

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

Nara dos Santos Costa

EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O
ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

UBERABA

2015

Nara dos Santos Costa

EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O
ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Atenção à Saúde, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Mestranda: Nara dos Santos Costa

Linha de pesquisa: O Trabalho na Saúde e Enfermagem

Eixo temático: Humanização na saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Assis Simões

UBERABA

2015

**Catálogo na fonte: Biblioteca da Universidade Federal do
Triângulo Mineiro**

C874e Costa, Nara dos Santos
Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto / Nara dos Santos Costa. -- 2016.
101 f.

Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2016
Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões

1. Parto. 2. Satisfação do paciente. 3. Avaliação em saúde. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 618.4

NARA DOS SANTOS COSTA

EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O
ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação – Mestrado em Atenção à
Saúde, como requisito parcial para a
obtenção do título de mestre.

19 de janeiro de 2015

Banca Examinadora

Prof^a Dr^a Ana Lúcia de Assis Simões

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Prof^a Dr^a Clícia Valim Côrtes Gradim

Universidade Federal de Alfenas

Sueli Riul da Silva

Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Dedico este trabalho aos meus pais pelo amor, confiança e apoio que sempre me proporcionaram. As minhas irmãs Valquécia e Tamara pela amizade sincera e o amor fiel. Dedico também aos meus sobrinhos Laryssa e Luís Felipe que me ensinam o amor na sua forma mais pura e sincera.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, quero agradecer ao Pai Celestial por me amparar em todos os momentos, por me dar força e por me dar coragem para realizar mais um sonho.

Agradeço à minha mãe Lucinete por estar ao meu lado em todos os momentos, por ser minha melhor amiga e por me amar incondicionalmente.

Ao meu pai Edilson, a quem não faltou esforço para me ajudar, por oferecer todos os recursos necessários na realização de mais uma etapa em nossa vida.

À minha irmã Valquécia por ter me ajudado a organizar as entrevistas e por me dar exemplos de superação.

À minha irmã Tamara pela preocupação e por acreditar que este dia chegaria.

Ao Thiago, mais que namorado, meu melhor amigo, por estar ao meu lado em mais uma concretização de um sonho. Obrigada pela paciência, pela tolerância e pelo amor dedicado.

Ao meu cunhado Bruno por ter me socorrido em todos os momentos com os recursos tecnológicos.

À Profª Drª Ana Lúcia que mesmo pelas suas inúmeras atribuições, conseguiu dedicar os momentos de orientação de forma segura e clara. Quero agradecer pelos ensinamentos e por dividir sua confiança. Sou eternamente grata.

À Profª Drª Sueli Riul por me acompanhar desde a graduação, pelos inúmeros conhecimentos que adquiri ao seu lado e pelas contribuições com este estudo.

À Profª Drª Clícia Valim Côrtes Gradim pela disponibilidade e por ter aceitado o convite para compor a banca examinadora.

Ao Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Gerenciamento na Enfermagem e na Saúde pelas contribuições e pelo auxílio do estudo.

Às "Sujeitas Coletivas" Carolina e Joyce por comporem o grupo de pesquisadores para análises das entrevistas e demais contribuições com a pesquisa.

À minha amiga e irmã Carolina Bracarense pela confiança de sua amizade, pelo companheirismo, por sempre estar disposta a me ajudar transmitindo toda confiança e calma. Agora é minha vez de compartilhar esse sucesso com você.

À minha amiga Joyce por ter compartilhado seus conhecimentos e por ter ajudado este sonho tornar realidade.

À minha amiga Mariana Lopes que, além da amizade sincera, mesmo distante, torce por minhas conquistas e sucesso.

À minha amiga Jacqueline Faria, enfermeira, pelo auxílio durante a fase de coleta de dados.

À Maria Beatriz, que me ajudou em todo processo desde meu início no grupo de pesquisa como bolsista de apoio técnico.

À Karine pela arte gráfica do instrumento de coleta de dados.

Ao Vitor, acadêmico de curso de Letras da UFTM, por ter realizado correções de gramática e ortografia, juntamente com seu grupo de correção e aprimoramento textual.

Às pacientes que concordaram em participar do estudo.

Aos profissionais e demais funcionários por terem me acolhido durante a coleta de dados da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela concessão da bolsa de estudos.

A todos docentes e colaboradores da Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

A todos que, de alguma maneira, torceram e contribuíram para que este trabalho se concretizasse. Meus sinceros agradecimentos.

“A fé necessita de uma base, base que é a inteligência perfeita daquilo em que se deve crer. E, para crer, não basta ver; é preciso, sobretudo, compreender”.

Allan Kardec

RESUMO

COSTA, Nara dos Santos. Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. 2015 101f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Admite-se que, em grande parte dos ambientes de cuidados, as mulheres em trabalho de parto e parto são submetidas à assistência de acordo com que o estabelecimento de saúde quer e não como elas esperam que sejam tratadas. Seria essencial se os serviços de saúde atendessem as expectativas das mulheres em suas reais necessidades, podendo assim oferecer um cuidado humanizado em conjunto com os profissionais, o uso de tecnologia e ferramentas de qualidade e diante infraestrutura física adequada. Diante desses fatos, a partir do discurso das mulheres, nasce a necessidade de buscar o direito de acessar um serviço de saúde de qualidade, em que o respeito as várias dimensões, individualidade, perspectivas e impressões ocupam espaços primordiais. Esta pesquisa teve como objetivo geral descrever a satisfação de mulheres que vivenciaram a experiência do parto referente ao atendimento recebido. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com abordagem qualiquantitativa. Realizada em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, com a participação de 104 mulheres. Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2015, por meio de entrevistas realizadas no período do pré-natal e no pós-parto, utilizando-se de um roteiro composto por duas partes: na primeira foi apresentada uma história em quadrinhos a respeito da gestação, visando conhecer a expectativa da gestante, e no segundo momento, perguntas a respeito da caracterização das entrevistadas, questões relacionadas à percepção sobre o atendimento e ações possíveis de serem implementadas com vistas à melhoria da qualidade da assistência ao parto. As informações referentes à caracterização das entrevistadas foram submetidas à análise descritiva, com o cálculo de frequências absolutas e percentuais. O material referente à transcrição das entrevistas foi exposto ao método de análise do Discurso do Sujeito Coletivo, que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, com o auxílio do *software QualiQuantsoft®*. Os resultados revelaram que 68 mulheres eram do hospital A e 36

do hospital B, com idade média de 27 anos. Foi possível considerar que a satisfação das mulheres em relação ao atendimento ao parto se dá tanto pelos aspectos das atitudes e condutas dos profissionais, como também, pela presença de um acompanhante e pelos quesitos de condições físicas das instituições. Com 102 expressões-chaves, as questões relacionadas às atitudes e práticas dos profissionais foram as mais expressivas, seguidas pelo *destaque aos acompanhantes com 18 expressões-chaves*. Como propostas para melhorar a assistência ao parto, as entrevistadas levantaram as seguintes questões: propostas aos profissionais de saúde e propostas de infraestrutura e equipamentos. Os resultados permitem concluir que as gestantes/puérperas sentem-se satisfeitas em relação ao atendimento recebido durante o parto, principalmente as questões relacionadas a interação entre os profissionais de saúde. As usuárias relatam que esses aspectos contribuem para melhoria dos serviços de saúde e apontam para a satisfação está estritamente interligada à qualidade da assistência à saúde recebida.

Descritores: Parto, Satisfação do Paciente, Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

COSTA, Nara dos Santos. Expectancies, perceptions and opinions of women about service during childbirth. 2015 101f. Dissertation. Master's degree in health attention. – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

It is accepted that, in most part of care environments, women under labor or delivery are submitted to care service according to what the health establishment wants and not the way they expect to be treated. It would be essential that the health care could meet the women's expectancies and their real necessities, being able this way to offer humanized care together with the professionals, the usage of technology, quality tools and proper facilities.

In the face of these facts, from the women's reported speech, the need of searching for the right of access to quality health service is born, in which the respect for the many dimensions, individuality, perspective and impressions occupy primordial spaces. This research had the general goal of describing the satisfaction of women that had the delivery experience in terms of received service. It is a qualitative, descriptive research, with a quali-quantitative approach. The research was taken in two hospitals linked to the health public system in the city of Uberaba, Minas Gerais, Brazil, with the participation of 104 women. The data was collected in the period between July and October 2015, thorough interviews during the prenatal and postpartum periods, an interview script, composed of two moments, was applied. At the first moment, a comic strip about pregnancy, aiming to know the pregnant women's expectations was presented, at a second moment, there were questions about the characterization of the interviewed women, questions related to the perception about service and possible actions to be implemented with the aiming of the improving of labor assistance. The information about the interviewed characterization was submitted to descriptive analyses, with the calculation of absolute and percentage frequencies. The results related to the interview transcription were exposed to the Collective Subject Speech analyses method, which consists of tabulation and organization of qualitative data, with the assistance of *software QualiQuantsoft®*. The results showed that 68 women were from hospital A and 36 from hospital B, with an age average of 27 years old. With the results found, it is possible to consider that women's satisfaction in relation to labor service is given

by the attitude aspects and professional conduct, as well as, the presence of an accompanying person and the institution's facilities. With 102 key-expressions, the questions related to the professional attitude and practice were the most expressive ones, followed by the focus on the accompanying person with 18 key-expressions. As labor assistance improvement proposal, the interviewed women raised the following topics: proposals to the health staff and proposals of infrastructure and equipment. The results allow us to conclude that pregnant women and women who have recently given birth are satisfied with the received service during labor, mainly the matters related to the interaction between the staff. The patients showing that these aspects contribute to the improvement of health service and show that the satisfaction is strictly connected with the quality of the received health assistance.

Keywords: Delivery, Patient's Satisfaction, Health Evaluation.

RESUMEN

COSTA, Nara dos Santos. Expectativas, percepciones y opiniones de mujeres sobre el atendimento durante el parto. 2015 101f. Disertación (Maestría en Atención a la Salud) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2015.

Se admite que, en gran parte de los ambientes de cuidados, las mujeres en trabajo de parto y parto son sometidas a los cuidados de acuerdo con que el establecimiento de salud desea y no como ellas esperan que sean tratadas. Sería esencial que los servicios de salud atendiesen a las expectativas de las mujeres en sus reales necesidades, pudiendo así ofrecer un cuidado humanizado en conjunto con los profesionales, el uso de tecnología y herramientas de calidad y una infraestructura física adecuada. Delante de esos hechos, a partir del discurso de las mujeres, nasce la necesidad de búsqueda del derecho de aser un servicio de salud de calidad, en que el respecto a las varias dimensiones, individualidad, perspectivas y impresiones ocupan espacios primordiales. Esta pesquisa tuvo como objetivo general describir la satisfacción de mujeres que vivenciaron la experiencia del parto referente al atendimento recibido. Se trata de una pesquisa cualitativa, descriptiva, con abordaje cualicantitativa. Realizada en dos hospitales vinculados al SUS del municipio de Uberaba, Minas Gerais, Brasil, con la participación de 104 mujeres. Los datos fueron colectados en el período de julio a octubre de 2015, a través de entrevistas durante el período prenatal y posparto, a través de entrevistas durante el período prenatal y posparto, utilizando un script se compone de dos partes: la primera se aplicó una historia en cuadritos, con el objetivo de satisfacer las expectativas de las mujeres , y en segundo momento, contenía preguntas a respeto de la caracterización de las entrevistadas, cuestiones relacionadas a la percepción y acciones posibles de ser implementadas con vistas a la mejoría de la calidad de la asistencia al parto

Las informaciones referentes a la caracterización de las entrevistadas fueron sometidas al analice descriptiva, con el cálculo de frecuencias absolutas y porcentuales. Los resultados referentes de la transcripción de las entrevistas fueron expuestos al método de analice del Discurso del Sujeto Colectivo, que consiste en una técnica de tabulación y organización de datos cualitativos, con el auxilio del

software QualiQuantsoft®. Los resultados revelaron que 68 mujeres eran del hospital A y 36 del hospital B, con edad promedio de 27 años. Delante de los resultados encontrados, es posible considerar que la satisfacción de las mujeres en relación al atendimento al parto se da tanto por los aspectos de las actitudes y conductas de los profesionales, como también, por la presencia de un acompañante y por los quesitos de condiciones físicas de las instituciones. Con 102 expresiones-claves, las cuestiones relativas a las actitudes y prácticas de los profesionales fueron las más expresivas, seguidas por el *destaque a los acompañantes con 18 expresiones-claves*. Como propuestas para mejorar la asistencia al parto, las entrevistadas levantaron las siguientes cuestiones: propuestas a los profesionales de salud y propuestas de infraestructura y equipamientos. Los resultados permiten concluir que las gestantes/puérperas sienten satisfechas en relación al atendimento recibido durante el parto, principalmente las cuestiones relacionadas a la interacción entre los profesionales de salud. Las usuarias, demostrando que esos aspectos contribuyen para mejoría de los servicios de salud y apuntan que la satisfacción está estrictamente interaliada a la calidad de la asistencia a la salud recibida.

Descriptores: Parto, Satisfacción del Paciente, Evaluación en Salud.

LISTA DE SIGLAS

Ancoragem (AC)

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

Expressão-chave (ECH)

Ideia Central (IC)

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Razões de Mortalidade Materna (RMM)

Sistema de Informação de Mortalidade (SIM)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 APROXIMANDO-SE DO TEMA	16
1.2 DELIMITANDO O TEMA	17
2 JUSTIFICATIVA	21
3 REVISÃO DE LITERATURA	22
3.1 PARTO E POLÍTICAS DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO.....	22
3.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO	25
3.3 EXPECTATIVAS RELATIVAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO	28
3.4 PERCEPÇÃO SOBRE O PARTO	30
3.5 SATISFAÇÃO.....	31
3.6 AVALIAÇÃO E QUALIDADE EM SAÚDE	32
4 OBJETIVOS	36
5 PERCURSO METODOLÓGICO	37
5.1 TIPO DE ESTUDO	37
5.2 LOCAL DO ESTUDO	37
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	38
5.3.1 População	38
5.3.2 Amostra	38
5.3.3 Critérios de inclusão	39
5.3.4 Critérios de exclusão	39
5.4 COLETA DE DADOS	40
5.4.1 Instrumento de coleta de dados	40
5.4.2 Coleta das informações	40
5.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
5.5.1 Representações Sociais: Bases Teóricas do Discurso do Sujeito Coletivo	43
5.5.2 Figuras metodológicas do DSC	45
5.5.3 Atributos quantitativos do DSC	47

5.5.4 Software Qualiquantisoft®	48
5.5.5 Procedimentos analíticos	48
6 ASPECTOS ÉTICOS	50
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	50
7.2 CATEGORIAS A: ATENDIMENTO AO PARTO: EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES	53
7.2.1 Subcategoria A.1: Enfoque nas atitudes e práticas dos profissionais.....	53
7.2.2 Subcategoria A.2: Presença dos acompanhantes	60
7.2.3 Subcategoria A.3: Foco na infraestrutura e equipamentos.....	65
7.3 CATEGORIA B: PROPOSTAS PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AO PARTO.....	68
7.3.1 Subcategoria B.1: Sugestões para os profissionais de saúde	69
7.3.2 Subcategoria B.2: Adequação de infraestrutura física, equipamentos e normas hospitalares	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS:	78
APÊNDICE A	88
APÊNDICE B	89
APÊNDICE C	90
APÊNDICE D	94
APÊNDICE E	96
ANEXO A	98
ANEXO B	101

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMANDO-SE DO TEMA

Durante minha trajetória na graduação percorri por vários caminhos até me deparar com a enfermagem em saúde da mulher. Foi na iniciação científica, estudando as demandas de cuidados de enfermagem pelas puérperas, que logo me identifiquei com a temática e que me despertou o interesse em aprofundar meus conhecimentos nessa área.

A partir desta pesquisa desenvolvida durante a iniciação científica pude realizar outras atividades relacionadas ao tema, como coordenar a Liga de Aleitamento Materno, atuar como bolsista de atividades de extensão relacionadas à saúde da mulher e, também, desenvolver meu trabalho de conclusão de curso, voltado aos cuidados ao recém-nascido pelas puérperas.

Ainda no decorrer da vivência como acadêmica, realizando atividades do estágio supervisionado na unidade de bloco cirúrgico, atentei para as experiências vividas pelas mulheres durante o parto, para as relações desenvolvidas entre a parturiente e a equipe de saúde e para as questões ambientais daquele setor. Estas observações começavam a inquietar-me e a estimular-me a entender melhor o que elas experimentavam e o que tudo isso representava para elas.

É oportuno destacar, ainda, outra experiência vivida no campo das pesquisas, ao atuar como entrevistadora em um projeto de pesquisa que avaliava a satisfação do paciente hospitalizado, cujo enfoque era quantitativo, com aplicação de uma escala. Durante a coleta dos dados, pude observar que os participantes do estudo sentiam a necessidade de verbalizar outras opiniões sobre o assunto, para além das questões contempladas no instrumento.

Tal experiência motivou-me a desenvolver o presente estudo, seguindo a vertente qualitativa, a fim de permitir a livre expressão de sentimentos, expectativas, percepções e opiniões de mulheres, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), sobre o atendimento recebido durante o parto nas instituições hospitalares. Assim, a partir de suas expectativas e percepções, poder inferir sobre a satisfação destas mulheres com a assistência proporcionada pelos serviços de saúde durante um momento tão singular e significativo em suas vidas.

1.2 DELIMITANDO O TEMA

O Ministério da Saúde elaborou em 1984 o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), promovendo uma dissolução dos princípios que direcionavam a política de saúde das mulheres e as medidas para eleição de prioridades neste campo. Dentre as ações contempladas pelo PAISM podemos destacar as relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos, enfocando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, doenças crônicas não transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, violência doméstica e sexual, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004).

Ao longo da década de 1990, fortaleceram-se as discussões sobre o modelo do parto vigente no país, o qual o SUS incorporou na proposta o PAISM e com isso o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, que possui entre seus objetivos assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, foi instituído o Projeto Maternidade Segura, que tem como meta oferecer um atendimento de qualidade nos serviços hospitalares por meio dos esforços dos serviços obstétricos e pediátricos de hospitais, através da implantação dos Oito Passos para o Sucesso da Maternidade Segura (BRASIL, 1995):

- “Passo 1: assegurar à mulher informação sobre sua saúde reprodutiva e seus direitos;
- Passo 2: assegurar assistência ao planejamento familiar e assistência durante a gravidez, parto e puerpério;
- Passo 3: estimular parto normal e humanizado;
- Passo 4: possuir rotinas fixadas para padronizar a assistência;
- Passo 5: realizar treinamento de toda a equipe para a implementação das rotinas;
- Passo 6: possuir adequada estrutura para a assistência materno e perinatal;
- Passo 7: dispor de documentos e sistema de informação;
- Passo 8: examinar frequentemente os indicadores materno-perinatal”.

A mulher tem direito a uma maternidade segura, e a atenção à gestante durante o parto demonstra uma importante etapa para assegurar uma experiência de maneira confiável e autônoma (GONÇALVES et al., 2015). Por conseguinte, oferecer acesso ao atendimento de obstetrícia de qualidade é imprescindível para a redução da morbimortalidade materna (COSTA REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

Maior oferta da cobertura, qualidade na assistência nos serviços de saúde e orientações apropriadas e adequadas a mulheres no período gestacional compõem um conjunto de ferramentas a serem definidas para alcançar um atendimento à saúde de forma eficaz e para reduzir a morbimortalidade materna e perinatal (VERSIANI et al., 2008).

A mortalidade materna é um indicador que avalia as condições de saúde de uma população. A partir de análises das condições em que e como morrem as mulheres, pode-se avaliar o grau de desenvolvimento de uma determinada sociedade. Razão de Mortalidade Materna (RMM) elevada é indicativa de precárias condições socioeconômicas, baixo grau de informação e escolaridade, dinâmicas familiares em que a violência está presente, sobretudo, dificuldades de acesso a serviços de saúde de boa qualidade (BRASIL, 2012).

No Brasil, entre os anos de 1990 a 2011 houve uma queda na RMM de 143 a 61 por 100 mil nascidos vivos, uma redução de 3,7% ao ano. Mesmo com a redução dessas taxas, os índices no Brasil ainda são considerados inadmissíveis, comparados com dados levantados em um grupo de países desenvolvidos, sendo de 3 a 4 vezes maiores no início de 2010 (LEAL, 2012).

As conquistas no campo da saúde reprodutiva têm como objetivos fundamentais propiciar a maternidade saudável e minimizar o risco para todas as mulheres, estabelecendo estratégias gerenciais para aumentar a qualidade de atenção e contribuir com a diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2010).

Como metas para reduzir as altas taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde definiu algumas recomendações, dentre elas podemos destacar a primeira consulta até o quarto mês de gestação e no mínimo seis consultas de pré-natal; uma consulta até 42 dias após o parto; a realização de exames laboratoriais (ABO-RH, VDRL, urina, glicemia de jejum, HB/Ht); testagem anti-HIV; vacina antitetânica; atenção da mulher e seus acompanhantes, orientando em relação às dúvidas e às expectativas no que tangem às consultas e às condutas a serem realizadas e atividades de educação em saúde individuais e/ou coletivas (BRASIL, 2002).

