Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Como saber se as maternidades promovem uma
experiência positiva de parto às mulheres? Estudo
sobre elaboração e validação de um instrumento de
avaliação**

Bruna Dias Alonso

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública para a obtenção do título de
Doutora em Ciências

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e
sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo
Diniz

Co-orientadora: Profa. Dra. Cláudia de Azevedo
Aguiar

São Paulo

2020

Como saber se as maternidades promovem uma experiência positiva de parto às mulheres? Estudo sobre elaboração e validação de um instrumento de avaliação

Bruna Dias Alonso

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública
da Universidade de São Paulo para a obtenção do
título de Doutora em Ciências

Área de concentração: Saúde, ciclos de vida e
sociedade

Orientadora: Profa. Dra. Carmen Simone Grilo
Diniz

Co-orientadora: Profa. Dra. Cláudia de Azevedo
Aguiar

Versão revisada

São Paulo

2020

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

Catálogo da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Alonso, Bruna Dias

Como saber se as maternidades promovem uma experiência positiva de parto às mulheres? Estudo sobre elaboração e validação de um instrumento de avaliação / Bruna Dias Alonso; orientadora Carmen Simone Grilo Diniz; coorientadora Cláudia de Azevedo Aguiar. -- São Paulo, 2020.

144 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

1. Estudos de validação. 2. Obstetrícia. 3. Maternidade. 4. Trabalho de parto. 5. Parto. I. Grilo Diniz, Carmen Simone, orient. II. de Azevedo Aguiar, Cláudia, coorient. III. Título.

Dedico este trabalho as mulheres.

Em especial, as da minha família.

AGRADECIMENTOS

Durante os últimos quatro anos, muitas pessoas generosas estiveram comigo. A lista de agradecimentos é extensa, espero não ter me esquecido de ninguém.

À Professora Simone Diniz, pela generosidade em me assumir como sua cota extra de orientandas. Sua irreverência acadêmica sempre será contagiante! Me lembrarei, com carinho, de você dizendo “O *não* você já tem, querida! Vai lá!” e “A luta continua!”.

À Professora Cláudia Azevedo, por ter aceitado o convite da co-orientação. Seu apoio e incentivo foram muito importantes. Desejo a você sucesso em sua carreira.

À Professora Jane Sandall, por me receber como sua aluna no King’s College London. Você me inspirou muito! (*Professor Jane Sandall, thank you to receive me as your international student at King’s College London. You inspired me a lot!*)

Aos membros titulares da banca, Professoras Maria Luiza Riesco, Neusa Alexandre e Roselane Gonçalves, por contribuírem com o meu trabalho.

Aos membros suplentes da banca, Professoras Jamile Bussadori, Luciana Gouveia, Nádia Zanon e Natalúcia Araújo, por aceitarem o convite.

Aos membros da banca de qualificação, Professoras Carla Polido e Marília Louvison, pelas contribuições no início deste trabalho.

À Doutora Denise Niy, pelo apoio contínuo durante o doutorado. Serei eternamente grata.

À Professora Ruth Osava e ao Professor Esteban Tuesta, pelo acolhimento e pela generosidade.

À Professora Flora da Silva, pela orientação no início do doutorado.

Às colegas de pós-graduação (Bia Fioretti, Heloísa Salgado, Lívia Vieira, Luana Lemes, Marcel Queiroz e Paula Galdino) e de projeto HAMABE (Ana Caroline Leite, Bruna Moreno, Ellen Vieira, Jacqueline Hochberg, Júlia Baggio, Luma Oliveira, Valéria Oliveira e Suellen Cruz), pelas palavras de incentivo.

Aos funcionários da FSP – especialmente Carmen Castelani e Vânia Silva, do escritório de mobilidade da USP e do King’s College London, pelo suporte.

Àqueles que participaram deste estudo, incluindo: puérperas entrevistadas na maternidade, especialistas do grupo avaliador e membros do grupo operativo do projeto HAMABE. Também registro o meu muito obrigada à todas as envolvidas nas coletas de dados.

Ao LabTel (FSP/USP), pela parceria.

À CAPES, pela bolsa de doutorado e de doutorado sanduíche, e à FAPESP, pelo financiamento do projeto HAMABE.

