

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JÚLIA REZENDE MACHADO VIEIRA

Avaliação da qualidade da assistência ao parto e do bem-estar
das parturientes de Ribeirão Preto, SP

RIBEIRÃO PRETO

2024

JÚLIA REZENDE MACHADO VIEIRA

Avaliação da qualidade da assistência ao parto e do bem-estar
das parturientes de Ribeirão Preto, SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à saúde da mulher no
ciclo vital

Orientador: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

RIBEIRÃO PRETO

2024

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Vieira, Júlia Rezende Machado

Avaliação da qualidade da assistência ao parto e do bem-estar das parturientes de Ribeirão Preto, SP. Ribeirão Preto, 2024.

100 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Juliana Cristina dos Santos Monteiro

1. Parto Humanizado. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Bem-Estar materno.

VIEIRA, Júlia Rezende Machado

Avaliação da qualidade da assistência ao parto e do bem-estar das parturientes de
Ribeirão Preto, SP

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedico este trabalho

À minha família, meu grande exemplo de amor e esforço, minha fonte constante de apoio e força, ao longo de toda a minha vida, sendo essencial para a realização desta etapa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço:

A **Deus** por me permitir viver essa experiência, por me sustentar em todos os dias da minha vida e pela sua misericórdia se renovar a cada manhã.

À minha orientadora, **Prof^a. Dra. Juliana Cristina dos Santos Monteiro**, por ser minha referência de profissional, demonstrando amor pela profissão, e sendo meu principal estímulo para aprofundar meus estudos em saúde da mulher, desde os tempos da graduação.

Ao meu marido **Igor**, por estar ao meu lado, confiando em meu potencial, guiando-me a ver as situações de maneira positiva, e proporcionando alegria e leveza ao longo de toda essa fase.

À minha filha **Liz**, que mesmo ainda sem a ter visto, me traz uma força e amor indescritíveis.

Aos meus pais **Cláudia** e **Marcelo**, por estarem presentes durante todo esse percurso, sempre me incentivando e ajudando em todas as minhas dificuldades. Sem eles esse sonho não teria se concretizado. Trazem-me a segurança e amparo, em todas as fases da minha vida.

Aos meus irmãos, **Ana Luísa** e **Gustavo**, por serem meus melhores amigos e minhas fortalezas, por estarem sempre dispostos a me ouvir e nunca me deixarem desanimar.

Aos meus sogros, **Julio** e **Cristina**, por serem tão acolhedores comigo, desde o primeiro dia, trazendo-me para a família de uma forma tão bondosa. Sempre dispostos a me ouvir e me incentivar durante essa fase.

Aos meus cunhados, **Tulio**, **Francine**, **Juliana** e **Douglas**, por vibrarem por cada conquista minha.

A **todos** que de alguma forma contribuíram ao longo dessa jornada para me ajudar de qualquer maneira.

À **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP)**, pelo auxílio e estrutura oferecida durante toda a elaboração do presente trabalho, contribuindo no meu desenvolvimento profissional.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar” (FREIRE, 1997, p. 79).

RESUMO

VIEIRA, J. R. M. **Avaliação da qualidade da assistência ao parto e do bem-estar das parturientes de Ribeirão Preto, SP.** 2024. 100 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

A literatura evidencia a importância da qualidade da assistência prestada durante o trabalho de parto e parto, porém são escassos os estudos que, da mesma forma, consideram e relacionam o bem-estar da mulher, protagonista desse processo. Assim, o objetivo deste estudo é analisar a relação da qualidade da assistência durante o trabalho de parto e o parto no bem-estar de parturientes atendidas em uma maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Ribeirão Preto, SP. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, desenvolvido em uma maternidade pública do município de Ribeirão Preto, SP. A coleta de dados aconteceu de maio a agosto de 2023, utilizando um instrumento sociodemográfico e obstétrico, o Índice de Bologna e a Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto. Os dados foram processados e analisados utilizando-se o *software* SAS 9.4 e foi considerado um nível de significância de 5%. Participaram do estudo 165 mulheres, das quais 95,76% apresentaram ótimo ou adequado bem-estar e o escore médio do índice de Bologna de 3,6, o que representa boa qualidade da assistência prestada. A associação entre o índice de Bologna e as variáveis sociodemográficas foi estatisticamente significativa somente para a variável de estado marital ($p < 0,05$), evidenciando a importância de um companheiro durante o trabalho de parto e parto. Neste trabalho, não houve associação estatisticamente significativa entre a qualidade da assistência ao parto e o bem-estar materno ($p = 0,58$). Frente ao exposto, conclui-se que a maternidade realizou vários cuidados pautados na humanização, com práticas com impacto positivo na qualidade da assistência e no bem-estar das mulheres.

Palavras-chave: Parto Humanizado. Qualidade da Assistência à Saúde. Bem-Estar Materno.

ABSTRACT

VIEIRA, J. R. M. **Assessment of the quality of childbirth care and the well-being of women in labor in Ribeirão Preto, SP.** 2024. 100 f. Thesis (Doctorate degree in Sciences) – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, 2024.

The literature highlights the importance of the quality of care provided during labor and delivery, but there are few studies that, in the same way, consider and relate the well-being of women, the protagonists of this process. Thus, the objective of this study is to analyze the relationship between the quality of care during labor and delivery on the well-being of parturient women treated in a maternity ward of the Unified Health System (SUS) in the city of Ribeirão Preto, SP. This is a cross-sectional and descriptive study, developed in a public maternity hospital in the city of Ribeirão Preto, SP. Data collection took place from May to August 2023, using a sociodemographic and obstetric instrument, the Bologna Index and the Maternal Well-Being Scale in Birth Situations. The data were processed and analyzed using the SAS 9.4 software and a significance level of 5% was considered. 165 women participated in the study, of which 95.76% had excellent or adequate well-being and an average Bologna index score of 3.6, which represents good quality of the care provided. The association between the Bologna index and sociodemographic variables was statistically significant only for the marital status variable ($p < 0,05$), highlighting the importance of a partner during labor and delivery. In this study, there was no statistically significant association between the quality of birth care and maternal well-being ($p = 0,58$). In view of the above, we conclude that the maternity hospital provided various types of care based on humanization, with practices that had a positive impact on the quality of care and well-being of women.

Keywords: Humanizing Delivery. Quality of Health Care. Maternal Welfare.

RESUMEN

VIEIRA, J. R. M. **Evaluación de la calidad de la atención al parto y del bienestar de las parturientas en Ribeirão Preto, SP.** 2024. 100 f. Tesis (Doctorado en Ciencias) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2024.

La literatura destaca la importancia de la calidad de la atención brindada durante el trabajo de parto y el parto, pero son pocos los estudios que, de la misma manera, consideren y relacionen el bienestar de la mujer, protagonista de este proceso. Así, el objetivo de este estudio es analizar la relación entre la calidad de la atención durante el parto y el parto en el bienestar de las parturientas atendidas en una maternidad del Sistema Único de Salud (SUS) en la ciudad de Ribeirão Preto-SP. Se trata de un estudio transversal y descriptivo, desarrollado en una maternidad pública de la ciudad de Ribeirão Preto, SP. La recolección de datos se realizó de mayo a agosto de 2023, mediante un instrumento sociodemográfico y obstétrico, el Índice de Bolonia y la Escala de Bienestar Materno en Situaciones de Parto. Los datos fueron procesados y analizados mediante el software SAS 9.4 y se consideró un nivel de significancia del 5%. Participaron del estudio 165 mujeres, de las cuales 95,76% presentaron bienestar excelente o adecuado y puntaje promedio del índice de Bolonia de 3,6, lo que representa buena calidad de la atención brindada. La asociación entre el índice de Bolonia y las variables sociodemográficas fue estadísticamente significativa sólo para la variable estado civil ($p < 0,05$), destacando la importancia de la pareja durante el trabajo de parto y el parto. En este estudio, no hubo asociación estadísticamente significativa entre la calidad de la atención del parto y el bienestar materno ($p = 0,58$). Teniendo en cuenta lo anterior, se concluye que la maternidad brindó diversos tipos de atención basados en la humanización, con prácticas que impactaron positivamente en la calidad de la atención y el bienestar de las mujeres.

Palabras-clave: Parto Humanizado. Calidad de la Atención de Salud. Bienestar Materno.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	44
Tabela 2 – Características obstétricas das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	46
Tabela 3 – Itens do Índice de Bologna das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	48
Tabela 4 – Escore final - Frequências dos escores finais, do indicador C, das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023..	49
Tabela 5 – Análise de comparação do indicador C do Índice de Bologna, segundo as variáveis das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	51
Tabela 6 – Percepção de bem-estar materno das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	53
Tabela 7 – Resposta de cada pergunta da BMSP 2, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	53
Tabela 8 – Comparação do bem-estar materno, segundo as características das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023..	55
Tabela 9 – Comparação entre qualidade da assistência ao parto e do bem-estar materno, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BMSP 2	Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CRSMRP- MATER	Centro de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER
DP	Desvio-padrão
DRS	Departamento Regional de Saúde
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FAEPA	Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência
IB	Índice de Bologna
IC	Intervalo de confiança
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RAMI	Rede de Acolhimento Materno-Infantil
RP	Relação de prevalência
SES-SP	Secretaria de Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINco	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 Qualidade da assistência ao parto	21
1.2 Bem-estar materno	24
1.3 Referencial teórico	27
2 OBJETIVOS	33
2.1 Objetivo geral	33
2.2 Objetivos específicos	33
3 MATERIAL E MÉTODOS	35
3.1 Tipo de estudo	35
3.2 Local do estudo	35
3.3 População e amostra	36
3.4 Instrumento de coleta de dados	36
3.5 Variáveis do estudo	38
3.5.1 Variável dependente	38
3.5.2 Variáveis independentes	38
3.6 Procedimento para coleta de dados	40
3.7 Processamento e análise dos dados	41
3.8 Considerações éticas	41
4 RESULTADOS	44
4.1 Características sociodemográficas, obstétricas e neonatais	44
4.2 Qualidade da assistência no trabalho de parto e parto	47
4.3 Percepção de bem-estar materno no momento do parto	53
4.4 Qualidade da assistência e percepção de bem-estar materna	58
5 DISCUSSÃO	60
6 CONCLUSÕES	74
REFERÊNCIAS	76

ANEXOS	87
ANEXO A – Instrumento de características sociodemográficas e obstétricas	87
ANEXO B – Índice de Bologna	89
ANEXO C – Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP 2) – Versão brasileira abreviada	90
ANEXO D – Autorização de uso da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP 2) - versão brasileira abreviada	92
ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	93
ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	96

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Minha aproximação com a temática da qualidade de assistência ao parto iniciou-se durante a graduação na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, onde participei da Liga de Cuidados à Saúde das Mulheres. Dentre as atividades propostas estava a oferta de simpósios e palestras que abrangem, também, a assistência no trabalho de parto. Os momentos compartilhados com as palestrantes e participantes, de fato, despertaram-me para uma vontade em buscar e conhecer mais sobre o tema, apaixonando-me pela área.

Por isso, assim que terminei o último ano de faculdade, prestei o processo seletivo e ingressei no Doutorado Direto para que eu pudesse mergulhar na temática.

Associado a isso, iniciei minha carreira como enfermeira atuando na maternidade de um hospital filantrópico do município de Ribeirão Preto e conseguia promover assistência durante o trabalho de parto e parto. Não só isso, mas também atuei na pediatria, tendo a oportunidade de orientar sobre a importância do aleitamento materno. A vivência profissional na área me permitiu buscar ainda mais conhecimento, a fim de sanar minhas dúvidas e inquietações acerca dos problemas das intervenções desnecessárias durante o trabalho de parto, além de me incomodar a falta de incentivo para o protagonismo materno nessa fase.

Assim, após essa experiência profissional hospitalar, tive a oportunidade de trabalhar com o acompanhamento de pré-natal, em uma gestora de saúde. Sentia-me honrada em acompanhar a mulher durante esse período, proporcionando o conhecimento sobre parto e puerpério, de maneira humanizada, respeitando a autonomia da gestante e oferecendo orientações e cuidados adequados em cada fase. Além disso, também promovia o suporte e orientações em aleitamento materno, incluindo informações sobre técnica de amamentação e solução de problemas comuns.

Acredito em uma assistência prestada com qualidade, durante todo o período gravídico-puerperal, em que o profissional de saúde consegue fornecer informações e promover a autonomia materna, estabelecendo vínculo com as mulheres e suas redes de apoio.

Esses elementos motivam-me a prosseguir aprofundando meus conhecimentos nessa área e almejo, por meio desta pesquisa, contribuir para aprimorar a qualidade da assistência às mulheres.

Introdução

1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é um período fisiológico em que o corpo materno se adapta para o desenvolvimento de um novo ser, gerando mudanças físicas e emocionais (ALVES; BEZERRA, 2020). As mudanças físicas se referem às transformações cardiovasculares, respiratórias, gastrointestinais, tegumentares, genitais, musculoesqueléticas, urinárias, hormonais, neuroendócrinas e hematológicas (MENESES et al., 2016; SILVA et al., 2015).

Dentre algumas modificações no corpo materno, encontram-se: aumento de frequência cardíaca e da circunferência torácica, enjoos, pirose, diminuição da motilidade gastrointestinal, aumento do tempo de esvaziamento gástrico, desenvolvimento das mamas e pigmentação da pele, inclusive coloração violácea vaginal, edema de face e membros, marcha anserina, cervicalgias, lombalgias, aumento da taxa de filtração glomerular e do fluxo urinário, alterações vasomotoras, sonolência, fadiga e hemodiluição fisiológica (MENESES et al., 2016; OLIVEIRA et al., 2020; SILVA et al., 2015).

Além das alterações biológicas, a mulher também vivencia as transformações psíquicas e sentimentais. Essas alterações estão envolvidas desde a descoberta da gravidez e há impacto das influências hormonais na mudança de humor repentina, alteração da percepção corporal, distúrbios do sono, medos de perder sua identidade pessoal, do desconhecido e de ser incapaz de cuidar do bebê (FERRARI, 2022).

Devido a essas mudanças, a gestação é permeada por questionamentos, medos e incertezas, especialmente no que diz respeito ao processo de parto (LIMA; LIMA; LUCENA, 2019).

Em relação à parturição, uma das questões preocupantes é o medo da dor do parto, sendo influenciada por cultura, mito e crença. O medo de sofrer durante o parto é sustentado pela falta de informação sobre a fisiologia do corpo da mulher, induzindo-as a optarem pelo parto cesáreo (LIMA; LIMA; LUCENA, 2019; TRIGUEIRO et al., 2021). Isso justifica as altas taxas de cesarianas a pedido ou sem indicação clínica, aumentando a prevalência da via de parto cirúrgica (ROCHA; FERREIRA, 2020).

Por isso, para a escolha informada, é válido orientar as mulheres que a cesariana é uma intervenção cirúrgica que só deveria ser feita de acordo com as indicações necessárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS], 2018a).

Segundo a OMS, desde 1985 é considerado aceitável uma porcentagem de 10 a 15% de cesáreas em todo o mundo (OMS, 2015a). Porém, há uma elevação expressiva dessa porcentagem, principalmente no Brasil, representando 55% dos partos (SILVA, A. P. et al., 2019). A preferência por esse tipo de parto pode ocorrer pelo medo da dor do parto vaginal, por orientação médica, falta de informação e experiência negativa prévia (ROCHA; FERREIRA, 2020). No entanto, por ser uma intervenção cirúrgica, existe o risco aumentado de infecção e complicações, principalmente em unidades incapazes de realizar cirurgias seguras (OMS, 2018a).

Contraditoriamente, por mais que a taxa de cesárea seja alta no Brasil, o desejo inicial das mulheres por esta cirurgia é baixo, variando entre 20 a 42%. Há estudo que demonstra que 68,9% das mulheres preferem o parto vaginal pela recuperação rápida, dor momentânea, maior facilidade no aleitamento materno, parto mais natural e saudável para a mãe e recém-nascido, além da experiência negativa no pós-parto cesáreo (SILVA et al., 2017; VALE et al., 2015).

Esse paradoxo é justificado porque, durante o pré-natal, mais de 47,2% das gestantes não recebem orientações sobre os tipos de parto, o que acaba desencorajando as mulheres a optarem pelo parto vaginal (GONÇALVES et al., 2018; VALE et al., 2015). Assim, embora as mulheres grávidas reconheçam que o parto vaginal oferece vantagens em relação à cesariana, o temor da dor e do imprevisto e as opiniões de profissionais de saúde, amigos e familiares exercem uma forte influência na escolha pela cesariana (ARIK et al., 2019).

Além disso, as intercorrências obstétricas durante o trabalho de parto, seja por macrossomia, sofrimento fetal, falha de indução ou complicações maternas, também influenciam para o aumento das cesáreas (SILVA et al., 2017).

Por isso, faz-se necessário a informação adequada sobre cada fase do ciclo gravídico puerperal, incluindo o parto. As orientações sobre os diferentes tipos de parto, métodos para alívio da dor, sinais de trabalho de parto e o direito a acompanhante evidenciam a importância do enfermeiro durante a educação em saúde para a gestante, favorecendo a redução do medo do desconhecido pelas mulheres, o apoio emocional e o protagonismo feminino (ISMAEL et al., 2020; LIMA; LIMA; LUCENA, 2019; MORELL; MARTÍN, 2018).

Sendo assim, quando a mulher se percebe acolhida e apropria-se do conhecimento de seus direitos, torna-se capaz de agir de maneira proativa, questionar e fazer escolhas fundamentadas para esse momento (TRIGUEIRO et al., 2021). A

expectativa para o parto é condizente com o conhecimento que se tem sobre o assunto e, ao se sentir atendida em suas demandas, a mulher poderá ter satisfação com o parto (MORELL; MARTÍN, 2018).

Na atualidade, existe um grande movimento nos sistemas de saúde para que o modelo biopsicossocial se sobressaia ao modelo biomédico, de forma que a saúde física e psíquica materna seja priorizada, desestimulando a utilização de intervenções desnecessárias (PEÑACOBÁ-PUENTE et al., 2016). No entanto, no contexto brasileiro, essa realidade ainda não é concreta, pois práticas intervencionistas e desnecessárias ainda ocorrem, favorecendo o aumento das intercorrências, diminuindo a qualidade da assistência e contribuindo com os diferentes tipos de violências obstétricas causadas pelo modelo de assistência tecnocrático, pela falta de qualificação dos profissionais e descumprimento de práticas baseadas em evidências científicas (DUTRA et al., 2020; SOUSA et al., 2016).

A violência obstétrica ocasiona sentimentos de abandono emocional, humilhação, vulnerabilidade, medo, insegurança, culpa e dor (LEITE; SOUZA, 2019). Apesar de esse cenário ser consistente na literatura, apenas 12,6% das mulheres relatam ter sofrido algum tipo, evidenciando o não reconhecimento e a subestimação do problema (LANSKY et al., 2019). Tal dado é relevante, porque as consequências de uma assistência desqualificada e violenta ultrapassam o momento do parto, podendo ocasionar traumas físicos e psicológicos, por devastar a dignidade da mulher e destruir as expectativas de um parto satisfatório, podendo propiciar até a depressão pós-parto (KUKURA, 2017; LEITE; SOUZA, 2019).