É um grande desafio melhorar as condições de saúde reprodutiva, uma vez que as situações de risco atingem principalmente as mulheres com dificuldades de acesso aos serviços de saúde. É necessária uma assistência ao pré-natal e parto de qualidade, um controle social eficaz com apoio dos Comitês de Morte Materna,

impulsionado pelos gestores, trabalhadores de saúde e sociedade civil na promoção de políticas públicas que obtenha a redução da mortalidade materna (MORSE et al., 2011).

Para que seja oferecida uma assistência de qualidade, faz-se necessário entender o que as gestantes sentem a respeito do atendimento oferecido, exercer o acolhimento, desenvolver vínculos e proporcionar as orientações necessárias, de modo que elas possam compreender essas informações (ETGES; OLIVEIRA; CORDOVA, 2011).

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2002).

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal estar psíquico-físico. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção devem promover o acolhimento, a promoção e o respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem estar (BRASIL, 2004).

A maior parte das mulheres que se encontram no período gestacional possui a expectativa em relação ao parto baseado na assistência intervencionista, que passou a ser compreendida como natural ou tradicional. As mulheres valorizam atitudes como menor tempo de espera para ser atendida, respeito dos profissionais, a intimidade durante o trabalho de parto e parto, a transparência nas orientações, a disponibilidade de tempo delas realizarem questionamentos e o direito de participar nas decisões, o que mostra satisfação entre os aspectos da relação profissional-gestante com a assistência prestada ao parto (D'ORSI et al., 2014).

A satisfação do usuário é um importante instrumento para analisar a qualidade e o funcionamento da atenção à saúde, pois possibilita avaliar os resultados do trabalho produzido, o que colabora com a estruturação dos serviços de saúde (ROSA; PELEGRINI; LIMA, 2011).

A percepção do usuário em relação a um serviço é individual, pois não é possível identificar os critérios que são utilizados por cada um para caracterizar a qualidade do serviço. Não é uma tarefa fácil apontar o que traduz para ele um

serviço ser apto para solucionar seu problema de saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008), no entanto, os usuários são capazes de apontar e distinguir as falhas e os acertos na organização do serviço e da assistência prestada. O relacionamento entre a equipe e os usuários, a execução de exames laboratoriais, a atenção à família, a oferta de medicamentos, as visitas domiciliares, a integralidade do cuidado pelo profissional de saúde no exame físico e o tempo de espera para consulta foram identificados como motivos de satisfação dos usuários (COIMBRA et al., 2011).

Promovendo a escuta ativa dos usuários, tornando claras suas expectativas e experiências quanto à qualidade em saúde, também pode ser uma forma de sugerir possibilidades de controle social neste subsetor. O controle social utilizado na avaliação dos serviços de saúde pode proporcionar melhores medidas a serem adotadas nas práticas de saúde que atendam interesses públicos legítimos (ETGES; OLIVEIRA; CORDOVA, 2011).

Os usuários devem ser ouvidos e convidados a participar na formulação de políticas, intervindo em decisões e orientando a Administração Pública, porém ainda existe um grande percurso em busca da integralidade do cuidado. Assim, os usuários/comunidade precisam conhecer seus direitos e reconhecer seus deveres e manifestá-los de forma decisiva, pois a sua satisfação ou insatisfação deve ser valorizada e compreendida como um método em direção à qualificação da atenção à saúde (COIMBRA et al., 2011).

A partir destas considerações, os seguintes questionamentos nortearam este estudo: Que expectativas as mulheres apresentam diante da iminência do parto? Quais são suas percepções após o atendimento recebido durante o parto? As mulheres estão satisfeitas com a assistência prestada nas instituições hospitalares vinculadas ao SUS?

Com base na atenção à saúde mulher, dando enfoque, sobretudo, à qualidade dos serviços de saúde, propõe-se aprofundar conhecimentos acerca da satisfação das mulheres com o atendimento recebido durante o momento do parto.

2 JUSTIFICATIVA

O parto e o nascimento são acompanhados de experiências marcadas por alterações físicas e cognitivas, comportamentais e afetivas, desde o período gestacional. Durante o pré-natal, a mulher apresenta diferentes expectativas em relação ao parto. Uma experiência mista de características positivas e negativas, satisfação e percepções sobre as condições e a qualidade dos cuidados prestados. Todos estes fatores estão indiretamente associados e são influenciados pela qualidade do serviço prestado.

A resolutividade da assistência prestada é uma ferramenta que pode ser utilizada para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, a partir do atendimento que é oferecido ao usuário.

Estudos que buscam conhecer a satisfação dos indivíduos a respeito da assistência à saúde prestada oferecem indícios sobre os benefícios e obstáculos dos serviços de saúde em alcançar as expectativas e necessidades dos usuários, caracterizando-se como relevante para pesquisar, gerir e projetar o trabalho nos serviços de saúde. Além disso, possibilitam a administração da assistência mais adequada às demandas da população.

Assim, no presente trabalho propõe-se analisar expectativas e percepções vivenciadas pelas mulheres frente ao atendimento oferecido durante o parto. Ainda, apontar, segundo a opinião dessas mulheres, ações alternativas possíveis de serem implementadas, com vistas à melhoria da qualidade da assistência.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 PARTO E POLÍTICAS DE SAÚDE: BREVE HISTÓRICO

Há mais ou menos um século, o parto, que antes era uma experiência familiar e íntima, vivenciada entre as mulheres, passou a ser uma prática predominante da medicina, implantada nos hospitais e norteadada por políticas públicas. Entretanto, promover uma saúde materna ainda consiste em uma questão desafiadora. No Brasil, por volta de 1980, houve significativas reflexões sobre as políticas voltadas para a saúde das mulheres, quando uma nova concepção, que questionava o cuidado em todas as fases da vida de forma integral, iniciou contrariamente ao modelo que se tinha no momento, focado na atenção à mulher durante o período gravídico-puerperal com ênfase no binômio mãe-filho. Doravante, esse modelo de atenção começou a ser indagado, pois tanto o desejo de uma assistência de saúde de forma integral, quanto de uma forma diferenciada de assistência ao período gestacional e parto, possuem as mesmas concepções: apoiar, beneficiar e oportunizar a saúde, e oferecer a autonomia sobre as ações de saúde sexual e reprodutiva (MAIA, 2010).

Lembrando que Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde, foi o marco inicial de uma nova lógica de pensar em assistência à saúde da mulher. O PAISM alocou em suas prioridades os princípios norteadores de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços de saúde, contemplando também a equidade, integralidade da atenção, no momento em que, conjuntamente, o modelo de assistência à saúde está sendo redefinido, cujas resoluções influenciaram a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1984).

Em sequência, ocorreu o aprimoramento da questão a partir da obra publicada “Parto, Aborto e Puerpério”, com intuito de difundir referências e práticas assistenciais do parto entre as equipes de saúde. Pretendendo unir a habilitação técnica dos profissionais à humanização do cuidado prestado durante a gestação e parto (BRASIL, 2001).

Diante dessas questões que se reestabelecem novas compreensões da atenção ao parto com a Política de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), construída a partir dos princípios do SUS, além do conhecimento técnico e

das diretrizes, essa política fundamentou-se em estudos científicos que mostram as principais causas de morte na população feminina (BRASIL, 2002).

O termo humanização adotado está relacionado à equidade/participação social: direito de no mínimo seis consultas de pré-natal de forma completa e integral, uma no puerpério, realização de todos os exames necessários, vacina antitetânica e leite disponível (RATTNER, 2009).

A PHPN delimitou não somente a quantidade de consultas como, também, abarcou os exames laboratoriais, educação em saúde e questionamentos sobre as ações de saúde e seus princípios conceituais, em concordância com os exemplos praticados em todos os lugares (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Para tanto, implantar a PHPN são necessários a participação conjunta e o consentimento da equipe de saúde, diante do entendimento de que o parto, da forma como ele é assistido e experimentado, poderá ser essencial para promover uma maternidade segura, com empatia para identificar que o momento do parto é inigualável, tanto para a gestante como para o recém-nascido (BUSANELLO et al., 2011).

O PHPN pressupõe que o parto, acontecimento profundo, passou a ser ao longo do tempo um evento médico e hospitalar, fora do convívio familiar e comunidade, e raramente preocupado com o conforto físico e emocional da mãe e/ou do bebê. No aspecto geral, humanizar o parto e o nascimento é retomar a autonomia e torná-la protagonista no trabalho de parto e parto (MAIA, 2010).

Portanto, é imprescindível que os profissionais de saúde realizem ações de apoio e amparo à gestante, sua família e ao bebê, estabelecendo uma união saudável (MATOS et al., 2013).

Ademais, o programa propõe a adoção de práticas e medidas sabidamente benéficas para a gestante e o recém-nascido, evitando procedimentos e intervenções desnecessários (BRASIL, 2002; MAIA, 2010).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal instituída pela portaria n.1.067, de 6 de julho de 2005, traz explícito sobre a humanização à atenção a gestação e parto:

“A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas e estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se a privacidade, a autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005b)”.

Na definição do que seja uma assistência de cuidado qualificada e humanizada à gestante e a puérpera, a portaria exposta aponta, entre outras, medidas: usar o partograma (gráfico onde é anotada a progressão do trabalho de parto), oferecer líquido durante o trabalho de parto, levar em consideração o local e posição do parto, ser fiel com o direito à privacidade, disponibilizar orientações e informações desejadas, proporcionar liberdade de movimentação, posição e incentivar posições não supinas durante o trabalho de parto, oferecer métodos não farmacológicos de controle da dor, como massagens, banhos e exercícios para relaxar, e reduzir o uso da episiotomia (MAIA, 2010).

No contexto atual das políticas alguns avanços podem ser contabilizados, até por volta dos anos 2000/2001, o MS definiu diretrizes e políticas voltadas exclusivamente para o setor público. Até com a constituição da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), normatizou a regulação da Saúde Suplementar. Exemplo evidente dessa disparidade: índices de cesárea no serviço público geravam em torno de 25% e 30% e, desde 1998, havia orientações/guias para reduzir esses números, ao passo que, só em 2004, observou-se que no setor privado era de 80%, e medidas foram fixadas para esse setor (RATTNER, 2009).

Nesse momento, o MS divulgou medidas que delimitam a importância do parto natural e a busca pela valorização do parto como um momento fisiológico, como por exemplo: o acréscimo no valor pago pelo parto natural e analgesia do parto como um procedimento pago com objetivo de reduzir os números de cesáreas (BRASIL, 2002).

Desse modo, começaram a ser introduzidas mudanças com objetivo de estimular o parto natural, o alojamento conjunto e ao cuidado não medicalizado do parto, e também possibilitar as equipes de saúde o entendimento do direito da mulher em ser protagonista ativa do processo de gestar e parir, respeitando o direito sobre sua vida e sua saúde.

Contudo, houve muitas mudanças significativas das políticas públicas em relação ao parto ao longo do tempo, porém ainda é preciso insistir na busca da humanização, pois o mesmo ainda continua sendo um objeto de ações padronizadas e intervenções agressivas, que desvaloriza a mulher como personagem do processo (MATOS et al., 2013).

3.2 ASSISTÊNCIA AO PARTO

A qualidade da assistência ao parto tem sido tema de preocupação em muitos países nos últimos 30 anos (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2010, cerca de 287 mil mulheres no mundo morreram durante a gestação e o parto. Em relação aos dados encontrados em 1990, esse número representa uma queda de 47%, porém ainda se encontra muito aquém da '5ª meta dos objetivos de Desenvolvimento do Milênio' que é de reduzir 75% da mortalidade perinatal até 2015. Grande parte dessas mortes encontram-se em países em desenvolvimento e são provenientes das falhas do acesso a cuidados adequados e de emergência quando necessários (WHO, 2015).

No Brasil, um inquérito nacional de base hospitalar composto por puérperas realizado entre 2011 e 2012 com 23.894 mulheres de maternidades públicas, privadas e mistas (hospitais conveniados ao SUS) foi encontrado uma totalidade de 684 mortes maternas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), demonstrando uma RMM de 20,41 para 100 mil nascidos vivos e foi calculado 24.431 casos de complicações maternas graves (LEAL, 2012).

Temos que levar em consideração que a mortalidade materna possui certa ligação com discriminação e com os fatores biológicos, sociais e culturais da população feminina, principalmente as diferenças de gênero. Vale dizer que uma assistência prestada com qualidade possui impacto direto na questão. Nesse sentido, pode-se certificar que o contexto histórico do Brasil possui diversos eventos de progresso, estagnação e retrocesso (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Progresso porque no Brasil existem diversas tentativas de programas, normas, leis, políticas de incentivo formais para regulamentar os serviços de saúde públicos e privados. Exemplos de alguns projetos temos: o Projeto Maternidade Segura de 1996; o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) de 2000; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) de 2001, que engloba o cuidado aos riscos do aborto em condições inseguras e a redução da mortalidade materna; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal de 2002; a Lei do Acompanhante, de 2005, outro relevante aliado que impulsiona na inserção da maternidade segura; o Plano de Qualificação

de Maternidades e Redes Perinatais de 2010; a Rede Cegonha de 2011 (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Dando apoio à política pública de saúde surge a norma operacional denominada Pacto pela Saúde, de 2006, estabeleceu como ações prioritárias a melhoria da saúde materna e a redução da mortalidade infantil. Tornou-se obrigatória a inclusão dessas ações nos planos estaduais e municipais de saúde, firmando o compromisso dos gestores com o alcance de metas pactuadas (BRASIL, 2006).

Em agosto de 2011, o governo de Minas Gerais publicou o Decreto 45.685, que institui a gestão da Rede Viva Vida e regulamenta o Projeto Mães de Minas, que tem como finalidade assistir e aconselhar gestantes e mães de crianças de até doze meses de idade, com intuito de assegurar às famílias, sobretudo às mais vulneráveis, um meio de vida mais seguro e assistência de forma integral e humanizada (BRASIL, 2011).

O propósito desse projeto apoia-se na união entre estado, município e organizações da comunidade civil para que sejam agregadas ações de saúde, educação e assistência social de forma articulada, concebendo o sujeito como coparticipante das políticas públicas (DE CASTRO MOREIRA, 2012).

Para a execução do Mães de Minas temos, entre as atividades, um sistema de detecção da gravidez, que tem como objetivo recolher dados diretamente dos estabelecimentos de saúde que prestam atendimento à mulher, tanto da rede pública ou privada. O documento terá consentimento prévio pela gestante, com preservação dos seus direitos e manutenção da privacidade das informações (BRASIL, 2011).

Nesse sentido é preciso enfatizar que a melhoria do cuidado profissional e institucional é apto para diminuir as intercorrências de morbidade nocivas e de mortalidade materna (NARCHI; CRUZ; GONÇALVES, 2013).

Admite-se que, em grande parte dos ambientes de cuidados, as mulheres em trabalho de parto e parto são submetidas aos cuidados de acordo com que o estabelecimento de saúde quer e não como elas esperam que sejam tratadas. Seria essencial se os serviços de saúde atendessem as expectativas das mulheres em suas reais necessidades, podendo assim oferecer um cuidado humanizado em conjunto com os profissionais, o uso de tecnologia e ferramentas de qualidade e uma infraestrutura física adequada para receber a gestante e seu

acompanhante, desde a porta de entrada na instituição até a sua alta (FUJITA; SHIMO, 2014).

A atenção prestada à mulher na ocasião do parto, bem como o momento experimentado por ela, são indicadores da posição que a mulher e o recém-nascido representam nos grupos sociais, que abrangem grandezas como nível social, raça/etnia, condições de saúde, estado civil, vigor físico e outros (MATTAR; DINIZ, 2012).

Ainda que em muitos países a forma de assistência ao parto seja intensamente norteadada pelo modelo hospitalar/medicalizado, vem sendo fortalecido um movimento internacional com propostas de modificação. Esse movimento tem como embasamento ações definidas pela OMS, disseminada a partir de 1985. No Brasil esse movimento é conhecido como Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

O MHPN surgiu ante os acontecimentos em que o uso abusivo de tecnologia vem ocasionando mais agravos à parturiente e ao bebê mais do que benefícios e uma preocupação que contemplam vários aspectos da saúde pública, como a redução dos números de cesáreas e a mortalidade materna, e também a saúde e conforto da mulher e do recém-nascido. Este movimento inclui esforços para auxiliar a participação da mulher na tomada de decisão sobre sua saúde, fortalecer a relação paciente-profissional de saúde, a inserção do pai no parto, a presença de doulas (mulheres que acompanham as gestantes durante o trabalho de parto) e alguma negociação nos procedimentos de rotina (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Os profissionais que prestam assistência durante o parto, e certamente as mulheres que são atendidas possuem como meta e responsabilidade trazer ao mundo um recém-nascido com condições saudáveis, com capacidade para desenvolver-se biologicamente e psicossocialmente no futuro; e uma mãe saudável e que não apresente sinais de trauma pela experiência de gestar/parir que acabou de vivenciar (BRASIL, 2002).

Esse objetivo ideal, entretanto, à primeira vista parece ser mais ímprobo de ser alcançado do que se possa imaginar. Abrange essencialmente o preparo e as expectativas da mulher, do companheiro e da família; os fatores biológicos e sociais relacionados à mulher e a gestação/parto; o ajustamento da instituição ou ambiente

onde o parto irá acontecer; a habilitação técnica do profissional inserido com este cuidado e, fundamentalmente, sua atitude ética e humana (BRASIL, 2002).

A assistência oferecida no parto também é influenciada pelos profissionais de saúde que estão presentes no mercado (REIGER, 2010). No Brasil, os médicos e enfermeiros obstetras são profissionais regulamentados para oferecer assistência ao parto (BRASIL, 2002). Encontrar profissionais não médicos, onde não há enfermeiro obstetra atuando nessa função, realizando avaliações durante o trabalho de parto, assim como oferecendo assistência neonatal em sala de parto, sugere que não há uma boa qualidade da assistência. Com exceção aos hospitais públicos, dos quais grande parte dos atendimentos são realizados por estudantes de medicina ou enfermagem, que cumprem carga horária curricular através dos estágios supervisionados (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

O parto é um acontecimento que faz parte de todo caminho percorrido na gestação e puerpério, já que no período gestacional é vivido de expectativas, e no pós-parto permanece com a mãe na forma de lembranças e sentimentos, que irão compor sua experiência de vida (LOPES et al., 2005).

Levando essas considerações em conta e o quanto o cenário assistencial pode influenciar em sua experiência, estima-se ser primordial que a qualidade da interação entre os profissionais e as mães seja o eixo norteador para o empenho em melhorar a assistência oferecida nas maternidades e outras instituições que empregam cuidados no campo referido (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010)

3.3 EXPECTATIVAS RELATIVAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO

As reações durante o período gestacional são únicas e individuais para cada mulher, ainda que algumas semelhanças possam ser encontradas em relação a uma e outra, elas são pessoais e íntimas, devido a sua posição social, cultural, coletiva.

Nesse período de sua vida, ela está repleta de sentimentos pelo novo, devido aos resultados que a gestação reflete em seu estado físico e psicoemocional. Grandes e variadas mudanças ocorrem em que há a necessidade de dividir essa experiência com alguém que a apoie a entender e suavizar tais alterações (DIÓZ, 2006).

Desse modo, o cuidado, atenção e a empatia dos profissionais são fatores elementares para ofertar um parto seguro e com prazer, deixá-la confortável para

decidir questões relacionadas ao seu parto. Como também o apoio emocional é importante ter disponível subsídios para que ela viva este momento da maneira mais prazerosa, com menos dor e sofrimento, como as práticas aconselhadas pela PNH – massagens, banhos, movimentação e toda ação que possa contribuir para trazer serenidade e calma (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

Experiências com partos anteriores e trocas de informações com outras gestantes, constituem elementos que vão construir as expectativas com a assistência prestada no parto atual. Nesse cenário em que elas estão concentradas no planejamento de seu atendimento, elas esperam no mínimo um quadro de atividades que irão proporcionar conforto e segurança para ela e para seu filho. Vaga disponível na maternidade, ser atendida com zelo e competência técnica, são principais elementos deste quadro essencial de expectativas (PINHEIRO; BITTAR, 2012).

A expectativa das mulheres grávidas também se baseia no medo e na preocupação com a saúde do bebê, relacionado a malformações congênitas. Esses dados reforçam a necessidade de realizar orientações, esclarecer dúvidas e ofertar informações sobre os procedimentos do parto e aconselhamento sobre o pós-parto (FERREIRA et al., 2013).

O cuidado a saúde das gestantes, parturientes, mãe e filho deve favorecer meios possíveis para aumentar a atuação dessas mulheres de forma plena, e não ações intervencionistas que não são necessárias, tornando à assistência mais humanizada (GARCIA CICUTO; LEITE BELISÁRIO; BARCO TAVARES, 2012).

As mulheres esperam acolhimento que as auxilie na superação das dificuldades emergentes da experiência de parturição. O ápice dessa experiência é vivido no momento do nascimento de seu filho, de um bebê saudável, evidenciando o cumprimento de sua tarefa com êxito (ARMELLINI; LUZ, 2003).

