e 27 mediadores distribuídos nas regiões geográficas e com os Grupos Estratégicos Locais (GEL), 1 em cada serviço, composto por 9 membros, além da Equipe de Planejamento, Monitoramento e Avaliação (PM&A) e dos Apoiadores de Comunicação Mediada por Tecnologia, responsáveis pelo suporte à Plataforma de Comunicação Virtual do projeto. Os supervisores e mediadores atuavam como referência técnico-política para os GELs, apoiando-os no desenvolvimento e direcionamento de suas ações (BRASIL, 2017a).

A estratégia foi iniciada após o lançamento nacional, realizado em 2017, e a formulação dos GELs em cada hospital. Posteriormente, iniciou-se a apresentação do projeto para as equipes, a construção dos diagnósticos técnicos situacionais de cada instituição, com a participação de diversos setores assistenciais e de ensino. Estando essa etapa concluída, os participantes do GELS, auxiliados pela figura do mediador começaram a construção dos planos de ação que conduziram o desenvolvimento das atividades. Enquanto isso, ocorria em todo o Brasil os seminários macro-regionais, visitas técnicas, oficinas temáticas e os cursos de aprimoramento. Ao final, foi realizada uma mostra nacional com as experiências, apresentação dos resultados. O processo de monitoramento e avaliação do projeto, foi realizado de maneira transversal pela equipe de PM&A (BRASIL, 2017a)

Outra proposta feita pelo projeto, foi a realização de pesquisas que pudessem analisar o processo de implantação, desenvolvimento e resultados da estratégia, visto que esta é uma etapa indispensável para a reflexão e organização da assistência. (BRASIL, 2017a)

3.3 A avaliação em saúde

Nas últimas décadas, as pesquisas avaliativas em saúde vêm crescendo progressivamente no Brasil e ocupando cada vez mais espaços nos debates científicos e na agenda das políticas públicas (TREVISAN, VAN BELLEN, 2008).

Uma pesquisa avaliativa consiste em utilizar métodos científicos para fazer um julgamento de uma intervenção, porém a função de avaliação sofreu inúmeras modificações téorico-discursivas ao longo dos anos (HARTZ, SILVA, 2005; FERNANDES, RIBEIRO, MOREIRA, 2011).

A avaliação formal teve como marco histórico a Grande Depressão nos Estados Unidos, pela necessidade de análise das políticas públicas implementadas naquele período. De lá pra cá, ela passou por muitas transformações, cruzando diversas áreas das ciências sociais, econômicas, da saúde, do direito entre outras. (GUBA; LINCOLN ,1989; apud, CRUZ, 2011)

Várias vertentes têm dividido o percurso histórico-metodológico da avaliação em 4 gerações: a primeira (1910- 1930), caracterizada pelo foco exclusivamente técnico, centrado na criação de instrumentos de medidas; a segunda (1930- 1967), que ficou marcada pelo aspecto mais descritivo dos relatórios e pelo surgimento da avaliação de programas; a terceira geração (1967- 1980), que se desenvolveu como uma reação à geração anterior, passou a incorporar a noção de julgamento e do valor de uma intervenção e por fim, a quarta e última geração (1980- atual) caracterizando-se pelo pensamento mais positivista e ganhando força na América Latina no contexto reformista dos anos 90, sob a visão da diminuição do tamanho administrativo do Estado e a eficiência dos seus resultados (GUBA; LINCOLN ,1989; apud, CRUZ, 2011; BOULLOSA, 2020) Lembrando que esse é um entendimento meramente metodológico e que essas gerações se confundem e se inter-relacionam ao longo da história.

Dessa forma, a partir dos anos 90 diversas razões aumentaram a demanda por pesquisas avaliativas no Brasil, dentre elas, o estabelecimento da democracia após a promulgação da Constituição de 1988, que permitiu a participação social e o consequente aumento nas reivindicações, a redução das receitas dos governos e a crise fiscal que diminuíram a capacidade de gastos, o aumento da desigualdade social e da procura por programas sociais públicos e a pressão dos organismos internacionais pelos resultados dos programas financiados por eles (RAMOS, SCHABBACH, 2012; TREVISAN, VAN BELLEN, 2008).

Hoje, é consenso que avaliar as intervenções públicas deve ser uma atividade permanente, contínua e uma ferramenta extremamente relevante para o processo de tomada de decisão, permitindo uma melhor alocação dos recursos públicos e promovendo a responsabilização pelas decisões e ações tomadas. Portanto, a análise de parâmetros como eficácia, economicidade, eficiência e efetividade têm tomado cada vez mais espaço nas discussões entre os *policymakers* e são fundamentais para o planejamento e gerenciamento das políticas frente à crescente demanda social e ao desafio do equilíbrio fiscal (BRASIL, 2018; SANCHO, DAIN, 2012)

Segundo Ramos e Schabbach (2012), a relevância do debate sobre esse tema é vista através do número crescente de eventos e especializações na área que, apesar de crescente, ainda precisa ser aprimorada. O autor cita também diversos entraves durante o processo avaliativo, como a resistência da administração pública, que muitas vezes enxerga essa atividade como um meio de punição, o desenho de muitos programas que dificultam a sua análise e a limitação dos dados disponíveis.

Portanto é primordial construir uma cultura de avaliação nas instituições, que permita uma maior acessibilidade aos sistemas de informação e a construção de indicadores de desempenho, além de ampliar o escopo das análises e a incorporação de outros atores, como trabalhadores e usuários dos serviços, possibilitando o fortalecimento da participação social no processo avaliativo (RAMOS, SCHABBACH, 2012; TREVISAN, VAN BELLEN, 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

A presente pesquisa trata-se de um estudo primário, com abordagem retrospectiva e transversal, de natureza avaliativa, que utilizou o estudo de caso como estratégia para avaliar o grau de implantação do Projeto APICE ON no Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Segundo Hartz e Silva (2005), a pesquisa avaliativa analisa a importância, os efeitos e a adequação teórica de uma intervenção, através de métodos científicos, podendo se decompor em vários tipos de análises, sendo muitas vezes necessário utilizar mais de uma metodologia.

A análise de implantação de um estudo, consiste em avaliar a influência de fatores contextuais, nos resultados e no grau de implantação da intervenção executada. O estudo de caso é uma estratégia propícia e extremamente útil para esse tipo de estudo (HARTZ, SILVA, 2005).

Segundo Zanella (2013, pg. 38) o estudo de caso é um "estudo exaustivo de um ou poucos objetos de pesquisa, de maneira a permitir o aprofundamento do seu conhecimento", com o intuito de explicar, explorar ou descrever situações desenvolvidas em seu próprio contexto. Essa metodologia é a mais adequada para se conhecer em profundidade os fenômenos organizacionais, pois permite a utilização de uma ampla fonte de coleta de dados como entrevistas, observação direta e análise de documentos, relatório internos, revistas, etc. Além disso, pode ter como unidade de análise um indivíduo, um grupo de pessoas, uma estratégia de trabalho ou organizacional (ZANELLA, 2013).

4.2 Local de estudo

O cenário da pesquisa foi o Hospital das Clínicas (HC) de Pernambuco, mais especificamente os setores contemplados pelo Projeto APICE ON: triagem obstétrica, centro obstétrico, alojamento conjunto e UTI neonatal, UCINco e UCINca.

O HC é um hospital de ensino localizado na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco, com uma população estimada de 1.661.017 habitantes (IBGE, s.d) Certificado pelo Ministério da Educação, o hospital é prestador de serviços para o Sistema Único de Saúde, sendo referência de média e alta complexidade para todo o estado de Pernambuco e outros estados do Nordeste.

Como órgão suplementar da Universidade Federal de Pernambuco, o HC é um importante centro de desenvolvimento de pesquisas na área da saúde abrangendo as áreas de ensino, pesquisa e extensão e tendo importante papel como campo de prática para diversas profissões na área da saúde, na graduação, pós-graduação e programas de residência (EBSERH, 2020).

No tocante ao Programa de Residência, que é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu,* o HC abarca atualmente diversas especialidades, dentre elas as de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia voltadas para a residência médica e a de Saúde da Mulher e Saúde da Criança voltadas para a residências de enfermagem e multiprofissional. Os cursos têm carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de 2 anos em regime de dedicação exclusiva (BRASIL, 2020).

4.3 Fontes e coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizadas 4 técnicas: pesquisa documental, observação sistemática, entrevistas e questionários individuais.

4.3.1 Pesquisa Documental

A pesquisa documental foi realizada com o intuito de obter-se informações sobre os indicadores de parto, nascimento e abortamento e sobre os recursos humanos dos setores envolvidos na pesquisa. Para isso, utilizaram-se diversos documentos institucionais: livros de procedimentos cirúrgicos, livros de parto e escalas dos funcionários constantes nos setores da triagem obstétrica, Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI e UCI neonatal e UCINca.

Também foram coletadas informações referentes ao uso do partograma, através dos prontuários de mulheres que tiveram parto normal no HC entre os anos de 2017 a 2019 e que estavam arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HC.

Para o cálculo amostral, utilizou-se a seguinte fórmula para estudos com população finita:

$$n = \frac{N.Z^2 P.Q}{e^2(N-1)+Z^2 .P.Q} \quad (1)$$

Onde:

n= tamanho da amostra

N= tamanho da população
Z = valor da variável z para o nível de confiabilidade adotado (quando IC = 95%, z = 1,96).
P = proporção de ocorrência da variável em estudo na população
Q = proporção de não ocorrência da variável em estudo na população. Q = (1-P).
e = precisão da amostra ou erro máximo permitido

Para esse cálculo também tomou-se por referência, os 1766 partos vaginais ocorridos de 2018 a 2019, considerando-se que o APICE ON foi lançado nacionalmente em agosto de 2017 e que as primeiras ações efetivamente tomadas ocorreram após a conclusão do diagnóstico situacional do HC, já no final de 2017. Dessa forma, obteve-se uma amostra de 300 prontuários.

4.3.2 Observação Sistemática

Na observação sistemática todos os processos são estruturados e controlados e o pesquisador já define previamente os componentes que serão observados através de um instrumento ou plano de execução (GERHARDT, SILVEIRA, 2009).

Nesta pesquisa, foram observados os aspectos relacionados à estrutura e à ambiência da Triagem Obstétrica, do Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto, UTI neonatal, UCINco e UCINca. Para esse procedimento, foi realizada uma visita a esses setores, utilizando um roteiro estruturado construído pela autora (APÊNDICE C) e baseado na análise de resoluções e portarias do Ministério da Saúde que definem as diretrizes e regulamentam o funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal no país (BRASIL, 2008a; 2012b; 2016b)

4.3.3 Entrevistas e questionários individuais

No tocante às entrevistas individuais, foram utilizados questionários estruturados e aplicados a 3 grupos distintos: gestor da área de obstetrícia e da neonatologia, enfermeiros e médicos do Centro Obstétrico e puérperas internadas no hospital, no momento da pesquisa.

Para o gestor foi construído um questionário semiestruturado, abordando aspectos gerais e assistenciais da maternidade, além de questões relacionadas ao ensino e à gestão do HC (APÊNDICE B).

O questionário voltado aos trabalhadores, por sua vez, foi criado por Carvalho, Göttems e Pires (2015) com 50 questões e adaptado pela autora, que incluiu mais 14 perguntas sobre a qualificação dos participantes, totalizando 64 questões (APÊNDICE A) O instrumento é do tipo escala de Likert, com respostas que variam de cinco (concordo totalmente) a um (discordo

totalmente), com uma opção neutra (não concordo nem discordo) e dele emergem 4 dimensões: organização da rede de atenção ao parto e nascimento (itens 1 a 13), práticas baseadas em evidência científica (itens 14 a 35) e processo de trabalho (itens 36 a 50). Após a inclusão das 14 questões foi adaptada uma 4ª dimensão (qualificação e integração ensino-serviço). Os itens negativos foram invertidos antes da análise (CARVALHO, GÖTTEMS, PIRES, 2015).

Após os cálculos dos escores médios foram adaptados e aplicados os parâmetros: ótimo = maior que 148 pontos; satisfatório = entre 115 e 147 pontos; precário = entre 82 e 114 pontos; e insuficiente = menor que 81 pontos (GOTTEMS et al, 2018).

Esse questionário foi aplicado a enfermeiros e médicos que atuaram no Centro Obstétrico do HC nos anos de implantação do APICE ON: 2017, 2018 e 2019.

Para a entrevista com as puérperas, também foi utilizada uma escala do tipo Likert: a Escala de Bem-Estar Materno na Situação de Parto (BMSP2); traduzida para o português e validada por Jamas (2013), que aborda a percepção das mães acerca da assistência ao parto recebida por elas (APÊNDICE D) O instrumento BMSP 2 possui 7 domínios, distribuídos em 47 itens: qualidade do relacionamento durante o cuidado (13 itens), autocuidado e conforto (9 itens), condições que propiciam o contato mãe e filho (4 itens), cuidado despersonalizado (6 itens), participação familiar contínua (4 itens), cuidado oportuno e respeitoso (6 itens), ambiente físico confortável (5 itens). A interpretação dos resultados do instrumento é obtida pela soma dos escores de todos os itens. Por meio do escore total do instrumento, é possível explorar o bem-estar materno em três níveis: ótimo (pontuação > 200); adequado (pontuação entre 183 e 200) e mal-estar (pontuação < 183).

Na adaptação e tradução dessa escala, o ponto de corte relacionado à média de pontos, é de 77,8% do valor total possível, avaliados de forma individual. Ou seja, os domínios que estiverem acima de 77,8% são considerados resultados positivos, e os que estão abaixo deste valor, são considerados resultados negativos (JAMAS, 2013).

Para o cálculo amostral, considerou-se a média de partos normais mensais que está em torno de 80, valor obtido através de dados provenientes do SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos) e utilizou-se a fórmula para estudos com população finita a seguir:

$$n = \frac{N.Z^2P.Q}{e^2(N-1)+Z^2.P.Q} \qquad (2)$$

A coleta de dados foi iniciada após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Pernambuco.

A amostragem foi não probabilística por conveniência.

4.6 Análise de dados

Após a coleta, os dados foram digitados em planilha de Excel, obtendo-se a distribuição das frequências absolutas e relativas, que foram utilizadas para traçar o perfil dos recursos humanos, físicos e materiais do hospital, bem como seus indicadores de assistência ao parto e nascimento.

Para a determinação do grau de implantação, esses resultados foram inseridos na matriz avaliativa e após a pontuação de todos os critérios, foi atingida a pontuação total através do somatório desses pontos. Alguns indicadores sintéticos foram construídos através da união de duas ou mais questões, com o propósito de observar a existência de aspectos importantes a serem avaliados.

Os padrões utilizados para o grau de implantação foram classificados em quatro estágios: adequado (> 75%), aceitável (50-74%), insatisfatório (25-49%) e crítico (< 25%).

4.7 Aspectos éticos

A realização dessa pesquisa obedece aos preceitos éticos da Resolução 466/12, que trata de pesquisas e testes em seres humanos e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital das Clínicas de Pernambuco, sob o parecer CAAE 51210621.1.3001.8807.

Todos os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia de anonimato das informações obtidas, bem como o uso dos dados para fins exclusivos de pesquisa.

4.8 Modelo lógico

Para essa pesquisa foi construído o Modelo Lógico (ML) do Projeto APICE ON, visto que ele é uma ferramenta essencial para a organização de ideias, facilitando a compreensão das relações de causa e efeito entre recursos disponíveis, ações necessárias e resultados esperados (KRAUSE, 2020).

O modelo lógico (ML) é uma maneira sistemática de apresentar a teoria de um programa, destrinchando a sua operacionalização e discriminando os processos e elementos necessários ao alcance dos resultados desejados. Busca-se com ele, construir o esquema de

funcionamento de um programa, possibilitando resolver os problemas identificados diante de circunstâncias específicas (MEDINA, 2005).

É consenso que o desenvolvimento efetivo de um programa depende em grande parte de como a intervenção foi desenhada e de quão plausível é o plano para o alcance do impacto desejado (KELLOGG, 2004). Portanto, analisar a teoria do programa é de suma importância para a identificação das deficiências do desenho que poderão interferir no seu desempenho (CASSIOLATO, GUERESI, 2010).

Os modelos lógicos podem ser ferramentas valiosas no auxílio ao planejamento e avaliação *ex-ante* desses programas, por evidenciar seus limites ou debilidades, permitindo aos participantes estudar múltiplos cenários possíveis a fim de escolher o mais adequado à situação, além de fornecer informações para o monitoramento e gestão durante o processo de implementação (FERREIRA et al, 2020).

Antes da utilização dos modelos teóricos no processo avaliativo, as avaliações dos programas não consideravam os contextos político-sociais e organizacionais do momento e não se importavam com as discrepâncias entre o que era planejado e o que era executado. A partir dos anos 60, iniciou-se a utilização da teoria no âmbito da avaliação, através dos programas de ajuda ao desenvolvimento do Banco Mundial, que propunham o gerenciamento de projetos. Após os anos 2000 essa abordagem metodológica tomou força com a ênfase na gestão de desempenho e resultados, (MCLAUGHLIN, JORDAN, 2015) tal qual fez o IPEA, com a ampliação do uso dos modelos lógicos na avaliação desde 2005, aplicando essa metodologia aos programas do Plano Plurianual do governo federal (KRAUSE, 2020).

Atualmente essa metodologia vem sendo largamente utilizada por diversos pesquisadores e por instituições públicas e privadas na elaboração e avaliação de programas (MACÊDO et al, 2009; FERREIRA et al, 2020; CASSIOLATO, GUERESI, 2010).

4.8.1 Estrutura e construção do modelo lógico

A construção do modelo lógico se inicia através da coleta de informações significativas sobre o programa, provenientes de várias fontes como legislações sobre o tema, documentos oficiais, entrevistas com os gestores, além de pesquisa com os profissionais da área e participantes que atuaram diretamente em ações do programa (KRAUSE, 2020).