Em um estudo alemão, 60% das mulheres que tiveram um parto que causou impacto à sua integridade física e psicológica apresentaram sintomas depressivos nas primeiras semanas após o parto (SCHWAB; MARTH; BERGANT, 2012). De acordo com alguns autores, quando o bebê nasce, a mãe sente-se culpada por lhe causar sofrimento, assim, seu medo e sua insegurança oprimem os sentimentos de intensa felicidade, impactando o estabelecimento do vínculo parental (LEITE; SOUZA, 2019).

1.1 Qualidade da assistência ao parto

Dessa forma, é perceptível que a assistência impacta todo o período intraparto. No entanto, em relação ao conceito de qualidade da assistência obstétrica, este vem

se transformando e incorporando novos parâmetros, nas últimas décadas (ALVARES, 2017).

A temática de qualidade na assistência ao parto e nascimento está sendo incentivada e divulgada em uma tentativa de reduzir os altos índices de mortalidade materna e neonatal associados ao parto, que pode ser prevenida com uma assistência de qualidade e humanizada. Muitas mulheres e seus filhos morrem por cuidados inadequados, e a melhora da qualidade do atendimento e da segurança do paciente é fundamental para a redução da mortalidade materna e neonatal (OMS, 2018b).

Para Donabedian, a prestação de cuidados de saúde de qualidade é aquela que resulta no bem-estar do paciente, considerando o equilíbrio entre os riscos, benefícios e custos da assistência. Isso é possível ao fundamentar a relação entre a aplicação do conhecimento científico e tecnológico e a interação profissional-paciente (DONABEDIAN, 1988, 2003). A qualidade do cuidado pode ser julgada a partir dos sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, equidade e legitimidade. Esses atributos objetivam guiar os profissionais para a garantia da qualidade, com ênfase nas escolhas do paciente. Quando há divergência entre essas preferências, o profissional deve assumir um papel conciliador (DONABEDIAN, 1990).

Além dos sete pilares, o autor indica um método para avaliar a qualidade a partir da tríade: estrutura, processo e resultado. Nesse modelo é possível avaliar a assistência a partir da estrutura disponível (infraestrutura física, equipamentos, recursos humanos e financeiros) para garantir o processo do cuidado e seu impacto nos resultados de saúde, classificados como desejáveis (sobrevida, recuperação e satisfação do paciente) ou indesejáveis (insatisfação, limitações ou morte) (DONABEDIAN, 1988, 2003).

Dessa forma, a qualidade do cuidado, baseada nos sete pilares, implica na interconexão entre estrutura, processo e resultado. Ademais, a aplicação de critérios de qualidade para avaliar o processo da assistência durante o trabalho de parto e parto possibilita identificar a qualidade da assistência, sendo esta uma das condições para garantir a efetividade dos cuidados à gestante (BALSELLS et al., 2018; DONABEDIAN, 1988, 2003).

Isso é condizente com o que a Organização Mundial de Saúde define como qualidade da assistência, que engloba o alto nível de excelência profissional, uso

eficiente dos recursos, mínimo risco ao paciente, alto grau de satisfação pelo paciente e impacto final na saúde (OMS, 1981).

Somado a isso, Albuquerque (2010) complementa que a mensuração da satisfação e do bem-estar do usuário está associada ao serviço de saúde, pois apenas quem usufrui do serviço oferecido é capaz de avaliar a qualidade da assistência que recebe.

Em relação à assistência obstétrica, é sabido que as expectativas antenatal criadas sobre o momento do parto são consideradas determinantes para entender a qualidade do serviço e a satisfação em relação ao bem-estar da mulher (DIONIZIO, 2021). Além disso, a experiência da assistência prestada durante o período intraparto é tão importante quanto a prestação de cuidados clínicos (TUNÇALP et al., 2015). Então, mesmo que o nascimento possa ser um momento marcado por amor, esperança e emoção, a depender da assistência à saúde, poderá ser resumido em estresse e ansiedade (OMS, 2018c).

Assim, atualmente, a Organização Mundial de Saúde elaborou novas diretrizes para garantir a qualidade da assistência obstétrica, além de estabelecer os fatores que influenciam a experiência do parto. Destaca-se que a prática prejudicial no intraparto enfraquece a capacidade de parto das mulheres (OMS, 2018c). Entre as 60 recomendações para a atenção à maternidade de qualidade, durante a gravidez, no parto e após o parto, destacam-se: a atenção de alta qualidade em unidades de saúde para todas as mulheres e bebês por pelo menos 24 horas após o nascimento; identificar sinais de perigo que necessitam de atenção médica urgente para a mulher ou o bebê; aconselhamento sobre aleitamento materno exclusivo; incentivo ao envolvimento do parceiro; triagem para depressão e ansiedade materna pós-parto (OMS, 2018c).

Dessa forma, ao enfatizarmos a qualidade da assistência obstétrica, há um conjunto de fatores determinantes sobre o que as mulheres necessitam no período intraparto. Esses fatores incluem: satisfação com o atendimento, avaliação da saúde mental e psicológica da mulher, avaliação do parto, experiência e senso de controle, para que, assim, ela reflita sobre a percepção da qualidade da assistência recebida (DOWNE et al., 2018).

Por isso, durante o período intraparto, podemos considerar que há alguns indicadores para que a assistência seja de qualidade, como: presença do acompanhante; utilização de tecnologias não invasivas do cuidado; permissão à

mulher quanto à escolha da postura que considera mais confortável no período expulsivo e analgesia; a não realização de episiotomia de rotina; o clampeamento tardio/oportuno do cordão umbilical; o contato pele a pele imediato entre mãe e bebê; o incentivo ao aleitamento materno logo após o nascimento (BRASIL, 2010, 2017a).

Dessa forma, quando a assistência obstétrica foca nas necessidades da mulher e em sua satisfação em relação ao atendimento recebido, pode-se considerar uma forma indireta de verificar a qualidade dos serviços de saúde (LEAL; GAMA, 2012). A implementação das boas práticas favorece que indicadores sejam analisados e usados para a melhoria da assistência, buscando um atendimento humanizado e de qualidade (SILVEIRA et al., 2022).

1.2 Bem-estar materno

É válido ressaltar que a qualidade da assistência também está diretamente relacionada ao bem-estar dos usuários dos serviços de saúde (ALVES et al., 2012). Os conceitos de saúde, bem-estar subjetivo, felicidade e satisfação geralmente são associados (LEMES et al., 2018). A Organização Mundial de Saúde considera o bem-estar como um componente considerável da saúde, o qual reflete a percepção das necessidades individuais, como oportunidade de alcançar a felicidade (OMS, 1998).

O conceito de bem-estar é amplamente discutido e as abordagens científicas o dividiram em 2 vertentes: 1) bem-estar hedônico, o qual é denominado de bem-estar subjetivo, compreendendo o estado de felicidade e prazer; 2) bem-estar eudemônico, sendo conhecido como bem-estar psicológico, relacionado à capacidade de raciocinar, discernir e utilizar bom senso (RYAN; DECI, 2001).

Após tal discernimento, houve um aumento de pesquisas sobre o bem-estar subjetivo (GALINHA, 2008), que será adotado neste estudo. Tal conceito é uma combinação de afetos positivos, negativos e a satisfação geral com a vida (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

Para as autoras chilenas que desenvolveram a Escala de *Bienestar Materno en Situación de Parto*, a percepção subjetiva do bem-estar materno foi caracterizada como um fenômeno multidimensional, complexo, dinâmico e interligado à satisfação da mulher ao longo do processo de parto (URIBE et al., 2008).

Em suma, é a experiência particular de como o indivíduo se reconhece perante uma situação, por meio das percepções subjetivas em relação ao equilíbrio, à

harmonia e à vitalidade. Quando em níveis mais altos, há a satisfação. Já em níveis mais baixos de bem-estar, a pessoa se percebe em situação de enfermidade (HOOD, 2013).

Assim, se cada pessoa vivencia e interpreta o cuidado de forma individual (ALBUQUERQUE, 2010), quanto mais se conhece o usuário, em suas necessidades e expectativas, maior é a probabilidade de satisfação. Por isso, esse conhecimento é essencial para que haja qualidade assistencial (PENA, 2010).

Nesse contexto, em relação ao bem-estar e ao momento do trabalho de parto e parto, estudos mostram que o bem-estar no processo parturitivo não depende apenas do nível de dor, mas também da utilização de tecnologias não invasivas, do conforto, de métodos não farmacológicos e da presença do parceiro durante esse período (ALVARES et al., 2020). Ou seja, nesse momento haverá um julgamento de como será experimentado pela mulher, seja pela sensação dolorosa, falta de cuidado dos aspectos emocionais e apoio social. Quando a parturiente se sente satisfeita com a assistência, são expressos sentimentos positivos de realização e autoestima (MOHAMMAD et al., 2014).

Por outro lado, quando ela apresenta níveis menores de bem-estar, pode ter maior possibilidade de apresentar depressão pós-parto e sintomas de estresse pós-traumático (LAURENCE, 1997). O uso de tecnologias invasivas aumenta em 4,4 vezes as chances de a mulher apresentar mal-estar no período intraparto; a amniotomia e episiotomia apresentam, respectivamente, 5,3 e 5,65 vezes mais chances de mal-estar às parturientes (ALVARES et al, 2020).

Quando o bem-estar não é considerado e há intervenções desnecessárias, há repercussão em sentimentos negativos, como a solidão, a ansiedade e o estresse, impedindo a evolução do trabalho de parto (GIMENES et al., 2021; MARTINS et al., 2019). Em contrapartida, ao abranger as necessidades psicológicas, o respeito e a segurança, há a promoção da autonomia da mulher, do alívio da dor, diminuição dos riscos e complicações, redução das taxas de mortalidade materna e infantil e aumento da qualidade de vida das parturientes (GIMENES et al., 2021; MELO et al., 2018).

Uma forma de promover essa qualidade é estimular as práticas não invasivas, como as caminhadas, as técnicas de respiração, as compressas, evitar medicação e garantir a presença do acompanhante. Tudo isso fortalecerá, emocionalmente, a mulher para que ela consiga vivenciar esse momento da melhor forma para ela (GIMENES et al., 2021).

Dessa forma, fica evidente que, para garantir a qualificação na assistência, é imprescindível considerar o bem-estar físico e emocional da mulher (GIMENES et al., 2021; MELO et al., 2018).

Apesar da importância da assistência humanizada, ainda se desconhece o impacto das práticas assistenciais no bem-estar das mulheres em situação de parto (KUKURA, 2017; OMS, 2015b), já que são escassos os artigos que fizeram tais análises, principalmente na abordagem quantitativa (ALVARES et al., 2020), visto que são aspectos que tangenciam as percepções individuais e não há consenso e uniformidade sobre como as mulheres se sentem em relação à experiência do parto (JAMAS, 2013).

Por isso, conceituar bem-estar é uma tarefa complexa, pois o que uma pessoa pode considerar como felicidade, pode não representar para a outra, sendo uma definição relativa. Isso pode refletir na dificuldade de mensuração, assim como de pesquisas sobre a temática (GARCEZ; ANTUNES; ZARIFE, 2018).

Dito isso, há grande preocupação dos pesquisadores em desenvolver instrumentos de medida, com diferentes formas de aplicação, extensão e conteúdo, para tornar possível avaliar a assistência ao parto segundo a perspectiva das protagonistas (JAMAS, 2013). Avaliar a qualidade da assistência é fundamental para que haja o seu aperfeiçoamento, quando identificados os possíveis acertos e erros (NÓBREGA et al., 2022).

Assim, estudos com amostras mais representativas da realidade (ALVARES et al., 2020) e que compreendam como as práticas assistenciais se relacionam ao bem-estar e às percepções das parturientes são necessários, a fim de identificar as lacunas e promover melhorias na assistência ao parto, considerando as protagonistas do processo (D'ORSI et al., 2014; JAMAS, 2013). Com base no exposto, este estudo visa investigar o bem-estar materno durante o trabalho de parto e parto, com o intuito de fornecer subsídios para auxiliar enfermeiros e outros profissionais de saúde a promover uma assistência integral à mulher no ciclo gravídico-puerperal, minimizando o seu sofrimento e evitando possíveis desconfortos físicos e emocionais.

Nessa lógica, a presente pesquisa visa responder às seguintes questões: “Como se dá a assistência durante o período do trabalho de parto e parto, em uma maternidade pública de Ribeirão Preto?”; “Qual é a percepção da mulher sobre o seu bem-estar durante o trabalho de parto e parto?” e “A qualidade da assistência obstétrica está associada à percepção da mulher sobre o seu bem-estar durante o

trabalho de parto e parto?”. Para tanto, esta pesquisa será desenvolvida sob o referencial teórico da humanização da assistência.

1.3 Referencial teórico

Humanizar a assistência expressa uma nova concepção de cuidado, por quebrar o paradigma biologicista e valorizar as necessidades, os sentimentos e os condicionantes biológicos, sociais, culturais e econômicos (CASSIANO et al., 2015). Dessa maneira, a preocupação com a humanização da assistência ao parto e nascimento se intensificou na década de 1980, porque havia intensa medicalização e intervenções desnecessárias, culminando na desapropriação do protagonismo da mulher durante esse processo (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

Assim, em 1984, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sendo um marco histórico no Brasil, porque transformou o cuidado e incentivou a humanização, incluindo ações que garantissem a integralidade da atenção à mulher, como a prevenção e a promoção da saúde (CASSIANO et al., 2014). Diante disso, houve a necessidade de melhorar a qualidade do atendimento e, em 2000, o Ministério da Saúde brasileiro lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em que a humanização é um dos princípios norteadores da assistência, orientando os profissionais de saúde para o abandono de condutas inadequadas e da obrigação de parir na posição de litotomia (BIONDI et al., 2018), além de promover o partograma, contato pele a pele, o alojamento conjunto e o direito a um acompanhante durante o pré-parto, parto e puerpério imediato (CASSIANO et al., 2014).

Paradoxalmente, mesmo com o lançamento desse programa nacional, não foi observada melhora na qualidade da assistência de modo geral, devido à restrição da implementação de suas ações com mais evidência nos grandes centros urbanos. Por isso, outros programas foram lançados ao longo da década de 2000 até meados da década de 2010, com destaque para o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), também em 2004, inspirado no PAISM, mas abrangendo as lacunas identificadas relativas à assistência integral à saúde da mulher (PAZ; SALVARO, 2011). Importante ressaltar também a Rede Cegonha, em 2011, que é o programa mais completo já elaborado, por apresentar ações de atendimento à

gestante, puérpera e recém-nascido e ações voltadas à criança até dois anos (CASSIANO et al., 2014).

A Rede Cegonha foca na atenção à saúde da mulher, assegurando o direito reprodutivo, na atenção humanizada a gravidez, parto, nascimento e puerpério. Além disso, garante o direito de crescimento e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2017a, 2017b).

Essa política, juntamente com os movimentos de mulheres em relação à violência obstétrica, propôs a mudança de modelo na atenção ao parto, a partir dos princípios de humanização. A partir dela, objetiva-se a redução da morbimortalidade materna e neonatal, garantindo o apoio às instituições, a gestores e a serviços estratégicos (VILELA et al., 2021).

Para garantir a efetividade, ela foi organizada possibilitando as ações de atenção à saúde materna e infantil, de forma contínua, articulando o sistema de saúde, o sistema logístico e a governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2017b).

A Rede Cegonha se organiza em quatro componentes: 1) pré-natal; 2) parto e nascimento; 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança; e 4) sistema logístico. Especificamente na categoria parto e nascimento, destaca-se a importância da enfermagem obstétrica frente a essa mudança, com suas práticas baseadas na humanização, e o incentivo de criação do Centro de Parto Normal (BRASIL, 2017b; DUARTE et al., 2020; JACOB et al., 2021).

Apesar de sua importância, em 23 de fevereiro de 2022, o Ministério da Saúde deu início à implantação da Rede de Acolhimento Materno-Infantil (RAMI) em todo o território nacional, em substituição à Rede Cegonha. A RAMI era desenvolvida de acordo com critérios epidemiológicos, taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2022a). Essa rede visava ao aumento do investimento financeiro anual na saúde da mulher e da criança, além do aprimoramento das maternidades e da criação de ambulatórios de assistência às gestantes com alto risco de complicações (BRASIL, 2022a).

No entanto, esse novo programa dava ênfase à atuação do médico obstetra como protagonista do processo, além de excluir a valorização do profissional enfermeiro obstetra nas equipes da saúde (BRASIL, 2022a).

Somado a isso, foi criada uma nova caderneta da gestante para estar alinhada com a reestruturação da atenção materno-infantil no SUS, realizada através da Portaria 715/2022, do início de abril, que criou a RAMI. Dessa nova caderneta foram

retirados: o estímulo ao parto normal, o plano de parto, a importância das doulas e os informativos sobre a anemia falciforme. Além disso, foram incluídas a cesárea a pedido, episiotomia e amamentação como contracepção (BRASIL, 2022a; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022), o que levou a inúmeras críticas por parte dos estudiosos da área e do movimento de mulheres, por serem condutas consideradas como retrocessos na assistência. Além disso, não houve pactuação com a Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Por esses motivos, em fevereiro de 2023, a RAMI foi revogada (BRASIL, 2023).

Nesse sentido, nota-se que as inúmeras políticas públicas lançadas e implementadas para a assistência qualificada e humanizada ao parto e nascimento têm por objetivo reduzir a mortalidade materna e neonatal, assegurar boas práticas durante esse processo (MORAIS, A. V. F. et al., 2020), garantir os direitos e a autonomia, além de repudiar a violência contra a mulher (SANTOS; MELO; CRUZ, 2015).

No entanto, mesmo com essas políticas bem elaboradas, o aumento de cesarianas, intervenções desnecessárias e a deficiência na estrutura de serviços ainda estão presentes nos serviços de saúde e atendimento às mulheres, devido a inúmeros obstáculos na implementação dessas políticas, influenciando negativamente a saúde materna. Esses fatores são impeditivos para garantir e alcançar as metas internacionais trazidas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030, que almejam, especificamente no Objetivo 3, relacionado a saúde e bem-estar, uma melhor qualidade nos indicadores da saúde materna, em especial quanto às condutas obstétricas e diminuição da mortalidade materna (FRANCHI et al., 2020).

Para que esse objetivo seja alcançado, dentre outras ações, a transição do modelo obstétrico se faz necessária para garantir um cuidado desvinculado do modelo assistencial hospitalocêntrico e centralizar o modelo biopsicossocial (DUARTE et al., 2020).