A parturição é um momento que exige parceria compromissada e amorosa. As mulheres valorizam a presença qualificada dos profissionais do hospital e do companheiro, principalmente, quando têm sensações dolorosas. No entanto, o estabelecimento desses vínculos constitui-se em desafio aos profissionais e às mulheres, devido ao curto período de tempo em que elas permanecem no Centro Obstétrico, à variedade e troca de profissionais a cada turno e à sua trajetória por diferentes setores do hospital (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Desse modo o parto simboliza um período de grande importância na vida da mulher e da família. Nesse momento inigualável, o carinho e a paciência da família e da equipe de saúde fazem-se necessários à gestante, auxiliando-a no enfrentamento natural do trabalho de parto, parto e nascimento. E, ainda, para atuar de forma ativa, alcançando assim o bem-estar físico e psicológico (LOPES et al., 2009).

3.4 PERCEPÇÃO SOBRE O PARTO

A percepção desenvolve-se de forma ativa quando as pessoas organizam e interpretam suas impressões para dar um sentido ao ambiente que as rodeia. Refere-se a apreender a realidade e estruturá-la em significados ou pontos de vista a seu respeito. Cada indivíduo possui seu próprio entendimento e ponto de vista sobre o meio em que vive (CHIAVENATO, 2010).

O parto é um acontecimento repleto de sensações emotivas, visto que o significado positivo ou negativo provém de experiências individuais ou influenciadas por experimentações externas, portanto é importante conhecer o sentido deste para as gestantes, bem como o universo social onde estas vivem (LAMY; MORENO, 2013). Chiavenato (2010) explica que aquilo que as pessoas absorvem da realidade, a experimentação dela não é ela em si, contudo é a sua ideia, que por um lado está restrito pelas interferências internas (sensações emotivas, vivências passadas) e, pelas interferências externas (hábitos e comportamentos coletivos). Os aspectos internos e externos influenciam intensamente a percepção do indivíduo.

Dado que, apreendem-se aspectos espirituais e biopsicossociais que envolvem o período gestacional, como processo e os profissionais que atendem no pré-natal necessitam respeitar a sabedoria prévia das mães, buscando mudar as mistificações conceituais vastamente lançadas na sociedade atual e, principalmente, no meio social. As gestantes concedem suas definições e significados a respeito do momento do parto, fundamentado no que elas esperam ou nas influências anteriormente referidas por outras mulheres, ou pela própria experiência anterior (LAMY; MORENO, 2013).

As percepções englobam fatores físicos, sentimentais, sociais e culturais que necessitam do respeito da singularidade e da plenitude de cada indivíduo (VELHO et al., 2012).

Diante desses fatos, a partir do discurso das mulheres, nasce a necessidade de buscar o direito de acessar um serviço de saúde de qualidade, em que o respeito às várias dimensões, individualidade, perspectivas e impressões ocupam espaços primordiais (ARPELLINI; LUZ, 2003).

3.5 SATISFAÇÃO

Satisfação pode ser definida como um sentimento agradável ou de frustração decorrente do confronto entre o efeito compreendido e o que se espera de um produto no ponto vista do consumidor. É um instrumento significativo que orienta o modo como as instituições devem posicionar-se no mercado (KOTLER; KELLER, 2006).

Para atingir a satisfação das pessoas as instituições devem direcionar o foco de suas ações para o cliente questionando seus anseios e suas necessidades (ARAÚJO et al., 2014).

O segredo de um atendimento adequado é atender as expectativas do usuário, e não o decepcionar. Portanto, deve-se oferecer um serviço com um padrão esperado, ou seja, a instituição carece entregar o que ela confiou (DUTRA, 2004).

A alta competitividade de uma sociedade onde existe consumidores criteriosos por qualidade, de produtos ou serviços, não é único e particular dos campos que envolvem as atividades comerciais e à produção (TIRONES, 2010), mas envolve também os serviços prestados na área da saúde.

Avaliar a satisfação dos usuários é essencial para a administração dos serviços de saúde, pois permite um meio de entrada para a população ser ouvida e expressar o que ela cogita e deseja dos mesmos, o que beneficia a ação de acolhimento de seus clientes. A prática exercida revela que uma imensidade de compreensões má expressas e obstáculos que os usuários lidam, poderiam ser reduzidos por meio de uma atitude cautelosa, com acesso para uma escuta aberta aos desejos do usuário e capaz de nortear sua inserção dentro do serviço de saúde (SELEGHIM et al., 2013).

A satisfação do usuário é um aspecto peculiar, busca apontar as lacunas que interferem o usuário de ser ouvido como objeto importante da política nacional de atenção à saúde que foi proposto quando da criação do SUS (TIRONES, 2010).

O olhar dos usuários frente à qualidade dispõe aspectos importantes para que os gestores administrem as políticas de melhoria da saúde, tão imprescindíveis à sociedade. Permite ainda que sejam dados novos direcionamentos às políticas que já existem. Em uma visão restrita sobre o tema, é possível classificar os pontos fortes e as lacunas do sistema, que nem sempre é de conhecimento dos gestores (TIRONES, 2010).

O desenvolvimento da satisfação do cliente pode ser interpretado concomitantemente ao uso do produto ou serviço que ele consumiu, portanto, a maneira de atender o cliente é essencial para causar uma boa impressão e associado à qualidade do serviço ofertado, resultará em satisfação (ARAÚJO et al., 2014).

3.6 AVALIAÇÃO E QUALIDADE EM SAÚDE

Avaliar significa, basicamente, julgar, dar valor em relação a uma intervenção ou sobre qualquer um dos seus atributos, tendo como propósito auxiliar no processo de decisão. Este julgamento pode ser produto da execução de medidas e de regras (avaliação normativa) ou formular-se a partir de um método científico (pesquisa avaliativa) (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Donabedian (2005) sistematizou a avaliação da qualidade dos serviços de saúde com abordagem na tríade: estrutura-processo-resultados. A estrutura diz respeito aos recursos materiais, humanos e organizacionais do ambiente onde o cuidado é prestado, ou mesmo a maneira de organizar os cuidados; o processo relaciona-se a tudo que envolve a relação profissional-usuário; o resultado, por sua vez, considera tanto o produto das ações (consultas, exames, visitas) quanto a modificação no estado de saúde de indivíduos e da população (ALMEIDA, 2010; DONABEDIAN, 2005).

No cenário da saúde, a cada instante é demonstrado o quanto é necessário a realização frequente de uma avaliação das intervenções praticadas (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Para Barreto (1998), o constante aumento percentual das inovações tecnológicas produzidas para o cuidado em saúde, que passam a ser

utilizadas, nem sempre com sua eficácia comprovada, provocando resultados indesejados e ônus financeiro, determina a implementação e o aperfeiçoamento de novas ferramentas de pesquisas dos serviços de saúde.

Usuários de saúde, representantes da comunidade, trabalhadores de saúde e pessoas responsáveis pela gestão dos serviços possuem expectativas e percepções diferentes a respeito das atividades e ações de saúde e, frequentemente, priorizam objetos distintos quando avaliam a qualidade dos serviços de saúde. Não só para tornar democráticas as decisões no processo de avaliação dos serviços, respeitar a diversidade de agentes envolvidos na avaliação aumenta a sua força de solucionar diferentes questões de uma mesma intervenção e seus resultados (SERAPIONE, 1999).

A qualidade, hoje em dia é um dos essenciais elementos de diferencial no mercado de saúde, uma vez que vem ocorrendo um crescimento no número de instituições que prestam atendimento na área, e a transformação do olhar da saúde para um direito social. Qualidade pode ser denominada como um conjunto de características que possui finalidade de atender as necessidades do usuário de forma segura, acessível e em tempo hábil (MANZO et al., 2011)

A qualidade do cuidado prestado no ambiente hospitalar transmite a 'reputação' que o estabelecimento carrega e a mesma está inteiramente associada à satisfação do paciente, de forma que indivíduos satisfeitos compartilham com amigos, família e com a comunidade em geral, proliferando *marketing* positivo do serviço e de seus trabalhadores, contudo, da mesma maneira que se tem a satisfação também se é objeto de insatisfação e esta deve ser distanciada, pois revela um *marketing* negativo (DA CRUZ; MELLEIRO, 2010; PENA; MELLEIRO, 2012).

A qualidade dos serviços pode ser dividida entre qualidade técnica ou funcional. A qualidade técnica trata da precisão em realizar os métodos, procedimentos e diagnósticos e a qualidade funcional refere-se à maneira como o serviço é conferido ao usuário. Conforme essa ótica, a satisfação dos usuários facilitaria a avaliação da qualidade funcional do serviço de saúde (MOURA; LUCE, 2004).

Donabedian (1980), considera a qualidade como resultado de dois fatores: primeiro a avanço tecnológico no cuidado médico, produto da ciência, segundo, o emprego dessa ciência e tecnologia nas atividades, possuindo influências de certo

modo pelas interações entre os indivíduos. Em seus primeiros trabalhos, ele conceituava qualidade como influência mútua entre melhora, gasto e risco, de uma intervenção em saúde. Esses conceitos se complementam e os seguintes fatores podem ser instrumentos para se avaliar e investigar:

- “1. implantação dos saberes científico e tecnológico;
2. interações interpessoais;
3. implantação de conhecimentos práticos;
4. ligação entre melhora *versus* gastos *versus* risco”.

Quer dizer, uma intervenção é de qualidade quando se introduz sabedoria técnica-científica e a habilidade prática, que envolve interações interpessoais construtivas, que produz simultaneamente, vantagens a um custo tolerável para todos, com menor prejuízo possível (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O termo foi estendido a partir dos sete pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990):

- “a) eficácia: é a capacidade da ciência e o processo de cuidar em saúde de promover condições de segurança e conforto. Expressa o melhor que se pode fazer, em circunstâncias oportunas, sem alterar a situação e o estado do paciente;
- b) efetividade: em contraste da eficácia, pode ser entendida como o alcance de uma melhora em saúde independente dos meios e da prática exercida diariamente;
- c) eficiência: é o custo que se obteve com cada melhora em saúde. Na presença de duas técnicas de saúde eficazes e efetivas, aquela que tem menor custo é a mais eficiente;
- d) otimização: é importante quando os resultados do cuidado não são avaliados em aspectos absolutos, mas em termos de custo do cuidado;
- e) aceitabilidade: é conceituado quando se leva em consideração a adequação do cuidado às vontades, perspectivas e valores do cliente e seus familiares;
- f) legitimidade: é aceitar a visão de cuidado da comunidade ou da sociedade em geral;
- g) equidade: é aquilo que fundamenta o que é justo ou omissivo na oferta do cuidado e seus privilégios entre os indivíduos de uma comunidade”.

Donabedian (1980) demonstra a qualidade em três características: a interpessoal, a ambiental e a técnica. A interpessoal refere-se à relação entre profissional técnico e usuário. A ambiental contempla as acomodações proporcionadas ao paciente como conforto e tranquilidade. A técnica concerne à utilização, dos saberes científicos na busca de soluções das queixas dos pacientes.

Deste modo, ao efetuar a avaliação de serviços/sistemas de saúde, é preciso estar consciente de que os serviços prestados têm como intuito os usuários, que estão incluídos na gestão organizacional e na prática destas ações (TANAKA; MELO, 2004).

A satisfação do usuário/cliente é o *feedback* positivo que ele dá ao serviço de saúde hospital quando ele é objeto de uma assistência de qualidade e que não está associada exclusivamente aos profissionais, mas também às condições estruturais e físicas da unidade, a qualidade da refeição oferecida, quadro de funcionários, organização do sistema, assim como as ações/serviços oferecidos desde a admissão a alta hospitalar. Desse modo, uma 'boa' assistência é considerada como ferramenta de *marketing* por ser uma forma de gerar satisfação (PENA; MELLEIRO, 2012).

A avaliação dos serviços de saúde, na ótica da satisfação dos usuários, ocasiona respeito às pessoas inseridas no processo e dados fundamentais para a gestão. Assim, gestores e profissionais podem realmente compreender as necessidades existentes dos usuários de saúde e sempre se empenhar na obtenção de processos de trabalhos que irão torná-los satisfeitos (DIAS; RAMOS; DE MELO COSTA, 2010).

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: Quais as expectativas e percepções das mulheres frente ao atendimento durante o parto?

4 OBJETIVOS

- Conhecer as expectativas das gestantes em relação ao atendimento a que serão submetidas durante o parto.
- Apreender a percepção das puérperas sobre o atendimento proporcionado durante o parto.
- Verificar, a partir das expectativas e percepções, a satisfação de mulheres em relação ao atendimento recebido durante o parto, em hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde.
- Identificar, segundo a opinião das mulheres, ações alternativas possíveis de serem implementadas, com vistas à melhoria da qualidade da assistência ao parto.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo de cunho qualitativo, com enfoque qualiquantitativo.

O método qualitativo visa a pesquisa da história, das relações, dos costumes e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, como expressam o que sentem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. Assim, a pesquisa qualitativa visa analisar a lógica interna de grupos, instituições e envolvidos (MINAYO, 2008).

Nesse sentido a escolha pela abordagem qualitativa decorre da natureza do problema estudado, que fornece o resgate dos sentidos que essas mulheres atribuem acerca do atendimento durante o parto.

A expressão qualiquantitativa representa aspectos diferentes de um mesmo cenário estudado. O qualitativo e o quantitativo não são questões dessemelhantes, mas elementos, porções e ângulos de uma mesma direção (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Levando em conta o campo da pesquisa empírica, a opinião, evidenciada no formato de discurso, representa uma variável qualitativa, ou seja, um resultado que posteriormente será submetido ao processo de qualificação. Porém, sendo o discurso uma opinião coletiva, caracteriza-se também como variável quantitativa, ao mesmo tempo que expressa o grau de compartilhamento dessas ideias circulantes nas diversas classes sociais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2009).

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em duas instituições hospitalares do município de Uberaba-MG, sendo um hospital público e um hospital mantido por instituição privada. Para fins da pesquisa, os hospitais foram identificados por letras sendo:

a) Hospital A: trata-se de um hospital geral, federal, de ensino, de grande porte, que oferece atendimento de alta e média complexidade. Atende às especialidades clínicas e cirúrgicas (Dermatologia, Oncologia, Nefrologia, Urologia, Geriatria,

Neonatologia, Neurologia, Hematologia, Infectologia, Pneumologia, Cardiologia, Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Oftalmologia, Gastroenterologia, Endocrinologia, Neurocirurgia, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oncologia e Cirurgia Bucomaxilofacial, Psiquiatria, Tisiologia), e reabilitação. Possui atualmente 316 leitos ativos, sendo 270 leitos de internação e 46 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e isolamento, todos disponíveis e exclusivamente ao SUS.

b) Hospital B: também é um hospital geral, de ensino, de médio porte, mantido por uma instituição privada, que presta assistência à saúde pelo SUS, convênios e particulares. O hospital oferece atendimento de alta e média complexidade, atende às especialidades de Clínica Médica, Cirúrgica, Ginecologia e Pediatria. Possui atualmente 140 leitos ativos, sendo 38 leitos de clínica médica (28 leitos SUS), 43 leitos de clínica cirúrgica (28 leitos SUS), 38 leitos de obstetrícia (25 leitos SUS), 15 leitos pediátricos (nove leitos SUS) e seis leitos de UTI Adulto.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

5.3.1 População

A população do estudo foi constituída por mulheres que realizaram pré-natal e que receberam assistência ao parto nos hospitais especificados, localizados no município de Uberaba, Estado de Minas Gerais, Brasil.

5.3.2 Grupo de Sujeitos

Para determinação do grupo de sujeitos, foi estabelecido entrevistar todas as gestantes que comparecessem às consultas de pré-natal, no hospital A, nas terças e quartas-feiras e no hospital B, às segundas e quintas-feiras.

É oportuno esclarecer que o presente estudo foi desenvolvido concomitantemente a outra pesquisa com a mesma temática, cujo objetivo era avaliar a satisfação de mulheres atendidas nos hospitais de ensino credenciados ao SUS, situados no município de Uberaba, Minas Gerais, com relação à assistência recebida durante o parto, porém com abordagem quantitativa.

Portanto, justifica-se a organização da coleta dos dados dos dois estudos, alternando-se os dias da semana, a fim de se evitar que as questões do estudo

quantitativo pudessem influenciar sobre as respostas obtidas na investigação qualitativa e, também, para que cada participante fosse abordada apenas uma vez.

As sujeitas da pesquisa resultou em um total de 104 entrevistadas.

5.3.3 Critérios de inclusão

Foram incluídas no estudo:

- a) Gestantes atendidas pelo SUS, nos serviços de pré-natal de dois hospitais de ensino do município de Uberaba-MG.
- b) Gestantes com 36 semanas ou mais de gestação (foi estabelecido este período devido ao retorno semanal para consultas de pré-natal. O Ministério da Saúde preconiza uma consulta semanalmente após a 36^o semana de gestação);
- c) Puérperas que permaneceram internadas por, pelo menos, 24 horas após o parto.

5.3.4 Critérios de exclusão

Foram excluídas do estudo gestantes que apresentaram:

- Doença obstétrica na gravidez atual - não controlada;
- Intercorrências clínicas - patologias não controladas diagnosticadas no pré-natal ou durante o trabalho de parto;
- Câncer em tratamento;
- Gestações com malformações fetais incompatíveis com a vida (detectadas por avaliação e diagnósticos médicos);
- Gestações que tiveram como desfecho óbitos fetais ou morte neonatal precoce;
- Puérperas que não se encontravam hemodinamicamente estáveis para responder as questões.

5.4 COLETA DE DADOS

5.4.1 Instrumento de coleta de dados

Em um primeiro momento, no pré-natal, para o alcançar o primeiro objetivo, foram elaboradas, de forma didática, histórias ou situações de vida associadas aos termos investigados, que foram apresentadas às gestantes em formato de quadrinhos (APÊNDICE A). Alguns aspectos importantes foram considerados para confecção dos quadrinhos:

- a) Garantir que o objeto da questão estivesse presente na história;
- b) Enredo apresentado sendo atrativo para a entrevistada;
- c) As entrevistadas deveriam sentir-se caracterizadas pelas figuras desenhadas para que pudessem imaginar as histórias, mas, ao mesmo tempo, que essa caracterização não induzisse as respostas.

No segundo momento, durante o pós-parto, foi aplicado um roteiro de entrevista, elaborado pela autora, composto por duas partes: a primeira com dados referentes à caracterização sociodemográfico, adotando o critério de classificação socioeconômica do Brasil, fornecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ANEXO A) e também informações sobre o histórico ginecológico e obstétrico (APÊNDICE B).

E, para apreender a percepção das mulheres sobre o parto, foi aplicado um roteiro de entrevista (APÊNDICE B), contendo duas perguntas: a primeira relacionada à percepção sobre o atendimento durante o parto e, a segunda, destinada a conhecer as propostas de ações alternativas possíveis de serem implementadas segundo a opinião das usuárias.

5.4.2 Coleta das informações

Para a coleta de dados, as participantes do estudo foram localizadas, identificadas e abordadas no serviço de Ginecologia e Obstetrícia dos Ambulatórios de pré-natal dos respectivos hospitais. Após a aprovação dos referidos setores dos dois hospitais (APÊNDICE C) e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), sob o protocolo 1.085.432 (ANEXO B), foi realizado um contato inicial com as respectivas

gestantes para o convite e esclarecimentos a respeito da pesquisa, seus objetivos e procedimentos metodológicos. Para aquelas que aceitaram participar da pesquisa e que atenderam aos critérios de inclusão, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e para menores de 18 anos foi entregue ao responsável (APÊNDICE E), ficando uma cópia com o pesquisador e outra cópia com o sujeito da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada com 104 gestantes/puérperas, dos hospitais A e B, durante o período de julho a outubro de 2015.

Foram abordadas 115 usuárias, três recusaram participar da pesquisa, três foram excluídas (duas resultou em óbito fetal e uma não encontrava hemodinamicamente estável) cinco não foram encontradas no pós-parto.

Para alcançar as informações necessárias, foram realizadas entrevistas individuais, processadas em dois momentos: no primeiro, para se obter a expectativa das gestantes quanto aos cuidados a que seriam submetidas. O contato se deu na sala de espera das consultas de pré-natal dos respectivos hospitais quando foram aplicados a história em quadrinhos e o questionário de caracterização das entrevistadas. Em um segundo momento da coleta dos dados, foram realizadas entrevistas com as mesmas mulheres, respeitando-se o intervalo de, pelo menos, 6 horas decorridas do parto, em ambiente hospitalar, visando conhecer a percepção da puérpera sobre o atendimento recebido. Não há definição na literatura que justifique um período em que a mulher se apresente em condições favoráveis para responder as perguntas, desse modo os pesquisadores estabeleceram esse intervalo de tempo para realizar a entrevista.

A pesquisadora foi ao serviço diariamente em busca das puérperas e, também, obteve auxílio do serviço que a avisava da possibilidade de encontrar as referidas pacientes, a partir de listagem de nomes que a pesquisadora disponibilizava.

A utilização de entrevistas é uma das possibilidades mais recorrentes e exige incontáveis maneiras e cuidado em sua realização, sendo reconhecida como um procedimento de qualidade para acessar os dados. Todavia, empregar mais de uma técnica permite novos horizontes, o que reforça a dimensão qualitativa da pesquisa sem deixar de ser fidedigno (BELEI et al., 2008).