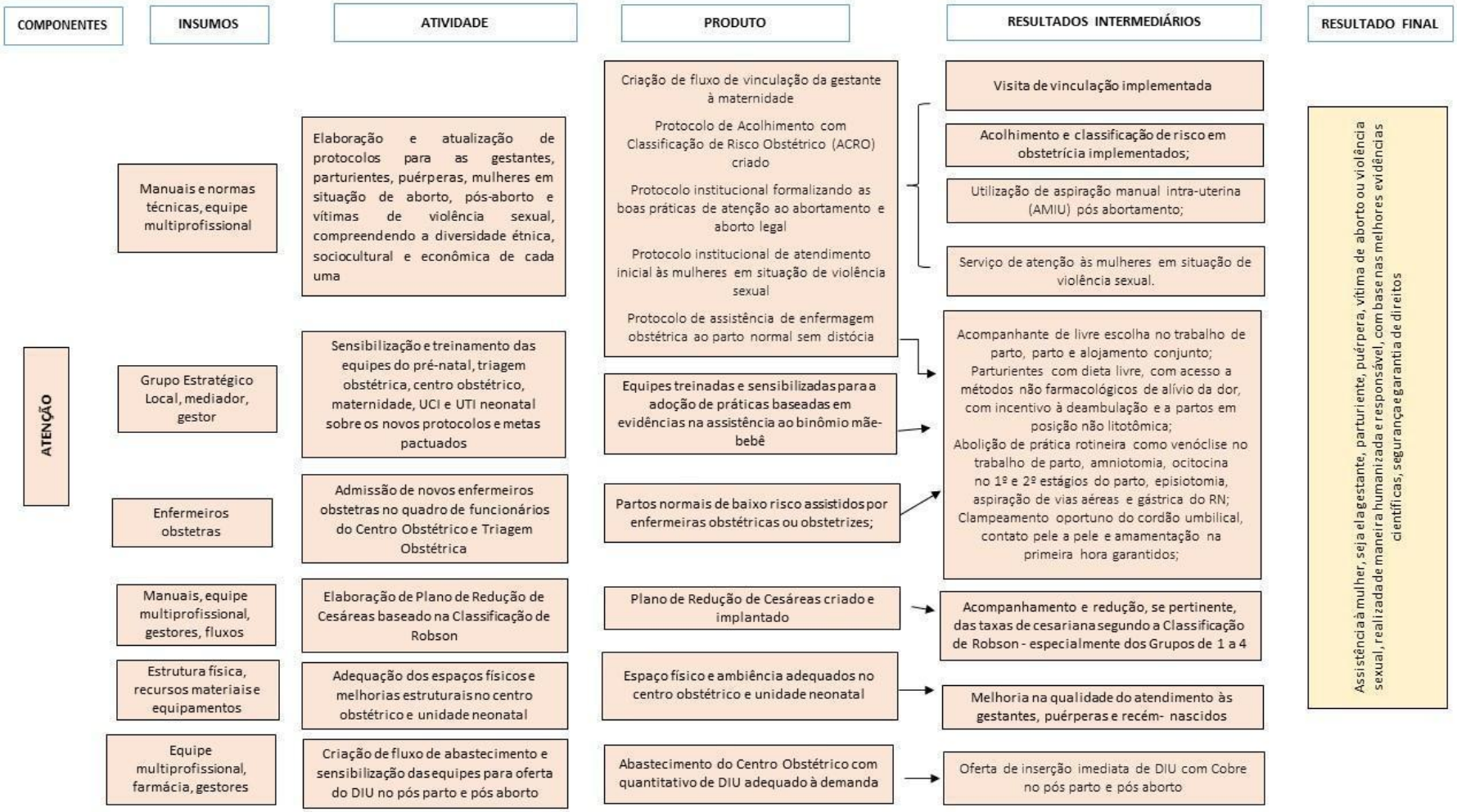
Após essa etapa, deve-se definir claramente os objetivos do programa, os problemas que impulsionaram a sua criação e todos os fatores e contextos causadores desses problemas. Só então inicia-se a identificação dos elementos e a pré-montagem do modelo lógico, na qual pode-

se optar por diversas conformações como diagramas, formulários, narrativas ou tabulares. A etapa seguinte consiste em verificar a lógica do desenho construído através da avaliação do modelo por informantes-chaves (MCLAUGHLIN, JORDAN, 2015).

Basicamente a estrutura do modelo lógico é composta por recursos, atividades, produtos, resultados e impacto. Os recursos incluem recursos humanos, financeiros e organizacionais disponíveis, podendo também ser chamados de insumos; as atividades podem ser os processos, eventos, ferramentas, tecnologia e todas as ações geradas através dos recursos, e devem estar orientadas para resolver as causas dos problemas. Os produtos, por sua vez, são os bens e serviços gerados diretamente pelas atividades e oferecidos aos beneficiários do programa. Já os resultados são as mudanças de comportamento, atitudes ou conhecimentos promovidos pelo programa e podem ser intermediários (que se referem ao enfrentamento das causas do problema) e final (que corresponde ao objetivo do programa). O impacto é a mudança intencional ou involuntária, diretamente relacionada ao resultado final e pode ser visto dentro de 7 a 10 anos (KELLOGG, 2004; CASSIOLATO, GUERESI, 2010).

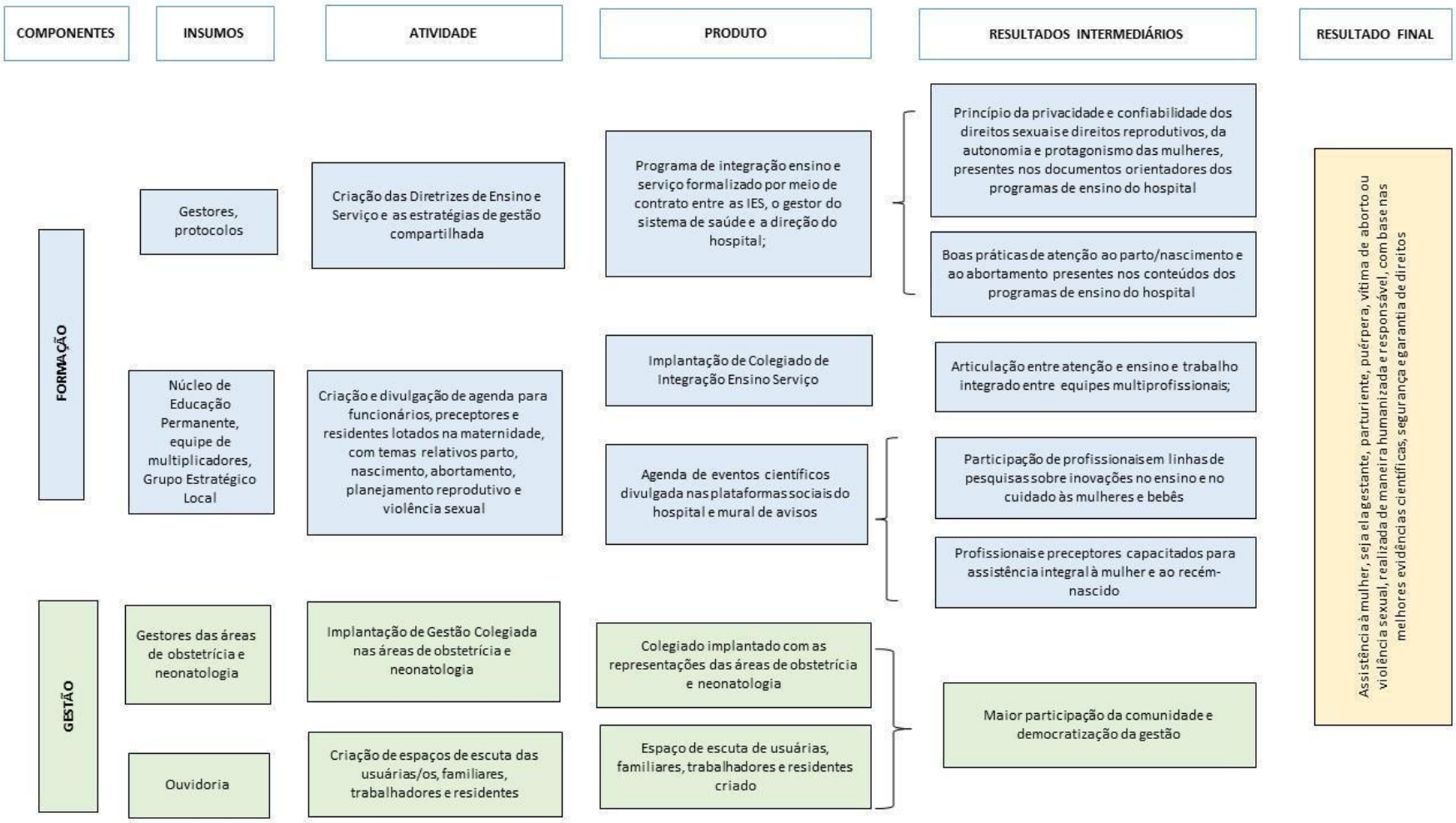
Dessa maneira, após uma extensa pesquisa em sites oficiais do Ministério da Saúde, do próprio Projeto APICE ON, do Portal de Boas Práticas da Fiocruz e em documentos e relatórios utilizados na construção do Plano Operativo Anual do APICE ON no Hospital das Clínicas foram traçados os elementos estruturantes do ML, atenção, formação e gestão, compreendidos como indissociáveis segundo as diretrizes do projeto.

Quadro 01: Modelo Lógico do Projeto APICE ON (continua...)



Fonte: Elaborado pela autora. Baseado em Macêdo et al (2009).

Quadro 01: Modelo Lógico do Projeto APICE ON (conclusão)



Fonte: Elaborado pela autora. Baseado em Macêdo et al (2009).

4.9 Matriz avaliativa

Para a elucidação dos indicadores que mais respondem aos objetivos deste trabalho e para avaliar o grau de implantação, foi construída uma matriz de análise e julgamento a partir do ML proposto.

O quadro 2 apresenta o plano de análise e os indicadores utilizados no estudo. A seleção dos indicadores foi definida com base na presença do critério dentro do ML, na sua importância mediante os objetivos da presente pesquisa e do próprio APICE ON e na disponibilidade da informação. A matriz utiliza um sistema de escores, atribuindo uma pontuação específica para cada indicador, que pode ser relativo às atividades, aos produtos ou aos resultados. Para a categorização da pontuação, foi utilizado como base as metas pactuadas para os indicadores constantes no Plano Operativo Anual do projeto no Hospital das Clínicas de Pernambuco. Para os indicadores em que não foi especificada uma meta, utilizou-se a categorização descrita por Macêdo et al (2009): Até 10% = 0; 10,1% a 50,0% = 0,5; 50,1% a 90% = 0,75; 90,1% e mais = 1,0

Para a definição do grau de implantação, foram adotados critérios e pontos de corte obtidos através do somatório dos valores encontrados para cada componente.

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON (Continua...)

Componente	Dimensão	Critério	Indicador	Parte integrante do modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de Corte	Pontuação Máxima
Atenção	Vinculação/ Acolhimento	Visita de Vinculação	N° de gestantes que realizaram visita de vinculação/ N° total de partos	Resultado	Livro de Parto	> 40%	Até 5% - 0 5,1% a 25% - 0,5 25,1% a 40% - 0,75 acima de 40,1% - 1	1
		Acolhimento com Classificação de Risco	Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico 24 horas nos 7 dias da semana	Resultado	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
	Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	Acompanhante	Presença do acompanhante	Resultado	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
		Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor	N° partos normais onde se utilizaram métodos não farmacológicos para alívio da dor/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1,0	1
		Analgesia Periparto	N° partos normais com analgesia periparto/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>40%	Até 5% - 0 5,1% a 25% - 0,5 25,1% a 40% - 0,75 acima de 40,1% - 1	1

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON (...Continuação)

Componente	Dimensão	Critério	Indicador	Parte integrante do modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de Corte	Pontuação Máxima
Atenção	Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	Partos em posição não supina	N° de partos normais em posição não supina/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1,0	1
		Contato pele a pele	N° de partos normais com contato pele a pele/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>67,5%	Até 7,5% =0 7,6% a 37,5%=0,5 37,6% a 67,5= 75% 67,6% e mais= 1	1
		Clampeamento oportuno do cordão	N° partos normais com clampeamento oportuno do cordão umbilical/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1
		Amamentação na 1ª hora de vida	N° de partos normais com amamentação na 1ª hora de vida/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>67,5%	Até 7,5% =0 7,6% a 37,5%=0,5 37,6% a 67,5= 75% 67,6% e mais= 1	1
		Uso do partograma	N° de partogramas preenchidos/ N° total de prontuários	Resultado	Prontuário	>22,5%	Até 2,5% = 0 2,6% a 12,5% = 0,5 12,6% a 22,5%= 0,75 22,6% e mais = 1	1

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON (...Continuação)

Componente	Dimensão	Critério	Indicador	Parte integrante do modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de Corte	Pontuação Máxima
Atenção	Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	Dieta liberada	N° de parturientes com dieta liberada/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1
		DIU pós- parto	N° de DIUs no pós parto/ N° total de partos	Resultado	Livro de Parto	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1
		Temperatura da sala entre 23 e 26° C	Temperatura da Sala	Resultado	Livro de procedimentos	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1
	Prática de devem ser desencorajadas	Manobra de Kristeller	N° de manobras de Kristeller/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>10%	Até 10% = 1 acima de 10,1%=0	1
		Episiotomia	N° de episiotomias/ N° total de partos normais	Resultado	Livro de Parto	>20%	Até 10% = 1 10,1% a 20,0% = 0,5 Acima de 20,1%=0	1
	Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto e nascimento	Partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos	N° de partos normais assistidos por enfermeiros obstetras/ N° total de partos normais	Produto	Livro de Parto	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON (...Continuação)

Componente	Dimensão	Critério	Indicador	Parte integrante do modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de Corte	Pontuação Máxima
Atenção		Protocolo de assistência de enfermagem obstétrica ao parto normal sem distócia	Protocolo de assistência de enfermagem obstétrica ao parto normal sem distócia	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
	Vigilância das indicações de Cesáreas	Plano de Redução de Cesáreas	Plano de redução de Cesáreas implantado	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
		Partos cesáreos por grupo de Robson	Acompanhamento dos partos cesáreos por grupo de Robson	Resultado	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
	Ambiência	Ambiência	Ambiência e acessibilidade adequadas na maternidade	Produto	Observação	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1
	Boas práticas de atenção ao abortamento	Protocolo institucional formalizando as boas práticas de atenção ao abortamento e aborto legal	Protocolo institucional formalizando as boas práticas de atenção ao abortamento e aborto legal	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON (...Continuação)

Componente	Dimensão	Critério	Indicador	Parte integrante do modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de Corte	Pontuação Máxima
	Boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual	Protocolo institucional de atendimento inicial às mulheres em situação de violência sexual	Protocolo institucional de atendimento inicial às mulheres em situação de violência sexual	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
Formação	Integração Ensino e Serviço	Colegiado de Integração Ensino Serviço	Colegiado de Integração Ensino Serviço implantado nas áreas de obstetrícia e neonatologia	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
		Protocolo de Integração Ensino e Serviço e Educação Permanente	Protocolo de Integração Ensino e Serviço e Educação Permanente	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
		Programação de agendas com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual	Programação de agendas com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual	Atividade	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1

Quadro 02: Matriz Avaliativa do Projeto APICE ON (Conclusão)

Componente	Dimensão	Critério	Indicador	Parte integrante do modelo	Questionário	Padrão	Categoria e ponto de Corte	Pontuação Máxima
Formação	Integração Ensino e Serviço	Participação de médicos e enfermeiros em cursos de capacitação	N° de médicos e enfermeiros do COB que participaram dos cursos de capacitação/ N° total de médicos e enfermeiros do COB	Produto	Profissionais	>63%	Até 7% = 0 7,1% a 35% = 0,5 35,1% a 63% = 0,75 63,1% e mais = 1	1
	Pesquisa	Linhas de Pesquisa em inovações no ensino	N° de profissionais em linhas de pesquisas sobre inovações no ensino e no cuidado às mulheres e bebês/N° total de profissionais	Resultado	Profissionais	>90%	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	1
Gestão	Cogestão	Gestão colegiada nas áreas de obstetrícia e neonatologia	Gestão colegiada nas áreas de obstetrícia e neonatologia	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
		Instrumento de escuta e avaliação de trabalhadores, residentes e alunos	Instrumento de escuta e avaliação de trabalhadores, residentes e alunos	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1
		Instrumento de escuta das usuárias e familiares	Instrumento de escuta das usuárias e familiares	Produto	Gestor	Sim	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	1

Fonte: Elaborado pela autora, 2022. Baseado em Macêdo et al (2009) e no POA do APICE ON do HC-UFPE.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização do serviço

Os setores de Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Triagem Obstétrica fazem parte da Unidade da Mulher dentro do organograma do serviço, que por sua vez, é habilitado como Unidade de atenção hospitalar de referência à gestação de alto risco tipo II (EBSERH, 2021).

O serviço dispõe de diversas comissões, dentre elas: comissão de controle de infecção hospitalar, Comissão de Bioética Clínica, Comissão de Análise de Óbitos e Comissão de Revisão de Prontuário, Comissão de Documentação Médica e Estatística em Saúde, Comissão de Ética em Enfermagem do HC, Comissão de Ética Médica, Comissão de Mortalidade Materna e Mortalidade Neonatal, Comissão de controle e Manejo da dor do RN, Comissão de Acompanhamento do Programa de Residência em Enfermagem (EBSERH, 2021).

O hospital ainda possui serviço de ouvidoria que produz relatórios semestrais e anuais dos atendimentos aos pacientes, colaboradores e à população em geral, como também divulga os relatórios de satisfação de usuários de todas as clínicas. Além dessa, existe outra ferramenta de comunicação entre funcionários, residentes e a gestão: o VIGIHOSP, que tem por finalidade dar mais celeridade ao Serviço de Qualidade Hospitalar, solucionando problemas ocorridos no hospital e melhorando a qualidade dos serviços prestados aos pacientes (EBSERH, 2021).

As normas, protocolos clínicos e rotinas técnicas referentes ao atendimento obstétrico e neonatal estão disponíveis e de fácil acesso à equipe de saúde através de um arquivo compartilhado para todos os computadores do hospital. Entretanto, a construção de muitos documentos que faziam parte das metas pactuadas no Plano Operativo Anual do APICE ON no HC, não ocorreu em sua totalidade. Dentre eles podemos citar: o protocolo de boas práticas ao abortamento e aborto legal, o protocolo de atendimento às mulheres em situação de violência sexual, o Plano de Redução de Cesáreas e o protocolo de integração ensino-serviço. O protocolo de assistência de enfermagem ao parto normal sem distócia não foi formalizado, mas já está disponível o Procedimento Operacional Padrão (POP).