Aos colegas recém chegados (Josué Filho e Nathalie Leister) e os de longa data (André Buratti, Bianca Rocha, Daniella Benitez, Eliane Nemoto, Flávia Oliveira, Francine Cavalieri, Gabriela Hugues, Glauce Soares, Juliana Parducci, Larissa Santos, Letícia Ventura, Mariana Gervásio, Natália Salim, Renata Silva e Renée Okada), pelo carinho e compreensão.

À Paula Prates, pela escuta qualificada (e carinhosa).

Ao Claudio Souza e Warren Quick, por me receberem na casa de vocês na minha estadia em Londres. Vocês foram uma surpresa boa na minha vida. *Miss you, guys*.

Por fim, mas não menos importante, àqueles que moram no meu coração: Mãe e pai, obrigada por tudo (faltam palavras...)! Vó e vô, obrigada pela torcida mesmo não entendendo o que eu tanto estudava em São Paulo. Artur, obrigada por falar tantas vezes “Coração, vai dar tudo certo! Não desiste! Falta pouco!”. Espero compensar a minha ausência em breve!

Here comes the sun

Here comes the sun, and I say

It's all right

Little darling, it's been a long cold lonely winter

Little darling, it feels like years since it's been here

Harrison - The Beatles, Álbum Abbey Road, 1969

RESUMO

Alonso, BD. **Como saber se as maternidades promovem uma experiência positiva de parto às mulheres? Estudo sobre elaboração e validação de um instrumento de avaliação.** [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2020.

Introdução: Garantir a universalização do acesso à assistência não implica em melhores indicadores maternos e neonatais. Diante disso, foi proposto a Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), com o objetivo de promover melhorias na qualidade da atenção ao parto e nascimento. Também é crescente a quantidade de recomendações sobre a promoção de experiências positivas de parto, uma vez que, muitas mulheres ainda são assistidas em um modelo intervencionista, como é o caso brasileiro. Apesar disso, faltam instrumentos validados que visibilizem a qualidade da assistência oferecida nas maternidades brasileiras, incluindo a perspectiva das mulheres. **Objetivos:** Elaborar e validar um instrumento que avalie a qualidade da assistência nas maternidades. **Métodos:** Após o uso do Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM), considerou-se a elaboração de um instrumento novo, o termômetro da IHAMC (T-IHAMC). A avaliação da validade de conteúdo desse instrumento foi realizada por um comitê composto por oito especialistas, que incluiu uma representante das usuárias da maternidade. Além de alterações no instrumento, as interações com o comitê resultaram estimativas de porcentagens de concordância e índices de validade de conteúdo. Também foram conduzidos pré-testes do instrumento. Para avaliar a estabilidade de questões sobre a experiência geral das puérperas com o atendimento, foi realizado o teste-reteste com um intervalo de 10 a 15 dias, e estimados coeficientes de Fleiss Kappa, níveis de significância de 5% e intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** O TSM identificou aspectos fundamentais sobre a segurança materna, no entanto, a experiência do uso desse instrumento também mostrou desvantagens, que foram levadas em consideração à elaboração do T-IHAMC. A versão final do T-IHAMC contemplou 69 questões distribuídas em três blocos (admissão, internação e pós-alta). Os blocos de questões, as questões, as instruções e o formato do T-IHAMC foram avaliados como adequados ou ideais à validação de conteúdo. Também se verificou que as mulheres compreenderam as questões do instrumento de modo adequado após os pré-testes. Quanto à estabilidade, as respostas a algumas questões do T-IHAMC mostraram-se mais instáveis que outras com

o passar do tempo. Na comparação do teste-reteste, as avaliações sobre ter privacidade durante a internação e ter as escolhas respeitadas pelos profissionais da maternidade pioraram, bem como os quesitos recomendação da maternidade para outra mulher e avaliação da segurança da assistência recebida. **Conclusões:** Os resultados derivados do T-IHAMC têm potencial para subsidiar a discussão sobre a qualidade da assistência oferecida nas maternidades, e constituir indicadores sobre as experiências das mulheres com o atendimento recebido durante o parto. Apesar da elevada proporção de avaliações negativas sobre aspectos que compõem a experiência geral das mulheres independente do momento de aplicação do instrumento, a condução de entrevistas por telefone com as puérperas após alguns dias da alta constituiu na estratégia mais adequada para a realização das perguntas do bloco pós-alta do T-IHAMC.