Os pesquisadores devem levar em consideração a ideia de inovar, de trabalhar e adaptar novas técnicas que aprimoram a pesquisa de campo. Conforme

se diversifica o modo de coleta de dados, pode haver diferentes mecanismos de reflexão (BELEI et al., 2008).

Para a coleta de dados o pesquisador principal treinou quatro entrevistadores. No treinamento foram apresentados e explicados os objetivos da pesquisa e o roteiro de entrevistas, expondo aos entrevistadores que eles não poderiam modificar as perguntas e opinar nas respostas, mas, possuíam a liberdade de refazer a pergunta e acrescentar colocações como: Tem algo mais a dizer? Como assim? Por quê? (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). O treinamento teve como objetivo padronizar a abordagem durante a coleta das informações.

As informações foram gravadas pelos entrevistadores, em formato de áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra para o computador pela pesquisadora responsável.

As participantes da pesquisa foram identificadas de forma sigilosa, por meio de números, garantindo a confidencialidade das respostas alcançadas.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

As informações relacionadas à caracterização das mulheres entrevistadas foram submetidas à estatística descritiva, cálculo de frequências absolutas e percentuais. A caracterização seguiu o critério de classificação socioeconômica do Brasil, fornecido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ANEXO A), onde são fornecidos escores de acordo a posse de itens dos indivíduos, onde a somatória desses itens resulta em classes econômicas, representando estratos econômicos, como por exemplo, classes A e B, apontam as classes mais altas, ou seja, o maior poder de compra.

Os relatos obtidos por meio da indagação da história em quadrinhos e das questões abertas foram submetidos a uma leitura exaustiva que buscou extrair os conteúdos relevantes de cada discurso, as ideias centrais ou ancoragens e suas correspondentes expressões chaves (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

Posteriormente, procedeu-se à análise de acordo com o método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que consiste em uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, elaborado por Lefevre e Lefevre, na década de 90. Tal modalidade de análise baseia-se na Teoria das Representações Sociais.

O processamento destes dados resultou na elaboração de discursos do sujeito coletivo, que consiste em um discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular composto pela agregação dos relatos individuais semelhantes (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009).

Após a realização da soma qualitativa, que consiste em agregar os elementos semelhantes ou complementares, foi feita uma interpretação dos resultados pela quantidade. Esta interpretação é feita obtendo-se a frequência com que cada opinião aparece em relação ao conjunto total de opiniões; tais dados podem ser organizados em tabelas ou gráficos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013). Para a sistematização deste processo de análise foi utilizado o *software QualiQuantSoft®*, elaborado com base na teoria do Discurso do Sujeito Coletivo.

Para a análise do material coletado foi realizado um trabalho em conjunto, envolvendo a pesquisadora principal e dois auxiliares, em busca de assegurar confiabilidade ao estudo e evitar a subjetividade da pesquisadora.

Os membros do grupo que auxiliaram na análise dos relatos realizaram o Curso Teórico Prático de Introdução ao Discurso do Sujeito coletivo e ao *software Qualiquantisoft®*, oferecido pelo Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IPDSC), com carga horária de 16 horas, com o intuito de entender o processamento de dados pelo *software Qualiquantisoft®* bem como ampliar os conhecimentos na metodologia do DSC.

5.5.1 Representações Sociais: Bases Teóricas do Discurso do Sujeito Coletivo

O DSC tem como fundamento a teoria das Representações Sociais. O conceito de representação social foi introduzido por Moscovici em seu estudo *La Psicanalyse: son image et son public*, em 1961 na França (MOSCOVICI, 2010).

Na busca por uma ciência 'mista', Moscovici reconheceu uma longa dívida ao trabalho do sociólogo Émile Durkheim (MOSCOVICI, 2010).

Durkheim apresentou o conceito de Representações Coletivas, que se referem a uma série de ideias e crenças. Na visão de Durkheim, as representações coletivas apresentam formas estáveis, que abrangem uma corrente de formas intelectuais (conhecimento científico, credo, religião, diversidade de tempo, espaço). Seja qual for o tipo de concepção, sentimento ou crença que estiver inserido dentro de uma comunidade, pode ser incluído (MOSCOVICI, 2010).

Moscovici relata que através da intuição e da experiência, não é possível englobar um extenso campo de conhecimento e crença. Conhecimento e crença são, primeiramente, bastante diversificados, e também não podem ter uma definição somente com algumas características gerais. Ele acredita que são fenômenos particulares que estão interlaçados como um modo único de entender e de se comunicar, modo que produz tanto a realidade quanto o senso comum. Para destacar essa divisão ele usa o termo 'social' em vez de 'coletivo' e, sua proposta é conceituar como um 'fenômeno' o que antes era considerado como um conceito (MOSCOVICI, 2010).

De acordo com Nóbrega (2001), Moscovici fez acreditar que a comunicação é um importante fenômeno existente nas relações entre as pessoas e que permite a transformação do pessoal para o social e vice-versa.

As representações sociais são conjuntos sociocognitivos utilizados pelas pessoas para expressarem, em sua vida diária, apreciações e opiniões, tipos de saberes, socialmente construídos e compartilhados, de uma realidade comum a um grupo social (LEFEVRE; LEFEVRE, 2010). Elas devem ser vistas como uma forma particular de apreender e expressar algo que já sabemos. Encontram-se em uma curiosa posição, em algum ponto entre conceitos, que tem como finalidade selecionar sentido do mundo e inserir nele uma organização e apreensão, que retrate o mundo em um aspecto significativo (MOSCOVICI, 2010).

As representações sociais mostram-se com uma maneira de compreender e refletir a realidade recorrente, através da compreensão da atividade mental ampliada individualmente ou em conjunto para aderir suas posições em relação aos acontecimentos, fatos ocorridos, objetos e comunicações que lhe pertencem (SÊGA, 2000).

Para Denise Jodelet, as representações possuem cinco atributos fundamentais (SÊGA, 2000):

- a) "frequentemente representam um objeto;
- b) têm sempre a característica de liberdade de expressão, permitindo permuta entre intuição e o pensamento, apreensão e a concepção.
- c) possuem a característica de ser representativas;
- d) de serem produtivas;
- e) possuem autonomia e criatividade".

Enfim, as representações são, de certo modo, interferidas pelas características ou locais onde os atores sociais comunicam: nação/pátria,

sexo/gênero, fé/religião, idade, estado psicológico, grau de instrução, personalidade, ocupação/trabalho, saúde física, posição que ocupa na sociedade, sentimentos e vivências da vida, proporcionando discussão ou troca de significados entre seus integrantes, atribuindo-lhe conexão (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.2.1 Expressões-chave

As expressões-chave (ECH) são recortes, fragmentos, ou partes de um todo, seguidos ou não, do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, retratando o valor essencial do conteúdo das representações, ou da teoria subjacente (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). As ECH são chaves da essência dos discursos (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

5.5.2 Figuras metodológicas do DSC

O pesquisador deve selecionar tudo aquilo que seja expressivo, interessante, importante, excluindo as partes não relevantes, desinteressantes. Permanecendo, ao máximo, aquilo que representa a ideia, o pensamento do discurso, na forma literal que aparece no depoimento do entrevistado. Ao mesmo tempo, é preciso ficar atento se o entrevistado tem mais de uma opinião sobre o tema abordado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Ao realizar esse procedimento, deve-se atentar ao cuidado de selecionar quase tudo ou quase nada do relato, para não dificultar a identificação das ideias centrais (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012). Deste modo, é preciso fazer uma leitura minuciosa dos todos depoimentos para identificar de forma sensata e segura as

5.5.2.2 Ideias Centrais ECH.

A Ideia Central (IC) é uma denominação ou expressão linguística que expressa, apresenta e designa, da forma mais resumida e precisa possível, o(s) sentido(s) encontrados em cada resposta analisada e das ideias semelhantes de ECH, no qual resultará no DSC (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

IC são rótulos/etiquetas que representam os significados presentes no material verbal analisado, de diferentes sujeitos entrevistados, que demonstram ideias semelhantes ou complementares (OLIVEIRA JUNIOR; MARCHIORI; PACAGNAN, 2015), ou seja, a IC é uma síntese precisa do sentido de cada discurso.

É preciso lembrar que um mesmo indivíduo pode contribuir com mais de uma
5.5.2.3 Ancoragem ideia central em um mesmo discurso.

Ancoragem (AC) é a expressão nítida de uma dada teoria, crença, senso ou significado que a pessoa adota e que, está sendo utilizada para “encaixar” um fato específico (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Determinadas ECH descrevem as representações sociais de uma determinada teoria ou ideologia, que se encontram expostas nos depoimentos individuais ou coletivos, denominando AC (OLIVEIRA JUNIOR; MARCHIORI; PACAGNAN, 2015). É quando o emissor do discurso utiliza de uma afirmação geral para introduzir sua opinião de uma situação particular. Nesse processo, o pesquisador deve saber identificar os indicadores de generalidade, tais como, “mãe é mãe”, “todo santo ajuda” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Ancoragem versa sobre a conexão cognitiva do objeto apresentado – ideias, acontecimentos, relações etc. – a um contexto de pensamento social pré-estabelecido, visando à transformação do não familiar em familiar (JODELET, 1984 *apud* SPINK, 1993).

É uma técnica presente da representação social através do qual o que é desconhecido é inserido a um conjunto de conhecimentos preexistentes, significa organizar a novidade dentro de categorias antigas, de uma cadeia de definições disponíveis para integrar o real (NÓBREGA, 2001).

Moscovici (2010) salienta que o processo de ancoragem envolve classificar e rotular. Classificar significa instituir normas, preceitos e atitudes a uma pessoa, atribuindo determinado valor e uma posição de ordem hierárquica. Rotular, por sua vez significa estar colocando em uma posição segura dentro dos modelos de identidade da cultura a qual o grupo pertence. O resultado final desse processo será transformar o que era desconhecido a ter uma identidade, o que possibilita, por

exemplo, que uma teoria ou conceito científico se faça presente na linguagem cotidiana.

Importante destacar que nem em todo discurso identificamos ancoragem
5.5.2.4 Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O discurso do sujeito coletivo, consiste em um discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular composto pela agregação dos relatos individuais semelhantes. Estes discursos redigidos na primeira pessoa do singular, visam causar uma impressão de 'coletividade falando' para o leitor, as opiniões e ideias dos participantes são solidificadas e enriquecidas (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009), ou seja, é um agrupamento de ECH que possuem IC ou AC equivalentes ou complementares (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Como método de pesquisa empírica, o DSC, que tem como material as ideias representadas de forma coletiva, permite inspirar o campo social estudado, buscando o espaço das diferenças e semelhanças entre as percepções dos atores ou sujeitos coletivos que o habitam (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

Através do DSC é permitido expressar diretamente a representação social de um certo sujeito social. Resulta na reunião de um discurso-síntese de vários discursos individuais sobre uma mesma questão de pesquisa (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

O DSC representa uma transformação nas pesquisas qualitativas porque possibilita a identificação das ideias, opiniões, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um assunto através do uso de método científico (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

5.5.3.1 Intensidade/Força **5.5.3 Atributos quantitativos do DSC**

Trata-se da quantidade ou percentual de atores sociais que contribuíram com suas expressões-chave referentes às ideias centrais ou ancoragens, para a construção do DSC.

Esse atributo permite ao investigador identificar o grau de compartilhamento das Representações Sociais entre o universo de indivíduos estudados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.3.2 Amplitude

Esse operador permite medir a presença de uma determinada ideia/opinião ou Representação Social, levando em conta o campo estudado. Dispõe ao pesquisador o grau de espalhamento ou a disseminação de uma ideia no universo investigado (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012).

5.5.4 Software *Qualiquantisoft*®

O *QualiQuantiSoft*® é um programa de computador elaborado em parceria pela Universidade de São Paulo (USP), através dos professores Fernando Lefevre e Ana Maria Cavalcanti Lefevre e pela Sales e Paschoal Informática, destinado a facilitar a realização de pesquisas qualitativas nas quais é utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Esse recurso de informática foi idealizado com o objetivo de ser utilizado com mais segurança e eficácia pelos pesquisadores que trabalham com o DSC.

Seu auxílio é muito importante para o pesquisador, pois facilita a sua concentração nas tarefas de detecção e análises dos discursos, o que acarreta um aumento na agilidade do processamento dos resultados qualitativos.

É importante ressaltar que o recurso tecnológico de maneira nenhuma realiza a análise pelo pesquisador, o programa não faz nada pelo investigador, porém faz muita coisa para o pesquisador.

O programa é constituído pelos seguintes componentes (LEFEVRE; LEFEVRE, 2012):

- ✓ “cadastros: armazena os dados referentes aos entrevistados (sexo, idade, escolaridade, etc), dados e perguntas das pesquisas;
- ✓ análises: é o processamento que resultará na construção do dos Discursos do Sujeito Coletivo;
- ✓ ferramentas: permite a transferência (exportação e importação) de informações e resultados da pesquisa;
- ✓ relatório: tem a função de organizar os dados e resultados da pesquisa, permitindo a impressão”.

5.5.5 Procedimentos analíticos

- Primeira etapa: ordenação e organização dos dados

Foi realizado o cadastro dos dados da pesquisa, antes de proceder à análise do material. Após o cadastramento da pesquisa e das três perguntas, realizou-se o cadastro das entrevistadas. As informações cadastradas foram: idade, escolaridade, tipo de parto, qual hospital e classe socioeconômica. Em seguida, foram incluídas e armazenadas no *Software* as respostas de cada indivíduo da pesquisa.

- Segunda etapa: seleção e organização das expressões-chave e ideias centrais

Após leitura concentrada e criteriosa dos dados, com o propósito de identificar o que responde de fato a questão de pesquisa foram selecionadas as expressões-chave e catalogadas com as respectivas ideias centrais.

- Terceira etapa: seleção e organização das categorias

O grupo de análise realizou a leitura das ideias centrais que surgiram das expressões-chave e, após a seleção de ideias semelhantes, foram estabelecidas as categorias. No momento dessa seleção, foi observada a existência de semelhança entre as ideias centrais da questão um, que se refere às expectativas das gestantes em relação ao atendimento, com as ideias centrais da questão dois, que trata das percepções em relação ao atendimento recebido.

Desse modo, os discursos das questões um e dois foram apresentados em forma de quadro, separando as expectativas e as percepções das usuárias.

Desse processo emergiram as seguintes categorias:

1) Categoria A: Atendimento ao parto: expectativas e percepções

- ✓ Subcategoria A.1: Enfoque nas atitudes e práticas dos profissionais
- ✓ Subcategoria A.2: Presença dos acompanhantes
- ✓ Subcategoria A.3: Foco na infraestrutura e equipamentos

Em relação à questão de número três, que buscou conhecer as propostas que as puérperas possuíam para melhorar o atendimento ao parto, surgiram as seguintes categorias:

2) Categoria B: Propostas para melhoria do atendimento ao parto:

- ✓ Subcategoria B.1: Sugestões para os profissionais de saúde
 - ✓ Subcategoria B.2: Adequação de infraestrutura física, equipamentos e normas hospitalares
- Quarta etapa: construção do DSC

Após a leitura das expressões-chave e das ideias centrais, foram selecionadas aquelas que fossem semelhantes, sendo assim escrito os DSC, com a contribuição de várias entrevistadas na primeira pessoa do singular.

6 ASPECTOS ÉTICOS

Após aprovação dos setores de Ginecologia e Obstetrícia dos respectivos hospitais, de seus diretores e do diretor do Instituto Ciências da Saúde da UFTM, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM, para apreciação. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa sob o número de protocolo 1.085.432. Foram respeitados os princípios éticos para pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a resolução de nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

Todas as participantes da pesquisa foram identificadas por códigos numéricos, garantindo o anonimato. Os dados da pesquisa serão mantidos arquivados por cinco anos.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Foram entrevistadas 104 mulheres durante as consultas de pré-natal e no pós-parto, sendo 68 mulheres do hospital A e 36 do hospital B.

A idade média foi de 27 anos, idade mínima de 15 anos e máxima de 42 anos. O estudo de Pinheiro e Bitar (2012), realizado com 32 mulheres de uma maternidade pública do município de Franca-SP, verificou que a idade variou de 16 a 40 anos. Outro estudo nacional realizado em vários hospitais do país, quando se entrevistou 23.940 puérperas, encontrou média de idade de 26 anos, com variação de 12 a 46 anos (DOMINGUES et al., 2014).

Em relação à situação conjugal, 49 (47,11%) mulheres afirmaram estar na condição de 'viver junto', 31 (29,82%) eram casadas, 23 (22,11%) solteiras e uma era divorciada. Um estudo realizado com mulheres em consulta de pré-natal no município de Campo Mourão, no Paraná (2013), encontrou que a maioria era casada/união estável (78%), 11% solteira e 11% separada/divorciada (LAMY; MORENO, 2013). O estudo realizado no Brasil com 23.940 puérperas, encontrou resultados divergentes, onde 23% das mulheres viviam com o companheiro e 76,7% sem o companheiro (DOMINGUES et al., 2014).

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria das mulheres relatou ter estudado até o ensino médio completo, 53 (51, %); 26 (25%) relataram ter ensino médio incompleto; 13 (12,5%) ensino fundamental completo; sete (6,7%) ensino médio incompleto, três declararam ter superior incompleto e apenas uma tinha superior completo. Esse resultado pode ser explicado por meio do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município, de 0,772, considerado índice alto (IBGE, 2015).

Fato que corrobora com estudo realizado com puérperas em uma maternidade pública de Teresina-PI (2011), identificando que apenas uma concluiu o ensino superior, das 10 mulheres entrevistadas (MONTE; GOMES; AMORIM, 2011). Outro estudo realizado no município da Bahia-BA (2014) encontrou grau de escolaridade relativamente baixo, onde uma havia iniciado o ensino superior, cinco concluíram o ensino médio, duas terminaram o ensino fundamental, três delas possuíam fundamental incompleto e uma não era alfabetizada (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Em relação à atividade econômica, das entrevistadas 61 (58,65%) tinham atividade remunerada e 43 (41,35%) não possuíam atividade remunerada, sendo 10 estudantes e 33 mulheres do lar. E, no que se refere à classificação socioeconômica, houve pouca predominância da classe A, com apenas duas

(1,92%), nas classes B1 e B2 obteve três (2,88%) e seis (5,77%) respectivamente, nas classes C1 e C2 foram encontradas 44 mulheres (42,31%) e 32 mulheres (30,77%), já na classe D-E foram encontrados 17 (16,35%).

Um estudo realizado com 310 puérperas em um hospital universitário de Santa Catarina-SC (2011) encontrou que 48% mulheres possuíam atividade remunerada, 39,8% puérperas eram do lar e 9,3% estudantes (BRUGGEMANN et al., 2011). Pode-se inferir, com esses resultados, que as mulheres possuem relativa participação na renda familiar.

Dentre as mulheres entrevistadas, 65 (62,5%) realizaram entre seis e sete consultas de pré-natal. Resultado que corrobora com outros estudos realizados onde grande parte das mulheres realizaram de seis ou mais consultas de pré-natal (BRUGGEMANN et al., 2011; COSTA et al., 2013). Esses resultados reforçam as recomendações do Ministério da Saúde, que orienta a realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2012).

Ao constatar a história ginecológica, a idade da primeira relação sexual variou de 11 a 21 anos de idade, com idade média de 15,34 anos e a idade da primeira gravidez teve uma variação de 14 a 34 anos, com média de idade 21,03 anos.

Um estudo realizado no mesmo hospital A, com 212 puérperas, identificou idade da primeira relação sexual, com variação de 11 a 25 anos e da primeira gestação de 11 a 37 anos. A autora ressalta que a maioria das entrevistadas tiveram sua primeira gestação no período da adolescência (COSTA et al., 2013).

Ao questionar sobre o tipo de parto atual, 73 (70,2%) mulheres tiveram parto natural e 31 (29,8%) realizaram parto cesáreo. O número de gestações variou de uma a sete gestações, sendo que a maior parte teve duas gestações (32,69%) e uma com sete gestações (0,96%).

Quando questionado o número de partos no decorrer da vida, houve respostas que variaram de um a seis partos, sendo que a maior parcela teve dois partos 35 (33%). O parto natural foi o mais realizado entre elas, 87 (83,65%), e cesáreas 37(35,58%). Dentre as mulheres entrevistadas, uma relatou ter tido um aborto espontâneo e outra mulher dois abortos espontâneos.

7.2 CATEGORIA A: ATENDIMENTO AO PARTO: EXPECTATIVAS E PERCEPÇÕES

Para conhecer as expectativas e as percepções das mulheres em relação ao atendimento durante o parto, foram feitos os seguintes questionamentos:

1) Como você espera ser atendida durante o parto?

2) Você indicaria esse hospital para alguma amiga sua realizar o parto?

Conte-me por quê.

Conforme elucidado anteriormente, as ideias centrais entre as expectativas e percepções complementaram-se, nos dois hospitais, desse modo os discursos foram apresentados em formatos de quadros.