A estrutura física e material completa encontra-se no Apêndice C.

No HC, a rotina de alta responsável e a visita de vinculação já foram implantadas, porém essa última ainda ocorre de maneira esporádica. O hospital também permite a permanência de acompanhante de livre escolha da mulher, obedecendo à lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005).

5.1.1 Triagem Obstétrica

A triagem obstétrica é a porta de entrada das mulheres que procuram o serviço por queixas obstétricas ou ginecológicas. Atende por demanda espontânea e por referência através da Central de Leitos. O acolhimento com classificação de risco obstétrico foi implantado no serviço e funciona 24 horas, nos 7 dias da semana.

O serviço, que funciona no andar térreo, dispõe de sala de espera com cadeira para a mulher e acompanhantes, sala para classificação de risco (que também é utilizada para acolhimento), bebedouro, sinalização nos ambientes e o sistema de telefonia pública existe, porém se encontra em outro ambiente do hospital.

Em contrapartida, não existe sala de acolhimento exclusiva e a sala de exames é a mesma utilizada para atendimento médico. Também não existem equipamentos audiovisuais, como aparelho de televisão.

Sua estrutura física passou por diversas mudanças, devido às novas demandas impostas pela pandemia da COVID 19, de maneira que, no momento da pesquisa, a sala de observação havia se transformado em UTI de leitos respiratórios.

5.1.2 Centro Obstétrico

O Centro Obstétrico é o setor onde ocorrem os partos vaginais e cesarianos, além de outros procedimentos obstétricos e ginecológicos como aspiração manual intra-uterina (AMIU) e curetagem. Por funcionar no 4º andar do hospital, exige um percurso extenso até a chegada da mulher, vinda da triagem obstétrica.

O setor é composto por 2 salas de parto normal, 1 sala para parto cirúrgico e 1 sala para AMIU ou curetagem, que funciona por muitas vezes como sala para parto também. Existem 5 salas de expectação, com 3 leitos cada, totalizando 15 leitos. No momento da presente pesquisa uma das salas de expectação estava sendo utilizada como isolamento respiratório em decorrência da pandemia da COVID 19.

No tocante às metas pactuadas no POA do APICE ON algumas foram atingidas e outras não. Não existem leitos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), nem área de deambulação para parturientes – as mesmas deambulam nos corredores e nas expectações. Existem poltronas apenas para poucos acompanhantes, ficando a maioria com cadeiras de plástico. O setor também não dispõe de acessibilidade para mulheres e acompanhantes com deficiência, não tem

escada de Ling, barra fixa, nem cavalinho e a sinalização de atendimento para a mulher é insipiente. Em contrapartida, o setor dispõe de banquetas e bola suíça.

5.1.3 Alojamento Conjunto

O alojamento conjunto do HC se encontra no 9 andar norte, tem 30 leitos, 9 deles reservados para gestantes e 21 são leitos para acomodar o binômio mãe-bebê. As enfermarias de assistência à puérpera têm capacidade para 4 leitos + 4 berços, todas com banheiro anexo. Nenhuma das enfermarias possui ar-condicionado e as dimensões da maioria delas são aquém do preconizado pelo MS (BRASIL, 2012 b)

Nesse mesmo andar, funcionam o serviço de Banco de Leite Humano e o Cartório de Registro de Nascimento.

5.1.4 Unidade Neonatal

A Unidade Neonatal do HC é composta pela UTIN, UCINco e UCINca, que funcionam no 4 andar do hospital, próximos ao COB. O serviço é destinado ao atendimento de recém-nascidos no HC em estado grave ou potencialmente grave.

Todos os 3 setores cumprem os requisitos de humanização exigidos pelo Ministério da Saúde, como controle de ruídos e de iluminação, climatização, garantia de livre acesso aos pais e garantia de informações aos familiares pela equipe de saúde. A visita programada dos familiares era permitida, porém no momento da pesquisa estava suspensa por conta da pandemia da COVID 19.

A UTIN está classificada como tipo II, apresentava 10 leitos e todos eles possuíam monitor multiparamétrico, pontos de oxigênio, ar comprimido, estetoscópio, fita métrica e ressuscitador manual (ambú), um para cada leito. O setor apresentou a maior parte dos itens exigidos pela portaria 930 de 2012, não dispondo de eletrocardiógrafo exclusivo, equipamentos para monitorização da pressão arterial invasiva, poltronas para acompanhante e respirador de transporte.

Como justificativa para a falta desses itens, a gestão relatou que o eletrocardiógrafo não apresenta grande demanda, sendo solicitado, quando necessário, através de uma central de equipamentos do hospital; o setor não tem rotina de aferição da pressão arterial invasiva, assim como não possui espaço físico para as poltronas e na questão do respirador de transporte, o setor dispõe de baby puff como substituto.

A UCINco por sua vez, apresenta 5 leitos, entretanto é frequente a situação de superlotação, quando é necessário colocar mais leitos para suprir a demanda. O setor possuía quase todos os itens exigidos, exceto a presença das poltronas para acompanhante pelo mesmo motivo da falta de espaço.

Da mesma forma, a UCINca possui 5 leitos, porém nesse caso, todos os itens exigidos estavam presentes no momento da pesquisa.

O quadro 3 apresenta os itens considerados como prioritários para adequação da ambiência, pactuados no POA. Dos 10 itens constantes, apenas 4 estavam presentes, representando 40% do total.

Quadro 03: Itens prioritários para a ambiência na maternidade

Itens Prioritários para Ambiência	**Pontuação Máxima**	**Resposta**	**Pontuação Obtida**
Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante	1	Não	0
Sala de exame e admissão de parturientes	1	Não	0
Orientação dos fluxos internos no atendimento	1	Não	0
Quarto PPP	1	Não	0
Área para deambulação (interna ou externa)	1	Não	0
Cadeira/ poltrona para o acompanhante no COB	1	Sim	1
Cadeira/ poltrona para o acompanhante no Alojamento Conjunto	1	Sim	1
Cadeira/ poltrona para o acompanhante na UNN	1	Sim	1
Acessibilidade para mulheres e acompanhantes com deficiência	1	Não	0
Hotelaria básica no momento de internação	1	Sim	1
TOTAL	**10**		**4**

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.1.5 Recursos Humanos

Em relação aos recursos humanos, a composição da equipe varia de acordo com o setor. No COB a equipe de saúde fixa é composta por enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos obstetras. Os pediatras/neonatologistas atendem na UNN e ficam de sobreaviso em caso de parto no COB. Existe também o anestesista de plantão que fica disponível para os procedimentos cirúrgicos como cesarianas, além de curetagem e AMIU. Todos os médicos são especialistas em suas áreas de atuação (obstetrícia e pediatria) e a maior parte dos enfermeiros também.

Na triagem obstétrica existe equipe exclusiva de enfermagem e os atendimentos médicos são realizados pelos obstetras de plantão do COB.

De maneira semelhante, o alojamento conjunto tem equipe exclusiva de enfermagem e os atendimentos médicos tanto do obstetra quanto do pediatra ocorrem por equipe de diaristas e pelos médicos plantonistas do COB e UNN, em caso de intercorrência.

Nesses três setores, o atendimento dos outros profissionais que integram a equipe multidisciplinar, como fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, ocorre por solicitação e não existe atendimento de terapia ocupacional e fonoaudiologia.

Na UNN existe equipe exclusiva de enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e neonatologia, porém esses últimos atendem também no COB e alojamento conjunto, em caso de intercorrência. Os atendimentos da psicologia, serviço social e nutricionista ocorrem por solicitação da equipe fixa do setor. Não existe atendimento de terapia ocupacional.

5.2 Perfil assistencial e qualificação profissional de médicos e enfermeiros

Foram entrevistados 15 profissionais, 14 do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino. Destes, 8 eram enfermeiras e 7 eram médicos, com média de idade de 38 anos. Todos os médicos entrevistados eram especialistas em ginecologia e obstetrícia e 6 enfermeiras tinham especialização em saúde da mulher.

Na tabela 1 são apresentados os valores máximos, mínimos, as médias e os percentuais obtidos para cada dimensão. A dimensão 1, referente a organização da rede de atenção, apresentou a menor pontuação das 4, apenas 39%, seguida da dimensão 4, que apresenta questões sobre a atuação do profissional nas atividades de ensino e pesquisa e obteve 59% de pontuação média.

Tabela 01: Práticas dos Enfermeiros e Médicos do COB

Dimensões	Itens	Intervalo Possível	Intervalo Obtido	Média	%
Dimensão 1 - organização da rede de atenção ao parto e nascimento	13	13-65	19-33	26,20	40
Dimensão 2 - práticas baseadas em evidências científicas	22	22-110	75-102	90,73	82
Dimensão 3 - processo de trabalho	15	15-75	42-67	50,53	67
Dimensão 4- qualificação e integração ensino-serviço	14	14-70	30-69	41,33	59

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

A tabela 02 abaixo mostra os percentuais das classificações obtidas a partir dos escores médios calculados. Todos os 15 profissionais participantes apresentaram pontuação classificada como ótima.

Tabela 02: Classificação Obtida dos Enfermeiros e Médicos do COB

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	n	%
Ótimo	≥148	15	100
Satisfatório	115 a 147	0	0
Precário	82 a 114	0	0
Insuficiente	≤81	0	0

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.3 Percepção das puérperas sobre o parto normal

Foram entrevistadas 65 puérperas de parto normal. A média de idade foi de 26 anos; a maior parte tinha completado o ensino médio (37%) ou ainda estavam cursando (29%). No que se refere aos antecedentes obstétricos, 24 mulheres (37%) eram primigestas, enquanto que a maioria (40%) tinha tido 3 gestações ou mais.

Tabela 03: Perfil e Antecedentes Obstétricos (Continua...)

Perfil e Antecedentes Obstétricos	n	%
Faixa etária		
18 - 22	18	27%
23-27	17	26%
28-32	17	26%
33-37	6	9%
38-42	7	11%
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	3%
Fundamental Incompleto	7	11%
Fundamental Completo	6	9%

Tabela 03: Perfil e Antecedentes Obstétricos (Conclusão.)

Perfil e Antecedentes Obstétricos	**n**	**%**
Escolaridade		
Ensino Médio Incompleto	19	29%
Ensino Médio Completo	24	37%
Ensino Superior Incompleto	1	2%
Ensino Superior Completo	4	6%
Número de gestações		
Primigesta	24	37%
Secundigesta	15	23%
Multigesta	26	40%

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Na tabela 03 são apresentados os valores obtidos para cada domínio da EBMSP2. Através da média e dos percentuais de cada um, é possível observar que os domínios mais bem pontuados foram o I (qualidade do relacionamento durante o cuidado) e o V (participação familiar contínua), ambos com 95% do total, enquanto que o domínio II (auto-cuidado e conforto) obteve a menor pontuação (78%). Todavia, levando-se em consideração o ponto de corte (77,8%) descrito por Jamas (2013) e os percentuais obtidos em cada domínio, observa-se que todos eles ficaram acima dos 77,8%, dessa maneira todos os domínios tiveram resultado positivo.

Tabela 04: Domínios da EBMSP2 (Continua...)

Domínios	**Itens**	**Intervalo possível**	**Intervalo obtido**	**Média**	**%**
DOMÍNIO I - – Qualidade do relacionamento durante o cuidado	13	13-65	48-65	62,34	96%
DOMÍNIO II- Autocuidado e Conforto	9	9-45	18-45	35,14	78%
DOMÍNIO III- – Condições que propiciam o contato mãe e filho	4	4-20	4-20	17,37	87%
DOMÍNIO IV - Cuidado despersonalizado	6	6-30	11-30	26,26	87,5%
DOMÍNIO V - Participação familiar contínua	4	4-20	12-20	19,52	97,6%

Tabela 4: Domínios da EBMSP2 (Conclusão...)

DOMÍNIO VI - Cuidado oportuno e respeitoso	6	6-30	15-26	24,12	80%
DOMÍNIO VII - Ambiente físico confortável	5	5-25	15-25	22,02	88%

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em relação ao bem-estar das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, a maioria (77%) apresentou ótimo bem-estar, enquanto que apenas 5% relataram mal-estar, como está descrito na tabela abaixo.

Tabela 05: Classificação da EBMSP2

CLASSIFICAÇÃO	PONTUAÇÃO	n	%
Mal-estar	<183	3	5
Bem- estar	$183 \geq x \leq 200$	12	18
Ótimo bem-estar	>200	50	77
TOTAL	-	65	100

Fonte: a autora, 2022

5.4 Atenção ao parto e nascimento

Entre junho de 2018 e dezembro de 2019, período selecionado para a investigação dos dados, houve um total de 3030 partos no HC. Desses, 56% foram cesarianas e 43% partos normais, ficando 1% sem informação. Foram encontrados muitos dados em branco, demonstrando falha nos preenchimentos dos livros.

Os dados do preenchimento do partograma foram obtidos através da pesquisa em 300 prontuários arquivados no SAME. Destes, foram retirados da amostra 26 prontuários: 4 prontuários não tinham informações sobre o parto, 4 estavam inativos, 1 foi parto de feto morto, 1 foi parto cesáreo e 17 não tinham sequer a folha de partograma, restando 274 prontuários.

Dos 274 prontuários pesquisados, 48 (17,5%) estavam parcialmente preenchidos, ou seja, haviam iniciado o preenchimento, mas não o finalizaram; e apenas 4 (1,5%) estava com o partograma totalmente preenchido.

Tabela 06: Indicadores de atenção ao parto e nascimento

Critério	N	%
Tipo de Parto		
Normal	1298	43%
Cesáreo	1709	56%
Não informado	23	1%
Paridade		
Primigestas	1082	36%
Secundigestas	824	27%
Multigestas	1102	36%
Não informado	22	1%
Idade Gestacional		
Termo	2317	76%
Pré- Termo	570	19%
Não Informado	143	5%
Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento		
Parto Normal		
Parto normal em posição ginecológica/ litotômica	564	43%
Parto normal em posição não supina	612	47%
Sentada	56	9%
Semi-sentada	500	82%
Cócoras	19	3%
Quatro apoios	27	4,4%
Lateral esquerda	10	1,6%
Não informado	122	0,9%
Dieta Leve	1007	78%
Métodos não-farmacológicos para alívio da dor	619	48%
Analgesia	41	3%
Contato pele a pele	899	69%
Clampeamento oportuno do cordão umbilical	974	75%
Amamentação na 1ª hora de vida	446	34%
Partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos	127	9,7%
Parto Normal e Cesáreo		
Visita prévia	69	2%
Partos cesáreos em primigestas	548	32%
Uso de DIU	531	18%
Temperatura da sala entre 23 e 26°C	2387	79%
Práticas que devem ser abolidas/ desencorajadas		
Episiotomia	10	1%
Kristeller	3%	0,2%

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.5 Resumo dos resultados

O quadro 04 traz um resumo dos resultados obtidos através das fontes pesquisadas e suas respectivas classificações.

Através da entrevista realizada com o gestor, que investigou aspectos referentes à fluxos, normas, rotinas e existência de protocolos, evidenciou-se que 56% de todos os itens constantes no questionário tiveram resposta positiva, sendo considerado aceitável, de acordo com a classificação utilizada.

No que diz respeito aos elementos da estrutura física e material constantes no roteiro de visita, 85% estavam presentes nos setores investigados, sendo classificado como adequado.

A ambiência, critério considerado prioritário para o APICE ON, originou-se de respostas coletadas das duas fontes (gestor e observação) e apresentou apenas 40% dos itens, sendo considerado insatisfatório.

Em relação às entrevistas realizadas com as puérperas, os resultados evidenciaram que 77% delas apresentaram ótimo bem-estar no parto ocorrido no HC. Para os profissionais médicos e enfermeiros, por sua vez, essa pesquisa demonstrou que 100% deles tiveram resultado considerado ótimo.

Quadro 04: Resumo dos Resultados

Fonte	Critério	Classificação Utilizada	% Obtido	Resultado
GESTOR	Logística, protocolos e normas	Adequado (> 75%). Aceitável (50-74%) Insatisfatório (25-49%) Crítico (< 25%)	56%	Aceitável
	Ambiência	Adequado (> 75%). Aceitável (50-74%) Insatisfatório (25-49%) Crítico (< 25%)	40%	Insatisfatório
OBSERVAÇÃO	Estrutura física e material	Adequado (> 75%). Aceitável (50-74%) Insatisfatório (25-49%) Crítico (< 25%)	85%	Adequado
PUÉRPERA	Percepção sobre o parto normal	Mal- estar <183 Bem-estar 183 ≥ x ≤ 200 Ótimo bem-estar >200	77%	Ótimo bem-estar
PROFISSIONAL	Assistência e qualificação	Ótimo (≥148) Satisfatório (115 a 147). Precário (82 a 114). Insuficiente (≤ 81)	100%	Ótimo

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

5.6 Grau de implantação do projeto APICE ON

O grau de implantação foi calculado após a somatória dos pontos atingidos por cada indicador, de acordo com o resultado encontrado através das respostas obtidas na coleta de dados. Os padrões estipulados de grau de implantação do projeto foram classificados em quatro estágios, em intervalos de valores determinados por quartis: adequado (> 75%), aceitável (50-74%), insatisfatório (25-49%) e crítico (< 25%).

O quadro 3, 4 e 5 apresentam os resultados obtidos para o componente atenção, formação e gestão respectivamente. O componente atenção obteve um total de 10,75 pontos, o que corresponde a 49% da pontuação máxima. Por sua vez, o componente formação, obteve 3,25 pontos, correspondendo a 65% do total e por último o componente gestão que teve 2 pontos e 67% do total.

Assim, a soma das pontuações de cada componente resultou em 16 pontos no total, o que representa 53% da pontuação máxima, que pela classificação proposta é considerado aceitável.

Quadro 05: Grau de Implantação para o Componente Atenção (Continua...)