Descritores: Estudos de validação, Obstetrícia, maternidade, trabalho de parto, parto.

ABSTRACT

Alonso, BD. **How do we know if maternity services promote a positive childbirth experience for women? Elaboration and validation of an evaluation tool.** [Thesis]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo, 2020.

Introduction: Ensuring universal access to health services does not mean better maternal and neonatal outcomes. Thus, the Mother-Baby Friendly Birthing Facilities (MBFBF) was launched to improve the quality of facility-based care. There is also a growing number of recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience, since many women are still assisted in an interventionist model, as is the case of Brazil. Therefore, validated tools that measure the quality of care provided in Brazilian maternity services, including women's perspectives, are needed. **Aim:** To develop and validate a tool to evaluate the quality of care in maternity services. **Methods:** After using the Maternity Safety Thermometer (MST), it was developed a new tool, the MBFBF thermometer. The content validity was carried out by a committee composed of eight experts, which included a maternity service user representative. In addition to tool changes, interactions with the committee resulted in agreement percentages and content validity indices. Pre-tests were also conducted. To assess the stability of questions about the overall experience of postpartum women with care, the test-retest was performed with an interval of 10 to 15 days, and estimated Fleiss Kappa coefficients, significance levels of 5% and confidence intervals of 95%. **Results:** The TSM identified fundamental aspects of maternal safety, however, the experience of using this tool also showed disadvantages that were taken into consideration when designed MBFBF thermometer. The final version of the MBFBF thermometer included 69 questions distributed in three blocks (booking, admission and discharge). The MBFBF thermometer question blocks, questions, instructions, and format were assessed as appropriate or ideal for content validation. It was also found that women understood the questions properly after the pre-tests. As for stability, the answers to some T-IHAMC questions proved to be more unstable than others over time. In the test-retest comparison, assessments of having privacy during admission and having choices respected by maternity professionals worsened, as well as maternity recommendation for another woman and assessment of the safety of care received. **Conclusions:** Results from the MBFBF thermometer have the potential to support the

discussion about quality of facility-based care, and to provide women's experiences indicators. Despite the high proportion of negative evaluations on aspects that make up the overall experience of women regardless of the moment of application of the tool, conducting telephone interviews with postpartum woman after a few days of maternity discharge was the most appropriate strategy for the discharge question block of MBFBF thermometer.

Key-words: Validation studies, Obstetrics, maternity, labor, childbirth.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	1
1. INTRODUÇÃO.....	3
1.1 GESTAR, PARIR E NASCER: UM PANORAMA ATUAL DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES E AOS BEBÊS NO BRASIL.....	3
1.2 ENFRENTANDO DESAFIOS SOB A PERSPECTIVA DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA	14
1.3 MENSURANDO DESFECHOS A PARTIR DO TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE	17
2. JUSTIFICATIVA	20
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. MÉTODOS.....	27
4.1 TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE	27
4.1.1. Desenho do estudo	27
4.1.2. Local do estudo.....	27
4.1.3. População e amostra do estudo.....	28
4.1.4. Coleta de dados.....	28
4.1.5. Variáveis do estudo.....	29
4.1.6. Análise estatística	30
4.1.7. Questões éticas	31
4.2. TERMÔMETRO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA	32
4.2.1. Desenho do estudo	32
4.2.2. Definição dos objetivos do instrumento e da população-alvo.....	32
4.2.3. Estabelecimento da estrutura conceitual do instrumento	34
4.2.4. Elaboração das questões, das escalas de respostas e dos blocos de questões	35
4.2.5. Avaliação da validade	37
4.2.6. Avaliação da confiabilidade	42
4.2.7. Questões éticas	43
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
5.1. Artigo 1.....	Erro! Indicador não definido.
5.2. Artigo 2	Erro! Indicador não definido.
5.3. Artigo 3.....	Erro! Indicador não definido.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
7. REFERÊNCIAS.....	119
ANEXO 1 - APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO HAMABE (FSP/USP).....	128
ANEXO 2 - APROVAÇÃO ÉTICA DO PROJETO HAMABE (HC-FMRP/USP) ...	129
ANEXO 3 - TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE TRADUZIDO E ADAPTADO PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL (MELO, 2015)	130
ANEXO 4 - APROVAÇÃO ÉTICA DA PRESENTE PESQUISA	131
APÊNDICE 1 - TCLE (PROJETO HAMABE)	132
APÊNDICE 2 - T-IHAMC (VERSÃO FINAL)	134
APÊNDICE 3 - TCLE (VERSÃO PARA OS PROFISSIONAIS)	138
APÊNDICE 4 - TCLE (VERSÃO PARA AS MULHERES).....	140
APÊNDICE 5 - CURRÍCULO LATTES DA AUTORA	142
APÊNDICE 6 - CURRÍCULO LATTES DA ORIENTADORA	143
APÊNDICE 7 - CURRÍCULO LATTES DA CO-ORIENTADORA.....	144