7.2.1 Subcategoria A.1: Enfoque nas atitudes e práticas dos profissionais

Nessa categoria as ideias centrais e expressões chaves utilizadas foram as respostas referentes a expectativas e percepções relacionadas a forma como os profissionais atendem essas mulheres, considerando a educação, respeito, carinho e atenção, orientações e esclarecimentos de dúvidas, apoio profissional, cuidado com o bebê, além de respostas relacionadas à competência técnica desses profissionais. Foi composta por 68 expressões-chave de mulheres do hospital A e 34 expressões-chaves do hospital B, referentes às expectativas e percepções, totalizando 102 expressões-chaves

Enfoque nas atitudes e práticas dos profissionais	
Hospital A	
EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES POSITIVAS
<p><i>Eu espero ser bem atendida, recebida, recepcionada, Que os profissionais sejam bem educados e atenciosos. Médicos, enfermeiras me atendam com atenção e respeito, que me trate bem e meu bebê também. Ser tratada com muita eficiência, dedicação e carinho, com muita paciência, com calma, porque na hora a gente espera paciência de todos. As pessoas têm que tratar a gente bem, não ser aquelas pessoas que maltrata, que faz falta de educação, essas coisas. Pra mim ser tratada bem, como qualquer pessoa pretende ser tratada.</i></p> <p><i>Com muita atenção. Que eles me deem o apoio que eu preciso que eu tenha um ótimo atendimento, que respeitem minha família também, com profissionalismo.</i></p> <p><i>Espero que tenha profissionais bem capacitados e treinados, porque dá uma segurança maior. Que seja uma equipe realmente profissional, que respeite a gente, e que faça o trabalho de profissional mesmo, com procedimentos corretos, que ocorra tudo bem no meu parto, que meu filho nasça bem, que irão ser tomados todos os procedimentos a respeito do meu parto.</i></p> <p><i>Que o hospital ofereça tudo que eu precisar, se alguma coisa grave acontecer, e para meu bebe também. Quando o menino nasce, a gente quer pessoas que cuidem bem do nosso filho. Eu acho que deve ser bem tenso na hora e a gente tá lá, naquele momento sentindo contração, muita dor, então ser atendida com procedimentos direito, carinho, com tempo e atenção para atender a gente na hora do parto</i></p> <p><i>Eu tenho medo que é deixar de passar da hora, então ser atendida dentro do tempo que não venha causar nenhum prejuízo nem pra mim nem para meu bebê, não sofrer muito, que não demore, não deixar a gente sofrer, porque tem muita gente que fala que sofreu.</i></p> <p><i>Que não me escondam o que está acontecendo, se eu for ter algum problema, me falar, se não for melhor ainda, eles me falar também, que esclareçam minhas dúvidas, deem todas orientações e que respondam com clareza.</i></p>	<p><i>Sim, porque todos profissionais me trataram muito bem, muita atenção, dedicação, carinho e respeito. Eu, meu marido, minha família fomos tratado com respeito, em nenhum momento a gente foi desprezado, ou então deixado de lado, sempre teve gente pra cuidar da gente. Os funcionários são muito educados, vai da limpeza até aos médicos, eu acho que isso influencia muito no atendimento do hospital.</i></p> <p><i>Eu senti muita dor, mas fui bem atendida, sempre tinha alguém examinando, os estudantes que querem aprender, todos são bem atenciosos, preocupados. Eles me atenderam com carinho, a gente está bem ansiosa e nervosa e eles descontraíram, riram.</i></p> <p><i>Os médicos sabiam o que estavam fazendo, me deixaram tranquila, são muitos pacientes. As enfermeiras são bem atenciosas, têm paciência com a gente, fizeram de tudo por mim, pra eu me sentir confortável, me deram muito apoio. Toda equipe me tratou bem, médicos, enfermeiros sempre cuidados e atenciosos, achei todos muito educados.</i></p> <p><i>Os médicos tiveram paciência comigo porque demorou um pouco, me ajudaram quando senti dor, me deram muito apoio.</i></p> <p><i>Indicaria, tudo que precisou, todos os exames fizeram tudo e eu prefiro mil vezes esse hospital do que qualquer outro hospital da região, melhor que hospital particular.</i></p> <p><i>Tem bons profissionais, estão toda hora vendo se precisamos de alguma coisa, deram muitas orientações, toda hora entra, examina a gente e o bebê. Fizeram muitos exames, do olhinho, da orelhinha, já sai vacinado, estou muito satisfeita com atendimento. É um ótimo hospital, a gente se sente em casa mesmo.</i></p>
	PERCEPÇÕES NEGATIVAS
	<p><i>Não indicariPra quem tem dinheiro não indicaria, hospital escola, é uma escola pros estudantes, porque a gente, tá sentindo a dor do parto, já tá entrando em trabalho de parto, ai já entra um fazendo o toque o outro já entra quer fazer também, isso deixa a gente mais estressada.</i></p> <p><i>Toda equipe me tratou bem, menos uma enfermeira e um médico que estava muito nervoso, não ouvia o que eu estava falando, isso conta muito né, pelo momento que a gente está passando.</i></p>

Enfoque nas atitudes e práticas dos profissionais	
Hospital B	
EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES POSITIVAS
<p><i>Ser bem recebida, com atenção, cuidado, carinho e que ocorra tudo bem, que seja um bom atendimento. Que seja rápido e tranquilo. Ser atendida na hora certa que eu cheguei, se eu cheguei passando mal, que me atendam com precisão e profissionalismo. Ser tratada com atenção e compreensão mesmo, acho que é o mais importante pra você se sentir bem no momento e que as pessoas me ajudem, me apoiem, me deem a mão, porque eu imagino que é o momento que você está mais precisando, a gente está passando por um momento difícil, então a gente espera todo apoio ali na hora, porque nessa hora a gente está sofrendo, sentindo dor. E se eu sentir dor que eles possam me ajudar.</i></p> <p><i>Que os médicos sejam tão bons como estão sendo nas consultas, educados e atenciosos. Que tenha ótimos médicos e enfermeiros, que saibam ouvir e tirar minhas dúvidas, por exemplo, sobre amamentação.</i></p> <p><i>Espero também que sejam preparados, competentes, capacitados, profissionais mesmo, que saibam o que estão fazendo, que eles deem o melhor deles, que me ajudem se eu precisar de algo e que não me escondam nada. Caso eu precise de alguma coisa que me socorram na hora para não acontecer nada de ruim, nem comigo nem com o bebê e que vejam como está o bebê. Quero ser avisada de tudo, de todo o procedimento.</i></p>	<p><i>Fui bem atendida, tratada, cuidada com respeito, atenção e educação e nenhum minuto me deixaram desamparada, isso é o que toda gestante procura, um bom atendimento para ela e pro bebê. A equipe toda é muito gentil, bem integrada, são bem atenciosos e têm muita paciência.</i></p> <p><i>As enfermeiras são muito boas, educadas, os médicos também são ótimos, respeitam a gente, preocupam bastante com nosso estado de saúde e do bebê, examinam a gente, fazem todos exames no bebê, a gente não sai enquanto não tiver tudo certinho.</i></p> <p><i>As enfermeiras ensinam, orientam a gente em tudo, como dar banho, a colocar o bebê pra pegar o peito, tiram todas as dúvidas. Aqui é muito bom, pessoas boas e educadas e estou sendo bem cuidada, eu e meu bebê.</i></p> <p><i>O hospital dá tudo que a gente precisa pra cuidar do bebê, tem um bom atendimento, tem ótimos profissionais que cuidam com carinho e cuidado.</i></p> <p><i>Indicaria sim porque é um ótimo hospital, possui uma boa infraestrutura, tem tudo que precisa pra um bom atendimento e está sendo conforme eu esperava, um atendimento de qualidade, de primeira.</i></p>
	PERCEPÇÕES NEGATIVAS
	<p><i>Mais ou menos. O atendimento foi um pouco ruim, eu não fui bem tratada por alguns profissionais. A médica e um estudante eram ruins. Não indicaria, porque eu não gostei, eu tive cesárea e a gente fica muito dependente, aí eu achei que a gente fica muito jogada na cama, você precisa de ajuda, tem que sei lá, que ficar chamando toda hora, aí elas não vêm, demora e a gente fica esperando.</i></p>

Com o maior número de expressões-chaves (102), esta categoria evidencia, pelo exposto no DSC, a importância atribuída pelas mulheres à forma como são atendidas, à presença de um profissional qualificado que saiba ouvir e orientar de forma correta, para que elas permaneçam seguras e tranquilas com o parto, e ainda, sentirem-se incluídas no cuidado.

O estudo de Dióz (2006) aponta que as mulheres esperam ser ouvidas com consideração, atendidas com respeito, com empatia a seus sentimentos e expectativas, uma atuação resolutiva e acolhedora, que procure solucionar as

queixas e ofertar apoio. Esse aspecto relacional possui importantes impactos sobre a organização do serviços e qualidade da assistência.

Para atingir a qualidade, é essencial o modo de agir de forma acolhedora que inclui a escuta como uma oportunidade de construir um ambiente de trocas, identificação e satisfação de necessidades. Uma vez que elas recebem um bom atendimento, os vínculos de confiança e respeito igualam-se ao valor conferido à capacidade técnica desejada em relação ao profissional. Ou seja, não se refere a uma confiança ilimitada, mas de uma confiança equiparada na proporção da competência técnica (DIÓZ, 2006).

Desse modo, podemos observar que tanto as expectativas como as percepções positivas das gestantes/puérperas atendidas em ambos hospitais, consideraram a interação entre elas e os profissionais, ou seja, relações interpessoais, como um elemento importante para o cuidado em saúde durante o parto, caracterizado pela educação, gentileza, carinho, atenção e disposição em atendê-las.

Vieira-Da-Silva (2014) faz referência a uma análise feita em uma consulta médica, dizendo que a qualidade não está apenas no modelo técnico de diagnóstico e prescrição, mas também nas relações entre os profissionais e usuários. Não basta o profissional de saúde conhecer os programas, normas e possuir conhecimento científico. A maneira pela qual o trabalhador responsável pelo cuidado age, contribui com os resultados. Ainda, a autora salienta que o acolhimento afetuoso, produção de vínculos, ações de respeito, escuta atenciosa e olhar frente-a-frente com os do paciente são atributos das relações interpessoais que podem desencadear efeito permanente e aumentar a adesão dos pacientes a algum tratamento ou recomendação.

A reciprocidade durante as consultas e atenção ao parto, gentileza, respeito e educação dos profissionais nas maternidades, são um importante elemento positivo para quem vive esse momento (LAMY; MORENO, 2013).

Dessa forma, as interações entre profissionais e usuários, remetem à cobertura de ações de saúde como aspecto de qualidade e influi proporcionalmente na avaliação positiva de um serviço.

Em um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre-RS (2003), entrevistou-se 14 puérperas sobre a trajetória da parturição, identificando que grande parte das mulheres não esperam possuir o controle do seu parto ou trabalho

de parto, mas buscam ter conhecimento sobre o que está acontecendo consigo e com seu bebê e como poder participar e inserir-se no ambiente hospitalar esperado. Não querem ser excluídas desse processo, mas confiam e se entregam aos profissionais, admitindo a dependência aos seus saberes e fazeres (ARPELLINI; LUZ, 2003).

Em outro estudo realizado com 310 puérperas internadas no Hospital Universitário de Santa Catarina-SC (2011), aspectos relacionados à qualidade do cuidado prestado, apoio emocional e o esclarecimento sobre os procedimentos apareceram como destaques de satisfação (BRUGGEMANN et al., 2011).

Em grande escala, o que mais influência na satisfação com o parto são as atitudes e condutas dos profissionais. A satisfação no parto é intensamente ligada a um ambiente de acolhida e à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e parto (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

A equipe de saúde precisa ser capacitada para alcançar o aperfeiçoamento das relações sociais que exercem no cotidiano dos serviços de saúde, entendendo de forma sensibilizada os sentidos e obstáculos das questões problemáticas advindas da convivência humana. Nesse sentido, a ferramenta principal da relação terapêutica é o próprio trabalhador de saúde. Sendo assim, exige-se persistir na humanização das relações e intensificar a resolutividade e a efetividade dos estabelecimentos de saúde enquanto ambiente de troca de experiências e vivências (SANTOS; GIACOMIN; FIRMO, 2014).

Dados apontam elementos de Representação Social, entre mulheres assistidas em duas maternidades públicas de Santa Catarina-SC (2010), entre os quais, um bom vínculo com os profissionais e ter um acompanhante durante o parto, foram considerados como aspectos julgados por elas como uma assistência ideal. Portanto, assistência ideal seria aquela em que houvesse atenção por parte dos profissionais, enquanto que, uma assistência fora do esperado, aquela que os profissionais tratassem as parturientes com falta de respeito e atenção (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

Esses resultados corroboram com o estudo realizado. Através dos depoimentos das entrevistadas podemos verificar como a qualidade do relacionamento entre os profissionais e as gestantes/puérperas, a oferta de informações de forma clara e a atenção ao cuidado prestado são essenciais para

uma avaliação positiva, influenciando na qualidade do atendimento e proporcionando uma satisfação com a assistência recebida.

Em outros estudos acerca da satisfação de mulheres com o parto, foram encontrados resultados semelhantes referentes à boa comunicação, ao respeito e à atenção perante ao atendimento (ARMELLINI; LUZ, 2003; PINHEIRO; BITTAR, 2012; BRUGGEMANN et al., 2011; DIÓZ, 2006; LAMY; MORENO, 2013; MORAIS et al., 2012; LOPES et al., 2009).

Por meio de 103 expressões-chaves encontradas em relação as percepções das puérperas, podemos observar que em ambos hospitais A e B, grande parte delas levaram em consideração a valorização do diálogo da equipe de saúde, valorização dos procedimentos, tendo correspondido às suas expectativas no que se refere às orientações recebidas e esclarecimentos de dúvidas.

Uma assistência de qualidade está presente quando há uma boa relação interpessoal entre a equipe e o usuário, no qual são utilizadas ferramentas como a transdisciplinariedade, em que os conhecimentos são reunidos e complementados uns com outros, buscando um cuidado excelente (GRANDO et al., 2012).

Os atributos ´relacionais` correspondem à valorização das formas de acolher, ao respeito dos direitos particulares de cada indivíduo, à privacidade e aos aspectos das interações no trabalho, como elementos para promover o cuidado e a atenção da saúde, com qualidade. Esse bloco de características gera um sentido novo para a avaliação em saúde (HARTZ; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Um atendimento de qualidade vai além dos aspectos de infraestrutura física, equipamentos e recursos humanos; envolve sensibilização do cuidado. O cuidado ofertado de forma humanizada faz diferença na qualidade do serviço prestado e eleva a satisfação do usuário (GAÍVA et al., 2010).

É, neste aspecto, o de humanizar o cuidado, que o serviço faz a diferença, a qualidade e, conseqüentemente, torna o indivíduo satisfeito.

Outro fator presente nos depoimentos foi em relação aos profissionais serem capacitados, treinados e competentes.

Além da relação entre profissional e usuário, a qualidade técnica também é considerada como elemento de satisfação para as parturientes, oportunizando expectativa positiva, evidenciada pela informações e orientações fornecidas pelos profissionais (LAMY; MORENO, 2013).

Para que aconteça uma assistência de qualidade é preciso dispor de profissionais qualificados (GAÍVA, et al., 2010).

Em uma pesquisa realizada em 64 maternidades do Estado do Rio Janeiro-RJ em 2005, com objetivo de avaliar a estrutura de maternidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde, encontrou nas instituições, a presença de médicos que em grande parte eram obstetras (89%) ou pediatras (75%), encontrou ainda poucos profissionais com outras formações. Os enfermeiros tinham qualificação adequada na maioria dos hospitais (MAGLUTA et al., 2009).

Grande parte dos hospitais públicos e mistos desempenham atividades de ensino e pesquisa, o que pode ser apontado pela presença de profissionais mais experientes, assim com maior indicativo de impacto positivo na qualidade do cuidado à saúde (BITTENCOUR et al., 2014).

A supervisão técnica pelo desempenho dos serviços de assistência especializada, em geral, deveria ser de profissionais de liderança e experiência, para que as atividades se mantivessem de forma atualizada nos aspectos de conhecimento, tecnologia e outros fatores indicativos da manutenção de qualidade da assistência (BITTENCOUR et al., 2014).

As mulheres esperam que o processo de parturição seja compartilhado e que possuam equipe técnica competente e comprometida. Elas valorizam a presença de profissionais qualificados no momento do parto, através da manifestação de interesse legítimo. Do mesmo modo, distrair e incentivar a coragem durante o trabalho de parto, elogiando seus comportamentos, reduz o grau de ansiedade e dor, tranquilizando-as. Assistência com habilidade técnica e a interação com a equipe de forma simultânea ameniza a ansiedade na sala de parto (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Estudo realizado com gestantes e posteriormente puérperas com o objetivo de verificar o preparo para o parto, identificou uma insatisfação com a falta de orientação e informação suficientes e específicas a respeito do momento do parto e pós-parto (LAMY; MORENO, 2013).

Isso demonstra insatisfação e dúvidas sobre a competência técnica dos profissionais, quando eles não ouvem as queixas, sensações, percepções e expectativas dessas mulheres. A grande parte espera uma presença duradoura de profissionais capacitados durante o trabalho de parto, principalmente nos momentos de dores e contrações (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Donabedian (1980) demonstra a qualidade em três características: a interpessoal, a ambiental e a técnica. A interpessoal diz respeito à interação estabelecida entre o profissional que promove o cuidado e o cliente. A ambiental se refere aos aspectos da comodidade como conforto e tranquilidade, e finalmente a técnica que concerne à utilização dos saberes científicos na busca de soluções das queixas dos pacientes.

Para uma prática de cuidados em saúde de forma qualificada, não bastam apenas habilidades técnicas. Essas ações vão além, é necessário entender que uma atenção de qualidade só será alcançada quando se levar em consideração todos os fatores envolvidos nesse processo: psicológicos, sociais, físicos, econômicos e sentimentais, para que seja oferecida uma assistência de forma plena e integral à mulher (LOPES et al., 2009).

Diante dos discursos, foi constatado pelas expectativas das gestantes e, posteriormente, já como puérperas, pelas suas percepções, que houve um compartilhamento de ideias e, ainda, que não houve discrepâncias na forma de compreender a assistência relacionada às interações interpessoais entre o grupo de mulheres atendidas no hospital A e aquelas do hospital B.

A satisfação é o resultado final de uma experiência de consumo. Se a percepção for superior à expectativa, infere-se que o cliente teve uma experiência positiva; no caso da expectativa estar maior que a percepção pode-se deduzir que o usuário não ficou satisfeito com o resultado obtido. Neste estudo, o confronto dos discursos das participantes sobre suas expectativas com suas percepções, sugere que as parturientes estão satisfeitas com o atendimento dos profissionais de saúde, pois, em ambas as falas, tanto expectativa e percepção nos dois hospitais, é enfatizada a importância do diálogo, de uma escuta qualificada, das orientações, do acolhimento, do respeito e da ética nos procedimentos realizados.

7.2.2 Subcategoria A.2: Presença dos acompanhantes

Os critérios utilizados para incluir as expressões-chaves e ideias centrais nessa categoria foram as respostas nas quais as gestantes/puérperas demonstraram interesse e satisfação com a presença do acompanhante no momento do parto.

Os discursos foram compostos por 18 expressões-chaves. Em relação às expectativas, o discurso foi constituído por sete ECH do Hospital A e cinco do Hospital B, enquanto que as percepções somaram quatro ECH do Hospital A e duas do Hospital B, na construção do discurso.

Presença dos acompanhantes - Hospital B	
EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES
<i>Desejo estar acompanhada por alguém da família para me dar segurança, meu marido ou minha mãe. Se possível uma pessoa ficar na sala me acompanhando, me dando todas as orientações possíveis, para que eu fique mais segura, para que ocorra tudo bem no parto, sabendo que nos outros hospitais não pode pelo SUS.</i>	<i>Indicaria sim. Meu marido e minha mãe estavam revezando pra ficar comigo. Isso ajuda muito porque a gente fica mais segura e tranquila.</i>

Presença dos acompanhantes - Hospital A	
EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES
<i>Ter o melhor apoio que possa ter na hora, eu quero minha mãe, marido, irmã, tia, enfim alguém da minha família comigo assim sinto mais confiança. Espero apoio do meu acompanhante pra que eu fique mais tranquila, pra dar conforto.</i>	<i>Indicaria sim. Minha família, meu marido, minha mãe, minha irmã estão comigo, não fico tão sozinha, isso dá mais segurança, ajuda a gente a cuidar do bebê ainda mais depois de uma cesárea que é tão difícil.</i>

A garantia da presença de um acompanhante pode ser considerada um bom indicador de segurança, de qualidade da assistência e de respeito aos direitos da mulher (RANCE et al., 2013).

O bem-estar da parturiente deve ser permitido por meio do acesso livre de um membro de sua família, o qual ela possa escolher, durante o trabalho de parto e parto. Respeitar a decisão de escolha da paciente sobre seu acompanhante, classifica-se como uma conduta útil e que deve ser incentivada (MONTE; GOMES; AMORIM, 2011).