Uma das estratégias para a implementação de um modelo obstétrico diferente do atual são os centros de parto normal, onde a atenção pré-natal acontece, principalmente, pela atuação da enfermagem obstétrica, garantindo uma assistência humanizada, incluindo a criação de vínculo, escuta afetiva e o cuidado integral (DUARTE et al., 2020; JACOB et al., 2021).

Os centros de parto normal diferem do ambiente hospitalocêntrico, em que a assistência direta à mulher durante o trabalho de parto e parto pode envolver diversos profissionais, como médicos (obstetras, neonatologistas, pediatras, anesthesiologistas e residentes), enfermeiros (generalistas, obstétricos e residentes) e técnicos em enfermagem. De forma indireta, há os cuidados dos fisioterapeutas, psicólogos, estudantes de graduação e doulas (BRASIL, 2017b). Com a inclusão da enfermagem obstétrica na assistência ao parto, há o resgate da autonomia e empoderamento das mulheres e, por isso, as diretrizes nacionais e internacionais de políticas públicas na atenção obstétrica promovem a valorização e a inserção desses profissionais no cuidado, para redesenhar a assistência obstétrica (DUARTE et al., 2020; JACOB et al., 2021).

Considerando que o parto e nascimento são momentos únicos e intensos, a experiência que a mulher vivenciará durante esse processo permanecerá para toda a vida. Por isso, é indispensável que a assistência obstétrica seja acolhedora e humanizada e que os profissionais respeitem o processo natural e fisiológico, com dignidade, qualidade e respeito aos sentimentos e valores da mulher, incluindo-a nas tomadas de decisões e diminuindo as intervenções desnecessárias. No momento do parto, é indispensável que a equipe de saúde esteja preparada para acolher a gestante, seu companheiro e sua família; em especial, enfermeiras e enfermeiros devem colaborar para minimizar a dor, dando conforto e ajudando o parto e o nascimento. Para isso, o cuidar humanizado deve ser o centro da assistência, garantindo o bem-estar da mulher e do recém-nascido (GOMES et al., 2021).

Sendo assim, a assistência humanizada fundamental é imprescindível no trabalho de parto e parto, por favorecerem orientações adequadas, apoio emocional, bem-estar físico e segurança para a parturiente. Dessa forma, colabora com o número reduzido de intervenções, auxiliando na segurança do binômio mãe-filho e diminuição da morbimortalidade materna e neonatal (GOMES et al., 2021).

A humanização da assistência começa com o respeito, considerando-o como fator determinante no cuidado em todo o ciclo gravídico-puerperal (GOMES et al., 2021). A assistência no momento do parto poderá influenciar como a mulher exercerá a maternidade (GOMES et al., 2021); quando a humanização não faz parte da assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, isso poderá implicar em danos emocionais, impedindo o bem-estar no parto e, inclusive, fazendo-a desistir de futuras gestações (SOUSA; MATOS; SOUSA, 2021).

Diante dessas informações, a presente pesquisa busca mensurar as variáveis que envolvem a avaliação da qualidade da assistência ao parto, bem como a avaliação do bem-estar materno, procurando verificar e explicar sua influência sobre variáveis sociodemográficas e obstétricas, mediante a análise.

Assim, considerando a proposta deste estudo, o referencial teórico da humanização da assistência contribui para o desenvolvimento do estudo, propiciando novos subsídios para os profissionais que atuam na assistência junto às mulheres e seus filhos, favorecendo a melhoria da assistência ao parto e do bem-estar materno.

Objetivo

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a relação da qualidade da assistência durante o trabalho de parto e o parto no bem-estar de parturientes atendidas em uma maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Ribeirão Preto, SP.

2.2 Objetivos específicos

- a) analisar o perfil sociodemográfico e obstétrico das participantes;
- b) identificar a qualidade da assistência no trabalho de parto e parto das mulheres;
- c) identificar a percepção de bem-estar das parturientes;
- d) verificar se existe associação entre a qualidade da assistência ao parto e a percepção de bem-estar das parturientes.

Material e Métodos

3 MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal desenvolvido em uma maternidade no município de Ribeirão Preto, SP. Esse projeto de pesquisa integra um estudo maior que envolve recortes de pesquisa desenvolvidos por alunas de Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado (que inclui o presente estudo), sob a orientação de uma docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no alojamento conjunto do Centro de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER (CRSMRP-MATER) do município de Ribeirão Preto, que presta assistência às gestantes de risco habitual e às mulheres com demandas ginecológicas no nível secundário de assistência.

O CRSMRP-MATER iniciou suas atividades em 1998, como Maternidade do Complexo Aeroporto – MATER. Em 2009, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-SP) implementou a sua gestão. Hoje, a instituição conta com a Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência (FAEPA) no processo de contratação e gestão para o atendimento de Ribeirão Preto e dos outros 25 municípios do Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII, cobrindo aproximadamente 1.440.000 habitantes. O CRSMRP-MATER possui modelo multiprofissional de assistência, realizando consultas ambulatoriais, procedimentos cirúrgicos de ginecologia e obstetrícia, internações e atendimento aos partos de risco habitual, sendo uma referência de atendimento à saúde da mulher no DRS XIII (MATER-FAEPA, 2023c).

A estrutura física da MATER conta com 40 leitos de enfermagem sendo: 32 leitos para assistência obstétrica em alojamento conjunto, 2 leitos para clínica médica, 4 leitos para clínica cirúrgica ginecológica e 2 leitos para cirurgia ginecológica em regime de Hospital Dia (cirurgia ambulatorial). Possui, também, 6 leitos para pré-parto, 5 salas cirúrgicas e 3 leitos de recuperação pós-anestésica. Além disso, conta com 5 leitos na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCINco) e 1 sala de triagem auditiva (MATER-FAEPA, 2023b).

A maternidade conta com uma equipe multidisciplinar composta por nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas, auxiliares e técnicos de enfermagem, psicólogas, enfermeiros (obstetras, neonatais e generalistas) e médicos (anestesistas, mastologistas, ginecologistas, obstetras, neonatologistas e pediátricos), além de todo o apoio da equipe administrativa (MATER-FAEPA, 2023a). Os partos são assistidos pelos profissionais da equipe de medicina e enfermeiras obstetras, além dos seus respectivos graduandos. Somado a eles, poderá ser acrescentada uma doula, caso seja a escolha da mulher (DIONIZIO, 2021; MATER-FAEPA, 2023a).

Em relação à assistência prestada, há prevalência de partos normais nessa maternidade, sendo de 69,1% (DIONIZIO, 2021).

3.3 População e amostra

A população de referência foi composta por todas as mulheres maiores de 18 anos admitidas na referida maternidade para assistência ao parto. O tamanho da amostra foi estimado por meio do cálculo amostral com base em dados do relatório anual da referida maternidade, considerando a população finita de 2622 mulheres que deram à luz no CRSMRP-MATER no ano de 2020 (MATER-FAEPA, 2023d) e em pesquisa anterior sobre qualidade da assistência (DIONIZIO, 2021). Em adição, foi considerado o erro amostral de 7%, o nível de confiança de 95% e uma perda de 10% no cálculo amostral. Assim, para a presente pesquisa, a amostra final calculada foi de 165 mulheres.

Os critérios de inclusão foram: mulheres com 18 anos de idade ou mais, com gestação a termo, classificadas em risco habitual durante a gestação, sem complicações no parto e que permaneceram 4 horas ou mais em trabalho de parto na instituição, seguindo os estudos que desenvolveram e validaram a escala de bem-estar (JAMAS, 2013). Os critérios de exclusão foram: mulheres com deficiência auditiva, visual ou cognitiva.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizados três instrumentos. O primeiro instrumento contemplou os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas (ANEXO A) das participantes, com questões estruturadas, elaboradas pela

pesquisadora com base na literatura científica nacional e internacional e em outros estudos do grupo de pesquisa “GMulheres: Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde das Mulheres”, do qual a doutoranda é membro. Esse instrumento foi respondido pelas participantes e, quando houve dúvidas com relação aos dados informados, ao término da coleta, a pesquisadora consultou as informações nos prontuários das puérperas.

O segundo instrumento trata-se do Índice de Bologna (IB) (ANEXO B), proposto pela OMS, em uma reunião no Escritório Regional da Europa, em Bolonha, Itália, em 2000, com o intuito de discutir sobre o acompanhamento e a avaliação da assistência perinatal (CHALMERS; PORTER, 2001). O IB é constituído de três indicadores para avaliação da qualidade da assistência durante o trabalho de parto e parto: o Indicador A verifica a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas a cesariana eletiva. O Indicador B verifica a porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde. O Indicador C é constituído por cinco medidas: 1) presença de acompanhante durante o parto; 2) presença de partograma; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcepe e/ou vácuo extrator); 4) parto em posição não supina; 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (CHALMERS; PORTER, 2001; OMS, 2002). Para cada variável é atribuída a nota “1”, se presente, e “0”, se ausente, e o valor do índice é obtido por meio do somatório de todas as variáveis. Para o Indicador C, a pontuação varia de zero a cinco pontos, correspondendo às variações da qualidade de assistência; quanto mais próximo de 5, melhor a qualidade, e quanto mais próximo de 0, pior a qualidade. Sendo assim, pontuações de 0 a 2 não alcançam a qualidade e as pontuações de 3 a 5 caracterizam mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, demonstrando a qualidade na assistência (DIONIZIO, 2021; SANDIN-BOJO et al., 2012). O questionário já foi testado quanto à validade e confiabilidade (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008) e é de domínio público. Para a avaliação do IB, serão utilizados dados obtidos nas entrevistas e nos prontuários das participantes.

O terceiro instrumento foi a Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP 2), que é a versão brasileira abreviada da *Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto* (ANEXO C), desenvolvida por pesquisadoras chilenas para mensurar o bem-estar em situação de parto vaginal, considerando o modelo hospitalar de assistência. Já foi traduzida e validada no Brasil por Jamas (2013), seu uso foi

autorizado pela pesquisadora (ANEXO D). Essa escala possui 16 questões do tipo Likert e opções de respostas que variam entre um (discordo totalmente) e cinco (concordo totalmente). Por meio do escore total do instrumento é possível explorar o bem-estar materno em três níveis: ótimo (pontuação > 63), adequado (pontuação entre 55 e 63) e mal-estar (pontuação < 55) (JAMAS et al., 2021).

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variável dependente

Bem-estar materno: ótimo, adequado ou e mal-estar

3.5.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram avaliadas utilizando-se o instrumento sociodemográfico e obstétrico e o IB.

Variáveis relacionadas às características sociodemográficas das participantes:

- a) idade da participante: em anos completos na data da coleta de dados;
- b) raça/cor autorreferida: branca, preta, amarela, parda ou indígena;
- c) escolaridade: analfabeta, Ensino Fundamental incompleto, Ensino Fundamental completo, Ensino Médio incompleto, Ensino Médio completo, Ensino Superior completo, pós-graduada;
- d) religião: possui religião, crê em Deus, mas não tem religião, não tem nenhuma religião;
- e) ocupação da participante: realiza trabalho remunerado no lar, realiza trabalho remunerado fora do lar, não realiza trabalho remunerado;
- f) estado marital: solteira, casada, amasiada, divorciada/separada, viúva;
- g) moradia: própria, alugada, emprestada, invadida;
- h) cômodo: quantidade de cômodos em casa;
- i) renda familiar: em reais ou preferência de não responder;

- j) ajuda com os cuidados do bebê: se teve ajuda para realizar os cuidados com o bebê. Se sim, de quem foi a ajuda: marido/companheiro, mãe, sogra, outro familiar, amiga, outra pessoa, não se aplica (não tem ajuda).

Variáveis relacionadas às características obstétricas das participantes:

- a) número de gestações: número de gestações totais da participante;
 b) número de partos: número de partos totais da participante;
 c) número de abortos: número de abortos totais da participante;
 d) número de filhos vivos: número de filhos vivos da participante;
 e) planejamento da última gestação: sim, não;
 f) data do parto: obtida do prontuário da paciente, inserida como dia/mês/ano;
 g) tipo de parto atual: normal, cesariana, fórceps, vácuo;
 h) intercorrências no parto: sim, não;
 i) quais intercorrências no parto: conforme informado pela participante;
 j) realizada episiotomia: sim, não;
 k) teve laceração: sim, não;
 l) realizada amniotomia: sim, não;
 m) realizada analgesia: sim, não;
 n) tempo de trabalho de parto: número de horas em trabalho de parto dentro da maternidade;
 o) intercorrências no pós-parto: sim, não;
 p) quais intercorrências no pós-parto: conforme informado pelas participantes;
 q) sexo do recém-nascido: feminino, masculino;
 r) peso do recém-nascido no nascimento: em gramas, obtido do prontuário;
 s) realizou amamentação na 1ª hora pós-parto: sim, não, não sabe.

Variáveis relacionadas ao Índice de Bologna:

- a) Indicador A:
 — início de trabalho de parto: variável classificada em: admitida em trabalho de parto espontâneo, indução de trabalho de parto;
- b) Indicador B:
 — a mulher foi assistida, no momento do parto, por quais profissionais? Variável classificada em cinco categorias: enfermeira, estudante de enfermagem, médico, estudante de medicina, outros;

c) Indicador C:

- a mulher estava acompanhada no trabalho de parto e parto por um parceiro/parente ou outro significativo: sim, não;
- foi utilizado partograma para acompanhar o trabalho de parto: sim, não;
- o nascimento aconteceu sem intervenção (Estimulação artificial do trabalho de parto, pressão uterina, ou cesariana): sim, não;
- a mulher deu à luz em posição litotômica: sim, não;
- a criança foi colocada em contato pele a pele durante pelo menos trinta minutos no prazo de uma hora após o parto: sim, não.

3.6 Procedimento para coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de maio a agosto de 2023, no alojamento conjunto da maternidade, com mulheres que estavam, no mínimo, a 24 horas de pós-parto vaginal, respeitando-se esse período para que elas pudessem descansar, alimentar-se e realizar higiene corporal, e que tivessem permanecido 4 horas ou mais em trabalho de parto na instituição. Mulheres no pós-parto da cesárea não foram convidadas a participar da pesquisa, já que a BMSP 2 foi validada, apenas, para parto vaginal.

Sendo assim, após esse período, as mulheres elegíveis receberam convites para participar e foram devidamente informadas sobre o estudo. Após compreenderem os detalhes da pesquisa e os aspectos éticos envolvidos, aquelas que concordaram em participar assinaram, em conjunto com a pesquisadora, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO E) em duas vias, sendo que uma ficou para as participantes.

Para aquelas que aceitaram participar, foram aplicados os três instrumentos de coleta de dados descritos acima. As informações que a participante desconhecia, referentes ao preenchimento do IB, foram obtidas no prontuário, após o término da coleta, sendo essa permissão descrita e solicitada no TCLE.

Considerando a possibilidade de identificação de mulheres participantes que apresentem mal-estar relatado no momento do trabalho de parto e parto, foi realizada a escuta qualificada pela pesquisadora e, se não fosse suficiente, seria solicitado à instituição que essas mulheres recebessem, se necessário, atendimento imediato pela psicóloga da instituição ou que sejam encaminhadas a um serviço específico.

Foi realizado um estudo piloto com a finalidade de definir a operacionalização do trabalho, realizando ajustes necessários, tais como: identificação do momento mais oportuno para a coleta de dados, espaço físico e horários adequados para a realização da aplicação dos questionários da pesquisa.

3.7 Processamento e análise dos dados

Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica estruturada no Microsoft Excel, por meio de dupla digitação, possibilitando assim a validação dos dados digitados para eliminar possíveis erros e garantir confiabilidade na compilação dos dados.

Todas as análises foram realizadas com a utilização do *software* SAS 9.4, considerando-se um nível de significância de 5%.

Inicialmente, os dados foram descritos através de frequências absolutas e percentuais (variáveis qualitativas) e por meio de medidas como média, desvio-padrão, mínimo, mediana e máximo (variáveis quantitativas).

Associado a isso, para analisar a associação entre as variáveis de interesse e os desfechos, estimando as razões de prevalência correspondentes, foi utilizado o modelo de regressão de Poisson com variância robusta e função de ligação logarítmica (ZOU, 2004), bruto e ajustado. Também foi utilizado o pós-teste de Tukey para as comparações múltiplas, no caso de variáveis com mais de dois níveis de resposta, como faixa etária e escolaridade.

3.8 Considerações éticas

Considerando que a pesquisa envolve seres humanos, foram seguidas as normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Dessa forma, o projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa do CRSMRP-MATER e foi autorizada a realização da pesquisa. Depois, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, sob o número CAAE 62313922.5.0000.5393, sendo aprovado (ANEXO F).

Quanto aos riscos ou possíveis desconfortos pela participação na pesquisa, destacam-se as lembranças de situações constrangedoras ou momentos difíceis

relacionados ao trabalho de parto e nascimento. Caso isso ocorresse, a coleta de dados poderia ser interrompida e, se fosse da vontade da participante, ela poderia continuar posteriormente. No entanto, não houve essa intercorrência e nenhuma coleta foi interrompida.

Os resultados desta pesquisa não trouxeram benefícios diretos, mas a participação da puérpera foi fundamental para o conhecimento dos aspectos relacionados ao bem-estar no momento do parto, sendo um benefício indireto.

Resultados

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas, obstétricas e neonatais

Foram incluídas neste estudo um total de 165 mulheres, com uma média de idade de aproximadamente 26 anos. A faixa etária variou de 18 a 43 anos, sendo 25 anos a mediana (desvio-padrão = 5,79). A maior porcentagem foi de participantes que se autorreferiram como de cor branca (50,30%), com Ensino Médio completo (60%) e que não realizavam trabalho remunerado (50,3%). Além disso, tinham alguma religião (74,55%) e companheiro (59,39%) (Tabela 1).

Sobre a moradia das participantes, a maioria tinha a casa alugada (51,52%). O número mínimo de cômodos das moradias era 2, enquanto o máximo era 9, com uma média de 5,39 cômodos e uma mediana de 5,00 (desvio-padrão = 1,64).

No que diz respeito à renda familiar mensal, apenas 19 participantes responderam. A renda mínima foi de 600,00, enquanto a máxima atingiu 5000,00 resultando em uma média de 2504,21 reais e uma mediana de 2640,00 (desvio-padrão = 12744,44).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

		(continua)
Características		n = 165 n (%)
Cor autorreferida	Branca	83 (50,30)
	Amarela	2 (1,21)
	Preta	14 (8,48)
	Parda	66 (40)
Escolaridade	Ensino Fundamental incompleto	22 (13,33)
	Ensino Fundamental completo	40 (24,24)
	Ensino Médio completo	99 (60)
	Ensino Superior completo	4 (2,42)
Religião	tem alguma religião	123 (74,55)
	creio em Deus mas não tenho religião	7 (4,24)
	não tem religião	35 (21,21)
Ocupação	realiza trabalho remunerado no lar	9 (5,45)
	realiza trabalho remunerado fora do lar	73 (44,24)
	não realiza trabalho remunerado	83 (50,3)

		(conclusão)
Características		n = 165
		n (%)
Estado marital	Solteira	59 (35,76)
	Casada	55 (33,33)
	Amasiada	43 (26,06)
	divorciada ou separada	8 (4,85)
Moradia	Própria	59 (35,76)
	Alugada	85 (51,52)
	Emprestada	20 (12,12)
	Invadida	1 (0,61)

Fonte: Elaborada pela autora.