APRESENTAÇÃO

Há quem critique esta seção em uma dissertação ou tese. Eu, particularmente, me afeiçoei às apresentações, uma vez que, é possível conhecer um pouco sobre os autores e os contextos. Em tempos de super valorização dos produtos da pós-graduação (entendam-se: artigos), pouco se diz sobre as trajetórias.

Pois bem, começo minha apresentação dizendo que, aos 19 anos, quando iniciei minha graduação, eu não imaginava o quão longe eu poderia ir. Passei a acreditar que títulos não definem as pessoas como melhores ou piores, mas marcam a caminhada. No meu caso, a graduação me apresentou a parteria, o SUS, o feminismo e as militâncias. Um respiro e, em seguida, o mestrado me deu as boas-vindas ao universo da pesquisa e do ensino (métodos, artigos, qualis CAPES, fator de impacto, programa PAE, etc.). Outro respiro e, em 2016, iniciei o doutorado. A partir daí, “ora o copo esteve meio cheio, ora meio vazio”. De qualquer forma, apesar do carinho por ser obstetritz, descobri outras possibilidades profissionais que me agradaram.

Durante os primeiros dois anos do meu doutorado, pude ser docente temporária no curso de Obstetrícia na EACH/USP. Voltei às origens, mas em outro papel. Com isso, a vontade de ser professora se tornou um caminho sem volta. Será?! Apesar de desafiador e de muitos dias iniciados às três e meia da manhã, foi um tempo de ter esperança, e perceber que o caminho para docência ainda é longo, não linear e incerto. Já nos dois anos finais do doutorado, também tive a oportunidade de ser docente convidada em uma pós-graduação de uma universidade particular, onde me deparei com outros desafios, muito diferentes dos da universidade pública, mas que também me enriqueceram.

Durante o doutorado, também fui pega de surpresa com o pedido de demissão da minha ex-orientadora, uma mulher corajosa que cruzou o oceano buscando novas realizações. Me senti perdida. Mas, no restante do caminho, fui amparada por muitas pessoas generosas que, mesmo com agendas cheias, encontraram algum tempo para me ajudar. O doutorado foi um processo de encaixar as peças do meu quebra-cabeça (algumas ainda estão perdidas). Quase aos 45 minutos do segundo tempo, a escrita desta tese também me mostrou uma das minhas motivações na pesquisa: ouvir as mulheres e, mesmo soando pretensioso, contribuir com a mudança no campo da saúde sexual e reprodutiva de alguma forma.

Graças ao financiamento da CAPES, pude me dedicar ao doutorado. E mais, pude ser aluna visitante no King's College em Londres durante seis meses, uma experiência que impactou de forma positiva minha formação acadêmica. No entanto, assim como outros pós-graduandos, fiquei muito aflita com as incertezas políticas do país, os reflexos na educação e a possibilidade de perder minha bolsa de estudo. Enfim, a elaboração desta tese aconteceu nesse contexto de descobertas, surpresas, desafios e, sobretudo, muito aprendizado.