A lei 11.108/05 entrou em vigor no dia 7 de abril de 2005, com o apoio de Organizações não Governamentais e, em especial, da Rede de Humanização do Nascimento, que lutaram pelos direitos das parturientes à presença de um acompanhante de sua escolha durante o parto, trabalho de parto e pós-parto imediato, na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005a; MONTE; GOMES; AMORIM, 2011)

A presença do marido é considerada importante pois ele tem o papel de intervir na comunicação entre as gestantes/puérperas e os profissionais, além de beneficiar no conforto e tranquilidade durante o parto. Sua presença beneficia tanto na atenção à parturiente, quanto proporciona confiança e segurança para enfrentar a parto (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Em estudo nacional realizado com 23.940 puérperas, a grande maioria (91,2%) considerou que a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto e nascimento foi útil para que elas tivessem uma experiência melhor e mais tranquila no parto; apenas 2,7% não acharam essa presença útil, alegando que as deixaram mais nervosas (DINIZ et al., 2014).

Quando as mulheres experimentam a sensação emotiva do acompanhante, somada a sua própria sensação, resgata-se o sentido de gestar e parir como um acontecimento de vida e felicidade (MONTE; GOMES; AMORIM, 2011).

O Ministério da Saúde esclarece os benefícios e a redução de riscos associados à inclusão do acompanhante, recomenda, ainda, que todos os esforços devem ser envidados para permitir que toda parturiente tenha um acompanhante de sua escolha para apoiá-la e confortá-la durante todo o período do nascimento (BRASIL, 2001).

Em um estudo realizado com puérperas, investigou-se a presença de um acompanhante em qualquer fase do parto e nascimento, encontrando em maior porcentagem a presença do parceiro da mulher, em seguida da mãe, irmão ou amigos. Em alguns casos houve a presença de doulas. A maioria referiu que o acompanhante foi o de sua escolha (DINIZ et al., 2014).

E necessário ressaltar a falta de conformidade quanto à opinião de querer ou não o acompanhante durante o parto, pois nem sempre o que é dito como ideal e aconselhado é enfrentado sob a mesma ótica pelas mulheres (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013). As mulheres que optam por não ter a presença do marido têm alguma justificativa para tal escolha, uma delas seria o fato de acreditar que ele ficaria ainda mais nervoso e, assim, iria atrapalhar ao invés de ajudar (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Ocasionalmente, as normas e rotinas dos hospitais não atendem às expectativas esperadas, pois impõem limitação na quantidade de visitantes ou determinam o acompanhante, o que representa falta de acolhimento institucional. A presença de uma pessoa da confiança da mulher representa a ajuda que ela

necessita para enfrentar uma determinada situação, evidenciada por imprevistos que podem gerar insegurança e medo (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Em um estudo de base nacional realizado em várias maternidades do país, investigou-se os fatores associados à avaliação das mulheres quanto à relação profissionais de saúde/parturiente e como esses fatores influenciam a satisfação com o atendimento ao parto, demonstrando que a presença do acompanhante esteve associada ao respeito durante o atendimento pela equipe de saúde, à privacidade na realização de exames e no parto, ao menor tempo de espera para ser atendida, à clareza das orientações recebidas e a maior oportunidade de realizar questionamentos (D'ORSI et al., 2014).

Na pesquisa Nascer no Brasil, foram entrevistadas 23.879 puérperas, evidenciando que as mulheres que tiveram acompanhantes em algum momento da internação para o parto (75,5%) apresentaram maior satisfação com o atendimento, relataram ter recebido mais orientações, sentiram mais respeito por parte dos profissionais e tiveram menos relatos de qualquer tipo de violência no período de internação (D'ORSI et al., 2014).

O acompanhante durante todo processo de parto é muito importante para a parturiente. A presença de uma pessoa conhecida deixa-a mais calma, oferecendo conforto, tranquilidade e confiança colocando-a mais à vontade nesse momento único de sua vida (MONTE; GOMES; AMORIM, 2011).

Algumas mulheres ficam surpresas quando descobrem a possibilidade de possuir a presença de uma pessoa de sua escolha em qualquer momento do parto (MONTE; GOMES; AMORIM, 2011). Pode ser observado no discurso do hospital B, a falta de informação sobre a lei e sobre os direitos de ter um acompanhante, onde acredita-se que a permissão da presença de alguém de sua escolha, seja exclusiva e única daquele hospital que atende pelo SUS.

No estudo realizado com 23.940 puérperas, identificou-se frequente falta de informação, antes do parto, sobre o acompanhante. Os seguintes relatos confirmam que elas não foram esclarecidas: “não sabia que era permitido”, “não sabia que era permitido em partos vaginais”, “não sabia que era permitido para não-adolescentes”. Somente 5,7% das entrevistadas que estavam sem acompanhantes (1,4% do total) relataram que estavam sozinhas porque escolheram não ter nenhum acompanhante (DINIZ et al., 2014).

Outros estudos evidenciaram a falta de informação sobre a escolha do acompanhante (PERDOMINI; BONILHA, 2011; GONÇALVES et al., 2015).

Estudo realizado com acompanhantes de parturientes mostra que muitos deles tinham medo de estarem presentes durante o parto, sugerindo a necessidade de preparar as pessoas que se colocam à disposição para a acompanhar a parturiente (GONÇALVES et al., 2015).

A equipe precisa acolher os acompanhantes, dando orientações e informações sobre os direitos da mulher no período gravídico e puerperal, e dos familiares, desde a internação até o momento da alta hospitalar. Ao receber informações adequadas, o acompanhante aumenta sua confiança e reconhece sua função, o que reflete de forma favorável nas ações de bem-estar físico e emocional que concederá à mulher (GONÇALVES et al., 2015).

Houve um aumento no número de acompanhantes nos setores público e privado comparado com os dados iniciais disponíveis. Com dados de nascimentos entre 2001 e 2005, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde apresentou que somente 16% das mulheres tinham alguma pessoa acompanhando-a, 9% na rede pública e 32% na rede privada. Contudo, o tipo de pergunta feita na pesquisa (“Você teve um acompanhante durante o parto?”) não mostra claramente se faz alusão a qualquer período do parto e nascimento, ou só no momento do nascimento. A Ouvidoria da Rede Cegonha pode informar esses dados em tempo real a respeito da presença de acompanhantes e de outras políticas de melhoria à saúde materna (DINIZ et al., 2014; LEAL et al., 2012).

Ter uma pessoa para acompanhar a parturiente pode ser usada como um marcador de segurança e qualidade do atendimento, além de indicador de implementação de vários princípios do SUS, como a integralidade do cuidado, universalidade, equidade e a humanização. Se a presença dos acompanhantes no processo de parto deve ser incorporada como uma política de saúde universal e equitativa, a constante informação sobre esta presença deve estar incluída em normas e rotinas e das capacitações dos profissionais, incluindo deveres, direitos e os prejuízos dos serviços que recusam a executar e proteger os direitos das mulheres (DINIZ et al., 2014).

Pode se verificar nos discursos que há expectativa das gestantes quanto a presença de um acompanhante, assim como, quando as puérperas citaram a

importância desse, portanto, foi alcançado o que as mulheres esperavam dos hospitais.

Deve ser destacado também a consonância das ideias entre as entrevistadas, visto que a presença do acompanhante foi questão levantada como expectativa e percepção do atendimento em ambos hospitais.

Acrescenta-se que os hospitais, onde foi realizada a pesquisa, são vinculados ao SUS e desempenham atividades de ensino e pesquisa, demonstrando que há efetivação da lei que permite o acompanhante em qualquer momento do parto.

Deve-se ressaltar que apesar de ser uma lei, existem barreiras operacionais que podem dificultar o seu cumprimento, levando os gestores e os profissionais a limitarem a frequência com que esse acompanhante permanece junto à paciente. As condições da estrutura física, do mobiliário e dos processos de trabalho do hospital podem interferir na implementação da lei, o que gera a necessidade de se estabelecer uma política institucional clara que favoreça a presença do acompanhante para todas as mulheres, em todas as etapas do atendimento.

7.2.3 Subcategoria A.3: Foco na infraestrutura e equipamentos

Nessa categoria, serão abordadas questões sobre a infraestrutura dos hospitais, oferta de equipamentos e recursos materiais que são utilizados para proporcionar uma boa assistência e atenção à saúde. Obteve-se um total de oito expressões-chaves referentes às expectativas, sendo cinco ECH do hospital A e três do hospital B. Em relação às percepções foram abstraídas 15 expressões-chaves, sendo oito do hospital A e sete do hospital B.

Foco na infraestrutura e equipamentos – Hospital A	
EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES
<p><i>Que o hospital tenha todos equipamentos para me atender a mim e todas gestantes. Que seja uma sala no padrão de higiene, que no mínimo atenda as exigências do material que vai ser usado.</i></p> <p><i>Que o hospital seja bom e aconchegante, que seja equipado e que tenha tudo necessário se acontecer alguma coisa comigo ou com meu bebê.</i></p>	<p><i>Indicaria sim, porque o hospital é bem equipado e tem os melhores equipamentos. As instalações estão bem melhores, a gente fica sozinha no quarto, tem mais privacidade, o banheiro é bem maior também, tem cara de mais novo, mais limpo, parece hotel.</i></p> <p><i>Os quartos são excelentes, essa cama é muito boa, bem confortável. É um ótimo hospital.</i></p>

Foco na infraestrutura e equipamentos – Hospital B	
EXPECTATIVAS	PERCEPÇÕES
<i>Que tenha espaço pra gente se acomodar adequadamente, eu e meu bebê, claro. Um quarto confortável e limpo, pelo menos com ventilador porque está muito calor. Porque é direito nosso ter uma saúde boa e de qualidade, a gente paga imposto pra isso.</i>	<i>Indicaria sim. Porque o hospital oferece um bom ambiente, tem boa infraestrutura, é bem confortável, tudo novo, bem equipado, boas instalações. Além disso, a comida também é boa, tudo de qualidade fresco, até sobremesa tem pro acompanhante também. O fato de ter mais mulheres no quarto não me incomoda. Tem tudo o que é necessário pra cuidar do bebê, álcool pra cuidar do umbigo, gases é muito bom.</i>

As evidências da junção entre a oferta de recursos humanos e ambiente adequado no cuidado seguro à parturiente e ao recém-nascido e a ocorrência de resultados positivos, reforçam a importância de avaliar os recursos de estrutura, mesmo de maneira isolada (COSTA et al., 2004; MACHADO, MARTINS; MARTINS, 2013).

Os materiais e equipamentos podem refletir diretamente na qualidade do cuidado e nos níveis de morbimortalidade perinatal. Esse fato demonstra a necessidade do envolvimento por parte dos gestores, proporcionando investimento nos recursos materiais e humanos das salas de parto e de cuidados às primeiras horas do recém-nascido, assim como treinamento e sensibilização da equipe acerca da assistência humanizada ao parto e nascimento (GAÍVA et al., 2010).

A disponibilidade de ambiente físico, mobiliários, equipamentos e recursos materiais garante a realização de práticas favoráveis e resolutivas, além de prover condições de trabalho (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Donabedian (1980) revela que o cuidado em saúde é composto por dois atributos: colocar em prática os saberes e as tecnologias e a interação da equipe com o paciente. É interpretada, pelo autor, como “os atributos condicionalmente estáveis dos produtores de cuidados, os equipamentos e recursos que se encontram à disposição, a organização e o local onde trabalham” introduzindo diferentes fatores. Admite-se que uma boa estrutura dos serviços seja “possivelmente, a maneira mais significativa de proteger e promover a qualidade do cuidado”.

Enfatiza, entretanto, que não há uma relação direta entre uma boa estrutura e a produção de cuidados de boa qualidade; uma estrutura inadequada pode reduzir as chances de um cuidado de qualidade, mas não é capaz de definir este resultado (MAGLUTA et al., 2009). A oferta de recursos materiais não garante que as

demandas de saúde das mulheres que procuraram atendimento nos serviços de saúde foram atingidas (BITTENCOUR et al., 2014).

Um estudo nacional realizado em maternidades públicas, privadas e mistas (hospitais conveniados ao SUS), encontrou que uma proporção significativa de maternidades não apresentou uma quantidade completa de medicamentos e equipamentos mínimos necessários para atender emergências obstétricas, tanto da mulher quanto do recém-nascido. As regiões do Norte e Nordeste foram as que exibiram maiores insuficiências, apenas 56% das instituições públicas dessas regiões contavam com todos os equipamentos considerados essenciais para atender emergências maternas (BITTENCOUR et al., 2014; LEAL et al., 2014). Quanto às emergências do recém-nascido, mais uma vez a deficiência é maior no Norte/Nordeste: somente 45% dos hospitais públicos e 64% dos mistos possuíam todos os equipamentos necessários (BITTENCOUR et al., 2014).

No Sul e Sudeste constatou-se que os hospitais apresentaram-se bem estruturados no que se refere a esses dois grupos de hospitais (público e misto), atingindo indicadores equivalentes ou até mesmo superiores à rede de hospitais privados (LEAL et al., 2014). O contexto é de preocupação, sobretudo nos públicos e mistos, de baixa complexidade das regiões Norte e Nordeste, realidade que pode ser refletida nos índices de mortalidade perinatal (BITTENCOUR et al., 2014).

Estrutura adequada é condição favorável e primordial para a boa qualidade da atenção à saúde e das práticas profissionais, permitindo que no dia a dia dos serviços, as melhores ações de saúde estejam apoiadas em práticas baseadas em evidências. Práticas que exigem, além de pesquisas clínicas, o conhecimento, o respeito às escolhas dos pacientes e dos demais fatores envolvidos no processo assistencial (DONABEDIAN, 1980; PERSON; JORDAN; MUNN, 2012).

No município de Cuiabá-MT (2011), foram realizados dois estudos que investigaram a estrutura da assistência oferecida às puérperas (OLIVEIRA et al., 2013) e outro que trata sobre a infraestrutura presente em centros de saúde. Este último verificou que estrutura física adequada e materiais disponíveis nos serviços de saúde proporcionam bom desempenho das atividades assistenciais e que uma infraestrutura não adequada pode ter influências negativas no processo de cuidado ao paciente (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Em relação aos prejuízos da falta de estrutura física adequada, enfermeiros de centros de saúde de Cuiabá- MT (2011), apontaram que para os clientes de

saúde, pode ocasionar diminuição do acesso, da resolutividade, humanização, contra referência da assistência e a falta de oferta de determinadas atividades; e para o profissional ela ocasiona dificuldade a sua autonomia, insatisfações, esgotamentos e improvisações, desentendimentos com os usuários, obstáculos ao planejamento de recursos e alcance de metas, suspensão de oferta de atividades, e dificuldade na realização de atividades com qualidade. No que se refere à existência de equipamentos, os profissionais asseguram que esta contribui no auxílio da assistência e qualifica o cuidado; já a sua indisponibilidade causa comprometimento à qualidade do cuidado prestado, dificulta a efetivação de práticas de forma resolutiva e causa estresse no profissional, devido as inúmeras solicitações realizadas à manutenção e reposição (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

Podemos observar diante dos depoimentos do estudo, que as mulheres referiram expectativas e percepções a respeito do ambiente confortável e alimentação disponibilizada pelas instituições.

A satisfação é usada para investigar desde a qualidade do cuidado, levando em consideração desde alimentação, higiene e conforto, até a qualidade técnica do serviço (ESPERIDÃO; TRAD, 2006).

Um estudo realizado em unidades de saúde, com usuários do SUS de cinco municípios do Ceará (2009), os participantes mostram-se satisfeitos com o ambiente, a limpeza, as acomodações e a sinalização do espaço físico (JORGE et al., 2007). Em outro estudo realizado com pacientes em tratamento dialítico de um hospital universitário do Maranhão, identificou-se que os pacientes se mostraram satisfeitos com a limpeza e com o conforto das roupas, acomodações favoráveis, boa sinalização do ambiente e bem satisfeitos com a qualidade da refeição oferecida (SALGADO et al., 2009).

A insatisfação com a alimentação está associada mais à restrição de dieta, estabelecida devido ao tipo de doença do paciente (SALGADO et al., 2009).

Pode-se constatar que não houveram relatos de conotação negativa relacionados ao ambiente, à estrutura física, à oferta de equipamentos e à alimentação.

7.3 CATEGORIA B: PROPOSTAS PARA MELHORIA DO ATENDIMENTO AO PARTO

Para alcançar o objetivo de identificar, segundo a opinião das mulheres, ações alternativas possíveis de serem implementadas, com vistas à melhoria da qualidade da assistência ao parto, foi elaborado a seguinte questão: Imagine que você foi convidada a participar de um grupo que irá modificar o atendimento prestado durante o parto. Nesta situação, o que você proporia?

Como propostas para o atendimento ao parto obteve-se 22 expressões-chaves. Estas foram organizadas em duas categorias, sendo: Categoria A: Assistência ao parto: sugestões para os profissionais de saúde e Categoria B: Assistência ao parto: adequação de infraestrutura física, equipamentos e rotinas.

Na categoria A foram agrupadas as expressões-chaves que versam sobre propostas aos profissionais de saúde, como: atendimento com respeito e atenção. Foram encontrados um total de 11 expressões-chaves, seis do hospital A e cinco do hospital B. A categoria B é composta por dez expressões, nove do hospital A e duas do hospital B. É abordada a temática de infraestrutura e rotinas.

7.3.1 Subcategoria B.1: Sugestões para os profissionais de saúde

Nessa categoria serão apontadas as propostas apresentadas pelas participantes do estudo, relacionadas aos profissionais e suas condutas. Mais uma vez, as mulheres reforçam a importância que elas atribuem à atenção e ao respeito durante o atendimento.

Sugestões para os profissionais de saúde	
Hospital A	Hospital B
<p><i>Teria uma sugestão pra dar que é tirar os estudantes e deixar só os médicos, ou então deixar só um, dois, porque a mulher já está sentindo dor. No particular não tem tanto toque igual a aqui.</i></p> <p><i>Ter respeito com a mulher, se ver que não tem como fazer parto normal, faz cesárea do que deixar a gente sofrendo. Ter mais respeito com os pacientes, fazer uma avaliação mais cuidadosa.</i></p> <p><i>Eu achei que foi muito rápido a hora que meu bebê nasceu e eles levaram embora, esperava que tivessem colocado em cima de mim, pra eu sentir o cheiro, a gente fica tanto tempo esperando esse momento e quando chega a gente vê muito rápido o bebê. Achei que eu ia amamentar ali mesmo, é o que eu esperava, então assim, eles poderiam deixar isso acontecer.</i></p> <p><i>Assim como, podia liberar a gente mais rápido, tá vendo que eu e o bebê estamos bem pra que ficar segurando aqui?</i></p>	<p><i>Como bom atendimento para as gestantes eu sugeriria que as consultas de pré-natal não fossem tão demoradas, assim não estou dizendo para os médicos fazerem o trabalho com pressa, é porque tem muita mulher e pouco médico, a gente chega cedo pega a ficha, eles demoram a chegar e cada consulta já é demorada mesmo, então talvez sei lá, ter mais médicos.</i></p> <p><i>Contratar médicos mais humanos e educados, que examinam melhor, respeitar a dor da pessoa. Ter mais atenção com a gente, principalmente quando é cesárea, que a gente depende muito, não é um momento fácil, a gente precisa de ajuda.</i></p> <p><i>Prestar atenção nas pessoas que eles colocam pra trabalhar aqui, e para quem já está trabalhando aqui, ter mais respeito, educação com os pacientes, já que escolheu essa profissão de cuidar das pessoas, que faça com amor pelo menos.</i></p>

Na perspectiva de implantar um cuidado mais humano, é necessário organizar encontros com os profissionais atuantes, para que sejam discutidas as ações acolhedoras e aproximação entre as equipes de trabalho (MOREIRA et al., 2009).

O trabalho em equipe deve ser apoiado como estratégia para as práticas de cuidado, no qual os prestadores de serviço de saúde possam agir em todo o processo do parto, sem a preocupação de fragmentar a assistência. Assim, oportunizará um atendimento com menos intervenção e com mais humanização. Esse cuidado acolhedor deve ser respaldado em um atendimento multiprofissional e coerente, permitindo um nascimento saudável, tendo sempre como meta final a segurança e a tranquilidade da mãe e do bebê (MOREIRA et al., 2009).

As equipes que trabalham nas salas de parto, médicos, enfermeiros, pessoal de nível médio ou estagiários, necessitam de formação que desenvolva as habilidades do cuidado humanizado, que englobe o acolhimento e a interação com a gestante e familiares (MOREIRA et al., 2009).

À atenção, à alegria, o conforto, a paciência dos profissionais são atributos essenciais que fortalecem o poder vital das mulheres (CARRARO et al., 2006).

As condições e cuidados ofertados estão associados com a experiência e satisfação com o parto e, dessa maneira, deve-se incentivar a construção de vínculo de confiança e de respeito entre as parturientes, a equipe técnica e a instituição de saúde, com o intuito final de proporcionar uma experiência de parto favorável (MEDEIROS, 2012).

Outra questão levantada pelas puérperas refere-se ao número de profissionais durante o atendimento, principalmente estudantes, e a quantidade de toques vaginais realizados pelos profissionais.

As mulheres buscam encontrar na assistência oferecida durante o parto profissionais com atitudes humanizadas, capazes de proporcionar conforto, atenção e segurança. Entretanto, as parturientes relatam se deparar com profissionais impacientes, além de se sentirem desconfortáveis pela presença dos estudantes (CARRARO et al., 2006).