As características obstétricas das mulheres estão apresentadas na Tabela 2. Entre as mulheres entrevistadas, 87,88% afirmaram que teriam ajuda com os cuidados do bebê. Dessas, 55,15% teriam ajuda do marido; 18,18% da mãe; 4,85% da irmã; e 3,64% teriam ajuda dupla, sendo o marido e a mãe. As demais (6,1%) contarão com ajuda de familiares, como sogra, madrinha e sobrinha.

Sobre o planejamento da gestação, a maioria das participantes teve de 1 a 2 gestações (63,63%), nenhum aborto (81,21%) e a gravidez não foi planejada (63,03%).

O trabalho de parto teve duração mínima de 4 horas, para esta pesquisa, e o máximo de 40 horas, sendo a média de 9,32 e a mediana de 6,00 (desvio-padrão = 7,95). O parto normal (94,55%) foi o mais prevalente e 76,97% não tiveram intercorrências no parto.

Por outro lado, do total de puérperas, 23,03% referiram uma ou mais intercorrências no parto, sendo que a distocia funcional foi a mais citada (36,84%), seguida de hemorragia materna (31,58%), distocia de ombro de RN (13,16%), hipotonia uterina (7,89%) e hipóxia de RN (7,89%). As restantes aconteceram por: taquicardia materna e corioamnionite (5,26% cada), parada de evolução do trabalho de parto, hematoma de parede vaginal, laceração de colo de útero, taquicardia fetal, pré-eclâmpsia, reanimação fetal, hipotensão materna (2,63% cada).

Durante o trabalho de parto e parto, foi identificado que 98,79% das mulheres não tiveram episiotomia, e 63,64% tiveram laceração. A maioria não recebeu analgesia (57,58%), não foi realizada amniotomia (87,88%) e não houve intercorrências no pós-parto (80%). Quando relatada uma ou mais intercorrências, as mais comuns foram: hemorragia pós-parto (30,3%), anemia (18,18%), infecção do

trato urinário (27,27%) e hipertensão (15,15%). As demais intercorrências foram hipotensão, hipotonia uterina, crise de abstinência, cistocele, edema de mucosa da parede anterior da vagina, lipotimia, candidíase, proteinúria e enxaqueca (3,03% cada).

Foi possível observar que 56,97% das participantes realizaram a amamentação na primeira hora do pós-parto, a maioria dos recém-nascidos era do sexo feminino (51,52%) e pesava, em média, 3156,33 gramas. O peso variou de 2200,00 a 4115,00, com uma mediana de 3155,00 (desvio-padrão = 420,59).

Tabela 2 – Características obstétricas das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

		(continua)
Características		n = 165
		n (%)
Terá ajuda com os cuidados do bebê	Não	20 (12,12)
	Sim	145 (87,88)
Número de gestação	Um	58 (35,15)
	Dois	47 (28,48)
	Três ou mais	60 (36,37)
Número de parto	Um	67 (40,61)
	Dois	49 (29,7)
	Três ou mais	49 (26,7)
Número de aborto	Nenhum	134 (81,21)
	Um	20 (12,12)
	Dois	10 (6,06)
	Três	1 (0,61)
Número de filhos vivos	Um	67 (40,61)
	Dois	50 (30,3)
	Três ou mais	48 (29,09)
Gestação planejada	Não	104 (63,03)
	Sim	61 (36,97)
Tipo de parto	Normal	156 (94,55)
	Vácuo	9 (5,45)
Intercorrência parto	Não	127 (76,97)
	Sim	38 (23,03)

		(conclusão)
Características		n = 165
		n (%)
Episiotomia	Não	163 (98,79)
	Sim	2 (1,21)
Laceração	Não	60 (36,36)
	Sim	105 (63,64)
Amniotomia	Não	145 (87,88)
	Sim	20 (12,12)
Analgesia	Não	95 (57,58)
	Sim	70 (42,42)
Intercorrência pós-parto	Não	132 (80)
	Sim	33 (20)
Sexo recém-nascido	Feminino	85 (51,52)
	Masculino	80 (48,48)
Amamentação na 1 hora do pós-parto	Não	68 (41,21)
	Sim	94 (56,97)
	Não sabe	3 (1,82)

Fonte: Elaborada pela autora.

4.2 Qualidade da assistência no trabalho de parto e parto

Em relação à qualidade da assistência no trabalho de parto e parto, o IB é constituído de três indicadores para essa avaliação, sendo apresentados na Tabela 3. O Indicador A foi utilizado para verificar a porcentagem de mulheres submetidas à indução do trabalho de parto ou trabalho de parto espontâneo. Sendo assim, 61,82% das mulheres foram admitidas na maternidade em trabalho de parto espontâneo.

O Indicador B avalia a porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde. Nesse estudo, 76,36% foram assistidas, no momento do nascimento, por um médico, 12,12% por enfermeira, 10,91% por estudante de medicina e 0,61% por aluno de enfermagem. Vale considerar que essas respostas ao IB foram informadas pelas próprias participantes.

O Indicador C foi calculado a partir da avaliação dos cinco itens relativos à avaliação da assistência ao parto. Foi verificado nesse estudo que 93,94% das mulheres estavam acompanhadas do parceiro ou de outra pessoa significativa. O

partograma foi utilizado em todos os 165 partos e 86,67% das mulheres ficaram em contato pele a pele quando o bebê nasceu. Sobre o nascimento, a maioria aconteceu com intervenção (56,97%) e na posição litotômica (59,39%).

Tabela 3 - Itens do Índice de Bologna das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

Item	n (%)
Indicador A	
Início do trabalho de parto admitida:	
Em trabalho de parto espontâneo	102 (61,82)
Indução do parto	63 (38,18)
Indicador B	
A mulher foi assistida por:	
Enfermeira	20 (12,12)
Estudante de enfermagem	1 (0,61)
Estudante de medicina	18 (10,91)
Médico	126 (76,36)
Indicador C	
A mulher estava acompanhada por um parceiro/parente ou outro significativo?	
Sim	155 (93,94)
Não	10 (6,06)
Foi utilizado partograma para acompanhar o trabalho de parto?	
Sim	165 (100)
O nascimento aconteceu sem intervenção?	
Sim	71 (43,03)
Não	94 (56,97)
A mulher deu à luz em alguma dessas posições: sentada, ajoelhada, de quatro, de pé ou na posição lateral?	
Não	98 (59,39)
Sim	67 (40,61)
Foi colocada a criança pele-a-pele durante pelo menos 30 minutos no prazo de uma hora após o parto?	
Sim	143 (86,67)
Não	22 (13,33)

Fonte: Elaborada pela autora.

O Indicador C varia de 0 a 5 pontos, pois é atribuída a nota “1”, se presente, e “0”, se ausente, em cada variável. As pontuações de 0 a 2 foram práticas que não alcançaram a qualidade e as pontuações de 3 a 5 foram práticas benéficas ao atendimento ao parto e, conseqüentemente, com impacto positivo na qualidade da assistência.

Para melhor caracterização do Indicador C, a Tabela 4 descreve cada frequência (absoluta e relativa) da pontuação final de cada participante, sendo a média de

pontuação obtida de 3,6. Assim, as pontuações de 0 a 2 foram registradas em 7,27% das mulheres entrevistadas. Já a pontuação 3 foi alcançada em 57 partos (34,55%) e a pontuação 4 em 74 partos (44,85%). A pontuação máxima de 5 pontos foi vista em 22 partos (13,33%).

Para detalharmos as práticas não benéficas na assistência, pontuadas de 0 a 2, estas foram associadas ao nascimento que aconteceu com intervenção, em 56,97% dos partos, podendo ter sofrido mais de uma, conforme sequência: ocitocina (55,91%), misoprostol (46,24%), amniotomia (21,52%) e/ou vácuo (9,68%). Além disso, houve alta frequência da posição litotômica para parir, em 59,39% dos partos. O restante dos partos aconteceu na posição: sentada (70,15%), ajoelhada (2,99%), de quatro (1,49%), de pé (4,48%) ou deitada (20,9%).

Em relação às práticas benéficas ao atendimento ao parto, 92,73% das mulheres entrevistadas obtiveram um escore médio no IB de 3 a 5. Então, neste estudo, observamos impacto positivo na qualidade na assistência. Isso aconteceu devido à elevada frequência de mulheres acompanhadas por uma pessoa significativa ou por parceiro (93,94%), utilização do partograma (100%) e o contato pele a pele do bebê com a mãe, durante 30 minutos no prazo de uma hora (86,67%).

Tabela 4 – Escore final - Frequências dos escores finais, do indicador C, das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

Escore Final	Frequências	%
0	-	-
1	-	-
2	12	7,27
3	57	34,55
4	74	44,85
5	22	13,33
Total	165	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Esses valores do Indicador C do IB foram relacionados com as variáveis: faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, religião, ocupação, estado marital, moradia, ajuda com os cuidados do bebê, gestação planejada, tipo de parto, intercorrência no parto e pós-parto, conforme pode ser observado na Tabela 5. Ressalta-se que a

variável raça/cor foi agrupada em “Branca/Amarela” e “Preta/Parda” para a análise, assim como estado marital “com” ou “sem companheiro” e faixa etária “18 a 24 anos”, “25 a 29 anos” e “30 ou mais”.

Essa análise, em primeiro momento, foi realizada comparando cada variável, de forma bruta, com os escore de 3 a 5 do IB, tendo em vista a variação positiva na qualidade da assistência. Nessa análise, apenas as variáveis escolaridade, religião e estado marital apresentaram relação estatisticamente significativas para o IB ($p < 0,05$).

No entanto, como o IB pode ser predito por diversas variáveis, foi feita a análise ajustada para eliminar o fator de confundimento da relação na análise. Nessa análise, escolaridade, religião e moradia não apresentaram resultados estatisticamente significativos. Em contrapartida, o estado marital manteve sua relação estatisticamente significativa para o IB ($p < 0,05$). Dessa forma, estima-se que a prevalência do escore 3 a 5 é 13% maior entre as mulheres com companheiro quando comparadas às sem companheiro.

Tabela 5 – Análise de comparação do Indicador C do Índice de Bologna, segundo as variáveis das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

(continua)

Variável	Índice de Bologna		Bruto		Ajustado	
	0 a 2	3 a 5	RP* (IC 95%)** Índice de Bologna 3 a 5	Valor-p	RP* (IC 95%)** Índice de Bologna 3 a 5	Valor-p
Faixa etária						
18 a 24 anos (n=77)	7 (9,09%)	70 (90,91%)	1,01 (0,87;1,17)	0,99	1,03 (0,88;1,22)	0,89
25 a 29 anos (n=47)	1 (2,13%)	46 (97,87%)	1,08 (0,95;1,24)	0,31	1,09 (0,95;1,26)	0,32
30 ou mais (n=41)	4 (9,76%)	37 (90,24%)	ref.		ref.	
Cor autorreferida						
Branca/Amarela (n=85)	5 (5,88%)	80 (94,12%)	1,03 (0,95;1,12)	0,48	1,03 (0,95;1,11)	0,47
Preta/Parda (n=80)	7 (8,75%)	73 (91,25%)	ref.		ref.	
Escolaridade						
Ensino Fundamental incompleto (n=22)	1 (4,55%)	21 (95,45%)	0,95 (0,85;1,08)	0,75	1,06 (0,87;1,3)	0,85
Ensino Fundamental completo (n=40)	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0,93 (0,82;1,04)	0,31	0,99 (0,81;1,21)	0,99
Ensino Médio completo (n=99)	8 (8,08%)	91 (91,92%)	0,92 (0,85;0,99)	0,02	0,96 (0,83;1,11)	0,89
Ensino Superior completo (n=4)	0 (0%)	4 (100%)	ref.		ref.	
Religião						
tem alguma religião (n=123)	7 (5,69%)	116 (94,31%)	ref.		ref.	
creio em Deus mas não tenho religião (n=7)	0 (0%)	7 (100%)	1,06 (1,01;1,12)	0,02	0,97 (0,88;1,07)	0,70
não tem religião (n=35)	5 (14,29%)	30 (85,71%)	0,91 (0,77;1,08)	0,38	0,93 (0,78;1,11)	0,60
Ocupação						
realiza trabalho remunerado no lar (n=9)	1 (11,11%)	8 (88,89%)	0,97 (0,73;1,29)	0,97	1,01 (0,75;1,35)	0,99
realiza trabalho remunerado fora do lar (n=73)	4 (5,48%)	69 (94,52%)	1,03 (0,93;1,14)	0,75	1,05 (0,93;1,18)	0,61
não realiza trabalho remunerado (n=83)	7 (8,43%)	76 (91,57%)	ref.		ref.	

Variável	(conclusão)					
	Índice de Bologna		Bruto		Ajustado	
	0 a 2	3 a 5	RP* (IC 95%)** Índice de Bologna 3 a 5	Valor-p	RP* (IC 95%)** Índice de Bologna 3 a 5	Valor-p
Estado marital						
Com companheiro (n=98)	3 (3,06%)	95 (96,94%)	1,12 (1,01;1,24)	0,03	1,13 (1,02;1,24)	0,02
Sem companheiro (n=67)	9 (13,43%)	58 (86,57%)	ref.		ref.	
Moradia						
Própria (n=59)	6 (10,17%)	53 (89,83%)	ref.		ref.	
Alugada (n=85)	4 (4,71%)	81 (95,29%)	1,06 (0,93;1,06)	0,64	1,08 (0,94;1,23)	0,47
Emprestada (n=20)	2 (10%)	18 (90%)	1 (0,8;1)	0,99	1,04 (0,86;1,26)	0,95
Invadida (n=1)	0 (0%)	1 (100%)	1,11 (0,99;1,11)	0,07	1,06 (0,86;1,31)	0,88
Terá ajuda com os cuidados do bebê						
Não (n=20)	2 (10%)	18 (90%)	0,97 (0,83;1,13)	0,66	1 (0,89;1,12)	0,99
Sim (n=145)	10 (6,9%)	135 (93,1%)	ref.		ref.	
Gestação planejada						
Não (n=104)	9 (8,65%)	95 (91,35%)	0,96 (0,88;1,04)	0,34	1 (0,91;1,09)	0,93
Sim (n=61)	3 (4,92%)	58 (95,08%)	ref.		ref.	
Tipo de parto						
Vaginal (n=156)	11 (7,05%)	145 (92,95%)	1,05 (0,83;1,32)	0,71	1 (0,76;1,31)	0,98
Vácuo (n=9)	1 (11,11%)	8 (88,89%)	ref.		ref.	
Intercorrência no parto						
Não (n=127)	8 (6,3%)	119 (93,7%)	1,05 (0,93;1,18)	0,44	1,04 (0,93;1,16)	0,53
Sim (n=38)	4 (10,53%)	34 (89,47%)	ref.		ref.	
Intercorrência pós-parto						
Não (n=132)	8 (6,06%)	124 (93,94%)	1,07 (0,94;1,22)	0,33	1,07 (0,93;1,24)	0,35
Sim (n=33)	4 (12,12%)	29 (87,88%)	ref.		ref.	

*RP: Relação de prevalência **IC: Intervalo de confiança. Fonte: Elaborada pela autora.

4.3 Percepção de bem-estar materno no momento do parto

Em relação à avaliação da percepção de bem-estar das parturientes, foi analisado que, em 158 casos (95,76%), a percepção foi de adequado/ótimo bem-estar, a partir da BMSP 2 (Tabela 6).

Tabela 6 – Percepção de bem-estar materno das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

Escola de bem-estar	Total de casos	Percentual
Adequado/ótimo	158	95,76
Mal-estar	7	4,24

Fonte: Elaborada pela autora.

Para melhor detalhamento das respostas da BMSP 2, a Tabela 7 evidencia as porcentagens de resposta de cada pergunta. Sendo assim, na vertical temos as 16 perguntas e, na horizontal, as 5 opções de resposta, sendo: 1: Discordo totalmente; 2: Discordo; 3: Não concordo e nem discordo; 4: Concordo; e 5: Concordo totalmente.

A partir dessa tabela, podemos verificar que a média de respostas em “discordo totalmente” e “discordo” é inferior a 6%, enquanto que a porcentagem de “concordo” e “concordo totalmente” é superior a 90%, evidenciando o bem-estar das mulheres que estiveram em trabalho de parto e parto naquela maternidade.

Tabela 7 – Resposta de cada pergunta da BMSP 2, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

Notas = n (%)	1	2	3	4	5
Perguntas					
1	1 (0,6%)	1 (0,6%)	4 (2,4%)	75 (45,4%)	84 (50,9%)
2	1 (0,6%)	7 (4,2%)	12 (7,3%)	69 (41,8%)	76 (46,1%)
3	8 (4,8%)	31 (18,8%)	10 (6,1%)	37 (22,4%)	79 (47,9%)
4	1 (0,6%)	7 (4,2%)	4 (2,4%)	53 (32,1%)	100 (60,6%)
5	0 (0%)	4 (2,4%)	2 (1,2%)	43 (26,1%)	116 (70,3%)
6	3 (1,8%)	4 (2,4%)	3 (1,8%)	51 (30,9%)	104 (63,0%)
7	1 (0,6%)	6 (3,6%)	8 (4,8%)	56 (33,9%)	94 (57%)
8	1 (0,6%)	3 (1,8%)	2 (1,2%)	39 (23,6%)	120 (72,7%)
9	1 (0,6%)	6 (3,6%)	8 (4,8%)	50 (30,3%)	100 (60,6%)
10	1 (0,6%)	4 (2,4%)	5 (3,0%)	59 (35,8%)	96 (58,2%)
11	6 (3,6%)	27 (16,4%)	30 (18,2%)	43 (26,1%)	59 (35,8%)
12	0 (0%)	1 (0,6%)	2 (1,2%)	65 (39,4%)	97 (58,8%)
13	2 (1,2%)	0 (0%)	9 (5,4%)	58 (35,1%)	96 (58,2%)
14	3 (1,8%)	9 (5,4%)	3 (1,8%)	58 (35,1%)	92 (55,9%)
15	0 (0%)	1 (0,6%)	3 (1,8%)	62 (37,6%)	99 (60%)
16	1 (0,6%)	4 (2,4%)	3 (1,8%)	60 (36,4%)	97 (58,8%)
Média das respostas					
n (%)	30 (1,13%)	115 (4,35%)	108 (4,09%)	878 (33,25%)	1509 (57,15%)

Fonte: Elaborado pela autora

Assim como o IB, a BMSP 2 também foi comparada com as variáveis: faixa etária, cor autorreferida, escolaridade, religião, ocupação, estado marital, moradia, ajuda com os cuidados do bebê, gestação planejada, tipo de parto, intercorrência no parto e pós-parto. Além dessas, incluímos episiotomia, laceração, amniotomia e analgesia, as quais não estão contempladas dentro das perguntas da BMSP (Tabela 8).