ATENÇÃO					
Dimensão	**Critério**	**Categoria e ponto de Corte**	**Resultado**	**Pontuação Máxima**	**Pontuação Obtida**
Vinculação/ Acolhimento	Visita de Vinculação	Até 5% - 0 5,1% a 25% - 0,5 25,1% a 40% - 0,75 acima de 40,1% - 1	2%	1	0
	Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	Acompanhante	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
	Uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1,0	48%	1	0,5
	Analgesia Periparto	Até 5% - 0 5,1% a 25% - 0,5 25,1% a 40% - 0,75 acima de 40,1% - 1	3%	1	0
	Partos em posição não supina	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1,0	49%	1	0,5
	Contato pele a pele	Até 7,5% =0 7,6% a 37,5%=0,5 37,6% a 67,5= 75% 67,6% e mais= 1	69%	1	1
	Clampeamento oportuno do cordão	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	75%	1	0,75

Quadro 05: Grau de Implantação para o Componente Atenção (...Continuação)

ATENÇÃO					
Dimensão	**Critério**	**Categoria e ponto de Corte**	**Resultado**	**Pontuação Máxima**	**Pontuação Obtida**
Boas práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	Amamentação na 1ª hora de vida	Até 7,5% =0 7,6% a 37,5%=0,5 37,6% a 67,5= 75% 67,6% e mais= 1	34%	1	0,5
	Uso do partograma	Até 2,5% = 0 2,6% a 12,5% = 0,5 12,6% a 22,5%= 0,75 22,6% e mais = 1	1,46%	1	0
	Dieta liberada	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	78%	1	0,75
	DIU pós-parto	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	18%	1	0,5
	Temperatura da sala entre 23 e 26° C	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	79%	1	0,75
Práticas que devem ser desencorajadas	Manobra de Kristeller	Até 10% = 1 acima de 10,1%=0	0	1	1
	Episiotomia	Até 10% = 1 10,1% a 20,0% = 0,5 Acima de 20,1%=0	0,8%	1	1
Enfermeiros Obstétricos na assistência ao parto e nascimento	Partos normais assistidos por enfermeiros obstétricos	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	9,7%	1	0
	Protocolo de assistência de enfermagem obstétrica ao parto normal sem distócia	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Não	1	0

Quadro 05: Grau de Implantação para o Componente Atenção (Conclusão)

ATENÇÃO					
Dimensão	**Critério**	**Categoria e ponto de Corte**	**Resultado**	**Pontuação Máxima**	**Pontuação Obtida**
Vigilância das indicações de Cesáreas	Plano de Redução de Cesáreas	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Não	1	0
	Partos cesáreos por grupo de Robson	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
Boas práticas de atenção ao abortamento	Protocolo institucional formalizando as boas práticas de atenção ao abortamento e aborto legal	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Não	1	0
Boas práticas na atenção às mulheres em situação de violência sexual	Protocolo institucional de atendimento inicial às mulheres em situação de violência sexual	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Não	1	0
Ambiência	Ambiência	Até 10% = 0 10,1% a 50,0% = 0,5 50,1% a 90% = 0,75 90,1% e mais = 1	40%	1	0,5
TOTAL				**22**	**10,75**

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Quadro 06: Grau de Implantação para o componente Formação

FORMAÇÃO					
Dimensão	**Critério**	**Categoria e ponto de Corte**	**Resultado**	**Pontuação Máxima**	**Pontuação Obtida**
Integração Ensino e Serviço	Colegiado de Integração Ensino Serviço	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
	Protocolo de Integração Ensino e Serviço e Educação Permanente	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Não	1	0
	Programação de agendas com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
	Participação de médicos e enfermeiros em cursos de capacitação	Até 7% = 0 7,1% a 35% = 0,5 35,1% a 63% = 0,75 63,1% e mais = 1	47%	1	0,75
Pesquisa	Participação em Linhas de Pesquisa em inovações no ensino	Até 7% = 0 7,1% a 35% = 0,5 35,1% a 63% = 0,75 63,1% e mais = 1	13%	1	0,5
TOTAL				**5**	**3,25**

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Quadro 07: Grau de Implantação para o Componente Gestão

GESTÃO					
Critério	**Categoria e ponto de Corte**	**Resultado**	**Pontuação Máxima**	**Pontuação Obtida**	
Cogestão	Gestão colegiada nas áreas de obstetrícia e neonatologia	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Não	1	0
	Instrumento de escuta e avaliação de trabalhadores, residentes e alunos	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
	Instrumento de escuta das usuárias e familiares	1 (sim) = 100%. 0 (não) = 0%.	Sim	1	1
TOTAL				**3**	**2**

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Quadro 08: Grau de Implantação total e classificação

	Pontuação Máxima	**Pontuação Obtida**	**%**	**Avaliação**
Atenção	22	10,75	49%	Insatisfatório
Formação	5	3,25	65%	Aceitável
Gestão	3	2	66%	Aceitável
TOTAL	30	16	53%	Aceitável

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

6 DISCUSSÃO

6.1 Componente Atenção

O componente atenção obteve uma pontuação de 10,75, o que corresponde a 49% do valor máximo para implantação, de acordo com a matriz de análise proposta.

Na dimensão “vinculação/ acolhimento”, a visita de vinculação foi realizada por apenas 2% das mulheres que deram à luz na maternidade estudada. Esse resultado corrobora com a resposta dada pelo gestor, que reconhece que apesar da implantação dessa atividade no hospital, ela tem ocorrido de maneira esporádica.

Em dezembro de 2007 foi sancionada a lei 11.634, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade em que será realizado o seu parto (BRASIL, 2007). Nessas visitas a gestante recebe orientações sobre as rotinas e o fluxo de atendimento no serviço, propiciando conhecimento, conforto e segurança e podendo influenciar também na decisão da mesma quanto à escolha do tipo de parto (POPOLLI et al, 2018).

Para Rohr, Valongueiro e Araújo (2016), existe uma desestruturação da rede obstétrica da Gerência Regional de Saúde I do estado de Pernambuco, que gera superlotação nas maternidades do Recife, impedindo que as mulheres criem vínculo com o local de parto, por não saberem com antecedência onde ocorrerá (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

Cabe ressaltar que o referido hospital possui um projeto de acolhimento, que foi suspenso após o início da pandemia, podendo, nesse caso específico, ser considerado como viés.

Já em relação ao acolhimento com classificação de risco obstétrico, o mesmo foi implantado e ocorre nos 7 dias da semana, 24 horas por dia.

Com o objetivo de ampliar o acesso a um serviço resolutivo e humanizado, reduzir filas e o risco de mortes evitáveis, o MS através do Programa Rede Cegonha, adotou estratégias para a reorganização dos processos de trabalho, utilizando como uma de suas principais diretrizes o Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico, extinguindo dessa forma, as antigas triagens por ordem de chegada, realizadas por profissional não capacitado (BRASIL, 2014a).

No tocante à dimensão “Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento”, diversos indicadores de assistência ao parto foram explorados. Dentre eles, a permissão da presença do acompanhante, que no HC, ocorre em todas as etapas do pré-parto, parto e puerpério, segundo informações dadas pelo gestor. Esse resultado também foi encontrado nas respostas das puérperas entrevistadas e pode inferir que o hospital vem obedecendo à Lei 11.108 de 2005,

que garante à mulher a presença de um acompanhante de sua livre escolha, durante o pré-parto, parto e puerpério, em todos os serviços do SUS (BRASIL, 2005).

Um estudo realizado com 3580 puérperas, no estado de Santa Catarina, evidenciou que estar acompanhada durante o parto, foi associada a uma maior prevalência de boas práticas assistenciais, como o uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, de analgesia periparto, liberdade de posição e amamentação na primeira hora de vida (TOMASI et al, 2021).

Apesar de essa lei existir há mais de 15 anos e embora avanços tenham sido observados nas últimas décadas, dados da pesquisa "Nascer no Brasil" mostram que menos de 20% das mulheres tiveram a presença do acompanhante em todos os momentos do pré-parto, parto e puerpério imediato e 24,5% não teve em momento algum. Essas últimas, relataram como principal causa para a ausência do acompanhante, a proibição por parte do hospital (DINIZ et al, 2014).

Leal e colaboradores, evidenciaram que apenas metade das mulheres atendidas no setor público, tinham acesso as práticas benéficas e de baixo custo, como métodos não-farmacológicos para alívio da dor, possibilidade de deambulação e de consumo de alimentos (LEAL et al, 2019).

Neste estudo, foi visto que em 48% dos partos vaginais, utilizou-se algum manejo não-farmacológico da dor. Sabe-se que a utilização de terapias complementares para alívio da dor do parto, como banhos (de chuveiro ou imersão), massagens, técnicas de relaxamento, uso de bola suíça, cavalinho, entre outros, pode fornecer suporte e sensação de satisfação às parturientes, sendo fortemente recomendadas pela OMS e por diversas autoridades sanitárias do mundo (PEREIRA et al, 2020). Todavia, esse manejo ainda encontra resistência em muitas instituições por diferentes motivos, como por exemplo: resistência de muitos profissionais, dificuldades estruturais, alta demanda e falta de incentivo por parte da gestão (BRAGA, 2021).

Em relação ao alívio da dor através de analgesia regional, o HC apresentou uma taxa de uso desse método de apenas 3%. Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal "a solicitação materna por analgesia de parto compreende indicação suficiente para sua realização, independente da fase do parto e do grau de dilatação". Porém essa possibilidade deve ser discutida previamente com a gestante, bem como seus riscos e benefícios (BRASIL, 2017b).

Este estudo demonstrou também, que em 47% dos partos normais, as mulheres utilizaram posições não-supinas no período expulsivo. A posição supina, também chamada de litotômica ou ginecológica, consiste no posicionamento da mulher deitada de costas na cama,

sendo a mais frequentemente utilizada para o parto normal atualmente, provavelmente por ser mais conveniente para o profissional que está prestando assistência (TORRES et al, 2018).

Nesta pesquisa foram encontrados 43% de partos vaginais em posição ginecológica, diferente do que foi visto em outros estudos que obtiveram taxas acima de 60% (LEAL, et al. 2019), deduzindo dessa forma, que na maternidade estudada, a parturiente tem mais liberdade para escolher a posição que lhe for mais confortável para parir.

As melhores evidências científicas internacionais, apontam que as posições não -supinas diminuem a proporção de partos vaginais instrumentados, de dor perineal, de laceração envolvendo o esfíncter anal e da frequência de padrões não tranquilizadores de batimentos cardio-fetais (ROCHA et al. 2020; TORRES, et al. 2018). As posições não-supinas mais comumente utilizadas em ordem crescente de frequência foram: lateral esquerda (1,6%), de cócoras (3%), quatro apoios (4,4%), sentada (9%) e semi-sentada (82%).

A respeito do contato pele a pele e do clampeamento oportuno do cordão-umbilical, esta pesquisa encontrou taxas de 69% e 75% respectivamente.

O contato pele a pele imediatamente após o parto e durante a primeira hora de vida, auxilia na adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina, fortalece o vínculo entre mãe e filho, além de promover a amamentação através do "comportamento pré-alimentar" do bebê, que realiza movimentos de busca e sucção espontâneos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

O clampeamento tardio do cordão umbilical, se refere ao pinçamento e corte do cordão após a cessação da circulação umbilical (após o 3º minuto de vida) e é uma prática que traz diversos efeitos imediatos e de longo prazo, tanto para a saúde do bebê a termo quanto prematuro: diminui risco de hemorragia e necessidade de hemotransfusão por anemia; diminui a necessidade de ventilação mecânica e de uso de surfactante no recém-nascido pré-termo e reduz os níveis de anemia na infância (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Sobre o indicador "amamentação na primeira hora de vida", este ocorreu em apenas 34% dos partos normais no período estudado. Um estudo realizado em 2016 na mesma maternidade, entrevistou 244 puérperas e evidenciou uma taxa de amamentação na primeira hora de vida ainda menor, 28,7% (SILVA J. et al, 2018). Em outro estudo realizado em duas maternidades do Acre, foi encontrada uma taxa de 58,2%, sendo o parto cirúrgico e o baixo peso ao nascer apontados como os principais empecilhos (RAMALHO et al, 2019).

Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida já são reconhecidos: estimula a contração uterina, previne a morbidade e mortalidade neonatais e aumenta a duração

da amamentação e do aleitamento materno exclusivo. Oferecer apoio qualificado durante a primeira mamada e evitar práticas que separem a mãe do recém-nascido são cruciais para o sucesso dessa etapa (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011).

Ainda sobre as boas práticas de assistência ao parto, o uso do partograma ocorreu em menos de 2% dos partos normais, valor muito abaixo da meta de 25% estabelecida no POA do APICE ON no HC. Existem evidências científicas, de que o seu uso pode trazer benefícios como a redução de partos prolongados, redução das taxas de cesariana e partos instrumentais (BRASIL, 2017b).

Atualmente o MS e a OMS recomendam o uso do partograma, por permitirem um acompanhamento sistemático e mais seguro do trabalho de parto, porém ressaltam que esse instrumento isoladamente não pode ser definidor das condutas obstétricas. Portanto, é necessário que os profissionais que prestam assistência ao parto saibam utilizá-lo, compreendendo que cada processo de parturição deve ser visto de maneira individualizada (WHO, 2018; BRASIL, 2017b).

Em relação à possibilidade do consumo de líquidos e alimentos leves pela parturiente, a maternidade estudada apresentou uma taxa de 78% de partos normais com dieta leve. Infelizmente, muitas instituições andam no sentido oposto, visto que essa é uma rotina que ainda não foi totalmente aderida pelas maternidades, apesar das recomendações a favor dessa prática (LEAL et al, 2019; BRASIL, 2017b).

Em uma pesquisa realizada em hospital de referência do Ceará, Melo et al (2017) observaram que apenas 26,7% das parturientes receberam dieta líquida (MELO et al, 2017).

Manter a hidratação e o aporte calórico para as mulheres que não apresentarem risco iminente de anestesia, é uma atitude que traz conforto e bem-estar e não aumenta o risco de complicações (BRASIL, 2017b).

Nessa pesquisa, 79% dos partos vaginais e cirúrgicos ocorreram em salas com a temperatura entre 23 e 26 ° C, valor preconizado pelo serviço e estabelecido no POA.

Dentre as recomendações para o atendimento ao recém-nascido, está a manutenção da temperatura da sala de parto em torno de 26° C, com o intuito de prevenir a hipotermia neonatal. Essa prática se torna mais importante ainda quando o neonato é prematuro, que em caso de hipotermia, tem 64% mais chances de óbito precoce. Felizmente, intervenções simples podem prevenir desfechos negativos para o RN, como manter a sala de parto com temperaturas acima de 25° C, o uso de touca e saco plástico no RN prematuro e a redução da hipotermia materna antes do parto (BRASIL, 2012b; FIOCRUZ, 2019).

Outro indicador explorado, foi o uso do DIU de cobre no pós-parto, que no período estudado, foi implantado em 18% dos partos normais e cesáreos. Esse dado não nos permite avaliar qual o percentual de oferta de DIU no serviço, ressaltando que o objetivo era ofertar o método a 100% das mulheres no pós-parto e pós aborto, caso as condições clínicas fossem favoráveis.

O aumento da oferta do DIU de cobre após o parto, para aquelas mulheres que querem evitar uma gravidez indesejada, é uma das metas do APICE ON, uma vez que muitas ainda encontram dificuldades no acesso a alguns métodos contraceptivos, principalmente a anticoncepção de emergência e o DIU (BRASIL, 2017a).

No que diz respeito às práticas que devem ser desencorajadas no parto, a maternidade estudada apresentou bons resultados. Com menos de 1% de episiotomia e 0% de manobra de Kristeller, o HC tem andado no sentido oposto de muitos hospitais que ainda fazem uso dessas práticas.

Dados da pesquisa "Nascer no Brasil", mostraram que em mais da metade das parturientes participantes do estudo foi realizada a episiotomia e em 36,1%, a manobra de Kristeller. Esses percentuais foram maiores nas maternidades de risco habitual (LEAL et al, 2019). Outro estudo realizado em uma maternidade filantrópica do município de Viçosa (MG) encontrou resultados semelhantes: 49,8% de episiotomia e 38,7% de manobra de Kristeller (MACIEL et al, 2020).

A manobra de Kristeller consiste em apertos e empurrões na barriga da gestante, com o intuito de pressionar o fundo uterino e diminuir o tempo de parto, sendo totalmente contraindicada pelo MS e considerada um ato de violência obstétrica, pois não existem evidências de que essa prática traga benefícios e, ao contrário, constitui um fator de risco para a morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2016a).

Também em relação à episiotomia, não existem evidências de que o seu uso rotineiro seja benéfico para a parturiente, nem sobre em quais situações ela deva ser realizada (BRASIL, 2016a).

A ambiência é outro fator que pode interferir positiva ou negativamente na assistência ao parto. Para Morais et al (2020), fatores como luminosidade, privacidade, estrutura física, ventilação, limpeza e higiene, atrelados aos recursos humanos, qualificam a ambiência, permitindo que se vivencie a experiência do parto de maneira plena e tranquila. Todavia, a qualidade dos serviços e a infraestrutura hospitalar são alguns dos principais desafios para os gestores das instituições de saúde, frente ao descaso de funcionários, à carência e a má gestão dos recursos públicos (MORAIS et al, 2020).

Neste estudo, o critério ambiência apresentou 40% de adequação, considerando os itens prioritários definidos no POA. Infelizmente, esta e muitas outras maternidades apresentam inadequações na estrutura e na oferta de serviços e recursos humanos, quando comparadas às normas e recomendações do MS. Essas inadequações, por sua vez, podem comprometer a assistência obstétrica e neonatal e interferir no conforto e satisfação da mulher em processo de parturição (FRANCHI, et al, 2019).

As melhorias necessárias para uma ambiência adequada, não precisam necessariamente ser caras, mas criativas e simples, que possam prever mais privacidade e acolhimento para os usuários, ao mesmo tempo em que criam novas situações de convivência de trabalho (FIOCRUZ, 2019).

Vale ressaltar que, apesar da ambiência ter tido uma avaliação insatisfatória, a estrutura física e material apresentou um resultado adequado (85%), de acordo com as recomendações do MS. Esse achado pode refletir a dificuldade em superar a visão tecnocrática de um centro obstétrico estéril e frio, para um ambiente de parto que favoreça o conforto e bem-estar de quem cuida e de quem é cuidado (MORAIS et al, 2020).

Não se pode falar em mudanças estruturais, sem discutir a estruturação dos recursos humanos, em um novo modelo de atenção que traz a figura do enfermeiro obstétrico na liderança da assistência ao parto fisiológico (FIOCRUZ, 2019).