Nossos dados vão de encontro com estudo de Wolff e Waldow (2008) relatam em seu estudo que as puérperas se sentiram constrangidas com a falta de privacidade na realização de procedimentos, como o toque vaginal. Esta invasão da intimidade foi evidenciada pela quantidade de pessoas presentes durante o atendimento, bem como, com a repetição desmedida desta técnica. É apontada pelas autoras que a equipe deve tratar as parturientes com respeito, resguardando-as de situações vergonhosas e que despertem o mal-estar, isso facilita a evolução do trabalho de parto e parto.

O Ministério da Saúde traz claramente as condutas utilizadas de modo inadequado, prejudiciais ou ineficazes e que, portanto, devem ser suspensas ou reduzidas (BRASIL, 2001). Algumas delas tratam da frequência excessiva de toques vaginais e a presença de mais de uma pessoa examinando. Percebe-se que essa conduta quando feita de forma frequente, ou seja, toques vaginais repetidos e por vários profissionais, realizados em intervalos pequenos, prejudica a evolução fisiológica do trabalho de parto, produzindo mal-estar e edema de vulva (WOLFF; WALDOW, 2008).

As propostas elencadas pelas mulheres entrevistadas focam no quantitativo reduzido de profissionais de saúde para atender a demanda da população e na sensibilização dos profissionais para que estes sejam mais comprometidos com os horários e dias de atendimento.

Encontram-se na literatura estudos que apresentam a reclamação dos usuários sobre a demora do atendimento, tanto em relação à fila de espera para agendamentos quanto à distribuição de fichas e atrasos nas consultas (COELHO; JORGE; DE ARAÚJO, 2012; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013; DE ALMEIDA CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013; SOUZA JÚNIOR et al., 2015).

Os serviços de saúde precisam organizar sua estrutura e fluxos de atendimentos para serem capazes de atender a demanda programada e espontânea, sem prejuízos para qualidade da assistência. Ao estabelecer esta dinâmica de prestação de cuidado os profissionais irão dispor de tempo adequado para realizar consulta apropriada e os usuários irão se sentir respeitados e valorizados, fatos estes que refletem na credibilidade da instituição e fortalece a relação com a comunidade (DE ALMEIDA CHAGAS; VASCONCELLOS, 2013).

7.3.2 Subcategoria B.2: Adequação de infraestrutura física, equipamentos e normas hospitalares

Foram incluídas nessa categoria as expressões-chaves relacionadas às propostas para adequação da infraestrutura, dos equipamentos e normas hospitalares.

Ressalta-se que enquanto as entrevistadas do hospital A elencaram somente aspectos relacionados a estrutura física, as participantes do hospital B focaram apenas nos aspectos relacionados às normas hospitalares. Desse modo, esta categoria é constituída por nove ECH do hospital A e duas ECHs do hospital B.

Adequação de infraestrutura física e equipamentos
Hospital A
<p><i>Achei um pouco longe o lugar onde eu ganhei meu bebê da salinha (pré-parto), passa no meio dos corredores, cheio de gente vendo a gente gritar de dor, podia colocar mais perto dos quartos, pra ficar melhor ainda é ter uma sala de cirurgia aqui mais perto, quando a gente volta do parto a gente nem vê isso, mas quando tá indo com dor isso faz diferença.</i></p> <p><i>O pronto atendimento deveria ser mais agilizado e aquela cama da sala de atendimento, a maca, então poderiam colocar uma maior lá, uma paciente obesa não aguenta ficar lá em cima muito tempo. Precisava ter mais leito, porque tem muito mais criança pra nascer. Uma televisão também seria bom né! Quando a criança dá trabalho aí tudo bem porque a gente fica intretida, mas a minha fica só dormindo.</i></p>

Assistência ao parto: normas hospitalares
Hospital B
<i>O horário de visita eu achei meio ruim, e a troca também, é complicado eles poderiam estender um pouco mais a troca e o horário da janta, porque meu marido chega do trabalho pra ficar comigo, ai á janta já passou, porque a janta aqui é cedo eu acho, ele fica sem, fica com fome, é difícil.</i>

Para avaliar a qualidade do serviço de saúde, Donabedian (1980) apresentou um conjunto de características baseada na tríade estrutura, processo e resultado. A estrutura trata dos atributos mais estáveis dos serviços, compreende desde a oferta de recursos humanos, financeiros, recursos materiais, até a forma como estão organizados. Sozinha, a estrutura não é capaz de determinar a qualidade da atenção, porém, há muito já se tem falado que suas insuficiências podem prejudicar os resultados (BITTENCOURT et al., 2014).

Contudo, não é tão simples mensurar a qualidade dos serviços obstétricos, pois há dois pacientes envolvidos, que por vezes têm demandas contrárias, e esse equilíbrio requer um cálculo difícil e cuidadoso (KORST et al., 2005).

Além de infraestrutura necessária para o atendimento em sala de parto, é ideal o acesso a medicamentos básicos para o cuidado ao recém-nascido e a parturiente; para isso devem estar em local de fácil acesso (GAÍVA et al., 2010). Frequentemente, as instituições de maior complexidade realizam atividades de ensino, são referência para partos de alto risco e compõem de coordenações médicas e de enfermagem com formação complementar. Nesses estabelecimentos também são encontrados com maior frequência os medicamentos indispensáveis, equipamentos de urgência e demais materiais (BITTENCOURT et al., 2014).

A ausência de recursos materiais, equipamentos e humanos indica um dos aspectos que prejudicam o trabalho dos prestadores de saúde, o que reflete no processo de trabalho e, do mesmo modo, na satisfação do cliente com o serviço prestado (ROCHA; SOUSA; FIGUEIREDO PEDRAZA; 2012).

Outros aspectos levantados pelas mulheres foram relacionados à questão problemática da falta de leitos e o tempo que elas levaram para serem atendidas.

Demora pelo atendimento causada pelo grande fluxo de pacientes, falta de leitos para internação e a forma rígida de rotinas institucionais foram causas da avaliação negativa do atendimento recebido por puérperas atendidas em um Centro de parto em São Paulo-SP (2013). Essas mulheres que vivenciaram essa

experiência sentiram-se desrespeitadas e insatisfeitas quanto à assistência recebida (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013).

Diante desses problemas podemos concluir que a falta de vagas para a internação, derivada da grande procura em algumas instituições, impede a acomodação adequada das parturientes e o atendimento imediato de suas necessidades.

Com referência à troca de horários de acompanhantes e visitas, o enfermeiro é o profissional responsável que deve observar as necessidades da família de maneira respeitosa às necessidades do usuário (BRASIL, 2008).

Em um dos discursos expostos foi possível observar que as mulheres requerem mais privacidade, isso pode ser evidenciado pelo relato que mostra a insatisfação com a distância entre a sala de pré-parto e o centro cirúrgico.

Estudos afirmam que precariedades de infraestrutura e de organização dos serviços de saúde, em qualquer aspecto, desencadeiam falta de humanização da atenção, prejudica o processo de trabalho e impõem obstáculos à assistência e ao almejo de seus objetivos (MARQUI et al., 2010; TRAD; ROCHA, 2011). Assim, o respeito à privacidade durante o parto e trabalho de parto são aspectos que favorecem a satisfação (BRÜGGEMANN et al., 2011).

Segundo Rocha (2010), deve-se, cada vez mais, considerar as necessidades dos pacientes e que essas possam orientar o planejamento e a organização de espaços ideais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar as expectativas e percepções das gestantes e puérperas sobre o atendimento realizado durante o parto foi possível perceber que as gestantes esperam receber um atendimento acolhedor, em especial por parte dos profissionais, médicos e enfermeiros. Elas buscam um atendimento humanizado com respeito à individualidade e às necessidades de cada uma. Procuram, ainda, um atendimento baseado na atenção, no apoio emocional e no carinho recebidos pela equipe de saúde.

Cabe ressaltar aqui que essa representação social foi a mais compartilhada entre as entrevistadas, no que diz respeito aos aspectos relacionados ao cuidado prestado pelos profissionais, que vão desde a escuta qualificada de suas expectativas, perpassam pela forma como esse cuidado é prestado, se as orientações e informações são esclarecidas, até a preocupação com a qualificação e competência desses profissionais.

Ainda nesse contexto, o compartilhamento das questões relacionadas aos aspectos negativos da assistência recebida, foram destacados pelas entrevistadas como atendimento grosseiro, falta de respeito e pouco atencioso.

Esses resultados mostram que existe influência na forma como as parturientes interpretam a assistência recebida, que é a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde, ou seja, na ótica dessas mulheres um bom atendimento é percebido positivamente na mesma proporção em que elas se sentem bem recebidas e atendidas pela equipe de saúde. Estes aspectos contribuem para melhoria dos serviços de saúde, pois através das atitudes no que se refere ao cuidado apontam que a satisfação está estritamente interligada à qualidade da assistência à saúde recebida.

Foi possível perceber que as parturientes, na grande maioria, tiveram as suas expectativas correspondidas conforme as percepções positivas que elas tiveram após o atendimento que receberam, pois houve uma maior valorização nos aspectos referentes ao diálogo com os profissionais, aos procedimentos realizados e à atenção à saúde, em relação aos aspectos negativos. Podemos assim inferir que houve uma satisfação com a assistência prestada, o que reflete na qualidade do serviço de saúde.

Houve uma expectativa e percepção satisfatória no que diz respeito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto. Como não foi objetivo do estudo, não foi possível destacar o conhecimento dessas parturientes sobre a lei do acompanhante para que se possa afirmar, com precisão, que seu desejo foi atendido ou que elas receberam algum tipo de orientação sobre a lei do acompanhante. Contudo, por se tratar de hospitais que atendem pelo SUS, acredita-se que a lei é cumprida, mas, não significa que elas são orientadas sobre esse direito.

A presença do acompanhante durante o atendimento é um direito conquistado pelas mulheres, que além de refletir os princípios norteadores do SUS potencializa a confiança da mulher na equipe e na instituição de saúde, atuando positivamente no cuidado ofertado.

Os recursos físicos, como equipamentos, infraestrutura, materiais e insumos foram relatados como aspectos relevantes no cuidado à saúde.

Para haver qualidade dos serviços e do cuidado em saúde, é necessária complexa articulação entre o processo de trabalho da equipe de saúde multidisciplinar com as condições de infraestrutura dos serviços e do sistema de saúde, tendo a gestão como instrumento fundamental nessa articulação.

Uma boa infraestrutura física, equipamentos em boas condições de uso e manutenção e insumos disponíveis influenciam positivamente as práticas de saúde, o que favorece na realização de um atendimento de qualidade, além de promover conforto, boas ações de trabalho e melhor qualidade da assistência à saúde.

Deficiências na disponibilidade de equipamentos, instrumentais e recursos insuficientes representam lacunas e fragilidade do sistema de saúde, prejudicam a assistência e impactam negativamente na qualidade do serviço e na satisfação dos usuários com o cuidado prestado.

Como dito anteriormente, problemas nessa esfera organizativa comprometem a satisfação das usuárias e dos profissionais, pois para as pacientes pode ocorrer dificuldades de acesso aos serviços de saúde e redução da oferta de determinadas ações; e para os profissionais gera insatisfação, desgaste e dificuldade em prestar um atendimento de qualidade.

Ao conhecer as propostas das parturientes entrevistadas foi possível perceber que as sugestões foram relativas ao relacionamento com os profissionais e à maneira como elas são assistidas por esses trabalhadores. As mesmas sugeriram

profissionais sensíveis aos sentimentos e às sensações relacionadas ao momento vivenciado por elas. Chegaram a sugerir a contratação de profissionais capacitados, competentes e, acima de tudo, que possuam a capacidade de compreender a subjetividade do momento que elas estão experimentando.

Outras sugestões foram relacionadas à infraestrutura dos hospitais e suas rotinas, no qual as usuárias enxergam que um serviço de saúde com qualidade também é expresso em equipamentos e tecnologia dura.

Com a realização desse estudo, pode-se inferir que a percepção de satisfação das mulheres está atrelada ao cuidado resolutivo e afetivo, a escuta qualificada, ao empoderamento e ao estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais. Nota-se que os quesitos apontados pelas entrevistadas como importantes à satisfação são de origem relacional, fato que reafirma a necessidade de se realizar uma reconfiguração do trabalho em saúde.

Enfim, as puérperas mostraram-se, em geral, satisfeitas com a assistência recebida em ambos hospitais; além disso esse estudo aponta que o local e as características das práticas de cuidado interferem na qualidade da assistência à saúde.

Os gestores, as instituições acadêmicas e os profissionais de saúde devem promover e aprimorar a comunicação e a interação com os usuários, no intuito de prestar um cuidado qualificado.

Como sugestão desse estudo, recomenda-se promover investigações sobre os programas de ensino de estudantes de graduação, que levem em consideração as contribuições da ciência nos aspectos das habilidades relacionais e como essas ferramentas favorecem a realização de práticas de cuidado eficientes e assistência de qualidade. As questões relacionadas ao cumprimento de horários pelos profissionais e as rotinas que afetam a família.

REFERÊNCIAS:

ALMEIDA, Lúcio Meneses de. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 28, n. 1, p. 79-92, 2010. Disponível em:<

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a09.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2013.

ARAÚJO, Anne Shirlei de Assis et al. Estudo da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família do bairro Vila Mariana, na cidade de Patos, Estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**, Pombal, v. 3, n. 4, p. 19–29, jun. 2014.

ARMELLINI, Cláudia Junqueira; LUZ, Anna Maria Hecker. Acolhimento: a percepção das mulheres na trajetória da parturição. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.3, p.305-315, 2003.

BARRETO, Maurício Lima. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 2, p. 104-122, 1998.

BELEI, Renata Aparecida et al. uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa, **Cadernos de Educação**, Pelotas, v.30, p. 187-199, jan./jun. 2008.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S208–S219, ago. 2014. Suplemento.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. 16p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. 2.ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: Brasília (DF); 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.067 de 6 jul. 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.128, 06 jul. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva Departamento de Apoio. Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. Departamento de Apoio a Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 142 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização: **HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco** - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Decreto nº 45.685 de 10 de agosto de 2011 que regulamenta a implantação e manutenção da Rede Viva Vida prevista no âmbito do Programa 54 da Lei nº 18.021, de 9 de janeiro de 2009, e, nos termos do item II do Anexo da Lei nº 18.692, de 30 de dezembro de 2009, institui o **Projeto Mães de Minas**. [Citado 25 set. 2015]. Disponível em: <http://www.tjmg.jus.br/juridico/diario/download/boletimlegislatosnormativo.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Pré-natal de baixo risco**. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n.17).

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria et al. Filosofia assistencial de uma maternidade-escola: fatores associados à satisfação das mulheres usuárias. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 658–68, 2011.

BUSANELLO, Josefina et al. Humanização do parto e a formação dos profissionais de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 169-175, jan./mar. 2011.

CARRARO, Telma Elisa et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 97–104, 2006.

COSTA REIS, Lenice Gnocchi da; PEPE, Vera Lúcia Edais; CAETANO, Rosângela. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 1139–1159, 2011.

CHIAVENATO, Idalberto. **Comportamento organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. 2 ed. São Paulo: Elsevier, 2010. 539 p.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa; DE ARAÚJO, Maria Elidiana. O acesso por meio do acolhimento na atenção básica à saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, p. 440, 2012.

- COIMBRA, Valéria Cristina Christello et al. Avaliação da satisfação dos usuários com o cuidado da saúde mental na estratégia saúde da família. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1150-1156, jan. 2011.
- COSTA, José Orleans et al. Avaliação dos recursos hospitalares para assistência perinatal em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 5, p. 701–8, 2004.
- COSTA, Nara dos Santos Costa et al. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 2, n. 1, 2013.
- CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014.
- DA CRUZ, Wilma Batista Sousa; MELLEIRO, Marta Maria. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 147–153, 2010.
- DE ALMEIDA CHAGAS, Herleis Maria; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Quando a porta de entrada não resolve: análise das unidades de saúde da família no município de Rio Branco, Acre. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 377–388, 2013.
- DE CASTRO MOREIRA, Laura Monteiro et al. Políticas públicas voltadas para redução da mortalidade infantil: uma história de desafios. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n.7, p. 48-55, 2012.
- DIAS, Orlene Veloso; RAMOS Lais Helena; COSTA, Simone de Melo. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde na perspectiva da satisfação dos usuários. **Revista Pró-universUS**, Vassouras, v. 1, n. 1, p. 11–26, 2010.
- DINIZ, Carmen Simone Grilo et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 140-153, mar. 2014. Suplemento.
- DIÓZ, Majoreth. Percepção de mulheres grávidas acerca da assistência pré-natal. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 369-373, 2006.
- DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Revista Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p.101-116, jan. 2014. Suplemento.
- DONABEDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring: the definition of quality and approaches to its assessment. **Health Administration Press**, Chicago, v. 1, p. 163, 1980.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115, nov. 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, dec. 2005.

D'ORSI, Eleonora et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 154–168, ago. 2014. Suplemento.

DUTRA, Marcos. A neurose do atendimento: Disponível em: <<http://www.pensandomarketing.dreamhosters.com.>>. Acesso em: 20 out. 2015.

ESPERIDÃO, Monique Azevedo; Leny Alves Bomfim TRAD. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

ETGES, Micheli Regina; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de; CORDOVA Fernanda Peixoto. A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, RS, v. 32, n.1, p. 15-22, mar. 2011.

FERREIRA, Lúcia Aparecida et al. Expectativa das gestantes em relação ao parto. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3692-3697, abr./jun. 2013.

FIGUEIREDO, Marília Z. A; CHIARI, Brasília M; GOULART, Barbara N. G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrb Comum.**, v. 25, n. 1, p. 129-136, 2013.

FUJITA, Júnia Aparecida Laia da Mata. SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Humanizing labor: experiences in the unified health system. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.18, n.4, p. 1011-1015, 2014.

GAÍVA, Maria Aparecida Minhoz et al. Avaliação estrutural das instituições hospitalares que prestam assistência ao nascimento em Cuiabá, MT. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 1, p. 55-62, jan./mar. 2010.

GARCIA CICUTO, Ariane; LEITE BELISÁRIO, Cíntia Rodrigues; BARCO TAVARES, Beatriz. Puerperal women's satisfaction with their delivery. **Investigación y educación en enfermería**, Colômbia, v. 30, n. 2, p. 208–214, 2012.

GIGLIO, Margareth Rocha Peixoto; FRANÇA, Elisabeth; LAMOUNIER, Joel Alves. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. bras. ginecol. obstet**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, p. 297–304, out. 2011.

GONÇALVES, Patricia Graciele Philippsen Maders et al. Rights of parturient under the optics of escorts. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7682–7687, 2015.

GRANDO, Tamara et al. Consulta pré-natal: satisfação das usuárias do sus. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 336-341, 2012.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. 132 p.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Índice de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010&search=minas-gerais|uberaba>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

JAMAS, Milena Temer; HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436–2446, dez. 2013.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação dos usuários. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 258-268, jul./dez. 2007.

KORST, Lisa M et al. A framework for the development of maternal quality of care indicators. **Matern Child Health J**, v. 9, p: 317-41, 2005.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Marketing Management**. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LAMY, Gilmara Oliveira; MORENO, Bruno Stramandinoli. Assistência pré-natal e preparo para o parto. **Omnia Saúde**, Adamantina, v. 10, n. 2, p. 19-35, 2013.

LEAL, Maria do Carmo et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. **Reprod Health**, v. 9, p. 15, 2012.

LEAL, Maria do Carmo et.al. Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. **CCI/ENSP**, 2014. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal/ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>> Acesso em: 28 set. 2015.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria; MARQUES, Maria Cristina da Costa. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193–1204, 2009.

LEFEVRE, Fernando e LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Pesquisa de Representação Social**. Brasília: Liberlivro; 2010.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualitativo**. 2 ed. Brasília: Liber Livro Editora, 2012. 224p.

LOPES, Caroline Vasconcellos et al. Experiências vivenciadas pela mulher no momento do parto e nascimento de seu filho. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 3, set. 2009.

LOPES, Rita de Cássia Sobreira et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicologia: Reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 247–254, 2005.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Ana Cristina Marques; MARTINS, Mônica Silva. Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review Evaluación de la calidad de la atención hospitalaria. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1063–1082, 2013.

MAIA, Mônica Bara. **Humanização do parto**: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. 189 p.

MAGLUTA, Cynthia et al. Estrutura de maternidades do Sistema Único. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, p. 319-329, jul-set, 2009.

MANZO, Bruna Figueiredo; RIBEIRO, Helen Cristiny Teodoro Couto; BRITO, Maria José Menezes; ALVES, Marília. As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 571–576, dez. 2011.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, 2010.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 40, p. 107–19, 2012.

MATOS, Greice Carvalho de et al. A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: Uma revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**, Recife, v.7, p. 870-888, mar. 2013.

MEDEIROS, Inês Ambrósio de. **Expectativas e grau de satisfação da grávida e puérpera com o tipo de parto. 2012. 33f.** Dissertação (Mestrado em Medicina) Faculdade de ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11 Ed. São Paulo: Hucitec, 2008, 407 p.

MONTE, Nadiana Lima; GOMES, Jéssica da Silva; AMORIM, Laís Mayara Machado de. A percepção das puérperas quanto ao parto humanizado em uma maternidade pública de Teresina-PI. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.4, n.3, p.20-24, Jul-Ago-Set. 2011.

MORAIS, Fátima Raquel Rosado et al. Conhecimentos e expectativas de adolescentes nuligestas acerca do parto, **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 287-295, abr./jun. 2012.