Essa análise, em primeiro momento, foi realizada comparando cada variável, de forma bruta, com a classificação de adequado ou ótimo bem-estar. Nessa análise, as variáveis religião, tipo de parto, episiotomia e amniotomia apresentaram associação estatisticamente significativas para o IB ($p < 0,05$).

No entanto, a BMSP 2 também passou por uma análise ajustada para eliminar o fator de confundimento da relação na análise. Nessa, não houve associação estatisticamente significativa para as variáveis analisadas, ou seja, o bem-estar materno não está relacionado às variáveis analisadas.

Tabela 8 - Comparação do bem-estar materno, segundo as características das participantes do estudo, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

(continua)

Variável	Escala de bem estar		Bruto		Ajustado	
	adequada ou ótima	Mal-estar	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	Valor-p	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	Valor-p
Faixa etária						
18 a 24 anos (n=77)	73 (94,81%)	4 (5,19%)	0,97 (0,89;1,06)	0,71	0,99 (0,88;1,11)	0,97
25 a 29 anos (n=47)	45 (95,74%)	2 (4,26%)	0,98 (0,89;1,08)	0,88	1 (0,89;1,12)	0,99
30 ou mais (n=41)	40 (97,56%)	1 (2,44%)	ref.		ref.	
Cor autorreferida						
Branca/Amarela (n=85)	83 (97,65%)	2 (2,35%)	1,04 (0,98;1,11)	0,22	1,03 (0,97;1,09)	0,34
Preta/Parda (n=80)	75 (93,75%)	5 (6,25%)	ref.		ref.	
Escolaridade						
ensino fundamental incompleto (n=22)	22 (100%)	0 (0%)	1 (1;1)	0,99	1 (0,88;1,13)	0,99
ensino fundamental completo (n=40)	36 (90%)	4 (10%)	0,9 (0,79;1,03)	0,19	0,91 (0,77;1,08)	0,50
ensino médio completo (n=99)	96 (96,97%)	3 (3,03%)	0,97 (0,93;1,02)	0,31	0,96 (0,87;1,06)	0,72
ensino superior completo (n=4)	4 (100%)	0 (0%)	ref.		ref.	
Religião						
tem alguma religião (n=123)	117 (95,12%)	6 (4,88%)	ref.		ref.	
creio em Deus mas não tenho religião (n=7)	7 (100%)	0 (0%)	1,05 (1;1,1)	0,04	1,02 (0,93;1,11)	0,87
não tem religião (n=35)	34 (97,14%)	1 (2,86%)	1,02 (0,94;1,11)	0,82	1,03 (0,95;1,13)	0,64
Ocupação						
realiza trabalho remunerado no lar (n=9)	8 (88,89%)	1 (11,11%)	0,95 (0,71;1,26)	0,89	0,96 (0,71;1,32)	0,96
realiza trabalho remunerado fora do lar (n=73)	72 (98,63%)	1 (1,37%)	1,05 (0,98;1,13)	0,26	1,04 (0,96;1,12)	0,51
não realiza trabalho remunerado (n=83)	78 (93,98%)	5 (6,02%)	ref.		ref.	

(continuação)

Variável	Escala de bem estar		Bruto		Ajustado	
	adequada ou ótima	Mal-estar	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	Valor-p	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	Valor-p
Estado marital						
Com companheiro (n=98)	92 (93,88%)	6 (6,12%)	0,95 (0,9;1,01)	0,11	0,95 (0,9;1,01)	0,09
Sem companheiro (n=67)	66 (98,51%)	1 (1,49%)	ref.		ref.	
Moradia						
Própria (n=59)	57 (96,61%)	2 (3,39%)	ref.		ref.	
Alugada (n=85)	82 (96,47%)	3 (3,53%)	1 (0,92;1,08)	0,99	0,99 (0,9;1,1)	0,99
Emprestada (n=20)	18 (90%)	2 (10%)	0,93 (0,76;1,14)	0,80	0,92 (0,77;1,1)	0,62
Invadida (n=1)	1 (100%)	0 (0%)	1,04 (0,97;1,1)	0,49	1 (0,81;1,23)	0,99
Terá ajuda com os cuidados do bebê						
Não (n=20)	19 (95%)	1 (5%)	0,99 (0,89;1,1)	0,87	1,01 (0,91;1,11)	0,91
Sim (n=145)	139 (95,86%)	6 (4,14%)	ref.		ref.	
Gestação planejada						
Não (n=104)	99 (95,19%)	5 (4,81%)	0,98 (0,92;1,05)	0,62	0,99 (0,91;1,08)	0,86
Sim (n=61)	59 (96,72%)	2 (3,28%)	ref.		ref.	
Tipo de parto						
Vaginal (n=156)	149 (95,51%)	7 (4,49%)	0,96 (0,92;0,99)	0,01	0,99 (0,9;1,09)	0,79
Vácuo (n=9)	9 (100%)	0 (0%)	ref.		ref.	
Intercorrência no parto						
Não (n=127)	123 (96,85%)	4 (3,15%)	1,05 (0,95;1,16)	0,32	1,05 (0,96;1,14)	0,27
Sim (n=38)	35 (92,11%)	3 (7,89%)	ref.		ref.	

(conclusão)

Variável	Escala de bem estar		Bruto		Ajustado	
	adequada ou ótima	Mal-estar	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	Valor-p	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	Valor-p
Episiotomia						
Não (n=163)	156 (95,71%)	7 (4,29%)	0,96 (0,93;0,99)	0,01	1,02 (0,89;1,17)	0,82
Sim (n=2)	2 (100%)	0 (0%)	ref.		ref.	
Laceração						
Não (n=60)	57 (95%)	3 (5%)	0,99 (0,92;1,06)	0,73	0,99 (0,91;1,09)	0,90
Sim (n=105)	101 (96,19%)	4 (3,81%)	ref.		ref.	
Amniotomia						
Não (n=145)	138 (95,17%)	7 (4,83%)	0,95 (0,92;0,99)	0,01	0,95 (0,89;1,01)	0,08
Sim (n=20)	20 (100%)	0 (0%)	ref.		ref.	
Analgesia						
Não (n=95)	90 (94,74%)	5 (5,26%)	0,98 (0,92;1,04)	0,43	0,98 (0,92;1,05)	0,57
Sim (n=70)	68 (97,14%)	2 (2,86%)	ref.		ref.	
Intercorrência no pós-parto						
Não (n=132)	128 (96,97%)	4 (3,03%)	1,07 (0,95;1,19)	0,26	1,03 (0,89;1,18)	0,71
Sim (n=33)	30 (90,91%)	3 (9,09%)	ref.		ref.	

*RP: Relação de prevalência **IC: Intervalo de confiança. Fonte: Elaborada pela autora.

4.4 Qualidade da assistência e percepção de bem-estar materna

Por fim, verificou-se se existia associação entre o IB e a percepção de bem-estar das parturientes. Para isso, foi realizada uma análise bruta, seguida da ajustada. Foram utilizados os intervalos de 0 a 2 e de 3 a 5 do IB com a classificação de adequado ou ótimo bem-estar da BMSP 2. Para ambas as análises, não houve associação significativa entre as variáveis de interesse analisadas (Tabela 9).

Tabela 9 - Comparação entre qualidade da assistência ao parto e do bem-estar materno, USP Ribeirão Preto, maio a agosto de 2023

Variável	Escala de bem-estar		Bruto	Valor-p	Ajustado	Valor-p
	adequada ou ótima	Mal-estar	RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima		RP* (IC 95%)** Escala de bem-estar adequada/ótima	
<i>Índice de Bologna</i>						
0 a 2 (n=12)	11 (91,67%)	1 (8,33%)	0,95 (0,8;1,13)	0,60	0,96 (0,82;1,11)	0,58
3 a 5 (n=153)	147 (96,08%)	6 (3,92%)	ref.		ref.	

*RP: Relação de prevalência **IC: Intervalo de confiança. Fonte: Elaborada pela autora.

Discussão

5 DISCUSSÃO

As participantes do presente estudo se caracterizaram como mulheres de aproximadamente 26 anos, com Ensino Médio completo e com companheiro. Esse mesmo perfil de puérperas também foi encontrado em outros estudos (DIONIZIO, 2021; BORGES et al., 2023; SANTOS et al., 2022).

Na literatura, foi evidenciado um aumento progressivo da idade materna, com a média atual em torno de 25,7 anos (LEHUGER; STRAPASSON; FRONZA, 2017), indicando uma mudança na estrutura etária brasileira. Esse adiamento da maternidade pode estar relacionado às aspirações pessoais e às demandas do mercado de trabalho, sendo mais evidente, sobretudo, entre as mulheres do Sudeste do país (CUNHA; ROSA; VASCONCELOS, 2022), o que corrobora os dados deste estudo. Faz-se importante considerar que, por mais que o adiamento possibilite condições mais favoráveis no mercado de trabalho, colaborando, inclusive, para reduzir as desigualdades salariais entre o sexo feminino e masculino, por outro lado, afeta a taxa de natalidade da sociedade. Esse padrão é um dos desafios de diversas nações, como Japão, Itália e países escandinavos, os quais estão preocupados com as repercussões sociais, previdenciárias e econômicas do encolhimento populacional (CUNHA; ROSA; VASCONCELOS, 2022); no entanto, ainda não é uma grande preocupação no Brasil.

Em relação ao companheiro e ao nível de escolaridade, observa-se uma associação com a maior adesão ao pré-natal por parte da gestante. O companheiro fornece maior segurança, estabilidade e rede de apoio durante esse período. Esse dado se mostra importante, pois o pré-natal adequado possui forte impacto na redução de desfechos obstétricos desfavoráveis, por identificar os riscos precocemente (RANGEL; SOUZA, 2021; VARGAS; RYMSZA, 2023). Além disso, a escolaridade pode estar associada ao maior nível de informação e educação em saúde, resultando na preferência pelo parto normal, uma vez que terá conhecimento sobre os benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Em contrapartida, quanto menor a escolaridade, poderá aumentar a chance de não ter recebido informação sobre a sua saúde e, por isso, ter a sua atenção reduzida quanto aos cuidados recebidos nos serviços onde busca atendimento (SILVA, M. M. J. et al., 2019).

Ainda sobre os dados sociodemográficos, neste estudo, o perfil característico foi de mulheres brancas e com alguma religião.

É visto na literatura que a maior porcentagem de mulheres participantes de pesquisas no Brasil se autorreferem pardas (BORGES et al., 2023; LIMA et al., 2023), no entanto não foram investigados outros elementos que justifiquem a diferença identificada no presente estudo.

Já sobre a religião, outros estudos também apontam a maioria de mulheres com alguma religião (BORGES et al., 2023; LIMA et al., 2023), dado observado com maior frequência, pois as mulheres são consideradas mais religiosas, possuindo um repertório mais amplo de crenças e práticas e as utilizando como suporte nos desafios diários (MARTINS; NASCIMENTO, 2022). Além disso, nota-se que quanto maior a idade materna, maior a probabilidade de ter uma religião (ALMEIDA, 2020).

No presente estudo, a maioria das participantes tinha a casa alugada com média do número de cômodos de 5,39. Sobre o trabalho, 50,30% não realizam trabalho remunerado e apenas 19 participantes responderam a renda familiar mensal, sendo a média de 2504,21 reais. Em relação a esses dados, em 2022, foram consideradas famílias de baixa renda aquelas que possuíam renda familiar total de até três salários mínimos (total de R\$ 3636,00) (BRASIL, 2022b). Esses dados da atual pesquisa são importantes, pois a baixa condição socioeconômica pode impactar na má adesão às consultas do pré-natal (MENEZES; FLORIANO; LOPES, 2021), sendo que a condição econômica favorecida é considerada um fator de proteção para mãe e bebê, pois o pré-natal adequado tem melhores resultados perinatais, tanto em puérperas quanto em recém-nascidos (MARCHETTI et al., 2020). Além disso, é sabido que a melhor situação socioeconômica está associada à melhor qualidade de vida. À medida que a renda diminui, observa-se uma influência negativa na percepção de bem-estar, qualidade de vida e saúde (SHERBOURNE et al., 1992; VAGETTI et al., 2013).

A baixa renda também está associada com a dificuldade em buscar um serviço de saúde e projetar-se no futuro, ou seja, não é possível ter uma visão de longo prazo, justamente por conta da incerteza financeira e preocupação com o futuro (FERREIRA et al., 2013; OSORIO; SERVO; PIOLA, 2011). Somado a isso, a classe social mais rica reconhece a qualidade das consultas em locais conveniados e demonstra expectativas e satisfação superiores em comparação àqueles que utilizaram o sistema público de saúde, tanto no que diz respeito à consulta em si quanto ao processo de agendamento (BASTOS; FASOLO, 2013; EDIE et al., 2015).

Apesar de a variável renda, como fator de proteção, não poder ser avaliada no presente estudo, devido às poucas respostas obtidas, vale destacar que baixo nível

de renda pode estar associado a baixa escolaridade (GOMES; PINTO; CASSUCE, 2021), e essa variável também é um fator que impacta na expectativa e satisfação de atendimento, já que as mulheres com mais anos de estudo são mais críticas, comparadas às com menor escolaridade, as quais apresentaram menor expectativa com o atendimento (EDIE et al., 2015).

Ainda sobre as características sociodemográficas das participantes deste estudo, a maioria informou que teria ajuda com os cuidados do bebê, sendo o marido/companheiro o que mais contribuiria com essa ajuda. Com a chegada do bebê, pela sua absoluta dependência no início da vida, é necessário a atenção e cuidado em tempo integral. A carência de informação sobre esse momento, assim como a idealização deste, pode aumentar o sofrimento materno. Isso porque há uma cobrança em estar totalmente apta a cuidar e, por isso, a mulher pode sentir dificuldade em pedir ajuda. Isso pode repercutir em sentimento de culpa, frustração e sentimentos de inadequação, por não atender a essa expectativa (CAMPOS; FÉRES-CARNEIRO, 2021).

Nesse sentido, a rede de apoio é de extrema importância e é considerada fator preponderante para o bem-estar e acolhimento materno no pós-parto. As mulheres do presente estudo podem ter se beneficiado com relação a isso, já que tinham ajuda para o cuidado com os filhos. A necessidade de ajuda com os cuidados do recém-nascido é enfatizada pelas mulheres, que referem também a importância do apoio emocional de suas próprias mães como uma forma de se sentirem cuidadas (CAMPOS; FÉRES-CARNEIRO, 2021). Além disso, essa rede de apoio com os cuidados do bebê impacta diretamente na saúde materna. Puérperas que tiveram apoio, seja familiar ou extrafamiliar, desempenharam melhor as atividades rotineiras quando comparadas às com ausência do suporte (ALVES et al., 2022).

Em suma, faz-se necessário traçar o perfil sociodemográfico das mulheres, pois é por meio desses dados que conseguimos descobrir informações, conhecimentos e a realidade dessas mulheres, para que assim seja possível melhorar a qualidade da assistência (SILVA; LIMA, 2021).

Com relação às características obstétricas, a maioria das participantes deste estudo teve de 1 a 2 gestações, nenhum aborto e a gravidez não foi planejada. Esses dados foram encontrados em outros estudos (LIMA et al., 2023; SPINDOLA et al., 2020). Considerando a análise da qualidade da assistência obstétrica, em relação ao número de gestações, tanto as primíparas quanto as múltiparas estão suscetíveis a

intervenções desnecessárias e violência obstétrica. Não há, ainda, um consenso se algum grupo está mais vulnerável. No parto da primípara, pode haver maior banalização da dor e estímulo para fazer força, enquanto que para as múltiparas há crítica em decorrência do número de filhos e aumento de intervenções e procedimentos desnecessários (RIBEIRO et al., 2020).

Sobre a maioria das mulheres não planejarem a gestação, algumas, apesar de afirmarem a falta de desejo e planejamento da gravidez, acabam não utilizando método contraceptivo, reforçando a falta de conhecimento e recursos para o planejamento reprodutivo (MEDEIROS et al., 2016). Inclusive, a falta de conhecimento sobre os benefícios do planejamento familiar e do uso de contraceptivos também está associada ao baixo nível socioeconômico e aconselhamento de saúde inadequado. Isso reforça a necessidade de políticas públicas aplicadas junto às escolas, às unidades básicas de saúde e à comunidade para o desenvolvimento e conhecimento do tema (MORAIS; SOUZA; SOUZA, 2023).

Já em relação ao tempo de trabalho de parto, neste trabalho, teve duração mínima de 4 horas e máximo de 40 horas. O parto normal foi o mais prevalente e a maioria não teve intercorrências no parto.

Ainda para este estudo, foi identificado que a maioria das mulheres não teve episiotomia, mas teve laceração. A maioria não recebeu analgesia e não foi realizada amniotomia (87,88%). Já em relação ao pós-parto, foi prevalente a ausência de intercorrência.

Assim como no presente estudo, a literatura também apresenta menor porcentagem de intercorrências e, ainda, não é definida associação estatisticamente significativa entre as intercorrências e o tipo de parto (COELHO, 2019; SANTOS, 2022). No entanto, é sabido que a intercorrência no trabalho de parto aumenta em 5 vezes a chance de Apgar alterado (SANTOS et al., 2019). Vale lembrar que, embora a maternidade onde o estudo ocorreu atenda mulheres com gestação de risco habitual e os casos de alto risco sejam encaminhados para instituição de referência no município com maior nível de complexidade tecnológica, a literatura aponta para a importância da capacitação profissional e o preparo da equipe para atuar nessas situações mesmo em unidades de menor complexidade.

No que diz respeito às características dos recém-nascidos, 51,52% das mulheres deram à luz a bebês do sexo feminino e 48,48%, do sexo masculino. O peso

médio dos recém-nascidos foi considerado adequado, e a maioria das mães relatou ter amamentado na primeira hora após o parto.

Segundo o DATASUS (2021), a média de peso ao nascer é de 3000 a 3999 g, sendo tal dado visto neste estudo. Em relação ao aleitamento, uma revisão de literatura evidencia que o aleitamento materno na primeira hora de vida impacta na redução do índice de mortalidade neonatal e promove a proteção imunológica e condições para o desenvolvimento do bebê. Além disso, é responsável por produzir a ocitocina, hormônio responsável por, dentre outras funções, reduzir o risco de hemorragia e outras complicações maternas (RAMIRO et al., 2021), sendo que os resultados do presente estudo seguem de acordo com essa recomendação.

Já sobre a qualidade da assistência no trabalho de parto e parto, neste estudo, foi analisada pelo IB, sendo constituído de três indicadores para essa avaliação.