Sobre esse aspecto, entretanto, ainda existe um longo caminho a ser percorrido, pois apenas 9,7% dos partos normais foram assistidos por esse profissional na maternidade pesquisada.

O modelo de cuidado obstétrico promovido pelo enfermeiro, apresenta diversas vantagens, pelo baixo percentual de intervenções desnecessárias e maior satisfação da mulher. Sua presença, não só no ACRO, como também em sala de parto, amplia a utilização de práticas obstétricas benéficas e recomendadas, diminuindo as iatrogenias e possibilitando um parto saudável (BRASIL, 2014a).

Entretanto, esse profissional vem encontrando diversas dificuldades para a sua atuação. A sobrecarga de trabalho, aliada à execução de atividades burocráticas e administrativas, desviam a real função do enfermeiro obstetra na atenção ao parto, que termina por delegar esse trabalho às categorias de médicos e fisioterapeutas. Além disso, as dificuldades estruturais do setor, a falta de incentivo e a resistência de muitos profissionais em aceitar a figura do enfermeiro, num contexto de assistência diferente do modelo médico-centrista, tornam o trabalho mais cansativo e desestimulante (MONTEIRO, 2020).

A resolução do COFEN nº 0477/2015, estabelece as atividades privativas do enfermeiro obstetra relacionadas ao acompanhamento da gestante, parturiente e puérpera, cabendo ao mesmo a execução do parto normal sem distócia (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2015).

Não foi encontrada uma taxa de assistência ao parto feito por enfermeiro, considerada ideal, porém vale ressaltar, que o local do estudo é referência para gestação de alto risco, o que pode justificar os baixos índices de partos realizados por esse profissional, mesmo este estando presente em 100% dos plantões do COB.

Esse perfil de atendimento talvez explique também, o índice de partos cesáreos de 56% e a dificuldade em se implementar o Plano de Redução de Cesáreas na maternidade estudada. Esse resultado se assemelha à média de partos cesáreos no Brasil que gira em torno de 55% (IBGE, 2021), sendo considerada a segunda maior taxa de cesarianas do mundo, ficando atrás apenas da República Dominicana (OMS, 2015).

Como ponto positivo, após a implantação do projeto, o hospital tem realizado o acompanhamento dos partos cesáreos pela Classificação de Robson, estratégia recomendada pela OMS, que pode auxiliar no monitoramento desses partos (OMS, 2015).

Criada em 2001 pelo médico irlandês Michael Robson, a Classificação por Grupo de Robson ajuda a responder quem são as mulheres submetidas à cesariana, verificando se há excessos em algum grupo específico (OMS, 2015).

Acredita-se que as complicações maternas decorrentes das centenas de milhares de cesarianas realizadas por ano, associadas com as questões sociais e biomédicas brasileiras, são responsáveis pela persistência das altas taxas de mortalidade materna no nosso país (BRASIL, 2016a).

Existem diversos fatores associados aos altos percentuais de partos cirúrgicos: preferência de mulheres e suas famílias, crenças dos profissionais de saúde, conveniência, organização do serviço de saúde, remuneração e estruturas de financiamento (BETRAN, 2021).

A OMS considera que uma taxa de cesariana ideal varia entre 10 a 15%, não existindo associação entre o aumento dessa taxa e a diminuição da mortalidade (OMS, 2015). Entretanto, considerando-se as características da população brasileira, que já apresenta um grande número de cesarianas anteriores e ajustando-se essa taxa através de um instrumento desenvolvido pela própria OMS para a nossa realidade, o percentual ideal para o Brasil seria de 25 a 30% (BRASIL, 2016a).

Além da qualificação do atendimento ao parto e nascimento, o APICE ON também propunha o desenvolvimento da assistência às mulheres em situação de abortamento e vítimas de violência sexual (BRASIL, 2017a).

O hospital não construiu os protocolos para atendimento inicial às mulheres em situação de violência sexual e não possui atendimento estruturado para esses casos específicos, mas atende as demandas espontâneas e as transfere para a unidade de referência do Estado.

A atenção à mulher vítima de violência sexual, depende de iniciativas de vários setores da saúde, segurança e assistência social, pois deve proporcionar também a proteção e prevenção de novos episódios e responsabilização dos agressores (BRASIL, 2015).

No caso do atendimento às mulheres em situação de abortamento, o serviço já faz uso do protocolo do MS, porém não foi construído o protocolo institucional, pactuado no POA. Segundo o gestor, o hospital também realiza as condutas de esvaziamento uterino e oferta o DIU de cobre no pós-abortamento, de acordo com as recomendações do MS.

As mulheres que abortam, têm maiores chances de sofrerem um novo aborto, dessa forma elas precisam ser protegidas das complicações físicas e psicológicas desse episódio, como também evitar que novos incidentes aconteçam. Portanto, o MS recomenda a utilização de AMIU no pós abortamento, para as mulheres nas primeiras 12 semanas de gestação, por ser uma técnica mais segura, comparada à curetagem uterina. Além disso, ela deve receber atendimento humanizado, livre de julgamentos, orientações sobre métodos contraceptivos e oferta do DIU de cobre (BRASIL, 2011).

Com o intuito de oferecer maior confiabilidade ao estudo e poder analisar os dados dos principais atores desse processo, essa pesquisa ouviu também a versão das usuárias, mesmo este dado não fazendo parte dos indicadores escolhidos. Este ponto da pesquisa explorou a percepção das puérperas de parto normal, em relação à humanização do cuidado, ao relacionamento com a equipe, ao conforto propiciado e à garantia dos direitos assistidos a ela. Com isso, pôde-se constatar que 77% delas sentiam ótimo bem-estar em relação ao seu parto e ao atendimento prestado. Além disso, todos os percentuais obtidos em cada domínio, ficaram acima do ponto de corte (77,8%), tendo dessa forma, resultados positivos em todos os domínios.

Leal et al (2021) afirma que o reconhecimento das gestantes como protagonistas em seus partos, faz parte do conjunto de ações do Rede Cegonha e tem contribuído para mudanças no senso comum que coloca o profissional de saúde como detentor do conhecimento e a gestante como ser subordinado a esse profissional.

Gonçalves et al (2021), atribuiu à satisfação das puérperas aos elementos da assistência mais encontrados nas falas delas, como comunicação efetiva, escuta qualificada, respeito, preservação da dignidade e suporte emocional.

A assistência humanizada no parto engloba diversos aspectos que vão além da estrutura e da ambiência, como a relação profissional-paciente, a empatia e o respeito à autonomia e às escolhas da mulher (FERREIRA et al, 2019).

6.2 Componente Formação

Os resultados dessa pesquisa demonstraram que 100% dos profissionais médicos e enfermeiros entrevistados tiveram classificação “ótima”.

A dimensão 1, que explorou aspectos da rede de atenção, teve o menor percentual das 4, apenas 40%.

Para Rohr, Valongueiro e Araújo (2016) a desestruturação da rede de atenção obstétrica, leva a uma inadequação no referenciamento das gestantes, que por consequência, lotam as maternidades de alto risco, que deveriam atender os casos de maior complexidade. Esse processo, influencia negativamente na qualidade da assistência prestada pelos funcionários e peregrinação das mulheres em busca de uma maternidade para dar à luz (ROHR, VALONGUEIRO, ARAÚJO, 2016).

Felizmente, a dimensão 2, que trata das práticas assistenciais, teve a média mais alta (82%). Esse dado pode deduzir que esses profissionais têm conhecimento sobre as condutas baseadas em evidências científicas, recomendadas pela OMS e pelo MS.

As dimensões 3 e 4, atingiram 67% e 59% do total, respectivamente. Elas abordam o processo de trabalho e o estímulo à qualificação e à integração ensino-serviço do hospital.

É preciso compreender que a saúde e a educação se constituem historicamente de maneira articulada, de modo que é impossível pensar em práticas assistências e em modelo de cuidado, sem discutir a formação em saúde e as políticas educacionais (PINHEIRO, AZAMBUJA, BONAMIGO, 2018).

Diante disso, o APICE ON trouxe a perspectiva de superar o distanciamento entre a universidade, o serviço de saúde e a comunidade e por isso o foco nos hospitais de ensino, são o diferencial desse projeto. Essa integração entre ensino, serviço e extensão é uma importante estratégia que pode possibilitar uma formação mais crítico-reflexiva dos profissionais de saúde, conscientes da realidade sanitária e social da população a quem eles assistem (BRASIL, 2017a).

Neste contexto, o componente formação englobou iniciativas importantes para a qualificação dos profissionais que prestam assistência à mulher na gestação, parto e puerpério e que foram pactuados no POA.

Entretanto, nesta pesquisa ficou demonstrado que esta integração ainda não está totalmente institucionalizada no contexto hospitalar, pois 47% dos profissionais haviam participado de cursos de capacitação recentemente e apenas 13% participavam de linhas de pesquisa em obstetrícia/ neonatologia. Alguns profissionais relataram não haver incentivo à participação em cursos e pesquisas por parte da gestão e apresentaram também dificuldades em conciliar as atividades junto aos residentes e estudantes com a rotina do serviço.

Esses dados se assemelham aos que foram encontrados por Pinheiro, Azambuja e Bonamigo (2018), em um estudo sobre educação permanente em serviços de saúde, que pontuou como dificuldades: falta de participação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, desvalorização de alguns saberes e falta de infraestrutura.

Vale ressaltar que as dificuldades na coleta de dados junto a esses funcionários, culminou em uma amostra abaixo do esperado, dificultando a obtenção da real situação dos profissionais médicos e enfermeiros do COB.

6.3 Componente Gestão

Dos 3 itens do componente gestão, apenas a implantação da gestão colegiada nas áreas de obstetrícia e neonatologia, não foi realizada.

O hospital dispõe de serviço de ouvidoria, que faz relatórios semestrais e anuais com as estatísticas gerais e as demandas do período, entretanto, esse serviço não realiza relatório específico para o caso das mulheres atendidas. Além disso, existe o VIGIHOSP que é um instrumento de comunicação interna do hospital, com o objetivo de comunicar às instâncias competentes, os problemas ocorridos no serviço, através das notificações realizadas pelos próprios funcionários, agilizando também a resolução destes.

Para Guizardi e Cavalcanti (2010), a gestão das instituições públicas de saúde é responsabilidade de todos: gestores, trabalhadores e usuários. Dessa forma, promover a participação, protagonismo e corresponsabilização desses sujeitos nos processos de planejamento e decisórios, é uma prática indispensável na luta por uma mudança real no modelo de atenção à saúde (GUIZARDI, CAVALCANTI, 2010).

6.4 Limitações da pesquisa

Este estudo apresentou como limitações: a utilização de dados secundários, pela possibilidade de haver falhas no preenchimento de alguns dados; as mudanças na estrutura, nos protocolos e em alguns serviços do hospital, devido às restrições impostas pela pandemia da COVID 19; a amostra de funcionários que foi abaixo do esperado, devido às dificuldades encontradas na coleta de dados desses trabalhadores, que não dispunham de tempo para responder ao questionário e dificuldades na coleta de dados sobre aborto e oferta de DIU.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se estabelecer uma análise do APICE ON no âmbito do HC, percebeu-se quão desafiadora foi a proposta no contexto investigado. O projeto veio com a perspectiva de mudança de paradigmas na saúde materno-infantil dos hospitais de ensino, o que não é tarefa fácil, dada a complexidade do nosso sistema de saúde.

O HC é hospital de referência para gestação de alto risco e talvez por isso, tenha apresentado um bom resultado em relação à estrutura física, qualificação dos profissionais e logística do serviço. Entretanto, não se vê o mesmo desempenho no quesito ambiência, o que pode deduzir que o hospital apresenta dificuldades em implementar um modelo de assistência menos intervencionista e tecnocrático. Uma dessas dificuldades, está em ampliar a função do enfermeiro obstétrico na assistência direta ao parto.

Foram evidenciadas fragilidades de recursos humanos, físicos, estruturais e organizacionais, além de diversas deficiências na implantação do projeto, sobretudo nos aspectos relacionados à atenção, como a dificuldade em vincular a gestante ao serviço, a limitada atuação do enfermeiro obstétrico na assistência direta ao parto, o baixo uso do partograma e a escassa realização de analgesia regional.

Entretanto, é preciso também pontuar as vitórias e melhorias trazidas pelo projeto, como a presença do acompanhante em todo o processo do parto, a construção e implantação de instrumento para quantificar os indicadores, a presença do enfermeiro obstétrico em 100% dos plantões do COB e em grande número na maternidade e na triagem obstétrica, a criação de protocolos e melhorias nos fluxos assistenciais e o bom resultado de vários indicadores de boas práticas de assistência ao parto. Além disso, a avaliação positiva por parte das usuárias do serviço, mostra que saúde não se faz apenas com tecnologia dura.

Acredita-se que a perspectiva do APICE ON em trabalhar com foco na assistência, no ensino e na gestão é adequada, porém o impacto dessa intervenção só será visualizado a médio e longo prazo. Para isso, é preciso que as atividades iniciadas pelo projeto sejam mantidas e que os processos de trabalho sejam revisitados, para que as mudanças necessárias nos modos de formação, cuidado e gestão sejam alcançadas.

Através da análise dos pontos de vista dos diferentes atores desse processo – usuário, profissional e gestor - este trabalho conseguiu traçar também um panorama da assistência obstétrica no HC.

Assim, os achados deste estudo, trazem elementos que podem contribuir para a reflexão e discussão entre profissionais, gestores e usuários, com o intuito de reavaliar e reorganizar o

processo de assistência. Ademais, sugere-se que novos estudos sejam realizados em outros hospitais participantes do projeto, com o objetivo de se obter mais dados acerca do seu impacto a nível nacional.

REFERÊNCIAS

BETRAN, Ana Pilar; JIANGFENG, Ye; MOLLER, Ann-Beth; SOUZA, João Paulo; ZHANG, Jun. Trends and projections of caesarean section rates: Global and regional estimates. **BMJ Global Health**, v. 6, e005671, 2021. Disponível em: https://gh.bmj.com/content/6/6/e005671. Acesso em: 14 abr. 2022.

BOULLOSA, R.F. Por um olhar epistemológico para a avaliação em políticas públicas: história, teoria e método. **Revista Aval**, Fortaleza, v. 4, n. 18, p. 9-37, jul./dez., 2020. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/58748/1/2020_art_rfbou llosa.pdf. Acesso em: 04 mar. 2021.

BRAGA, L.S. Percepções e dificuldades de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado. **Estudos Avançados sobre Saúde e Natureza**, [S. l.], v. 1, 2021. Disponível em: https://www.periodicojs. com.br/index.php/easn/ article/view/185. Acesso em: 20 maio. 2022.

BRASIL. **Avaliação de políticas públicas:** Guia prático de análise *ex post*, volume 2, Casa Civil da Presidência da República. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: https://ipea.gov.br/ portal/images/stories/PDFs/livros/livros/181218_ avaliacao_de_politicas_publicas_vol2_guia_expost.pdf. Acesso em: 23 jan. 2020.

BRASIL. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (CONITEC). **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**: Relatório de Recomendação. Brasília. 2016a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/ Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf. Acesso em: 15 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Apice On - Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/ apice/publicacoes/. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento – Norma Técnica**. 2ª ed. Brasília. 2011. Acesso em: 15 maio 2022. Disponível em: https://bvsms. saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos Humaniza SUS - Humanização do parto e nascimento**. vol 4. Brasília. 2014a. Disponível em: https://www.redehumanizasus.net/ sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf. Acesso em: 07 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: Versão resumida [recurso eletrônico]. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/diretrizes_ nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 26 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Lei 11.108 de 2005. **Altera a Lei nº 8.080, de 19 set. 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Diário Oficial da União. Brasília, DF. 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 930, de 10 de maio de 2012. **Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave...** Diário Oficial da União. Brasília. DF. 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Resolução nº 36, de 3 jun. 2008. **Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal**. Diário Oficial da União. Brasília. DF. 4 jun. p. 50. 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS /– 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. **Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios - Norma Técnica**. 1ª.ed. Brasília. 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf. Acesso em: 15 maio 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/saude_brasil_2011.pdf. Acesso em: 17 Jan. 2020.

BRASIL. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: http://www.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-mulher/rede-cegonha. Acesso em: 08 Jan. 2020.

BRASIL. **Saúde Brasil 2018:** Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: Desafios e perspectivas. 1ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CARVALHO, E.M.P; GÖTTEMS, L. B. D; PIRES, M. R. G. M Adesão às boas práticas na atenção ao parto normal: construção e validação de instrumento* * (Dissertação) Escola Superior de Ciências da Saúde, 2015. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online]. 2015, v. 49, n. 6, pp. 889-897. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000600003. ISSN 1980-220X. Acesso 27 Jun 2021.

CASSIANO ACM, et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**, [S.l], v.65, n. 2, p.: 227-244, abr./jun., 2014. Disponível em: https://repositorio. enap.gov.br/bitstream/1/1301/1/2014%20Vol.%2065%2c%20n.2%20Cassiano%2c%20Carlucci%2c%20Gomes%2c%20Bennemann%20-.pdf. Acesso em: 15/02/21.

CASSIOLATO, M; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico:** Roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica. IPEA. Brasília, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução N° 0477/2015. **Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas**. Brasília. DF. 2015. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04772015_30967.html. Acesso em: 10 maio 2022.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de saúde: Contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011, p.181-199, [online]. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em: 12 maio 2021.

DINIZ, C.S.G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1, p. S140-S153. Disponível em: https://doi.org/10. 1590/0102-311X00127013. ISSN 1678-4464. Acesso em: 10 Abr. 2022.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde coletiva**, São Paulo, v.10, n.3, p.627- 637, 2005. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2005.v10n3/627-637/#Modal Articles Acesso em: 06 Jan. 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH. **Carta de Serviços ao Usuário do Hospital das Clínicas de Pernambuco**. Recife: [S.n.], 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSERH. **Governança - Comitês e Comissões.** 2021. Disponível em: https://www.gov.br/ ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hc-ufpe/governanca/comite-e-comissoes. Acesso em: 10 maio 2022.