MOREIRA, Karla de Abreu Peixoto et al. O significado do cuidado ao parto na voz de quem cuida: uma perspectiva à luz da humanização. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 4, p. 720-728, out./dez. 2009.

MORSE, Marcia Lait et al. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 623-638, abr. 2011.

MOSCOVICI, Serge. Representações sociais: uma investigação em psicologia social. Rio de Janeiro: **Vozes**, 2010. 404p.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; LUCE, Fernando Bins. Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 434-440, jul./ago. 2004.

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONÇALVES, Roselane. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n.4, p. 1059-1068, 2013.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.). Representações sociais: teoria e prática. João Pessoa: **Editora Universitária**, 2001, p.55-65.

OLIVEIRA JUNIOR, Paulo Frederico Paganini; MARCHIORI, Marlene; PACAGNAN, Mario Nei. Contribution of the collective subject discourse methodology (CSD) for the strategy research as practice. **Revista Brasileira de Estratégia**, Curitiba, v.8, n.1, p.32-52, jan./april. 2015.

OLIVEIRA, Daniela do Carmo et al. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na Estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 211–9, 2013.

PEARSON, Alan; JORDAN, Zoe, MUNN, Zachary. Translational Science and Evidence-Based Healthcare: A Clarification and Reconceptualization of How Knowledge Is Generated and Used in Healthcare. **Nursing Research and Practice**, v. 2012, p. 1–6, 2012.

PEDROSA, Inês de Cássia Franco; CORRÊA, Áurea Christina de Paula; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 58-65, jan./mar. 2011.

PENA, Mileide Moraes; MELLEIRO, Marta Maria. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.25, n. 2, p. 197–203, 2012.

PERDOMINI, Fernanda Rosa Indriunas; BONILHA, Ana Lúcia de Lourenzi. A participação do pai como acompanhante da mulher no parto, **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 445-452, jul./set. 2011.

PINHEIRO, Bruna Cardoso. BITTAR, Cléria Maria Lobo. Percepções, expectativas e conhecimentos sobre o parto normal: relatos de experiência de parturientes e dos profissionais de saúde. **Aletheia**, Canoas, v. 37, p. 222-227, jan./abr. 2012.

RANCE Susanna et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? **BMJ Qual Saf**, v.23, p: 348-355, 2013.

RATTNER, Daphne. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 759-768, 2009. Suplemento.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. Dossiê Humanização do Parto. **Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002.

REIGER, Kerreen. "Knights" or "knaves"? Public policy, professional power, and reforming maternity services. **Health Care Women Int**, v. 32, n. 2, 2010.

ROCHA, Ana Carolina Dantas. SOUSA, Carolina Pereira da Cunha; FIGUEROS PEDRAZA, Dixis. Atenção básica à saúde: avaliação de estrutura e processo. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 71-79, abr./jun. 2012.

ROCHA, Júlia Leutchuk da. **Humanização de maternidades públicas: um estudo sobre a arquitetura das enfermarias de alojamento conjunto. 2010.** 224f. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

ROSA, Raquel Borba; PELEGRINI, Alisia Helena Weis; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 2, p. 345-351, jun. 2011.

SALGADO, Danielle S. da Silva et al. A qualidade da assistência ao paciente em diálise: a visão do usuário. *Revista do Hospital Universitário/UFMA*, v. 10, n. 2, p. 14-19, mai./ago. 2009.

SANTOS, Wagner Jorge dos; GIACOMIN, Karla Cristina; FIRMO, Josélia Oliveira Araújo. Avaliação da tecnologia das relações de cuidado nos serviços em saúde: percepção dos idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família em Bambuí, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3441-3450, ago. 2014.

SÊGA, Rafael Augustus. O conceito de representação social nas obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici. **Revista do Programa de Pós-Graduação em História**, Porto Alegre, n. 13, p. 128-133, 2000.

SELEGHIM, Maycon Rogério; TOFFOLI, Andressa Luiza; BELLASALMA, Ana Carolina Manna; OLIVEIRA, Magda Lúcia Feliz. Avaliação da satisfação dos usuários e acolhimento em âmbito hospitalar. **Revista Universo & Extensão**, Belém, v. 1, n. 1, p. 9–18, nov. 2013.

SERAPIONE, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SILVA, Susanne Pinheiro Costa e; PRATES, Renata de Carvalho Gomes; CAMPELO, Bruna Queiroz Armentano. Parto normal ou cesariana? Fatores que influenciam na escolha da gestante. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 1, p. 1-9, abr. 2014.

SILVEIRA, Sandra Cristina Da; CAMARGO, Brígido Vizeu; CREPALDI, Maria Aparecida. Hospital care at childbirth: social representations of women and health care professionals. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 1–10, abr. 2010.

SOUZA JÚNIOR, Sebastião Olacy de et al. Expressão da humanização no campo da atenção à saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 1, p. 1-13, 2015.

SPINK, Mary Jane. **O conhecimento no cotidiano. As representações sociais na perspectiva da psicologia social**. Editora Brasiliense, 1993.

TANAKA, Oswaldo Yoshime; MELO, Cristina. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, F. J. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 121-136.

TIRONES, Andréa Silva Dutra. **Cirurgias eletivas em hospitais públicos de uma cidade do interior de Minas Gerais: os cidadãos estão satisfeitos?** 2010. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem do Triângulo Mineiro, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, 2010.

TRAD, Leny Alves Bomfim; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses e. Condições e processo de trabalho no cotidiano do Programa Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.1969-1980, 2011.

TURRINI, Ruth Natalia Teresa; LEBRÃO, Maria Lúcia; CESAR, Chester Luiz Galvão. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, p. 663-67, mar. 2008.

VELHO, Manuela Beatriz Velho et al. Vivências do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 458-466, abr./jun. 2012.

VERSIANI, Clara de Cássia Versiani et al. Maternidade Segura: relato de experiência. **Revista Atenção Primária à Saúde**, v. 11, n. 1, p. 109-114, jan./mar. 2008.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.110 p.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 138–51, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MDG 5: **improve maternal health**. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/ (acessado em 18/out/2015)

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PRIMEIRO MOMENTO

Código do entrevistado _____

Data da coleta: ___/___/___



APÊNDICE B

SEGUNDO MOMENTO

Código do entrevistado _____

Data da coleta: ___/___/___

Aspectos do perfil sócio demográfico das mulheres:

1 Sócio demográficos:

1.1 Data de nascimento _____

1.2 Situação conjugal

() casada () vive junto () solteira () separada () divorciada () viúva

1.3 Escolaridade

() ensino fundamental completo () incompleto

() ensino médio completo () incompleto

() curso superior completo () incompleto

() Outros _____

1.4 Ocupação _____

2 História ginecológica e obstétrica:

2.1 Idade da primeira relação sexual _____ (anos completos)

2.2 Idade da primeira gravidez _____ (anos completos)

2.3 Tipo de parto atual: _____

2.4 Paridade: G___ P___ (N___ C___ F___) A___ (E___ P___)

2.5 Intervalo entre os partos (último parto em relação a atual gestação)

() menos de 1 ano () de 1 a 2 anos () mais de 2 anos

2.6 Número de consultas de pré-natal _____

2.3.2 Local _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Você indicaria este hospital para alguma amiga sua realizar o parto? Conte-me por quê.
- 2) Imagine que você foi convidada a participar de um grupo que irá modificar o atendimento prestado durante o parto. Nesta situação, o que você proporia?

APÊNDICE C



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde
Av. Getúlio Guaritá nº 107 Bairro Abadia - Uberaba-MG
Telefone: 34.3318-5881 e-mail: mestrado@enfermagem.uftm.edu.br

Ofício N° 01/2015

Uberaba, 12 de 01, 2015

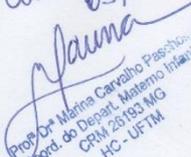
Prezada Prof. Dr. Marina Carvalho Paschoine

Assunto: Autorização

1. Solicitamos a V. Sa. autorização para a coleta de dados do Projeto de Pesquisa intitulado: "Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto" da aluna Nara dos Santo Costa para obtenção do título de mestre pelo Programa Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM.
2. Ressaltamos que os resultados do estudo poderão contribuir no processo de trabalho e melhoria da assistência a saúde focado nas principais necessidades das usuárias. Por conseguinte, esta ação poderá influenciar na melhoria do atendimento e da assistência ao usuário dos serviços de saúde.
3. Ressaltamos que esta pesquisa somente será desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, de acordo com a Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012.
4. Antecipadamente agradecemos a atenção a essa solicitação e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, através do telefone (34)3331-6201

Atenciosamente,


Profª Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Coordenadora do Projeto
PPGAS/UFTM

autoriz
03/03/15

Prof. Dr. Marina Carvalho Paschoine
Coord. do Depart. Materno Infantil
CRM 25193/MG
HC - UFTM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
 Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Atenção à Saúde
 Av. Getúlio Guaritá nº 107 Bairro Abadia - Uberaba-MG
 Telefone: 34.3318-5881 e-mail: mestrado@enfermagem.uftm.edu.br

Uberaba, 09 de 01, 2015

Prezada Enfermeira Helena Cristina Silveira Dantas
 Diretoria de Enfermagem

Assunto: Autorização

1. Solicitamos a V. Sa. autorização para a coleta de dados do Projeto de Pesquisa intitulado: "Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto" da Nara dos Santo Costa para obtenção do título de mestre pelo Programa Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. A pesquisa será desenvolvida com os gestantes atendidas no serviço de ginecologia e obstetria do hospital Mário Palmério da Universidade de Uberaba e da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.
2. Ressaltamos que os resultados do estudo poderão contribuir no processo de trabalho e melhoria da assistência a saúde focado nas principais necessidades das usuárias. Por conseguinte, esta ação poderá influenciar na melhoria do atendimento e da assistência ao usuário dos serviços de saúde.
3. Ressaltamos que esta pesquisa somente será desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
4. Antecipadamente agradecemos a atenção a essa solicitação e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, através do telefone (34)3331-6201

Atenciosamente,

*Aprovado na reunião
do NEP- MPHU em
12/02/15*

[Assinatura]
Geraldo Theide Júnior
 Universidade de Uberaba

[Assinatura]
 Profª Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
 Coordenadora do Projeto
 PPGAS/UFTM

[Assinatura]
 Dr. Galvani Salgado Agreil
 CPF: 548.383.196-54 CRM 24.291
 Diretor Técnico - MPHU

[Assinatura]
Helena Cristina Silveira Dantas
 Gerente - Assistência
 Mário Palmério Hospital Universitário



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
Programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Atenção à Saúde

Uberaba, 12 de 01 de 2014.

Prezado Dr. Daniel Ferreira da Cunha

Gerente de Atenção à Saúde do HC/UFTM

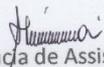
Solicitamos a V. Sa. autorização para a coleta de dados do Projeto de Pesquisa intitulado: "Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto" da aluna Nara dos Santo Costa para obtenção do título de mestre pelo Programa Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM.

2. Ressaltamos que os resultados do estudo poderão contribuir no processo de trabalho e melhoria da assistência a saúde focado nas principais necessidades das usuárias. Por conseguinte, esta ação poderá influenciar na melhoria do atendimento e da assistência ao usuário dos serviços de saúde.

3. Ressaltamos que esta pesquisa somente será desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos da Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM, de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

4. Antecipadamente agradecemos a atenção a essa solicitação e colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos, através do telefone (34)3331-6201

Atenciosamente,


Profª Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Coordenadora do Projeto
PPGAS/UFTM

de acordo
Daniel Cunha
25/1/15

Dr. Daniel Ferreira da Cunha
Gerente de Atenção à Saúde
HC - UFTM / Filtro EBSERH
Sisape 6369085



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
HOSPITAL DE CLÍNICAS – Filial EBSEH
Gerência de Ensino e Pesquisa
Av Getúlio Guarita, 130 - Cep: 38.025-440 – Uberaba MG
Fone: (34) 3318 5527 - E-mail – diretoria_pesquisa@hc.ufm.edu.br

Mem.37/2015/GEP/HC/UFTM.

Em 06 de março de 2015.

À Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
Pesquisadora Responsável

Assunto: Autorização de projeto de pesquisa.

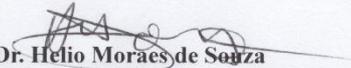
Prezada Professora,

1. Acusamos o recebimento de sua solicitação para realizar projeto de pesquisa intitulado: **“Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto”**, juntamente com a documentação abaixo descrita:

- Cópia do projeto (modelo do CEP); folha de rosto assinada;
- Autorização da chefia do setor onde será realizada a pesquisa;
- Solicitação de autorização formal ao Gerente de Ensino e Pesquisa;
- Formulário da Gerência de Ensino e Pesquisa preenchido;

2. Em vista disso, damos também o nosso “de acordo”, desejando pleno êxito em sua pesquisa, ressaltando que o projeto somente poderá ser iniciado após aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, cuja cópia do parecer deverá ser encaminhada a esta Gerência.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Hélio Moraes de Souza

Gerente de Ensino e Pesquisa/HC/UFTM-EBSEH- filial

APÊNDICE D

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG)
Telefone: (034) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br**

**MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE
(Versão de agosto/2014)**

**Título do Projeto: EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES
SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO**

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidada a participar do estudo EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO por ser gestante a partir de 36 semanas de gestação. Os avanços na área das ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é descrever a satisfação das gestantes frente ao atendimento durante o parto e caso você participe, será necessário responder a uma entrevista e após 6 horas do parto em ambiente hospitalar. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

A pesquisadora irá convidá-la a responder a uma entrevista em uma sala que apresentar-se disponível no Ambulatório (6, 8 ou 10) do hospital A ou na sala no Ambulatório (sala de triagem) do hospital B e caso consinta em participar deste estudo, você fará a opção pelo melhor momento para responder o questionário (se durante a espera ou após a consulta agendada). A equipe assistencial também será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a você estará respondendo o formulário de pesquisa e o local onde se encontra, a fim de que a coleta não prejudique suas atividades já planejadas. Caso você opte pela coleta em outro dia, a mesma será agendada previamente.

A pesquisadora calculará a data do seu parto e irá consultar o seu prontuário durante sua internação, também será solicitado o seu cartão de pré-natal para checarmos informações pertinentes e relevantes para o estudo. Logo após você responder a entrevista, a pesquisadora irá orientá-la e caso reste alguma dúvida poderá contactar a pesquisadora através do telefone de contato que apresenta-se a seguir.

Após o parto a pesquisadora irá fazer novamente outro contato durante a internação e caso esteja na enfermaria, você será questionada em momento oportuno e de forma sigilosa, sobre sua satisfação com o parto.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do projeto: EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

Uberaba ____ de _____ de 2014

Assinatura do Voluntário

RG:

Enf(a) Nara dos Santos Costa
Pesquisador Responsável

Prof(a) Dr(a)Ana Lúcia Assis Simões
Pesquisador Orientador

Telefones de contato dos pesquisadores: (34) 3318- 5004 e (34)99370240

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-5776.

APÊNDICE E



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO - Uberaba-MG
Comitê de Ética em Pesquisa- CEP
Rua Madre Maria José, 122 - 2º. Andar - Bairro Nossa Senhora da Abadia
CEP: 38025-100 – Uberaba(MG)
Telefone: (034) 3318-5776 - E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br**

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPANTES MAIORES DE IDADE
(Versão de agosto/2014)

Título de projeto: EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

TERMO DE ESCLARECIMENTO

A adolescente sob sua responsabilidade está sendo convidada a participar do estudo EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO por ser gestante a partir de 36 semanas de gestação . Os avanços na área das ciências ocorrem através de estudos como este, por isso a participação da adolescente é importante. O objetivo deste estudo é descrever a satisfação das gestantes frente ao atendimento durante o parto e caso a adolescente participe, será necessário responder a uma entrevista e após 6 horas do parto em ambiente hospitalar. Não será feito nenhum procedimento que traga qualquer desconforto ou risco à vida da adolescente.

A pesquisadora irá convidar a adolescente a responder a uma entrevista em uma sala que apresentar-se disponível no Ambulatório (6, 8 ou 10) do hospital A ou na sala no Ambulatório (sala de triagem) do hospital B e caso consinta em participar deste estudo, você e a adolescente farão a opção pelo melhor momento para responder o questionário (se durante a espera ou após a consulta agendada). A equipe assistencial também será questionada a respeito do melhor momento para realizar a pesquisa e será informada que a você estará respondendo o formulário de pesquisa e o local onde se encontra, a fim de que a coleta não prejudique suas atividades já planejadas. Caso você opte pela coleta em outro dia, a mesma será agendada previamente. A pesquisadora calculará a data do seu parto e irá consultar o seu prontuário durante sua internação, também será solicitado o seu cartão de pré-natal para checarmos informações pertinentes e relevantes para o estudo. Logo após você responder o questionário, a pesquisadora irá orientá-la e caso reste alguma dúvida poderá contactar a pesquisadora através do telefone de contato que apresenta-se a seguir.

Após o parto a pesquisadora irá fazer novamente outro contato durante a internação e caso esteja na enfermaria, você será questionada em momento oportuno e de forma sigilosa, sobre sua satisfação com o parto.

Você e a adolescente sob sua responsabilidade poderão obter todas as informações que quiserem; a adolescente poderá ou não participar da pesquisa e o seu consentimento poderá ser retirado a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela participação da adolescente no estudo, você nem a adolescente receberão qualquer valor em dinheiro, mas haverá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. O nome da adolescente não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois ela será identificada por um número ou por uma letra ou outro código.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Título do projeto: EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES
SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a adolescente sob minha responsabilidade será submetida(o). A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que eu e a adolescente sob minha responsabilidade somos livres para interromper a participação dela na pesquisa a qualquer momento, sem justificar a decisão tomada e que isso não afetará o tratamento dela. Sei que o nome da adolescente não será divulgado, que não teremos despesas e não receberemos dinheiro por participar do estudo. Eu concordo com a participação da adolescente no estudo, desde que ela também concorde. Por isso ela assina (caso seja possível) junto comigo este Termo de Consentimento

Uberaba ___ de _____ de 2014

Assinatura do Voluntário

RG:

Enf(a) Nara dos Santos Costa
Pesquisador Responsável

Prof(a) Dr(a) Ana Lúcia Assis Simões
Pesquisador Orientador

Telefones de contato dos pesquisadores: (34) 3318- 5004 e (34)99370240 Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, pelo telefone (034) 3318-3318-5776.

ANEXO A



Questionário

Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses. **Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.**

ITENS DE CONFORTO	NÃO POSSUI	1	2	3	4+
Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular					
Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana					
Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho					
Quantidade de banheiros					
DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel					
Quantidade de geladeiras					
Quantidade de <i>freezers</i> independentes ou parte da geladeira duplex					
Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones					
Quantidade de lavadora de louças					
Quantidade de fornos de micro-ondas					
Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional					
Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca.					
água utilizada neste domicílio é proveniente de?					
1	Rede geral de distribuição				
2	Poço ou nascente				
3	Outro meio				

Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
1	Asfaltada/Pavimentada
2	Terra/Cascalho

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

SISTEMA DE PONTOS

VARIÁVEIS	QUANTIDADE				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados Domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

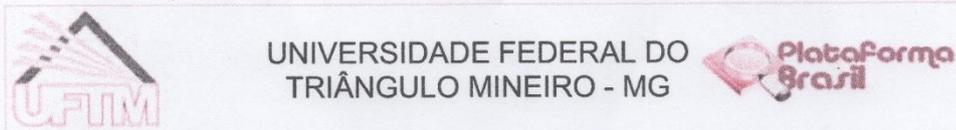
Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incomplet	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

	Serviços públicos	
	Sim	Não
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	0

Classificação

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	0 - 16

ANEXO B



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - MG

Plataforma
Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

Pesquisador: Ana Lúcia de Assis Simões

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42765015.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triangulo Mineiro

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.085.432

Data da Relatoria: 27/03/2015

Apresentação do Projeto:

EXPECTATIVAS, PERCEPÇÕES E OPINIÕES DE MULHERES SOBRE O ATENDIMENTO DURANTE O PARTO

Segundo as pesquisadoras:

INTRODUÇÃO e JUSTIFICATIVA:

"A atenção prestada à mulher na ocasião do parto, bem como o momento experimentado por ela, são indicadores da posição que a mulher e o recém-nascido representam nos grupos sociais, que abrangem grandezas como nível social, raça/etnia, condições de saúde, estado civil, vigor físico e outros (MATTAR; DINIZ, 2012).

Ainda que em muitos países a forma de assistência ao parto seja intensamente norteadada pelo modelo hospitalar/medicalizado, vem sido fortalecido um movimento internacional com propostas de modificação. Esse movimento tem como embasamento ações definidas pela OMS disseminada a partir de 1985. No Brasil esse movimento é conhecido como Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento (MHPN) (SILVEIRA; CAMARGO; CREPALDI, 2010).

O MHPN surgiu ante os acontecimentos em que o uso abusivo de tecnologia vem ocasionando mais

Endereço: Rua Madre Maria José, 122
Bairro: Nossa Sra. Abadia **CEP:** 38.025-100
UF: MG **Município:** UBERABA
Telefone: (34)3318-5776 **Fax:** (34)3318-5776 **E-mail:** cep@pesqpg.ufm.edu.br