Em relação ao Indicador A deste estudo, foi evidenciado que 61,82% das mulheres foram admitidas na maternidade em trabalho de parto espontâneo e 38,18% para indução do trabalho de parto. No estudo conduzido por Souza e colaboradores (2021), observou-se que a maioria das mulheres que foram admitidas na maternidade também estava em trabalho de parto espontâneo, alcançando a proporção de 78,9%. Inclusive, no estudo supracitado, todas as mulheres que evoluíram para o parto vaginal espontâneo não tinham indicação para a cesárea, enquanto que, entre as que passaram pela cirurgia, apenas 38,3% tinham indicação para o procedimento.

Uma estratégia importante para reduzir os altos números de cesarianas é a indução do trabalho de parto. No estudo de Scapin e colaboradores (2018), a maioria (53%) das induções acontecem por pós-datismo. Então, para que sejam estimuladas as contrações de trabalho de parto, que naquele momento são inexistentes, pode-se utilizar alguns métodos, como: uso do Misoprostol de 25 mcg via vaginal em 46% e/ou Misoprostol associado a Ocitocina em 28,4%. O Misoprostol foi mais associado a parto vaginal. Tais métodos serão mais detalhados na discussão do Indicador C.

Já em relação ao Indicador B, foi demonstrado que a maioria das mulheres foi atendida por um médico (76,36%), 12,12% por enfermeira, 10,91% por estudante de medicina e 0,61% por aluno de enfermagem. No Brasil, além dos médicos, os enfermeiros obstetras são os únicos profissionais regulamentados para prestar assistência ao parto, e a presença destes é considerada um indicador de qualidade na prestação de cuidados durante o parto. No entanto, quando a coleta de dados é realizada em hospitais públicos, há uma ressalva, já que uma parcela da assistência

é feita por estudantes de medicina ou enfermagem, os quais estão cumprindo estágios curriculares supervisionados pela equipe (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). A presença dos acadêmicos de medicina e enfermagem também foi encontrada em outros estudos (DIONIZIO, 2021; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; RIBEIRO et al., 2016).

Destaca-se que, em um estudo recente, partos assistidos por enfermeiras obstetras em ambientes hospitalares resultaram em pontuações mais elevadas em termos de qualidade na assistência e, inclusive, de aumento de tempo de aleitamento materno exclusivo. Importante ressaltar que o atendimento de qualidade garante um parto e um nascimento como momento fisiológico, intervindo apenas se for necessário, garantindo o respeito e a autonomia da mulher (DIONIZIO, 2021), o que demonstra a importância da enfermeira obstetra no cenário do parto.

Em relação ao Indicador C, analisando a potencialidade da instituição, não foi verificada nenhuma frequência de partos que receberam nota 0 e 1, ou seja, que não realizaram nenhuma das práticas de qualidade na assistência ao parto relativas ao IB, e quanto à pontuação 2, apenas 7,27% dos partos receberam tal score. Esse dado corrobora outro estudo que utilizou o IB na mesma instituição (DIONIZIO, 2021), porém diverge do estudo realizado no norte do Paraná, no qual a frequência de partos com nota 1 foi de 4% e a nota 2 de 42% (ALVES et al., 2021).

Ainda como potencialidade da instituição pesquisada, foram encontradas frequências mais elevadas, com percentuais de 34,55%, 44,85% e 13,33% para os scores 3, 4 e 5, respectivamente. Essas pontuações indicam que a maternidade adotou três ou mais práticas benéficas no atendimento ao parto, evidenciando a qualidade na assistência prestada pela instituição. Também corroboram pesquisa anterior realizada na mesma instituição (DIONIZIO, 2021), assim como uma pesquisa asiática, na qual em mais de 80% dos atendimentos ao parto foram respeitadas três ou quatro das boas práticas avaliadas (SANDIN-BOJO et al., 2012). Por outro lado, em relação à pontuação máxima, nota 5, neste estudo ela foi vista em 13,33% das participantes, contrapondo uma pesquisa realizada no norte do Paraná, em que foi vista tal pontuação em 0,4% dos atendimentos pesquisados (ALVES et al., 2021), o que ilustra as diferenças regionais brasileiras.

Sobre as práticas positivas, foi verificado, neste estudo, que a maioria das mulheres estava acompanhada do parceiro ou de outra pessoa significativa. Ademais, o partograma foi empregado em todos os partos analisados, e a maioria das mulheres

manteve o contato pele a pele com o bebê ao nascer. A presença de um parceiro está associada a índices mais elevados na qualidade da assistência. Neste trabalho, o estado marital apresentou índice estatisticamente significativo para o IB ($p < 0,05$), estimando que a prevalência de práticas benéficas ao atendimento ao parto é 13% maior entre as mulheres com companheiro quando comparadas às sem companheiro.

O apoio e a presença do acompanhante, no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto, são indispensáveis para assegurar o fortalecimento da relação familiar, apoio físico e emocional e repercutir em sentimentos de conforto, segurança, tranquilidade e, principalmente, de bem-estar. Isso porque impacta diretamente na desconstrução do sentimento de desamparo e solidão das mulheres no momento do parto. Esses sentimentos positivos para a mulher contribuem para a humanização do parto e nascimento (MAZZETTO et al., 2022; NOGUEIRA et al., 2020). A importância do acompanhante para a garantia do bem-estar no momento do parto é reconhecida mundialmente. Um estudo na África aponta que o apoio que receberam dos parceiros, no momento do trabalho de parto e parto, repercutiu no bem-estar físico das mães e dos bebês (KASHAIJA; MSELLE; MKOKA, 2020). Além disso, segundo Santos e colaboradores (2019), a ausência de acompanhante está associada a um aumento de 124% na chance de ocorrência de um Apgar menor que sete no quinto minuto de vida.

Quanto ao partograma, trata-se de um gráfico que possibilita avaliar a progressão do trabalho de parto, assim como as condições da mãe e do feto. Com o uso do partograma é possível documentar e diagnosticar alterações no trabalho de parto, indicar a tomada de condutas apropriadas e evitar intervenções desnecessárias. Por isso, o preenchimento desse documento é considerado parte das boas práticas na assistência ao parto (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018), e na maternidade onde o estudo foi realizado o seu preenchimento é realizado, conforme comprovado pelos dados obtidos.

Chama a atenção o fato de que, assim como observado no estudo de Dionizio (2021), se o partograma fosse desconsiderado da pontuação para qualidade da assistência, a maioria dos partos atendidos na maternidade local do estudo receberia apenas o escore geral de 1 ou 2 pontos, não atingindo as boas práticas na qualidade da atenção no trabalho de parto e parto.

Em relação ao contato pele a pele, este é preconizado pela OMS por trazer importantes benefícios, como: favorecer o início da amamentação; estabilizar parâmetros vitais; permitir a progressão para alcançar um maior volume de leite;

prevenir a hipotermia; favorecer a adaptação à vida extrauterina, além de ajudar a fortalecer o vínculo mãe e filho (OMS, 2018c). Observa-se que, no presente estudo, a maioria das mulheres e seus filhos recém-nascidos puderam contar com esses benefícios.

O avanço da obstetrícia na assistência hospitalar contribuiu para melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Porém, por outro lado, concretizou um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças, levando a altas taxas de intervenções, que deveriam ser utilizadas apenas se necessário e conforme recomendação (BRASIL, 2017a). Esse modelo desconsidera os aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo fisiológico do parir e nascer, e essa experiência poderá deixar marcas negativas para o resto da vida da mulher (BRASIL, 2017a). Nesse sentido, no presente trabalho, quando encontradas práticas não benéficas para a assistência ao trabalho de parto, foi visto que a maioria dos nascimentos aconteceu com intervenções como uso de ocitocina, misoprostol, amniotomia e uso do vácuo extrator, além da posição litotômica.

A ocitocina é um hormônio que aumenta a frequência e intensidade das contrações uterinas, auxiliando a expulsão do feto, quando corretamente indicada durante o trabalho de parto. Ela só deve ser usada para aumentar as contrações de, no máximo, 4 a 5 em 10 minutos (BRASIL, 2017a). O misoprostol também é utilizado para indução de trabalho de parto, por ser um análogo da prostaglandina (BRASIL, 2016). A ocitocina e/ou misoprostol, quando corretamente indicados, podem contribuir com a diminuição da incidência de cesárea. Contudo, já foi observado que a maior parte das gestantes que recebem misoprostol, no trabalho de parto, apresenta líquido amniótico meconial (SOUZA et al., 2021), demonstrando que seu uso requer atenção.

Já a amniotomia é preconizada pelo Ministério da Saúde diante da suspeita de falha de progresso de trabalho de parto no primeiro estágio, caso as membranas estejam íntegras. Na sua utilização, deve-se explicar o procedimento à parturiente e avisar que ele pode aumentar a intensidade e dor das contrações, mas que irá diminuir o trabalho de parto, em média, em 1 hora. Vale reforçar que a OMS não recomenda essa prática para prevenção do retardo do trabalho de parto (BRASIL, 2017a; OMS, 2018c).

Apesar das importantes contribuições das intervenções quando necessárias, é sabido que muitas mulheres em trabalho de parto são submetidas a intervenções fora

de suas recomendações, principalmente pelo predomínio do modelo biomédico, cuja influência na cultura de assistência ao parto torna-se intervencionista (SILVA, C. R. et al., 2019). Portanto, assim como qualquer outra prática, a amniotomia precisa ser avaliada com cautela, pois se for feita de forma precoce pode estar associada com algumas complicações, como desaceleração da frequência cardíaca fetal e infecção (BRASIL, 2016), assim como outros procedimentos que devem ser avaliados a cada caso. Além disso, essa prática, associada ou não à ocitocina, pode repercutir em aumento de custos da maternidade, tanto de recursos humanos quanto de materiais, sem nenhum intenso benefício significativo e, por isso, a amniotomia e ocitocina precocemente não são recomendadas (BRASIL, 2016, OMS 2018c; ZIBELL et al., 2023).

Sobre o parto instrumental, como o realizado com o uso do vácuo extrator, este só é recomendado caso não exista segurança acerca do bem-estar fetal ou se o segundo período se estender demasiadamente (BRASIL, 2017a). Isso ocorre devido à associação entre o parto vaginal instrumental e possíveis danos no assoalho pélvico da mulher, sendo o fórceps predominantemente mais lesivo quando comparado ao vácuo, podendo repercutir em dor crônica, disfunção sexual, incontinência urinária e fecal e prolapso de órgãos pélvicos, impactando negativamente a mulher por um longo prazo (LIMA et al., 2022).

Com base no exposto, por mais que a maioria das mulheres do presente estudo não tenha apresentado intercorrência no momento do parto, ainda pode-se notar a existência de algumas práticas que devem ser desencorajadas, como a amniotomia (ZIBELL et al., 2023). Além das intervenções, outra prática considerada não benéfica para a assistência foi a alta frequência da posição litotômica para parir em 59,39% dos partos. A OMS prevê diversas recomendações e boas práticas no trabalho de parto e pós-parto, entre essas destaca-se a orientação de que a mulher deve adotar a posição mais confortável, enquanto os profissionais devem reduzir as intervenções desnecessárias (OMS, 2018c).

Apesar de pouco identificada no presente estudo, a adoção de posições verticalizadas, durante o trabalho de parto, deve ser incentivada pelos profissionais. Observa-se que tais posições têm o potencial de prevenir traumas significativos que requerem suturas, além de poderem contribuir para a integridade perineal. Além disso, a posição litotômica deve ser utilizada com cautela, visto que seu uso pode elevar a probabilidade de lacerações perineais severas e intervenções obstétricas

desnecessárias, como a episiotomia (ROCHA et al., 2020; SILVA, C. R. et al., 2019). Reforçando outros estudos (ANGELIM et al., 2021; GIGLIO: FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; SANDIN-BOJO et al., 2012), a posição litotômica é adotada na maioria dos atendimentos, sendo responsável por reduzir os escores de qualidade da assistência. Devido à frequência, é perceptivelmente uma prática comum aos serviços de saúde.

Em relação à avaliação da percepção de bem-estar das parturientes, foi analisado que, para a maioria, a percepção foi de adequado/ótimo bem-estar, resultado também verificado em outro estudo realizado em Cuiabá (ALVARES et al., 2018). No presente estudo, a média de respostas em “discordo totalmente” e “discordo” é inferior a 6%, enquanto que a porcentagem de “concordo” e “concordo totalmente” é superior a 90%, evidenciando o bem-estar das mulheres que estiveram em trabalho de parto e parto na maternidade.

Embora a presente pesquisa não tenha evidenciado a associação entre o bem-estar materno e o índice de Bologna, o contato pele a pele e a presença de um acompanhante são dois dos indicadores de qualidade da assistência presentes no IB. Assim, considerando os resultados, é possível confirmar a sensação de bem-estar das mulheres, frente ao preparo do hospital. Isso pode ser justificado, pois a maternidade é titulada como Hospital Amigo da Criança, desde 2002. Portanto, os bebês têm menor chance de sofrer intervenções desnecessárias logo após o parto, visto que realizam o contato pele a pele com a mãe e são amamentados na primeira hora de vida. Além disso, o local da presente pesquisa segue os critérios globais de Cuidado Amigo da Mulher, que, entre outras características, estimula o aleitamento materno, garante um acompanhante da escolha da mulher, assegura cuidados que visam reduzir procedimentos invasivos, estimula métodos não farmacológicos de alívio da dor e incentiva a posição de escolha no parto (MATER-FAEPA, 2023e).

Adicionalmente, a maternidade mencionada também tem acreditação de nível pleno da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Isto é, a organização atende a dois critérios: cumpre ou supera em 80% os padrões de qualidade e segurança e cumpre ou supera em 70% ou mais os padrões ONA de gestão integrada, com processos de fluidos e plena comunicação entre as atividades. Esse certificado foi validado no ano de 2023 e tem validade até 2025 (ONA, 2023).

Além do nível de qualificação da maternidade, vale observar que a sua localização é na Região Sudeste. As disparidades sociais e econômicas, entre as cinco regiões do Brasil, possivelmente impactam na assistência dos hospitais

públicos, visto que estudos indicam que os hospitais nas regiões Sul e Sudeste tendem a demonstrar uma possível maior eficiência técnica em comparação com os da Região Norte (CORRÊA, 2020). Além disso, a Região Sudeste tende a alcançar maiores níveis na qualidade na assistência (CRUZ et al., 2019).

É importante destacar que as questões do BMSP de número 3 (“Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento”) e 11 (“Pude dispor de anestesia sempre que precise”), mesmo que com baixa porcentagem, foram as que tiveram maiores respostas em “discordo totalmente” e “discordo”, sendo a somatória de 23,64% e 20%, respectivamente. Dessa forma, verifica-se que, mesmo sendo observadas práticas humanizadas no trabalho de parto, ainda ocorrem métodos considerados desnecessários, assim como encontrado no estudo de Alvares e colaboradores (2018).

Nesse sentido, vale considerar alguns resultados da presente pesquisa, já que 41,21% das mulheres deste estudo não amamentaram na primeira hora e 57,58% não receberam analgesia. Outros autores, como Lucchese e colaboradores (2023), também mostraram tal situação, em que a amamentação na primeira hora de vida não atingiu níveis preconizados, sendo que apenas 21,6% amamentaram na sala de parto. Esse dado é importante, pois a amamentação tem significado particular e íntimo para as mulheres, podendo favorecer o vínculo e sentimentos de conforto durante esse processo, evidenciando o seu bem-estar físico e emocional (MORAIS, A. C. et al., 2020).

Com relação à analgesia, alguns estudos mostraram menor porcentagem de seu uso, como evidenciado no estudo de Felisbino-Mendes e colaboradores (2017), no qual 34,2% receberam analgesia, e no estudo de Silva e colaboradores (2020), no qual essa porcentagem foi de 35%. Não se pode desconsiderar que a maternidade proporciona uma assistência humanizada, como apresentado nos resultados. No entanto, em consonância com o estudo de Alvares e colaboradores (2018), surge a indagação sobre o fato de a maioria das mulheres ter tido ótimo bem-estar durante a parturição, mesmo com a utilização de algumas tecnologias invasivas, como a episiotomia, a amniotomia e o uso do vácuo, o que não foi investigado no presente estudo e necessita de maior aprofundamento.

No presente estudo, as tecnologias invasivas foram identificadas com baixos índices e não foram avaliadas em conjunto com outras características da população-alvo. Contudo, essas práticas invasivas são mencionadas na literatura e estudos

sugerem a possibilidade da dificuldade das mulheres em avaliar a qualidade da assistência, mesmo diante dessas práticas invasivas e pode ser atribuída à baixa capacidade crítica das mulheres para avaliar os serviços da maternidade (ALVARES et al., 2018; DIAS; DESLANDES, 2006).

Essa dificuldade pode ser influenciada pela escassez de informações que as mulheres possuem sobre o processo de parturição. Sendo assim, caso desconheçam os seus direitos e a distinção entre práticas humanizadas e invasivas, dificilmente conseguirão discernir se a prática foi necessária durante o processo parturitivo (ALVARES et al., 2018). Estudos mostram que a dificuldade em avaliar a qualidade da assistência também pode estar relacionada à presença do profissional de saúde. Isso porque a percepção de acolhimento e apoio dos profissionais da área da saúde influencia a percepção da satisfação no trabalho de parto, uma vez que diminuem a ansiedade durante a parturição (ALVARES et al., 2018).

Essa situação diminui a capacidade crítica, pois o fato de receber atendimento durante o parto acaba sendo suficiente para a avaliação positiva do serviço (D'ORSI et al., 2014). Então, para essas mulheres, a demora em ser atendida, a falta de acompanhamento profissional durante a internação, a proibição de ter um acompanhante e a agressão verbal são consideradas violências. Conseqüentemente, se elas não sofreram nenhuma dessas situações, consideram que receberam um bom atendimento. Ou seja, as mulheres afirmam que tiveram um bom atendimento por não terem sido submetidas a maus-tratos (DIAS; DESLANDES, 2006).

Do mesmo modo, ainda predomina a concepção de que o trabalho de parto é conduzido exclusivamente pelos profissionais de saúde e elas não podem opinar ou se manifestar sobre seus desejos e vontades (DIAS; DESLANDES, 2006).

É relevante destacar a importância do pré-natal como um momento de práticas educativas em saúde. Esse acompanhamento possibilita que a mulher faça escolhas conscientes e saiba o que deseja no processo de parturição. Assim, conseguirá avaliar o cuidado recebido, exercendo sua autonomia (ALVARES et al., 2018).