FERNANDES, F. M. B; RIBEIRO, J. M; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. [S.l], v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011. Epub 03 Out 2011. ISSN 1678-4464. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900002. Acesso em: 21 janeiro 2021

FERREIRA, L. et al. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. **Trabalho, Educação e Saúde** [online]. [S.l], v. 18, n. 2, 2020, Acesso em: 7 Março 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00262. Epub 19, Jun., 2020. ISSN 1981-7746.

FERREIRA, M. C. et al. Percepções de profissionais de enfermagem sobre humanização do parto em ambiente hospitalar. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 20, e41409, 2019. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/46200. Acesso em: 24 abril 2022.

FRANCHI, J.V.O. et al. Estrutura De Maternidades Como Indicador De Segurança Materna. **Ciência, Cuidado e Saúde,** [S.l.], v. 18 n. 4. e45049, out-dez 2019. Disponível em: https://Periodicos.Uem.Br/Ojs/Index.Php/Cienccuidsaude/Article/Vi ew/45049/751375140277. Acesso em: 11 Abr. 2022.

FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (Brasil). **Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente -** Principais questões sobre ambientes de atenção ao parto. Jul, 2019. Disponível em: https://shre.ink/mS1Z. Acesso em: 05 maio 2022.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (Org.) **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120p. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/101 83/52806. Acesso em: 23 ago. 2021.

GONÇALVES, D.S. et al. Satisfação e insatisfação no parto normal sob o enfoque dos atributos da qualidade da assistência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2021; 29:e59021. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfer magemuerj/article/view/59021/41230. Acesso em: 11 abril 2022.

GÖTTEMS, L.B.D. et al. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. [Internet]. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, e3000, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/ pdf/rlae/v26/pt_0104-1169-rlae-26-e3000.pdf.

GUIZARDI, F. L; CAVALCANTI, F. O. L. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. [S.l.], v. 20, n. 4, p. 1.245-1.265, Dez., 2010. Epub 20 Jan 2011. ISSN 1809-4481.Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000400010. Acesso em: 13 Mai 2022

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da e orgs. **Avaliação em saúde**: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. ISBN: 978-85-7541-516-0. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415160.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. (online). (s.d). Disponível em: https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/recife.html. Acesso em: 18 maio 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional de saúde: 2019**: Ciclos de vida: Brasil / IBGE. Rio de Janeiro. IBGE. 139p. 2021. ISBN: 9786587201764 Acesso em: 10 maio 2022.

JAMAS, M. T. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da "Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP 2)"** [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2013.

KELLOGG, Will Keith. Using logic models to bring together planning, evaluation, and action: Logic model development guide. **Michigan: WK Kellogg Foundation**, 2004.

KRAUSE, C. **Modelo Lógico para Análise de Políticas Públicas em Perspectiva Histórica**. Rio de Janeiro: [S.n.], 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10125/1/td_2572.pdf. Acesso em: 04 jan. 2022.

LAMY, Z.C. et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha**. Ciência & Saúde Coletiva** [online]. [S.l.], v. 26, n. 3, p. 951-960, 2021. Acesso em: 18 maio 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26572020. Epub, 15 Mar., 2021. ISSN 1678-4561. https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.26572020.

LANSKY, S. Por um novo modo de nascer no Brasil. **Portal da Saúde/SUS, 2010**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_ texto.cfm?idtxt=35995.

LEAL, Maria do Carmo; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Nascer no Brasil**: Inquérito nacional sobre parto e nascimento. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012. Disponível em: https://nascernobrasil.ensp.fiocruz.br/?us_portfolio=nascer-no-brasil. Acesso em: 20 Jan. 2020.

LEAL, Maria do Carmo et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: Resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública** [online], 2019, v. 35, n. 7, Epub 22, Jul., 2019, e00223018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018. Acesso em: 9 Maio 2022. ISSN 1678-4464.

LEAL, Neide Pires; VERSIANI, Maria Helena; LEAL, Maria do Carmo; SANTOS Yammê Ramos Portella. et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 3, p. 941-950, mar., 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.13662020. Epub 15 Mar 2021. ISSN 1678-4561. Acesso em: 14 Maio 2022.

LIMA, G.P.V; PEREIRA, A.L.F; CORREIA, L. M. Ensino em serviço de residentes de enfermagem obstétrica na perspectiva da preceptoria. **Cogitare enferm**ermagem, Curitiba, v. 24, e59971, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S1414-85362019000100335&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2021.

MACÊDO, Vilma Costa de; BEZERRA, Adriana Falangola Benjamin; FRIAS, Paulo Germano de; ANDRADE, Carla Lourenço Tavares de. Avaliação das ações de prevenção da transmissão vertical do HIV e sífilis em maternidades públicas de quatro municípios do Nordeste brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, n. 8, p. 1.679-1.692. Disponível em: https://doi.org/10. 1590/S0102-311X2009000800004. Epub 27 Jul 2009. Acesso em: 7 Março 2022.

MACIEL, Caroline Teixeira et al. Intervenções obstétricas realizadas no período expulsivo: Um destaque para episiotomia. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 3, n.4, p.10.583-10.599 jul / ago. 2020. Disponível em: https://www.brazilianjournals. com/index.php/BJHR/article/view/15609/12840. Acesso em: 26 abril 2022.

McLAUGHLIN, J. A; JORDAN, G.B. Chapter 3: Using Logic Models. In: Newcomer, K. E., Hatry, H. P., Wholey, J. S. (Eds.) **Handbook of Practical Program Evaluation.** 14 ed. Wiley: New Jersey, 2015. doi:10.1002/978 1119171386.

MEDINA, MG., et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. orgs. **Avaliação em saúde**: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 41-63. ISBN: 978-85-7541-516-0. Disponível em: 10.7476/9788575415160.

MELO, Bruna Marques de; GOMES, Linicarla Fabiole de Souza; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Sâmua Kelen Mendes de; DAMASCENO Ana Kelve de Castro. Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Revista Rene**, Ceará, v. 18, n. 3, p. 376-82, maio-jun, 2017. Universidade Federal do Ceará. Acesso em: 24 abril 2022. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.2017000300013.

MONTEIRO, A. S et al. Practice of obstetric nurses in humanized childbirth care in a high-risk maternity. **Revista Rene**, [S.l.], v. 21, e43863, 2020. Acesso em: 15 maio 2022. Disponível em: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143863.

MORAIS, Ana Virgínia Ferreira de et al. A importância da ambiência no serviço de assistência ao parto: Um estudo reflexivo. **Brazilian Journal Health Review**. Curitiba, v. 3, n. 4, p. 11304-11315 jul./ago. 2020. Disponível em: https://www.brazilianjour nals.com/index.php/BJHR/article/view/15864/13015. Acesso em: 11 abr. 2022.

MOTT, M. L. Assistência ao parto: Do domicílio ao hospital (1830-1960). Projeto História: **Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, [S.l.], v. 25, ago., 2012. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/revph/article/ view/10588. Acesso em: 04 dez. 2019.

NICIDA, L.R.A. et al. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 11, pp. 4531-4546, 2020. Acesso em: 29 Maio 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.00752019. ISSN 1678-4561.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra: [S.n.], 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/ handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=D7DAD404964923D9F26986FC30D861C9?sequence=3 Acesso em: 09 Jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Washington, D.C.: OPS ©2011.

PALHARINI, L. A; FIGUEIRÔA, S.F.M. Gênero, história e medicalização do parto: a exposição "Mulheres e práticas de saúde". **História, Ciências, Saúde-Manguinhos** [online]**,** v. 25, n. 4, 2018. Acesso em: 20 jan. 2021, pp. 1039-1061. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500008. ISSN 1678-4758.

PEREIRA, A. C. C. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto: Revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.12, n. 10, e4448, 2020. https://doi.org/10.25248/reas.e4448.2020. Acesso em: 10 abr. 2022.

PINHEIRO, G. E. W; AZAMBUJA, M. S.; BONAMIGO, A. W. Facilidades e dificuldades vivenciadas na Educação Permanente em Saúde, na Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate** [online]. [S.l.], v. 42, n. spe4, p. 187-197, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S415. ISSN 2358-2898. Acesso em: 10 Maio 2022.

POPOLLI, E.C et al. Vinculação da gestante com a maternidade: a influência no tipo de parto. **Enfermagem Brasil,** v.17, n. 3, p.199-207, 2018. Disponível em: https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2404/3739. Acesso em: 13 abr. 2022.

RAMALHO, A. A. et al. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida em Rio Branco, Acre. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, Rio de Janeiro, v.14 Supl.1:e43809, nov., 2019, p. 1-20.. Disponível em: https://www.e-publica coes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43809. Acesso em: 24 abr. 2022.

RAMOS, M. P; SCHABBACH, L. M. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, Out., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7612012000500 0005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 maio 2021.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação Saúde Educação**. São Paulo, v.13, supl.1, p.759-68, 2009. Disponível em: https://www.scielosp.org/ scielo.php?pid=S1414-32832009000500027&script=sci_arttext&tlng=en#Mo dalArticles. Acesso em: 06 Jan. 2020.

ROCHA, B. D. et al. Posições verticalizadas no parto e a prevenção de lacerações perineais: Revisão sistemática e metanálise. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 54, e03610, 2020. Disponível em. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018027503610. Acesso em: 9 Maio 2022.

ROHR, L. K; VALONGUEIRO, S.; ARAÚJO, T.V.B. Delivery care and the inadequacy of the obstetric care network in Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil** [online]. 2016, v. 16, n. 4, p. 447-455. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1806-93042016000400006. ISSN 1806-9304. Acesso em: 25 Maio 2022.

SANCHO, L. G; DAIN, S. Avaliação em Saúde e Avaliação Econômica em Saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, Mar., 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300024&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 Abr. 2021.

SANTOS NETO, E. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script= sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 Jan. 2020.

SANTOS, R.A.A; MELO, M.C.P.; CRUZ, D.D. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. Caderno de Cultura e Ciência, Ano IX, v.13, n.2, Mar, 2015. Universidade Regional do Cariri – URCA. Disponível em: https://pdfs.seman ticscholar.org/0c62/fc93aabaa2bb92d2a9cb61c52547194389eb.pdf. Acesso em: 08 Jan. 2020.

SASS, N.; HWANG, S.M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. **Revista Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, v.14, n.4, p.133-7, 2009.

SILVA, F. et al. “Parto ideal”: Medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XXI. **Saúde e Sociedade** [online]. [S.l.], v. 28, n. 3, p. 171-184, 2019, Epub 07 Out 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180819. ISSN 1984-0470. Acesso em: 20 janeiro 2020]

SILVA, G. F.et al. A formação na modalidade residência em enfermagem obstétrica: uma análise hermenêutico-dialética. **Escola Anna Nery** [online], v. 24, n. 4., 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0387. Acesso 30 Jun. 2021.

SILVA, J. L .P. et al. Fatores associados ao aleitamento materno na primeira hora de vida em um hospital amigo da criança. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2018, v. 27, n. 4, e4190017, Epub. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0104-07072018004190017. Acesso em: 27 Maio 2022. ISSN 1980-265X.

TOMASI, Yaná Tamara; SARAIVA, Suélen dos Santos; BOING, Alexandra Crispim; DELZIOVO, Carmem Regina; WAGNER,Kátia Jakovljevic Pudla; BOING, Antonio Fernando. Do pré-natal ao parto: Um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2021, v. 30, n. 1. e2020383. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100014. Epub 22 Jan 2021. ISSN 2237-9622. Acesso em: 10 Abril 2022.

TORNQUIST, C. S. **Parto e poder**: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Florianópolis, 2004. Tese (Doutorado em Antropologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/86639/ 207876.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 10 maio 2020..

TORRES, M. et al. Evidência sobre a posição da grávida no segundo estádio do trabalho de parto. **Acta Obstet Ginecol Port**, Coimbra, v. 12, n. 4, p. 277-283, dez., 2018. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302018000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 maio 2022.

TREVISAN, A. P.; VAN BELLEN, H. M. Avaliação de políticas públicas: Uma revisão teórica de um campo em construção. **Revista de Admnistração Pública**. Rio de Janeiro, v. 42, n. 3, p. 529-550, jun., 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122008000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 maio 2021.

UNICEF Brasil. **Mortalidade Materna e na Infância – Mulheres e crianças estão sobrevivendo cada vez mais.** Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/ comunicados-de-imprensa/mortalidade-materna-e-na-infancia-mulheres-e-criancas-estao-sobrevivendo-cada-vez-mais. 2019.

VENDRÚSCOLO, C.T; KRUEL, C.S. A História do parto: Do domicílio ao hospital; das parteiras ao médico; de sujeito a objeto. **Revista Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 16, n. 1, p. 95-107, 2015. Acesso em: 20 janeiro 2020. Disponível em: https://periodicos.ufn. edu.br/index.php/ disciplinarumCH/article/view/1842.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde Programa Saúde da Família em questão**. 1ª. Edição. São Paulo: Arbeit Factory Editora e Comunicação, 2005. 176pg. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/grupos/arquivos/20080228034019.pdf. Acesso em: 07 maio 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience**: Transforming Care of Women and Babies For Improved Health and Well-Being. World Health Organization, Geneva, Switzerland. 2018.

ZANELLA, L.C.H. **Metodologia de Pesquisa**. Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina. 2ª. Edição. Florianópolis, 2013.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA AO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Esse questionário faz parte da pesquisa acadêmica intitulada “Análise da Implantação Do Projeto Apice On em um Hospital Universitário Do Recife” que objetiva avaliar a implantação do Projeto APICE ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) no Hospital das Clínicas da UFPE nos anos de 2017 a 2019.

Você só deve responder ao questionário se atuou como médico (a) ou enfermeiro (a) no Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas da UFPE entre os anos de 2017 a 2019.

Espera-se que este estudo nos permita avaliar as ações implementadas pelo referido projeto e seus resultados sobre os indicadores de boas práticas no parto e nascimento, contribuindo de maneira acadêmica, com as ações de monitoramento do projeto no intuito de oferecer à população um serviço de saúde mais humanizado e seguro.

Sua contribuição é imprescindível, porém você não deve participar contra a sua vontade. Todas as informações coletadas nesse estudo serão confidenciais. Sua participação é anônima e sua identidade é sigilosa

Identificação do Profissional

1. Idade:
2. Sexo:
3. Cargo:
4. Função:
5. Tem especialização em obstetrícia?
6. Trabalha do Centro Obstétrico do Hospital das Clínicas há quanto tempo?

LEGENDA: (1) Discordo Totalmente; (2) Discordo Parcialmente; (3) Não Sei/ Não se Aplica; (4) Concordo Parcialmente; (5) Concordo Totalmente.

	COMPONENTE ATENÇÃO	1	2	3	4	5
1	Desconheço a área de abrangência deste serviço de atenção ao parto e nascimento					
2	Viabilizo leito em outra unidade de atenção ao parto quando da inexistência de vaga neste serviço					
3	Recebo gestantes para conhecer o local de parto rotineiramente					
4	Atividades educativas são realizadas com as gestantes e acompanhantes para favorecer a vinculação à maternidade, quando da visita prévia					
5	Normalmente atendemos a uma quantidade de parturientes superior ao número de leitos					
6	A equipe é insuficiente para a quantidade de parturientes atendida diariamente					

7	Recebemos gestantes sem o plano de parto individual elaborado durante o pre-natal					
8	Em geral recebemos as parturientes sem todos os resultados dos exames de rastreamento de risco realizados no pré-natal					
9	Temos facilidade em contatar a equipe de pré-natal da atenção primária e/ou ambulatório de alto risco, quando necessário					
10	Participo de reuniões com as equipes de pré-natal para discutir melhorias na atenção à gestação, parto e nascimento					
11	Quando necessitamos de procedimentos de apoio diagnóstico e terapêuticos não disponíveis, temos dificuldades em conseguir em outros serviços.					
12	O acesso às informações realizadas pelas demais unidades de saúde é facilitado pelo prontuário eletrônico.					
13	O parto normal é realizado em leitos PPP (pré-parto, parto e pós-parto imediato) neste serviço					
14	Restrinjo a ingesta hídrica e alimentar da parturiente durante o trabalho de parto, rotineiramente.					
15	Utilizo cortinas e/ou biombos para preservar a privacidade da parturiente no pré-parto coletivo.					
16	Estimulo a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente.					
17	Reconheço que o acompanhante dificulta o cuidado com a parturiente.					
18	O acompanhante raramente é informado sobre o estado da parturiente.					
19	Oriento sobre formas de relaxamento para o alívio da dor durante o Trabalho de Parto e Parto					
20	Estimulo a deambulação da gestante durante o trabalho de parto.					
21	Utilizo métodos não farmacológicos para alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento.					
22	Favoreço a liberdade de posição da parturiente durante o Trabalho de Parto e Parto					
23	Na fase ativa do trabalho de parto, realizo ausculta de batimentos cardiofetais a cada 30 min., rotineiramente					

24	Utilizo partograma para acompanhar o trabalho de parto.					
25	Ofereço informações à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto.					
26	Promovo o contato pele a pele entre mãe e filho, na primeira meia hora após o parto					
27	Realiza-se rotineiramente o enema no preparo para o parto					
28	A tricotomia é realizada rotineiramente, neste serviço.					
29	Utiliza-se a hidratação intravenosa durante o Trabalho de Parto e Parto.					
30	A ocitocina intravenosa é utilizada na condução do TP.					
31	Estimulo a parturiente a fazer força no momento da expulsão do feto.					
32	Realiza-se a episiotomia de rotina neste serviço.					
33	Evita-se a realização de toques vaginais por mais de um profissional.					
34	Realizo manobra de Kristeller quando necessário					
35	A amniotomia precoce raramente é realizada neste serviço.					
36	Sigo as recomendações do Ministério da Saúde na atenção ao parto e nascimento.					
37	As parturientes são informadas antes das intervenções que aceleram o trabalho de parto.					
38	Neste serviço, as decisões clínicas são compartilhadas com a equipe de plantão					
39	Cada profissional assiste ao parto conforme sua experiência.					
40	Discuto as evidências científicas sobre atenção ao parto e nascimento com minha equipe.					
41	Sinto-me desatualizado com relação às evidências científicas.					
42	Médicos e enfermeiros atuam de forma integrada, neste serviço.					
43	Aqui o parto normal é estimulado pela equipe multiprofissional.					