Para facilitar a leitura, esta tese foi dividida em introdução, justificativa, objetivos, métodos, resultados e discussão, considerações finais, e referências. Atento para o fato de que, na seção dos resultados e discussão, foram apresentados três artigos, assim como prevê o regimento da pós-graduação da FSP/USP desde 2008. O primeiro deles teve o objetivo de avaliar o uso de um instrumento inglês, o Termômetro de Segurança da Maternidade, no contexto brasileiro. A partir desse trabalho e de acordo com as necessidades de outro projeto de pesquisa*, ocorreu a concepção de um instrumento para avaliação da qualidade e da segurança da assistência oferecida às mulheres e aos bebês nas maternidades, o Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC). Esse processo foi abordado nos outros dois artigos.

Especificamente, o segundo artigo trata da elaboração, e da validade de conteúdo e de face (pré-testes do instrumento com puérperas de uma maternidade) do T-IHAMC. Já o terceiro artigo aborda os resultados sobre as experiências das mulheres com o atendimento recebido na maternidade durante internação para o parto e a estabilidade das questões do T-IHAMC que abordam esse assunto. Dois artigos foram submetidos a revistas científicas e o outro será submetido assim que esta tese for defendida. Por isso, devido à propriedade intelectual, esses artigos não constam na versão da tese disponível no banco de teses USP.

Boa leitura!

Bruna

20 de janeiro de 2020

*Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da IHAMC”, cujo nome fantasia é HAMABE (acrônimo de Hospital Amigo da Mãe e do Bebê), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo Nº2015/50498-0).

1. INTRODUÇÃO

1.1 GESTAR, PARIR E NASCER: UM PANORAMA ATUAL DA ASSISTÊNCIA ÀS MULHERES E AOS BEBÊS NO BRASIL

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006 apontou que 94% das mulheres passaram por, pelo menos, uma consulta de pré-natal com um profissional de saúde e 80,9%, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2009a). Apesar de esses indicadores terem melhorado nas últimas três décadas, essas proporções ainda foram menores entre as mulheres residentes em áreas rurais e nas Regiões Norte e Nordeste do país (BARROS, VICTORA E WEHRMEISTER, 2019).

Também de acordo com os dados da PNDS, 81% das brasileiras tiveram, pelo menos, seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2009a), o que foi considerado um progresso quando comparado ao dado de 1996 (BRASIL, 1997). No entanto, as desigualdades regionais persistiram. Isto é, o indicador referente à realização de seis ou mais consultas de pré-natal continuou menor nas áreas rurais e nas Regiões Norte e Nordeste do Brasil (BARROS, VICTORA E WEHRMEISTER, 2019).

Outros estudos também destacaram outras iniquidades com relação à cobertura, ao início e ao número de consultas de pré-natal. De acordo com um deles, cuja amostragem foi representativa do país, em 2011-2012, as menores proporções de cobertura e início precoce do pré-natal estiveram entre as mulheres menos escolarizadas, sem companheiro, com maior número de gestações prévias, que não desejavam engravidar, insatisfeitas com a gestação atual e que tentaram interrompê-la (VIELLAS et al., 2014). Já as mulheres com desfechos negativos em gestações anteriores, adolescentes e pretas iniciaram o pré-natal mais tardiamente e tiveram menos consultas (VIELLAS et al., 2014).

Apesar de a cobertura do pré-natal ser expressiva no Brasil, a adequação da assistência ainda está distante das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez (OMS, 2016) e da Rede Cegonha, programa brasileiro atual de assistência à gestação, ao parto e ao

nascimento (BRASIL, 2011). O inquérito Nascer no Brasil, conduzido entre 2011 e 2012 e que englobou mais de 23 mil mulheres em todo o país, mostrou que a maioria das brasileiras iniciou o pré-natal antes da 12ª semana de gestação (60,6%), completou o número mínimo de seis consultas (73,1%) e foi atendida por médicos (75,6%) (VIELLAS et al., 2014). Outros estudos também demonstraram as mesmas tendências que VIELLAS et al. (2014) (LEAL et al., 2018; VICTORA et al., 2011a).

Ao considerar a completude de exames de rotina e as orientações sobre parto e aleitamento, o mesmo inquérito apontou que menos de 10% das gestantes receberam esse conjunto de recomendações durante o pré-natal (VIELLAS et al., 2014). Verificou-se também que a frequência das orientações sobre sinais de risco foi superior às orientações sobre práticas para facilitar o parto (60,0% *versus* 41,1%, respectivamente) (VIELLAS et al., 2014).