Diante do exposto, este estudo apresenta como limitação o fato de que os dados foram coletados em uma única maternidade pública, da Região Sudeste, que é acreditada pela ONA, titulada como Hospital Amigo da Criança e segue os critérios globais de Cuidado Amigo da Mulher, sem a participação de mulheres atendidas em outras maternidades do município, públicas ou privadas, e de atendimento de alto risco. Apesar disso, entende-se que os resultados não foram prejudicados, justamente

pelos dados terem sido coletados em uma maternidade de referência para a regional de saúde, que atende Ribeirão Preto e os outros 25 municípios do Departamento Regional de Saúde DRS XIII, cobrindo uma população estimada de 1.440.000 habitantes. Além disso, compõe um cenário amplamente utilizado em pesquisas desenvolvidas por universidade pública situada no município (MATER-FAEPA, 2023c).

Conclusões

6 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo possibilitaram concluir que a assistência, na maternidade pesquisada, tem impacto positivo na qualidade, realizando diversos cuidados pautados na humanização da assistência, como o uso do partograma, a presença do acompanhante de livre escolha da mulher e o incentivo ao contato pele a pele. Inclusive, foi possível observar que o estado marital teve relação estatisticamente significativa para a qualidade da assistência, evidenciando a importância deste no trabalho de parto e parto.

Entretanto, mesmo com essa iniciativa, há procedimentos que necessitam de revisão, como o parto em posição litotômica no período expulsivo, uso de métodos farmacológicos e intervenções desnecessárias, como o vácuo e a amniotomia.

A maioria das mulheres atingiu um ótimo bem-estar, e o presente estudo permitiu concluir que não houve associação significativa entre o IB e BMSP 2.

A partir dos achados, este estudo fornece subsídios para auxiliar enfermeiros e outros profissionais de saúde a cuidarem da assistência durante o trabalho de parto, promovendo uma assistência integral e qualificada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. O estudo reforça a necessidade e importância das ações educativas durante o pré-natal, visando informar as mulheres acerca de seus direitos e sobre a qualidade da assistência ao parto. Dessa forma, busca-se promover o conforto físico e bem-estar, durante essa fase, encorajando a autonomia e o protagonismo materno.

Sugere-se, ainda, que novos estudos sejam realizados, incluindo as maternidades privadas e de alto risco, a fim de identificar eventuais disparidades que possam afetar a qualidade da assistência e o bem-estar das mulheres, contemplando assim todos os segmentos assistenciais. Dessa maneira, será possível ter outros recursos para analisar e comparar como o bem-estar materno é apresentado frente à qualidade da assistência durante o trabalho de parto e parto.

Referências

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. C. **Avaliação da satisfação dos usuários dos serviços de saúde do ambulatório central do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Recife, 2010.
- ALMEIDA, D. S. **Apoio social e o bem-estar subjetivo em gestantes adolescentes, adultas jovens e tardias**. 2020. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.
- ALVARES, A. S. **Análise do bem-estar materno e da assistência prestada em uma unidade de pré-parto/parto/pós-parto imediato**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e o Cuidado à Saúde Regional) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2017.
- ALVARES, A. S. *et al.* Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018.
- ALVARES, A. S. *et al.* Práticas obstétricas hospitalares e suas repercussões no bem-estar materno. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.
- ALVES, A. B. *et al.* Funcionalidade na perspectiva das redes de apoio no puerpério. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 22, p. 667-673, 2022.
- ALVES, E. M. *et al.* Avaliação da assistência ao parto no norte do Paraná pelo Índice de Bologna. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, 2021.
- ALVES, P. C. *et al.* Avaliação do bem-estar no trabalho entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, p. 701-709, 2012.
- ALVES, T. V.; BEZERRA, M. M. M. Principais alterações fisiológicas e psicológicas durante o Período Gestacional. **Revista de psicologia**, v. 14, n. 49, p. 114-126, 2020.
- ANGELIM, S. M. A. V. *et al.* Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 4, 2021.
- ARIK, R. M. *et al.* Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 41-49, 2019.
- BALSELLS, M. M. D. *et al.* Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, 2018.
- BASTOS, G. A. N.; FASOLO, L. R. Fatores que influenciam a satisfação do paciente ambulatorial em uma população de baixa renda: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, 2013.

BIONDI, H. S. *et al.* Cargas de Trabalho e as inter-relações com o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Revista Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 3, 2018.

BORGES, L. C. C. *et al.* Perfil sociodemográfico e obstétrico-clínico de mulheres puérperas com ingurgitamento mamário na cidade de Rio Branco, Acre. **Multidisciplinary Sciences Reports**, v. 3, n. 2, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de prática clínica sobre cuidados com o parto normal**, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução no 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 9 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CONITEC Relatório de Recomendação: Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2016. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf Acesso em: 20 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal**. 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html Acesso em: 11 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Nascidos vivos – Brasil**. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde cria Rede de Atenção Materna e Infantil e amplia atendimento para mães e bebês no SUS**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica, 2022a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 27 out. 2023.

BRASIL. Tribunal de Contas do Estado de Goiás. **Crianças em Domicílios de Baixa Renda**. Goiás, 2022b. Disponível em: <https://portal.tce.go.gov.br/criancas-em-domicilios-de-baixa-renda>. Acesso em: 15 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe – Revisão e revogação de atos normativos não pactuados em âmbito tripartite**. Secretaria Executiva. 2ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Tripartite. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/pautas-de-reunioes-e-resumos/2023/fevereiro/informe-2013-revisao-e-revogacao-de-atos-normativos-nao-pactuados-em-ambito-tripartite/view>. Acesso em: 27 out. 2023.

CAMPOS, P. A.; FÉRES-CARNEIRO, T. Sou mãe: e agora? Vivências do puerpério. **Psicologia USP**, v. 32, 2021.

CASSIANO, A. C. M. *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, 2014.

CASSIANO, A. N. *et al.* Perception of nurses on humanization in nursing care in immediate puerperium. **Journal of Research Fundamental Care On Line**, v. 7, n. 1, 2015.

CHALMERS, B.; PORTER, R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. **Birth**, v. 28, n. 2, p. 79-83, 2001.

COELHO, T. S. **Análise dos resultados maternos e neonatais associados às intervenções realizadas durante o trabalho de parto de nulíparas de baixo custo**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2019.

CORRÊA, D. S. R. C. **Comparação da eficiência dos modelos de gestão dos hospitais públicos brasileiros utilizando Análise Envoltória de Dados**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde) – Universidade do Porto, Porto, 2020.

CRUZ, M. J. B. *et al.* A coordenação do cuidado na qualidade da assistência à saúde da mulher e da criança no PMAQ. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, 2019.

CUNHA, M. S.; ROSA, A. M. P.; VASCONCELOS, M. R. Evidências e fatores associados ao fenômeno de adiamento da maternidade no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 39, 2022.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Patients' expectations concerning childbirth care at a public maternity hospital in Rio de Janeiro, Brazil: challenges for the humanization of obstetric care. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, 2006.

DIONIZIO, L. A. **Qualidade da assistência ao parto e sua relação com a duração do aleitamento materno exclusivo entre mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Ribeirão Preto/SP**. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. Oxford: Oxford University Press, 2003.

DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? **Journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

D'ORSI, E. *et al.* Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S154-S168, 2014.

DOWNE, S. *et al.* What matters to women during childbirth: a systematic qualitative review. **Public Library of Science**, v. 13, n. 4, 2018.

DUARTE, M. R. *et al.* Percepção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto: resgate da autonomia e empoderamento da mulher. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, 2020.

DUTRA, K. H. S. *et al.* Psicossomática e obstetrícia: uma análise biopsicossocial. **Revista Científica FAGOC-Multidisciplinar**, v. 4, n. 1, 2020.

EDIE, G. E. H. E. *et al.* Perceptions of antenatal care services by pregnant women attending government health centres in the Buea Health District, Cameroon: a cross sectional study. **Pan African Medical Journal**, v. 21, n. 1, 2015.

FELISBINO-MENDES, M. S. *et al.* O uso de analgesia farmacológica influencia no desfecho de parto? **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, 2017.

FERRARI, R. S. **Maternidade, assombro e elaboração**: reflexões psicanalíticas sobre a vivência da maternidade. 2022. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022.

FERREIRA, M. *et al.* Aspectos comportamentais no hábito de poupar em adultos jovens: uma comparação entre alta e baixa renda. *In*: SEMINÁRIOS DE ADMINISTRAÇÃO, 16., São Paulo, Universidade de São Paulo. **Anais do XVI Seminários de Administração**. São Paulo: USP, 2013.

FRANCHI, J. V. O. *et al.* Access to care during labor and delivery and safety to maternal health. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Não é só um retrocesso, é um projeto de desmonte. **Fiocruz**, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/nao-e-so-um-retrocesso-e-um-projeto-de-desmonte>. Acesso em: 27 set. 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Aplicação prática do Partograma. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, Rio de

Janeiro, 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/aplicacao-pratica-do-partograma/>. Acesso em: 5 set. 2023.

GALINHA, I. C. **Subjective well-being: cognitive, affective and contextual factors**. Coimbra: Quarteto, 2008.

GARCEZ, L.; ANTUNES, C. B. L.; ZARIFE, P. S. Bem-estar no trabalho: revisão sistemática da literatura brasileira. **Aletheia**, v. 51, n. 1-2, 2018.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, 2011.

GIMENES, J. S. *et al.* Bem-estar e qualidade de vida: importância da assistência de enfermagem humanizada no parto. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 2, 2021.

GOMES, M. A. V.; PINTO, V. O.; CASSUCE, F. C. C. Determinantes da satisfação no atendimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, 2021.

GOMES, N. R. F. C. *et al.* Assistência de enfermagem no parto humanizado. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, 2021.

GONÇALVES, M. F. *et al.* Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, 2018.

HOOD, L. **Leddy & Pepper's conceptual bases of professional nursing**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

ISMAEL, F. M. *et al.* Assistência de enfermagem na prevenção da violência obstétrica. **Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde**, 2020.

JACOB, T. N. O. *et al.* A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2021.

JAMAS, M. T. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da Escala de Bemestar Materno em Situação de Parto (BMSP 2)**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

JAMAS, M. T. *et al.* Evidências de validade da *escala de Bemestar Materno em Situação de Parto*. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021.

KASHAIJA, D. K.; MSELLE, L. T.; MKOKA, D. A. Husbands' experience and perception of supporting their wives during childbirth in Tanzania. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 20, p. 1-9, 2020.

KUKURA, E. Obstetric violence. **The Georgetown Law Journal**, v. 106, p. 721-756, 2017. Disponível em: <https://www.law.georgetown.edu/georgetown-law-journal/wp-content/uploads/sites/26/2018/06/Obstetric-Violence.pdf>. Acesso em: 22 out. 2023.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, 2019.

LAURENCE, R. J. Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. **Canadian Medical Association Journal**, v. 156, n. 6, 1997.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nascer no Brasil. **Sumário Executivo Temático da Pesquisa**, 2012.

LEHUGER, D.; STRAPASSON, M. R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 12, 2017.

LEITE, I. M. S.; SOUZA, D. H. A. V. Violência obstétrica: o relato de uma dor. **Revista InterScientia**, v. 7, n. 1, p. 162-180, 2019.

LEMES, D. C. M. *et al.* Satisfação com a imagem corporal e bem-estar subjetivo entre adolescentes escolares do ensino fundamental da rede pública estadual de Canoas/RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, 2018.

LIMA, A. A. B. *et al.* Trauma do assoalho pélvico resultante do parto com fórceps e com extração à vácuo. **Revista científica multidisciplinar**, v. 3, n. 12, p. 69-74, 2022.

LIMA, A. P. A.; LIMA, M. M. S.; LUCENA, G. P. Medo e dor no trabalho de parto e parto. **Revista Científica de Enfermagem**, v. 9, n. 28, p. 55-63, 2019.

LIMA, R. V. A. *et al.* Transtorno depressivo em mulheres no período pós-parto: análise segundo a raça/cor autorreferida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 36, 2023.

LUCHESE, I. *et al.* Amamentação na primeira hora de vida em município do interior do Rio de Janeiro: fatores associados. **Escola Anna Nery**, v. 27, 2023.

MARCHETTI, J. R. *et al.* A importância do pré-natal. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Xanxerê**, v. 5, 2020.

MARTINS, A. M.; NASCIMENTO, A. R. A. Gênero e suas implicações nas práticas religiosas: Estudo exploratório entre universitários brasileiros. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 24, n. 3, 2022.

MARTINS, F. L. *et al.* Violência Obstétrica: Uma expressão nova para um problema histórico. **Revista Saúde em Foco**, v. 11, 2019.

MATER-FAEPA. **Equipe multidisciplinar**. 2023a. Disponível em: <https://mater.faepa.br/equipe-multidisciplinar/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

MATER-FAEPA. **Estrutura física**. 2023b. Disponível em: <https://mater.faepa.br/estrutura-fisica/>. Acesso em: 14 nov. 2023.

MATER-FAEPA. **História**. 2023c. Disponível em: <https://mater.faeпа.br/historia/>. Acesso em: 29 nov. 2023.

MATER-FAEPA. **Total de partos por ano CRSMRP-MATER**. 2023d. Disponível em: <https://mater.faeпа.br/maternidade/#:~:text=Realiza%20em%20m%C3%A9dia%20de%20240%20partos%2Fm%C3%AAs>. Acesso em: 28 fev. 2023.

MATER – FAEPA. **Qualidade**. 2023e. Disponível em: <https://mater.faeпа.br/iniciativa-hospital-amigo-da-crianca-ihac/>. Acesso em: 20 nov. 2023.

MAZZETTO, F. M. C. *et al.* Presença do acompanhante na perspectiva da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 16, n. 1, 2022.

MEDEIROS, T. F. R. *et al.* Vivência de mulheres sobre contracepção na perspectiva de gênero. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 2, 2016.

MELO, A. A. P. *et al.* Atuação do enfermeiro no parto humanizado. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF**, v. 1, n. 1, 2018.

MENESES, F. H. *et al.* Uso de bloqueadores neuromusculares em gestantes. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 26, n. supl. 1, 2016.

MENEZES, L. O.; FLORIANO, T. V. N.; LOPES, I. M. D. Impacto do perfil socioeconômico de gestantes e parceiros na avaliação da qualidade do pré-natal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, 2021.

MOHAMMAD, K. I. Et Al. Jordanian women's dissatisfaction with childbirth care. **International Nursing Review**, v. 61, n. 2, 2014.

MORAIS, A. C. *et al.* Amamentação no alojamento conjunto: percepção de mães primíparas no puerpério imediato. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v. 9, n. 1, 2020.

MORAIS, A. V. F. *et al.* A importância da ambiência no serviço de assistência ao parto: um estudo reflexivo. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, 2020.

MORAIS, J. V. A.; SOUZA, L. S. D. V.; SOUZA, M. G. Desinformação sobre os métodos contraceptivos e o seu impacto na gravidez de adolescentes. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 5, 2023.

MORELL, F. C.; MARTÍN, M. J. R. Childbirth expectations of La Ribera pregnant women: a qualitative approach. **Enfermería Global**, v. 17, n. 49, 2018.

NÓBREGA, M. C. P. *et al.* Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna. **Enfermería Global**, v. 21, n. 2, 2022.

NOGUEIRA, A. G. *et al.* A percepção das mulheres sobre a participação do acompanhante no trabalho de parto. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 4, 2020.

OLIVEIRA, T. L. *et al.* Desvelando as alterações fisiológicas da gravidez: Estudo Integrativo com foco na consulta de enfermagem. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 12, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Avaliação dos programas de saúde: normas fundamentais para sua aplicação no processo de gestão para o desenvolvimento nacional na saúde.** Genebra: OMS, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE *et al.* **Promoción de la salud:** glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Principles of perinatal care:** the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Geneva: WHO, 2002. (Promoting Effective Perinatal Care).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Geneva: WHO, 2015a. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 20 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth:** WHO statement. Geneva: World Health Organization, 2015b. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Acesso em: 20 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections.** Geneva: World Health Organization, 2018a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Quality, equity, dignity:** the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health: strategic objectives. Geneva: World Health Organization, 2018b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience.** Geneva: World Health Organization, 2018c.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Níveis de acreditação.** 2023. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao/#niveis-de-acreditacao>. Acesso em: 20 nov. 2023.

OSORIO, R. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, 2011.

PAZ, A. P. B.; SALVARO, G. I. J. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Revista Electrónica de Investigación y Docencia**, 2011.

PENA, M. M. **Análise do grau de satisfação de usuários de um hospital universitário privado**: uma abordagem multissetorial. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

PEÑACOBAPUENTE, C. *et al.* Evolution of childbirth expectations in Spanish pregnant women. **Applied Nursing Research**, v. 29, 2016.

RAMIRO, N. C. M. P. *et al.* Os benefícios do aleitamento materno na primeira hora de vida. **Global Clinical Research Journal**, v. 1, n. 1, 2021.

RANGEL, V.; SOUZA, A. Q. Fatores associados à não adesão as consultas de pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Dom Alberto**, v. 8, n. 2, 2021.

RIBEIRO, D.O. *et al.* A violência obstétrica na percepção das múltiplas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 41, p. 6, 2020.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. **Revista Gestão & Saúde**, v. 7, n. 1, 2016.

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**, v. 54, 2020.

ROCHA, N. F. F.; FERREIRA, J. A escolha da via de parto e a autonomia das mulheres no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 44, 2020.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. **Annual review of psychology**, v. 52, n. 1, 2001.

SANDIN-BOJO, A. K.; KVIST, J. L. Care in labour: a Swedish survey using the Bologna score. **Birth**, v. 35, n. 4, 2008.

SANDIN-BOJO, A. K. *et al.* Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: A survey using the Bologna Score. **Midwifery**, v. 28, n. 6, 2012.

SANTOS, N. C. P. *et al.* Fatores associados ao baixo Apgar em recém-nascidos em centro de parto. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, 2019.

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**, v. 13, n. 2, 2015.

SANTOS, R. M. M. S. *et al.* Aleitamento materno e perfil sociodemográfico e obstétrico entre puérperas atendidas em maternidade pública de referência. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, 2022.

SANTOS, S. S. **Diagnósticos de Enfermagem em puérperas fundamentados na teoria da consecução do papel materno**. 2022. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SCAPIN, S. Q. *et al.* Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.

SCHWAB, W.; MARTH, C.; BERGANT, A. M. Post-traumatic stress disorder post partum: the impact of birth on the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in multiparous women. **Geburtshilfe und Frauenheilkunde**, v. 72, n. 1, p. 56, 2012.

SHERBOURNE, C. D. *et al.* Social support and stressful life events: age differences in their effects on health-related quality of life among the chronically ill. **Quality of Life Research**, v. 1, n. 4, 1992.

SILVA, A. C. L. *et al.* Preferência pelo tipo de parto, fatores associados à expectativa e satisfação com o parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, 2017.

SILVA, A. P. *et al.* As indicações de cesáreas no Brasil: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 24, 2019.

SILVA, C. R. *et al.* Parto em posição não supina: percepção de profissionais na assistência hospitalar. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 4, 2019.

SILVA, L. S. *et al.* Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. **Revista Faculdade Montes Belos (FMB)**, v. 8, n. 1, 2015.