44	Assisto o parto de baixo risco de forma similar ao parto de alto risco.					
45	Neste serviço, os profissionais se capacitam periodicamente.					
46	Aqui se realizam pesquisas de satisfação das usuárias					
47	Registro informações sobre a atenção ao parto e nascimento apenas no prontuário eletrônico.					
48	Raramente consulto as informações sobre o pré-natal registradas no cartão da gestante.					
49	As ofertas de capacitação para os profissionais desta equipe são raras.					
50	A assistência ao parto pelas(os) enfermeiras(os) é restrita a alguns plantões (escassa).					
	COMPONENTE FORMAÇÃO					
51	Conheci o Projeto APICE ON					
52	Estive inserido em atividades diretamente relacionadas ao projeto					
53	Me senti motivado(a) a participar das atividades implementadas pelo projeto APICE ON					
54	Participei de curso de aperfeiçoamento/ treinamento na área de obstetrícia no Hospital das Clínicas nos últimos 3 anos					
55	Participei de treinamento/ fórum/ debate com temas relativos ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e violência sexual nos últimos 3 anos.					
56	Participei de curso de capacitação para preceptoria no Hospital das Clínicas					
57	Conheço os protocolos e as normas e rotinas institucionais necessários à minha prática assistencial diária.					
58	Participei da construção de protocolos e/ou normas e rotinas institucionais nas áreas de obstetrícia e/ ou neonatologia					
59	Costumo participar das atividades relacionadas à residência e a graduação (reuniões clínicas, clubes de revista, apresentação de seminários)					
60	Tenho dificuldade em conciliar as atividades da residência/ graduação com as atividades da assistência					

61	Não tenho interesse em participar das atividades da residência/ graduação					
62	Participo de comissão e/ou grupo de pesquisa no Hospital das Clínicas que aborda temas como cuidado ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo, atenção integral às mulheres em situação de violência sexual, ou inovações no ensino					
63	Possuo artigo (s) científico (s) publicado (s) em revistas indexadas na (s) área (s) de obstetrícia/neonatologia?					
64	No meu ambiente de trabalho, sou incentivado a realizar pesquisas científicas, construir protocolos assistenciais ou participar de cursos e comissões					

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA AO GESTOR

Esse questionário faz parte da pesquisa acadêmica intitulada “Análise da Implantação Do Projeto Apice On em um Hospital Universitário Do Recife” que objetiva avaliar a implantação do Projeto APICE ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) no Hospital das Clínicas da UFPE.

Com base nas metas e objetivos do APICE ON pactuados no Plano Operativo Anual do projeto, responda as perguntas a seguir.

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO
Nome
Cargo
Função

Condições Gerais da Maternidade	
1. Quantos leitos obstétricos existem neste hospital?	
2. Quantos nascimentos ocorrem por mês neste hospital?	
3. Existe comissão de análise de óbito neste hospital?	
4. Existe comissão de revisão de prontuário?	
5. Existe comissão de ética?	
6. Existe comissão de controle de infecção hospitalar?	
7. A instituição permite a presença de acompanhante durante a internação para o parto?	

COMPONENTE ATENÇÃO	**SIM**	**NÃO**
8. A visita de vinculação das gestantes está implantada no serviço?		
9. Está implementada a rotina de Alta Responsável?		
10. Há normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas sobre o atendimento à mulher, de fácil acesso à equipe de saúde?		

11. Em caso afirmativo, esses protocolos contemplam as suas especificidades socio-culturais?		
12. Na triagem obstétrica existe protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco Obstétrico implantado?		
13. Em caso afirmativo, o serviço funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana?		
14. Existe protocolo institucional de assistência de enfermagem obstétrica ao parto normal sem distocia?		
15. São utilizados métodos não farmacológicos pra alívio da dor?		
16. São ofertados DIUs no pós parto e pós aborto imediato?		
17. É permitida a presença de acompanhantes no Centro Obstétrico?		
18. É permitida a presença de acompanhantes no Alojamento Conjunto?		
19. Há a participação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto e nascimento?		
20. Há protocolo de assistência neonatal?		
21. Existe protocolo institucional formalizando as boas práticas de atenção ao abortamento e aborto legal?		
22. Existe protocolo institucional de atendimento inicial às mulheres em situação de violência sexual?		
23. O Plano de Redução de Cesáreas foi implantado no serviço?		
24. O hospital realiza acompanhamento dos partos cesáreos por grupo de Robson - Grupo 1 a 4		
25. O Programa de Melhoria da Qualidade foi implantado na maternidade?		
26. Foi implantado o check list de parto seguro?		

AMBIÊNCIA	SIM	NÃO
27. número de leitos compatível com a capacidade de pacientes internados?		
28. quarto PPP com banheiro?		
29. Há área de deambulação para parturientes?		
30. .Há controle de ruído,luminosidade e temperatura na UTIN e UCINCo?		
31. Há cadeira/ poltrona para acompanhantes na UTIN, UCINCo, UCINCa, Parto e Puerpério? (pode ser separado por setor)		
32. Há Acessibilidade para mulheres e/ou acompanhantes com deficiência?		
33. Os protocolos existentes encontram-se em local de fácil acesso aos trabalhadores?		
34. Há estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal?		
35. O serviço de atenção obstétrica e neonatal mantém em local visível a escala com nome dos profissionais, incluindo os plantões e a escala horizontal?		

COMPONENTE FORMAÇÃO	**SIM**	**NÃO**
36. Existe Protocolo de Integração Ensino- Serviço e Educação Permanente?		
37. Existe Colegiado de Integração Ensino- Serviço implantado nas áreas de obstetrícia e neonatologia?		
38. Há reuniões semanais para discussão de caso entre residentes da enfermagem, multiprofissionais, médico, preceptores-técnicos e docentes		
39. O Hospital dispõe de linha (s) de pesquisa (s) estruturada (s) abrangendo inovações no ensino e cuidado ao parto, nascimento, abortamento, planejamento reprodutivo e atenção integral às mulheres em situação de violência sexual?		

40. Existem grupos de pesquisa Intra e Interinstitucionais nas áreas de obstetrícia e neonatologia?		

COMPONENTE GESTÃO	**SIM**	**NÃO**
41. Está constituído o colegiado gestor na maternidade??		
Em caso de resposta afirmativa, responda as perguntas 47 a 49		
42. O colegiado formado é multiprofissional?		
43. O colegiado tem representação dos residentes e do setor de ensino?		
44. O colegiado gestor tem definido o plano de trabalho, a metodologia de atuação e o acompanhamento do funcionamento?		
45. Há ouvidoria em funcionamento no serviço?		
46. O serviço costuma fazer relatórios de avaliações da satisfação de usuárias e acompanhantes?		
47. Há instrumentos que o hospital utiliza para escuta e avaliação dos seus funcionários e residentes?		
48. Há reuniões com equipe multiprofissional para escuta das usuárias da maternidade e sua família?		

APÊNDICE C – ESTRUTURA FÍSICA E CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL CHECK LIST PARA OBSERVAÇÃO DIRETA

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL

TRIAGEM OBSTÉTRICA (Orientação para elaboração de projetos arquitetônicos da rede cegonha)	SIM	NÃO
1. Sala de acolhimento e registro com área mínima de $5m^2$		
2. Sala de exames e admissão com banheiro anexo		
3. Sala para classificação de risco		
4. Sala de espera com cadeira para gestantes e acompanhantes		
5. Bebedouros		
6. Equipamentos audiovisuais		
7. Sinalização nos ambientes		
8. Sistema de telefonia pública		

UNIDADE DE CENTRO OBSTÉTRICO (RDC 36/2008)	SIM	NÃO
Ambientes Fins		
9. Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante		
10. Sala de exame e admissão de parturientes		
11. Quarto PPP com poltrona de acompanhante, berço e bancada com pia para higienização e cuidados com o RN		
12. Chuveiro com água fria e quente		
13. Oxigênio e sinalização de enfermagem		
14. Banheiro para parturiente		

15. Área para deambulação (interna ou externa);		
16. Sala de serviço;		
17. Posto de enfermagem		
18. Área de prescrição médica		
19. Sala de parto cirúrgico/curetagem;		
20. Área de recuperação anestésica;		
21. Sala para AMIU;		
22. Área de indução anestésica;		
23. Ambientes de apoio		
24. Sala de utilidades;		
25. Banheiros com vestiários para funcionários e acompanhantes (barreira);		
26. Sala administrativa;		
27. Copa;		
28. Sala de estar para funcionários;		
29. Sanitários para acompanhantes		
30. Área de guarda de pertences;		
31. Área para guarda de macas e cadeiras de rodas.		
32. Posto de enfermagem e serviços		
33. Área para anti-sepsia cirúrgica das mãos e antebraços		
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS		
34. estetoscópio clínico;		
35. esfigmomanômetro;		
36. fita métrica;		
37. estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal);		

38. amnioscópio;		
39. mesa auxiliar;		
40. foco de luz móvel;		
41. instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron;		
material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:		
42. barra fixa ou escada de Ling;		
43. bola de Bobat ou cavalinho;		
44. instrumental para parto normal;		
45. mesa para refeição;		
46. camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente;		
47. poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito;		
48. relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.		
49. glicosímetro;		
50. material para cateterismo vesical;		
51. instrumental para cesariana;		
52. material para AMIU e curetagem uterina;		
53. bisturi elétrico;		
54. instrumental para histerectomia;		
55. material anestésico;		
56. oxímetro de pulso		
57. bomba de infusão;		
58. monitor cardíaco;		
59. aspirador;		
60. mesa para parto cirúrgico;		
61. foco cirúrgico de teto;		

62. material de emergência para reanimação, composto por desfibrilador, carro ou maleta de emergência contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, 01 (um) para cada posto de enfermagem;		
medicamentos para urgência e emergência clínica:		
63. Antiarrítmico;		
64. Anti-hipertensivo;		
65. Barbitúrico;		
66. Benzodiazepínico;		
67. Broncodilatador;		
68. Diurético;		
69. Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos;		
70. Glicose hipertônica e isotônica;		
71. Solução fisiológica;		
72. Água destilada.		
medicamentos básicos para uso obstétrico:		
73. Ocitocina, misoprostol e uterotônicos;		
74. Inibidores da contratilidade uterina;		
75. Sulfato de magnésio 20% e 50%;		
76. Anti-hemorrágico;		
77. Hidralazina 20 mg;		
78. Nifedipina 10 mg;		
79. Aceleradores da maturidade pulmonar fetal;		
80. Antibióticos;		
81. Anestésicos;		
82. Analgésicos.		
OPCIONAL 83. instrumentos para parto vaginal operatório, incluindo fórceps de Simpson, Kjeelland e Piper de tamanhos variados e vácuo extrator.		

O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido:		
84. clampeador de cordão;		
85. material para identificação da mãe e do recém-nascido;		
86. balança para recém-nascido;		
87. estetoscópio clínico;		
88. oxímetro de pulso;		
89. mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante;		
90. material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traquéia;		
91. material para ventilação (balão auto inflável de 500 e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H2O ou manômetro);		
92. máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo;		
93. material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e fio guia estéril opcional;		
94. material para cateterismo umbilical;		
medicamentos:		
95. Adrenalina diluída 1:10.000;		
96. Solução fisiológica;		
97. Bicarbonato de sódio 4,2%;		
98. Hidrocloreto de Naloxona;		
99. Vitamina K.		
100. material para drenagem torácica e abdominal;		
101. plástico protetor para evitar perda de calor.		

ALOJAMENTO CONJUNTO (PORTARIA Nº 2.068, DE 21 DE OUTUBRO DE 2016)	SIM	NÃO

102. Enfermarias destinadas à assistência à puérpera e ao recém-nascido com capacidade para três a seis leitos, com banheiro anexo		
103. Para cada leito materno, deve ser disponibilizado um berço para recém-nascido e uma poltrona para acompanhante.		
104. Quartos com tamanho adequado para acomodar mulher e recém-nascido, de acordo com as normas vigentes da ANVISA (3m² para cada conjunto leito materno/berço)		
105. Medidas que assegurem a privacidade da mulher devem ser adotadas, assim como a observação do conforto luminoso para as puérperas, os recém-nascidos e acompanhantes, quando instalados em quartos ou enfermarias com mais de um leito		
106. Posto de Enfermagem		
MATERIAIS E EQUIPAMENTOS		
107. berço de material de fácil limpeza, desinfecção e que permita a visualização lateral;		
108. bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical;		
109. estetoscópio clínico e esfigmomanômetro;		
110. balança;		
111. balança para recém-nascido;		
112. régua antropométrica e fita métrica inelástica de plástico;		
113. aparelho de fototerapia, um para cada 10 berços;		
114. oftalmoscópio;		
115. otoscópio;		
116. aspirador com manômetro e oxigênio;		
117. glicosímetro;		
118. analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, anti-hipertensivos e outras medicações de uso comum no puerpério e no período neonatal;		

119. material de emergência para reanimação, um para cada posto de enfermagem, composto por desfibrilador, carro ou maleta contendo medicamentos, ressuscitador manual com reservatório, máscaras, laringoscópio completo, tubos endotraqueais, conectores, cânulas de Guedel e fio guia estéril, apropriados para adultos e recém-nascidos. O carro ou maleta de emergência pode ser único para atendimento materno e ao recém-nascido.		

UTI NEONATAL (PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012)	SIM	NÃO
120. material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos		
121. monitor de beira de leito, cardioscopia, oximetria de pulso e pressão não invasiva, frequência respiratória e temperatura: 1 (um) para cada leito;		
122. ventilador pulmonar mecânico microprocessado: 1 (um) para cada 2 (dois) leitos, com reserva operacional de 1 (um) equipamento para cada 5 (cinco) leitos, devendo dispor cada equipamento de, no mínimo, 2 (dois) circuitos completos;		
123. ventilador pulmonar específico para transporte, com bateria: 1 (um) para cada 10 (dez) leitos ou fração;		
124. equipamento para infusão contínua e controlada de fluidos ("bomba de infusão"): 3 (três) equipamentos por leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 3 (três) leitos;		
125. conjunto de nebulização, em máscara: 1 (um) para cada leito;		
126. conjunto padronizado de beira de leito contendo estetoscópio, fita métrica, ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com máscara e reservatório: 1 (um) conjunto para cada leito, com reserva operacional de 1 (um) para cada 2 (dois) leitos;		
127. bandejas contendo material apropriado para os seguintes procedimentos: punção lombar; drenagem liquórica em sistema fechado, diálise peritoneal, drenagem torácica com sistema fechado; traqueostomia; acesso venoso profundo, incluindo cateterização venosa central de inserção periférica (PICC), flebotomia, cateterismo de veia e artéria umbilical; exsanguíneo transfusão; punção pericárdica; cateterismo vesical de demora em sistema fechado e curativos em geral;		
128. eletrocardiógrafo portátil disponível na unidade;		

129. materiais e equipamento para monitorização de pressão arterial invasiva;		
130. oftalmoscópio e otoscópio: no mínimo 2 (dois);		
131. negatoscópio, foco auxiliar portátil e aspirador cirúrgico portátil: 1 (um) por UTIN;		
132. equipamento para aferição de glicemia capilar, específico para uso hospitalar: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos ou fração;		
133. estadiômetro ou fita métrica: 1 por unidade;		
134. pontos de oxigênio e ar comprimido medicinal com válvulas reguladoras de pressão e pontos de vácuo para cada leito;		
135. equipamento para ventilação pulmonar não-invasiva:1(um) para cada 5 (cinco) leitos, quando o ventilador pulmonar microprocessado não possuir recursos para realizar a modalidade de ventilação não-invasiva.		
136. materiais de interface facial para ventilação pulmonar não-invasiva (máscara ou pronga); 1 (um) por leito, devendo a UTIN dispor de todos os tamanhos: 00, 0, 1, 2, 3, e 4;		
137. fototerapia, capacete/capuz de acrílico e tenda para oxigenioterapia: 1 (um) para cada 3 (três) leitos/fração, com reserva operacional de 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;		
138. incubadora com parede dupla: 1 (um) por paciente de UTIN, dispondo de berços aquecidos de terapia intensiva para no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos;		
139. incubadora para transporte completa, com monitorização contínua, suporte para equipamento de infusão controlada de fluidos, com bateria, de suporte para cilindro de oxigênio, cilindro transportável de oxigênio e kit ("maleta") para acompanhar o transporte de pacientes graves, contendo medicamentos e materiais para atendimento às emergências: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos ou fração;		
140. balança eletrônica portátil: 1 (uma) para cada 10 (dez) leitos;		
141. poltronas removíveis, com revestimento impermeável, para acompanhante: 1 (uma) para cada 4 (quatro) leitos ou fração;		

142. refrigerador com temperatura interna de 2 a 8°C, de uso exclusivo para guarda de medicamentos, com conferência e registro de temperatura a intervalos máximos de 24 horas: 1 (um) por UTIN;		
143. materiais para aspiração traqueal em sistemas aberto e fechado;		

UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CONVENCIONAL (UCINco) - PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012	SIM	NÃO
144. berço de calor radiante em no mínimo 10% (dez por cento) dos leitos;		
145. incubadoras simples em no mínimo 60% (sessenta por cento) dos leitos		
146. berços de acrílico em no mínimo 30% (trinta por cento) dos leitos		
147. monitor multiparâmetros: 1 (um) para cada 5 (cinco) leitos;		
148. ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 (um) para cada 3 (três) recém-nascidos		
149. capacetes/ capuz para oxigênio: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos		
150. termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;		
151. estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;		
152. esfignomanômetro - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração;		
153. otoscópio e oftalmoscópio - 1 (um) para 15 (quinze) leitos ou menor fração;		
154. material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos		
155. conjunto de nebulizador e máscara: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos		

156. aspirador portátil: 1 (um) por unidade.		
157. bomba de infusão: 1 (uma) para cada leito;		
158. aparelhos de fototerapia: 1 (um) para cada 4 (quatro) leitos;		
159. balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos?		
160. negatoscópio ou sistema informatizado para visualizar Raio X: 1 (um) por unidade;		
161. relógios e calendário de parede visíveis;		
162. poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito (para realização de contato pele a pele/posição canguru);		
163. oxímetro de pulso: 1 (um) para cada leito.		
164. termômetro: 1 (um) para cada leito.		
UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL CANGURU- PORTARIA Nº 930, DE 10 DE MAIO DE 2012	SIM	NÃO
165. incubadoras simples em pelo menos 20% (vinte por cento) dos leitos		
166. berços de acrílico em pelo menos 80% (oitenta por cento) dos leitos		
167. ressuscitador manual tipo balão auto-inflável com reservatório e válvula e máscaras para prematuros e recém-nascido a termo: 1 para cada 5 (cinco) recém-nascidos		
168. termômetro digital individual: 1 (um) para cada leito;		
169. estetoscópio individual: 1 (um) para cada leito;		
170. material e equipamento para reanimação: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos		
171. aspirador portátil: 1 (um) para cada 15 (quinze) leitos		
172. balança eletrônica: 1 (uma) para cada 15 (quinze) leitos		

173. relógios e calendários de parede visíveis;		
174. poltronas removíveis, com revestimento impermeável: 1 (uma) por leito.		