SILVA, M. E. F.; LIMA, V. S. B. Percepção das mulheres em relação aos diferentes tipos de parto expectativa e realidade. **Revista Multidisciplinar do Sertão**, v. 3, n. 3, 2021.

SILVA, M. M. J. *et al.* Autonomia da gestante na escolha do tipo de parto. **Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, v. 21, n. 2, 2019.

SILVEIRA, N. B. *et al.* Indicadores de boas práticas durante a assistência à mulher no trabalho de parto e nascimento. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 2, 2022.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, 2008.

SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 2, 2016.

SOUSA, N. B.; MATOS, K. O.; SOUSA, P. M. L. S. Violência obstétrica: conceituações sobre sua implicação no parto. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, 2021.

SOUZA, A. C. S. *et al.* Fatores que influenciam a via de parto em mulheres com cesárea anterior Factors that influence the labor path in women with previous cesárea. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, 2021.

SPINDOLA, T. *et al.* Characterization of persons served in the family health strategy: a contribution to obstetric nursing. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 12, 2020.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* Experiência de gestantes na consulta de Enfermagem com a construção do plano de parto. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2021.

TUNÇALP, Ö. *et al.* Quality of care for pregnant women and newborns – the WHO vision. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 122, n. 8, 2015.

URIBE, C. *et al.* Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición. **Revista chilena de obstetricia y ginecología**, v. 73, n. 1, 2008.

VAGETTI, G. C. *et al.* Domínios da qualidade de vida associados à percepção de saúde: um estudo com idosas de um programa de atividade física em bairros de baixa renda de Curitiba, Paraná, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, 2013.

VALE, L. D. *et al.* Preference and factors associated with the type of delivery among new mothers in a public maternity hospital. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, 2015.

VARGAS, F. F.; RYMSZA, T. Análise do perfil e da aderência de gestantes ao pré-natal em uma unidade básica de saúde de cascavel no ano de 2021. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 9, n. 7, 2023.

VILELA, M. E. A. *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021.

ZIBELL, E. B. *et al.* Análise dos indicadores de boas práticas durante a assistência no trabalho de parto e nascimento em um hospital terciário de Santa Catarina. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 8, 2023.

ZOU, G. A modified poisson regression approach to prospective studies with binary data. **American Journal of Epidemiology**, v. 159, n. 7, 2004.

ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de características sociodemográficas e obstétricas

Data: ____/____/____	Pesquisadora:	Formulário nº:
Iniciais da mulher:	Nº do prontuário da mulher:	Dias de pós-parto:
Iniciais do filho:	Nº do prontuário do recém-nascido :	Telefone:
E-mail:		
I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS		
IDADE	()	1. Idade _____ anos completos
CORAUTO	()	2. Cor auto referida: () 1 branca 2 preta 3 amarela 4 parda 5 indígena
ESCOLAR	()	3. Escolaridade () 1 Analfabeta 2 Ensino fundamental incompleto 3 Ensino fundamental completo 4 Ensino médio completo 5 Ensino superior completo 6 Pós-graduada
RELIGIAO	()	4. Religião: () 1 possui religião 2 crê em Deus mas sem religião 3 não tem religião
OCUPACAO	()	5. Ocupação: () 1 realiza trabalho remunerado no lar 2 realiza trabalho remunerado fora do lar 3 não realiza trabalho remunerado
ESTMARIT	()	6. Estado marital: () 1 solteira 2 casada 3 amasiada 4 divorciada/separada 5 viúva
MORADIA	()	7. Situação de moradia: () 1 própria 2 alugada 3 emprestada 4 invadida
COMOD	()	8. Quantos cômodos tem na sua casa? _____
RENDA	()	9. Renda familiar em reais: _____ () 1 prefiro não responder
AJUDA	()	10. Alguém te ajuda com os cuidados do bebê? () 1 sim 2 não
AJUDQUEM	()	11. Se sim, quem? () 1 marido/companheiro 2 mãe 3 sogra 4 outro familiar 5 amiga 6 outro _____ 8 não se aplica (não tem ajuda)
II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		
NUMGESTA	()	12. Número de gestações: ()
NUMPARTO	()	13. Número de partos: ()
NUMABORT	()	14. Número de abortos: ()

NUMFILH	()	15. Número de filhos vivos: ()
GESTPLAN	()	16. A última gestação foi planejada? () 1 sim, 2 não
DATAPART	()	17. Data do parto: ____/____/____
TIOPART	()	18. Tipo de parto atual: () 1 normal 2 cesárea 3 fórceps 4 vácuo
INTPART	()	19. Intercorrências no parto: () 1 sim 2 não
INTPARTQ	()	20. Intercorrências no parto: Se sim, qual? _____
EPISIO	()	21. Realizado episiotomia (pique): () 1 sim 2 não
LACERA	()	22. Laceração (ponto embaixo): () 1 sim 2 não
AMNIO	()	23. Realizado amniotomia (rompimento da bolsa): () 1 sim 2 não
ANALGES	()	24. Anestesia de parto normal : () 1 sim 2 não
TEMPOTP	()	25. Tempo de trabalho de parto até o nascimento: _____(em horas)
INTPOSP	()	26. Intercorrências no pós-parto: () 1 sim 2 não
INTPOSPQ	()	27. Intercorrências no pós-parto: Se sim, qual? _____
SEXOCRIA	()	28. Sexo do recém-nascido: () 1.feminino 2.masculino
PESONASC	()	29. Peso do recém-nascido no nascimento: _____ (em gramas)
AMPRIHR	()	30. Realizou amamentação na 1ª hora pós-parto: () 1sim 2não 3não sabe

ANEXO B – Índice de Bologna

	<p>Indicador A</p> <p>Início do trabalho de parto (assinalar uma alternativa)</p> <p>() admitida em trabalho de parto espontâneo</p> <p>() cesariana eletiva</p> <p>() indução do parto</p>
	<p>Indicador B</p> <p>A mulher foi assistida, no momento do parto, por (assinalar uma alternativa) () enfermeira</p> <p>() estudante de enfermagem</p> <p>() médico</p> <p>() estudante de medicina</p> <p>() outros _____</p>
1	<p>Indicador C</p> <p>A mulher estava acompanhada por um parceiro / parente / ou outro significativo?</p> <p>() sim () não</p>
2	<p>Foi utilizado um partograma para acompanhar o trabalho de parto?</p> <p>() sim () não</p>
3	<p>O nascimento aconteceu sem intervenção (estimulação artificial do trabalho de parto, a pressão uterina, a extração por vácuo, ou cesariana)?</p> <p>() sim () não</p> <p>Se não, por favor sublinhar método / métodos para destaque na frase acima)</p>
4	<p>A mulher deu à luz em alguma dessas posições: sentada, ajoelhada, de quatro, de pé ou na posição lateral?</p> <p>() sim () não</p>
5	<p>Foi colocada a criança pele a pele durante pelo menos 30 min no prazo de uma hora após o parto?</p> <p>() sim () não</p>

**ANEXO C – Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP 2) –
Versão brasileira abreviada**

	Concordo totalmente	Concordo	Não concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
	1	2	3	4	5
1. Fui informada cada vez que me administravam algum medicamento.					
2. Se preocuparam em cuidar da minha privacidade e de outras mulheres que viveram a experiência do parto junto comigo.					
3. Tive a possibilidade de amamentar meu bebê logo após o nascimento.					
4. Durante todo o processo de parto, os profissionais me orientaram, me disseram o que fazer e me encorajaram.					
5. No momento do parto e logo após o nascimento do meu bebê, pudemos estar em contato pele a pele.					
6. Acho que fui bem atendida, de maneira muito profissional.					
7. Senti-me sempre acompanhada por algum profissional.					
8. Todas as vezes que precisei, pude estar com meu parceiro ou outra pessoa importante para mim.					
9. Os profissionais que me atenderam foram cuidadosos e respeitosos, sem invadir minha privacidade nos momentos em que queria ficar tranquila.					
10. Senti que as pessoas que me atenderam conheciam e faziam bem o seu trabalho.					
11. Pude dispor de anestesia sempre que precisei.					

12. Em todos os lugares onde estive, a iluminação era adequada.					
13. Observei ordem e limpeza em cada um dos lugares onde estive.					
14. Senti que os procedimentos que realizaram em mim foram feitos corretamente.					
15. Sempre foi observado um tratamento respeitoso por parte do pessoal de saúde.					
16. As pessoas que me atenderam se relacionaram bem comigo.					

ANEXO D – Autorização de uso da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP 2) - versão brasileira abreviada



Milena Temer Jamas <milena.temer@unesp.br>

para mim ▼

Prezada Julia,

Peço desculpas pela demora, mas estou em período de férias.

Recomendo que utilize a versão abreviada. Para a utilização somente a citação é suficiente.

Qualquer dúvida, estou à disposição.

Atenciosamente,

ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Júlia Rezende Machado Vieira, enfermeira, aluna do Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho por meio deste, convidá-la a participar da pesquisa intitulada **“Avaliação da assistência ao parto e do bem-estar das parturientes de Ribeirão Preto, SP”**, que tem por objetivo compreender como o cuidado dos profissionais da saúde influenciou em seu bem-estar, no momento do parto, na maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Ribeirão Preto.

A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios. Caso você aceite participar, assumo o compromisso de manter em segredo a sua identidade. Acrescento que, você é livre para recusar-se e interromper a sua participação na pesquisa, bem como retirar o seu consentimento a qualquer momento. Você será esclarecida sobre todos os procedimentos da pesquisa e em qualquer aspecto que desejar.

Esclareço que não é esperado que você receba benefícios diretos pela participação nesta pesquisa. Mas, a sua participação será fundamental para entendermos como você se sentiu no parto, em relação a assistência dos profissionais. Assim, buscaremos melhorar o cuidado que os enfermeiros e outros profissionais de saúde podem oferecer às mulheres e aos bebês a partir da sua experiência. Informo também, que você não terá despesas ao participar.

Caso você aceite participar voluntariamente desta pesquisa, será garantido a você uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, devidamente assinado por mim e por você. Em seguida, você deverá responder três instrumentos que exigirão cerca de, aproximadamente, 20 minutos do seu tempo. O primeiro é para te conhecer e, para isso, contará com alguns dados sociodemográficos e obstétricos. O segundo é composto de sete perguntas sobre o momento do seu parto, com a opção de resposta “sim” ou “não”. O último será um instrumento sobre o seu bem-estar, no momento do parto, com dezesseis perguntas e opções de resposta entre um (discordo totalmente) e cinco (concordo totalmente).

Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa poderão estar relacionados a dúvidas ou desconforto em responder algumas questões do instrumento. Neste caso, estarei pronta para ouvi-la, esclarecer dúvidas e questionamentos, bem como oferecer suporte emocional se houver necessidade; você poderá entrar em contato com as pesquisadoras por meio dos contatos fornecidos ao final desta página. Você terá a liberdade para interromper a entrevista a qualquer tempo e será de sua escolha a retomada da mesma em outro momento.

Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados e publicados em meios científicos, mas a sua identidade não será divulgada, mantendo-se em sigilo. Caso haja eventuais danos decorrentes da sua participação na pesquisa, você terá direito à indenização conforme as leis vigentes no país.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa. Assim, em caso de dúvidas éticas, você pode entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**, sito à Avenida dos Bandeirantes, 3900, Campus Universitário - Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto - SP – Brasil, CEP: 14040-902, telefone (16) 3315-9197, horário de atendimento em dias úteis de segunda-feira a sexta-feira das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas.

Agradeço a colaboração, colocando-me à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários por meio telefônico (16) 99184-8929 ou e-mail (julia.rezende.machado@usp.br).

Eu, _____, declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão, se assim o desejar. Desta forma, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntária da pesquisa acima descrita.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____

Assinatura do participante do estudo: _____

Assinatura do pesquisador: _____

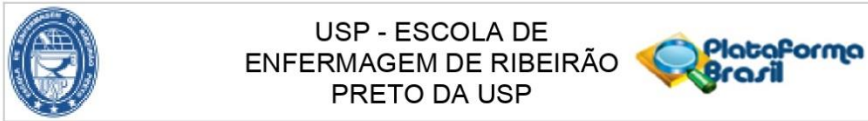
Pesquisadora: Júlia Rezende Machado Vieira

Endereço: Rua Prof. Hélio Lourenço, 3.900 – Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto

Telefone: (16) 3315-4321 / (16) 99184-8929

E-mail: julia.rezende.machado@usp.br

ANEXO F – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da assistência ao parto e do bem-estar das parturientes de Ribeirão Preto, SP

Pesquisador: JULIA REZENDE MACHADO VIEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62313922.5.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.854.777

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma análise de pendência no TCLE de um estudo de avaliação inicial de um projeto de doutorado descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal a ser desenvolvido no município de Ribeirão Preto, SP. O estudo será desenvolvido no alojamento conjunto da maternidade pública do Centro de Referência à Saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER (CRSMRP-MATER) do município de Ribeirão Preto, que assiste a partos de risco habitual. A população de referência será composta por todas as mulheres maiores de 18 anos admitidas na referida maternidade para assistência ao parto. O tamanho da amostra será estimado por meio do cálculo amostral com base em dados do relatório anual da maternidade e em pesquisa anterior sobre qualidade da assistência. Diante a isso, resulta-se um número amostral de 300 participantes. Para coleta de dados serão utilizados três instrumentos: o primeiro instrumento contemplará os dados de identificação e as características sociodemográficas e obstétricas das participantes. O segundo instrumento trata-se do Índice de Bologna (IB) com o intuito de discutir sobre o acompanhamento e a avaliação da assistência perinatal. O terceiro instrumento será a versão brasileira abreviada da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP 2), desenvolvida por pesquisadoras chilenas para mensurar o bem-estar no momento do parto, considerando o modelo hospitalar de assistência.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@erp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.854.777

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a influência da qualidade da assistência ao parto no bem-estar de parturientes atendidas em uma maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Ribeirão Preto-SP. Objetivo Secundário: a) Analisar o perfil sociodemográfico das participantes; b) Identificar a qualidade da assistência ao parto das parturientes de acordo com o Índice de Bologna (IB); c) Identificar a percepção de bem-estar da parturiente; d) Verificar se existe associação entre a qualidade da assistência ao parto e a percepção de bem-estar das parturientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos ou possíveis desconfortos pela participação na pesquisa, destacam-se as lembranças de situações constrangedoras ou momentos difíceis relacionados ao trabalho de parto e nascimento. Caso isso ocorra, a coleta de dados poderá ser interrompida e, se for da vontade da participante, ela poderá continuar posteriormente. Nesse momento, uma postura de escuta compreensiva e de apoio será a estratégia de manejo da situação utilizada pela pesquisadora. Quanto aos benefícios, os resultados dessa pesquisa não trarão benefícios diretos para a participante, mas a participação da puérpera será fundamental para o conhecimento dos aspectos relacionados ao bem-estar no momento do parto, sendo um benefício indireto. Isso poderá ajudar os profissionais de saúde a avaliar as necessidades das pacientes e propor intervenções em prol do seu bem-estar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto de pós-graduação, nível doutorado, que encontra-se bem elaborado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram apresentados os termos, inicialmente:

1. Ofício de encaminhamento do protocolo (novo projeto ou emenda);
2. Cronograma de acordo com a Carta Circular nº 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS;
3. Orçamento indicando que o responsável pelos custos é pesquisador principal no valor de R\$ 870,00.
4. Folha de rosto assinada;
5. Projeto detalhado, de acordo com as diretrizes do CEP-EERP/USP;

Posteriormente o TCLE foi reescrito e reenviado

6. TCLE, o estudo será presencial e o documento será assinado pela gestante

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

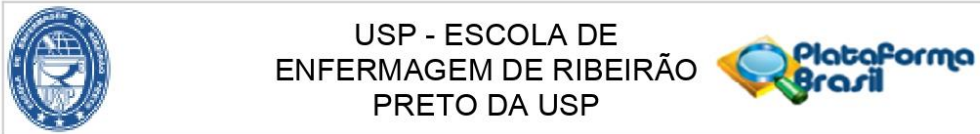
CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.854.777

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem alteração.

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Item de pendência: Cabe lembrar que o TCLE é um documento no qual o pesquisador comunica, ao possível participante ou responsável, como será a pesquisa para a qual está sendo convidado, fornecendo a ele (a) todos os esclarecimentos necessários para decidir livremente se quer participar ou não. Solicita-se, portanto, a reformulação do TCLE tendo como referência o capítulo IV da Resolução CNS 466/2012: em linguagem clara e acessível, principalmente em relação às seguintes frases: influência da qualidade da assistência ao parto no bem-estar de parturientes; temática da qualidade da assistência e do bem-estar; promover melhorias na assistência à mulher, bem como fortalecer as políticas públicas de saúde no âmbito da saúde da mulher.
Resposta da pendência 1: Agradeço essa pontuação que me ajudou a melhorar TCLE. Ele foi alterado e submetido ao CEP, novamente, para a apreciação. As alterações estão destacadas em vermelho

Pendência APROVADA.

Solicita-se incluir uma breve descrição sobre o conteúdo dos instrumentos, de maneira informal para facilitar a compreensão por parte da participante.
Resposta da pendência 2: Obrigada por essa sugestão. O texto foi revisado para incluir, brevemente, sobre os instrumentos de coleta. O TCLE foi alterado e submetido para nova apreciação. As alterações estão destacadas em vermelho.

Pendência APROVADA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer aprovado "ad referendum".

O CEP-EERP/USP considera que o protocolo de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



Continuação do Parecer: 5.854.777

éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.
Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatórios parcial e final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados", em forma de "notificação". O modelo de relatório do CEP-EERP/USP se encontra disponível em:

<http://www.eerp.usp.br/research-comite-etica-pesquisa-relatorio/>

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1991360.pdf	31/10/2022 10:57:47		Aceito
Outros	Of_resposta_parecer_CEP.pdf	31/10/2022 10:56:25	JULIA REZENDE MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	VERSAO02_TCLE_Outubro2022.pdf	31/10/2022 10:54:19	JULIA REZENDE MACHADO	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	24/08/2022 19:24:46	JULIA REZENDE MACHADO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	20/08/2022 03:14:15	JULIA REZENDE MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa.pdf	20/08/2022 02:06:33	JULIA REZENDE MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	20/08/2022 02:02:36	JULIA REZENDE MACHADO	Aceito

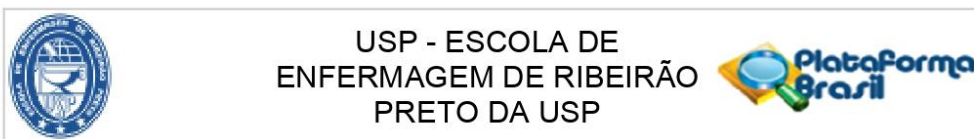
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br



Continuação do Parecer: 5.854.777

RIBEIRAO PRETO, 17 de Janeiro de 2023

Assinado por:
Rosane Pilot Pessa
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br