A incubadora de transporte, o esfignomanômetro, o otoscópio, o oftalmoscópio e o conjunto de nebulizador e máscara poderão ser compartilhados entre as UCINCo e UCINCa, guardando a proporção em relação ao número de leitos.

REQUISITOS DE HUMANIZAÇÃO PARA UCINco e UCINca	SIM	NÃO
175. controle de ruído;		
176. controle de iluminação;		
177. climatização;		
178. iluminação natural, para as novas unidades;		
179. garantia de livre acesso a mãe e ao pai, e permanência da mãe ou pai;		
180. garantia de visitas programadas dos familiares; e		
181. garantia de informações da evolução dos pacientes aos familiares, pela equipe médica, no mínimo, uma vez ao dia.		

APÊNDICE D – ESCALA DE BEM-ESTAR MATERNO NA SITUAÇÃO DE PARTO BMSP2

O seguinte questionário identifica o nível de bem-estar de mães que passaram pelo processo de parto. Leia-o cuidadosamente. Nele, você vai encontrar algumas afirmações que representam situações que você pode ter vivido, desde que chegou à maternidade, até que teve seu filho; situações que a fizeram **"sentir-se bem"** ou **"sentir-se mal".**

Com cada uma dessas afirmações, você pode concordar totalmente (escore 5), até discordar totalmente (escore 1). Por favor, marque com um X seu grau de concordância. Marque apenas **uma resposta** para cada afirmação**.** Se mais de uma resposta, ela será anulada.

Sinta-se completamente livre para responder. O sucesso desta avaliação dependerá de que suas respostas reflitam o que você realmente viveu nesta experiência. No caso de não entender qualquer das situações expressas no questionário, pedimos para consultar a pessoa responsável.

LEGENDA: 1-Concordo Totalmente; 2- concordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Discordo; 5- Discordo Totalmente

Dados gerais						
Idade	Escolaridade	Paridade: G P A				
Naturalidade						
Tipo de parto						
Escala de Bem-Estar Materno na Situação de Parto BMSP2		1	2	3	4	5
1. Durante todo o processo de parto os profissionais me orientaram, me disseram o que fazer e me apoiaram.						
2. Senti-me sempre acompanhada por algum profissional.						
3. Senti que alguns cuidados foram realizados de maneira grosseira por algum membro da equipe*.*						
4. Todas as vezes que precisei, pude estar com meu parceiro ou outra pessoa importante para mim.						
5. Eu me senti tratada de forma autoritária; "foram mandões comigo"**						

6. Acho que fui bem atendida, de maneira muito profissional.					
7. Pude receber anestesia quando precisei.					
8. Observei ordem e limpeza em cada um dos lugares onde estive.					
9. Senti que os procedimentos que realizaram em mim foram feitos corretamente.					
10. O tratamento que recebi foi carinhoso; elas ou eles falavam com palavras suaves que me acalmaram.					
11. Pude falar livremente as minhas dúvidas e medos relacionados a minha saúde e de meu bebê.					
12. Antes do parto pude beber líquidos ou me alimentar, quando precisei.					
13. Em qualquer fase do processo, facilitaram a entrada do meu parceiro ou de outra pessoa importante para mim.					
14. As pessoas que me atenderam se relacionaram bem comigo.					
15. Senti que as pessoas que me atenderam conheciam e faziam bem o seu trabalho.					
16. As pessoas se preocupavam em cuidar da minha privacidade e de outras mulheres que viveram a experiência do parto junto comigo.					
17. Fui informada cada vez que me administravam algum medicamento.					
18. Em todos os lugares onde estive, a iluminação era adequada.					
19. Constantemente recebi informação sobre o meu estado de saúde e de meu bebê.					
20. Os profissionais estiveram atentos a mim durante todo o processo de parto.					
21. Sempre me senti respeitada e participando das decisões que os profissionais tomavam a respeito do meu processo de parto.					

22. No momento que meu bebê nasceu pudemos estar juntos todo o tempo que foi necessário.					
23. Durante a minha permanência no pré-parto, a equipe se preocupou com o período que passei sem me alimentar.					
24. Quando meu bebê nasceu, os profissionais foram respeitosos com o tempo que precisávamos para estar juntos.					
25. A equipe estava preocupada em respeitar a nossa privacidade durante o nascimento					
26. O ambiente era acolhedor e is tome fez sentir que estava em um espaço familiar.					
27. Os equipamentos, monitores, aparelhos de pressão e outros, pareciam seguros, em bom estado e funcionando bem					
28. As pessoas que me atenderam foram respeitosas com meus valores ou crenças religiosas.					
29. Durante a minha permanência no pré-parto tive a possibilidade de receber algum tipo de alimento quando eu estava com fome.					
30. Em cada fase do processo fui atendida prontamente pela equipe da maternidade.					
31. Antes do parto, me ofereceram diferentes possibilidades de exercícios e atividades para aliviar a dor.					
32. Sinto que foram realizados procedimentos que não correspondem ao processo de um parto natural.**					
33. Muitas vezes, evitei expressar a dor,mal-estar ou desconfortos, por medo das pessoas da equipe de saúde se aborrecerem comigo**					
34. Enquanto estive no pré-parto, tive a oportunidade de sair da cama livremente, caminhar ou sentar em uma cadeira .					
35. Senti que me atenderam em um hospital antigo e em más condições físicas**					
36. No momento do parto, pude estar acompanhada de meu parceiro ou outra pessoa importante para mim.					

37. Para que me sentisse confortável no pré-parto, ofereceram- me várias alternativas de descanso, além de ficar deitada em uma cama.					
38. Durante o momento do parto, pude escolher a posição mais confortável para mim, facilitando o nascimento do bebê					
39. Independentemente de como eu me comportava, os profissionais sempre me trataram bem.					
40. Eu me senti confortável durante o parto.					
41. Imediatamente após o parto tive a oportunidade de receber algum alimento.					
42. A limpeza dos banheiros e o funcionamento dos chuveiros eram adequados para um hospital.					
43. Houve momentos em que eu me senti abandonada, como se as minhas necessidades não fossem importantes para a equipe**					
44. Sempre observei um tratamento respeitoso por parte da equipe de saúde.					
45. No momento do parto e logo após o nascimento do meu bebê, pudemos estar em contato pele a pele.					
46. Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento.					
47. Os profissionais que me atenderam foram cuidadosos e respeitosos, sem invadir minha privacidade nos momentos que queria ficar tranquila.					

Uribe C., Contreras, A., Villarroel L. Valenzuela, MT., Abarzua, F apud Jamas, MT.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA **PUÉRPERAS** MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS).

Meu nome é Tamires Diogo Alves de Lira (Rua Virgínio Campelo, 180, Prado, Recife-PE. CEP: 50720365 – Telefone: 81 997975532, e-mail: tami.alves1@gmail.com), sou enfermeira e mestranda do Programa de Pós Graduação em Gestão e Economia da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação da professora Dra. Roberta de Moraes Rocha (Telefone: 81 987860939, e-mail roberta_rocha_pe@yahoo.com.br) e coorientação da professora Danielle Wisniewiski Mariani, (telefone 81 971028668). Estou desenvolvendo a pesquisa: **"Análise da Implantação do Projeto Apice On em um Hospital Universitário do Recife".**

Justificativa: O APICE ON (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia) foi um projeto implantado em vários hospitais de ensino do Brasil, com o objetivo de adequar o ensino em saúde materno-infantil no país e com isso melhorar a assistência prestadas às mulheres e aos recém-nascidos. A motivação para o presente estudo partiu do desejo em conhecer de que maneira o Projeto APICE ON, foi implantado e quais foram os seus resultados na assistência à saúde das mulheres e dos bebês.

O objetivo dessa pesquisa é avaliar a implantação do projeto APICE ON no Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Assim, solicito o seu consentimento para participar deste estudo. Nesse questionário você responderá perguntas sobre o seu parto. Para cada afirmação você pode concordar totalmente (5 pontos), até discordar totalmente (1 ponto). Por favor, marque com um X a sua escolha. Marque apenas uma resposta para cada afirmação. Se você marcar mais de uma resposta, ela será anulada.

Geralmente a duração da aplicação do questionário é menor que 15 minutos, com necessidade de apenas 1 visita e você pode, a qualquer momento, desistir de sua participação, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Você possui o direito de solicitar acesso aos resultados parciais e finais da pesquisa. Caso seja de seu interesse, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável pelo email: tami.alves1@gmail.com, ou por telefone (81) 997975532.

Riscos em participar da pesquisa: Por se tratar de uma pesquisa que envolve relembrar um momento íntimo vivido, você pode sentir algum constrangimento ou desconforto emocional enquanto preenche o formulário. Para minimizar esses sentimentos os pesquisadores são treinados para o método de entrevista e estarão atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Além disso, é garantindo a você um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, como também ficará garantido o acesso ao resultado individual e coletivo.

Benefícios diretos e indiretos para os voluntários: os resultados dessa pesquisa nos permitirão avaliar o serviço prestado às gestantes, puérperas e recém-nascidos no Hospital das Clínicas contribuindo com as ações de monitoramento do projeto, possibilitando oferecer à população um serviço de saúde mais humanizado e seguro.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todas as suas dúvidas forem esclarecidas e caso você concorde com a sua participação no estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Sua participação nessa pesquisa será anônima e não haverá identificação do seu nome ou dos seus dados. Os dados coletados nesta entrevista ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

Você não receberá nenhum valor e também não será cobrado nada pela sua participação, pois sua aceitação é voluntária, mas fica garantida a indenização em casos de danos, se ocorrerem decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, a senhora poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br ,** assim como também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego ,1235, 3º andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-901, tel.: (81) 2126.3743, e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br).**

_____
(assinatura do pesquisador).

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A).

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **"Análise da Implantação do Projeto Apice On em um Hospital Universitário do Recife"** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de minha assistência.

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Impressão digital (opcional).

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

OBS: A folha com as assinaturas não pode estar em folha separada do texto do TCLE.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA **PROFISSIONAIS** MÉDICOS E ENFERMEIROS).

Convidamos o (a) Sr (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa "Análise da Implantação do Projeto Apice On em um Hospital Universitário do Recife" que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Tamires Diogo Alves de Lira**, Rua Virgínio Campelo, 180, Prado, Recife-PE. CEP: 50720365 – Telefone: (81) 997975532 e-mail: tami.alves1@gmail.com.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores **Danielle Wisniewiski Mariani (coorientador)**, Telefones para contato: (81) 971028668 e está sob a orientação de: **Dra. Roberta de Moraes Rocha**, Telefone: (81) 987860939, e-mail roberta_rocha_pe@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Justificativa: Estudos apontam que apesar da intensa medicalização do parto e da ampla cobertura do pré-natal, as altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país, ainda persistem. Assim, a motivação para o presente estudo partiu do desejo em conhecer de que maneira o Projeto APICE On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatalogia) foi implantado e quais foram os seus resultados na assistência à saúde das mulheres.

Objetivos: Essa pesquisa tem por objetivo principal avaliar o grau de implantação do Projeto APICE ON no Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Local: O local da pesquisa serão os setores da triagem obstétrica, centro obstétrico, alojamento conjunto e UTI neonatal do Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Você responderá a um questionário composto 7 questões gerais, 50 questões sobre a realidade do serviço prestado por você à gestante/ parturiente e 14 questões sobre sua formação profissional. Para cada afirmação você pode concordar totalmente (escore 5), até discordar totalmente (escore 1). Por favor, marque com um X seu grau de concordância. Marque apenas **uma resposta** para cada afirmação**.** Se mais de uma resposta, ela será anulada.

O tempo estimado de aplicação do questionário é inferior a 15 minutos, com necessidade de apenas 1 visita e você pode a qualquer momento desistir de sua participação, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Você possui o direito de solicitar acesso aos resultados parciais e finais da pesquisa. Caso seja de seu interesse, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável pelo email tami.alves1@gmail.com, ou por telefone (81) 997975532.

Riscos em participar da pesquisa: Por se tratar de uma pesquisa que envolve a reflexão a respeito de aspectos da sua vida profissional, você pode sentir algum constrangimento ou desconforto emocional enquanto preenche o formulário, ou pode ser tomado um pouco do seu tempo. Para minimizar esses sentimentos os pesquisadores são treinados para o método de entrevista e estarão atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Além disso, está garantindo à você um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, como também ficará garantido o acesso ao resultado individual e coletivo.

BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários: o levantamento desses dados nos permite avaliar as ações implementadas pelo referido projeto e seus resultados sobre os indicadores de boas práticas no parto e nascimento, contribuindo com as ações de monitoramento do projeto no intuito de oferecer à população um serviço de saúde mais humanizado e seguro.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta entrevista ficarão armazenados computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br), ,** assim como também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego ,1235, 3º andar- Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-901, tel.: (81) 2126.3743, e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br).**

_____
(assinatura do pesquisador).

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A).

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **"Análise da Implantação do Projeto Apice On em um Hospital Universitário do Recife"** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de minha assistência.

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

OBS: A folha com as assinaturas não pode estar em folha separada do texto do TCLE.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA O GESTOR).

Convidamos o (a) Sr (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa "Análise da Implantação do Projeto Apice On em um Hospital Universitário do Recife" que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **Tamires Diogo Alves de Lira**, Rua Virgínio Campelo, 180, Prado, Recife-PE. CEP: 50720365 – Telefone: (81) 997975532 e-mail: tami.alves1@gmail.com.

Também participam desta pesquisa os pesquisadores **Danielle Wisniewiski Mariani (coorientador)**, Telefones para contato: (81) 971028668 e está sob a orientação de: **Dra. Roberta de Moraes Rocha**, Telefone: (81) 987860939, e-mail roberta_rocha_pe@yahoo.com.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Justificativa: Estudos apontam que apesar da intensa medicalização do parto e da ampla cobertura do pré-natal, as altas taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil, incompatíveis com o nível de desenvolvimento do país, ainda persistem. Assim, a motivação para o presente estudo partiu do desejo em conhecer de que maneira o Projeto APICE On (Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatalogia) foi implantado e quais foram os seus resultados na assistência à saúde das mulheres.

Objetivos: Essa pesquisa tem por objetivo principal avaliar o grau de implantação do Projeto APICE ON no Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Local: O local da pesquisa serão os setores da triagem obstétrica, centro obstétrico, alojamento conjunto e UTI neonatal, UCINco e UCINca do Hospital das Clínicas de Pernambuco.

Você responderá a um questionário composto por 53 questões sobre aspectos gerais, estruturais e assistenciais da maternidade.. Para cada afirmação você terá a opção de marcar SIM ou NÃO. Por favor, marque com um X seu grau de concordância. Marque apenas **uma resposta** para cada afirmação**.** Se mais de uma resposta, ela será anulada.

O tempo estimado de aplicação do questionário é inferior a 15 minutos, com necessidade de apenas 1 visita e você pode a qualquer momento desistir de sua participação, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Você possui o direito de solicitar acesso aos resultados parciais e finais da pesquisa. Caso seja de seu interesse, por favor entre em contato com a pesquisadora responsável pelo email tami.alves1@gmail.com, ou por telefone (81) 997975532.

Riscos em participar da pesquisa: Por se tratar de uma pesquisa que envolve a reflexão a respeito de aspectos da sua vida profissional, você pode sentir algum constrangimento ou desconforto emocional enquanto preenche o formulário ou pode ser tomado um pouco do seu tempo. Para minimizar esses sentimentos os pesquisadores são treinados para o método de entrevista e estarão atentos aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Além disso, é garantido a você um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras, como também ficará garantido o acesso ao resultado individual e coletivo.

BENEFÍCIOS diretos e indiretos para os voluntários: o levantamento desses dados nos permite avaliar as ações implementadas pelo referido projeto e seus resultados sobre os indicadores de boas práticas no parto e nascimento, contribuindo com as ações de monitoramento do projeto no intuito de oferecer à população um serviço de saúde mais humanizado e seguro.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta entrevista ficarão armazenados computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado pelo período de mínimo 5 anos.

O Sr./Sra. poderá solicitar, se assim quiser, o relatório final da pesquisa que fez parte.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br), ,** assim como também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do HC/UFPE no endereço: (**Avenida Prof. Moraes Rego ,1235, 3º andar-Cidade Universitária, Recife-PE, Brasil CEP: 50670-901, tel.: (81) 2126.3743, e-mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br)**

_____

(assinatura do pesquisador).

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A).

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **"Análise da Implantação do Projeto Apice On em um Hospital Universitário do Recife"** como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou interrupção de minha assistência.

Local e data _____
Assinatura do participante: _____

Impressão digital

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

OBS: A folha com as assinaturas não pode estar em folha separada do texto do TCLE.

ANEXO A – CARTA DE AUNÊNCIA DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Avenida Professor Moraes Rego, S/N - Bairro Cidade Universitária
Recife-PE, CEP 50740-900
- http://hcufpe.ebserh.gov.br

Carta - SEI nº 95/2021/SGPIT/GEP/HC-UFPE-EBSERH

Recife, *data da assinatura eletrônica.*

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO APICE ON EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RECIFE**", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal **SEM PESQUISADOR PRINCIPAL**.

2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.

3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(*assinada eletronicamente*)

Gerente de Ensino e Pesquisa

Documento assinado eletronicamente por **Raquel Kelner Silveira, Chefe de Setor**, em 03/08/2021, às 11:46, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **15271265** e o código CRC **73905781**.

Referência: Processo nº 23536.015633/2021-11 SEI nº 15271265

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA CHEFIA DA NEONATOLOGIA

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA DA CHEFIA DA OBSTERÍCIA

ANEXO D - CARTA DE ANUÊNCIA CHEFIA DO SAME