Além de incentivar essas práticas, outra que deveria ser estimulada durante o pré-natal é o plano de parto², um recurso que possibilita que mulheres façam escolhas informadas sobre o que desejam durante a internação para o parto. O plano de parto também é um recurso de educação em saúde durante o pré-natal, que possibilita o diálogo entre mulheres e profissionais, que ajuda com que mulheres tenham ciência dos seus direitos e, até mesmo, as protejam de situações de violência obstétrica (SANTOS et al., 2019; ANDREZZO, 2016). No entanto, mesmo sendo recomendado pela OMS desde 1996 (OMS, 1996) e apoiado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), pouca atenção é dada ao plano de parto, visto que, é um recurso que inverte a hierarquia estabelecida por anos entre profissionais e “pacientes” (SANTOS et al., 2019; ANDREZZO, 2016).

O desejo das mulheres pela cesariana aumentou nos últimos anos, é o que apontou REITER et al. (2018) ao comparar os resultados dos estudos conduzidos antes dos anos 2000 e após 2009. No entanto, essa primeira revisão sistemática com meta-análise sobre a preferência das brasileiras com relação à via de nascimento, que incluiu 28 estudos e mais de 31 mil mulheres, concluiu que a maioria das brasileiras ainda não prefere cesariana ao parto normal (REITER et al., 2018). De acordo com as autoras, ter sido

²SANTOS et al. (2019) definem plano de parto como “um documento, de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez” (p. 2).

submetida à uma cesariana anterior e ter seguro de saúde foram fatores que levaram mais mulheres a quererem a cesárea (REITER et al., 2018).

Mesmo o parto normal sendo a preferência das brasileiras, as cesarianas representaram 55,4% do total de nascimentos em 2016 (BRASIL, 2016). Apesar do discreto decréscimo da proporção de cesáreas nos últimos dois anos (BRASIL, 2016), é reconhecido que a prática dessa cirurgia ainda é excessiva (OCCHI et al., 2018) e, frequentemente, realizada sem indicação clínica (DOMINGUES et al., 2016; RAMIRES et al., 2015).

Apesar de definido nos anos 1990, o comportamento “epidêmico” dos níveis de cesariana ainda é atual (BARROS et al., 1991), sobretudo, com relação ao setor de saúde suplementar. Segundo os dados do inquérito Nascer no Brasil, o setor privado (inclui planos de saúde e desembolso direto) apresentou uma taxa de cesárea de 89,9% (DOMINGUES et al., 2014). Outros estudos também sinalizaram a fonte de financiamento privada como fator predisponente à cesariana (BOERMA et al., 2018; ALONSO et al., 2017).

Embora não haja um consenso sobre qual a proporção ideal ao nível populacional (OMS, 2015; BETRAN et al., 2015), sabe-se que taxas maiores que 10% não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal (YE et al., 2014). Recente revisão apontou que a cesariana está associada a aumento do risco para mortalidade materna e morbidades maternas graves, tais como: hemorragia, necessidade de histerectomia ou transfusão sanguínea, ruptura uterina, complicações associadas à anestesia e/ou sedação, choque, parada cardiorrespiratória, falência renal aguda, necessidade de ventilação mecânica ou intubação, tromboembolismo venoso no pós-parto, infecção puerperal, ruptura da cicatriz cirúrgica ainda durante a internação e hematoma (SANDALL et al., 2018). Além do mais, esses riscos aumentam em gestações e cesáreas futuras (SANDALL et al., 2018).

Já as crianças nascidas por cesariana têm alterações em termos de microbioma, hormônios e epigenética, o que pode implicar em diversos problemas de saúde em diferentes fases da vida (SANDALL et al., 2018). Uso de antibióticos antes e durante a cirurgia, cesáreas eletivas e agendadas antes de 39 semanas também expõem as crianças à alguns riscos (SANDALL et al., 2018). Quando comparadas às crianças nascidas por parto vaginal, aquelas nascidas por cesariana têm mais chances para problemas

respiratórios (asma), cardíacos (aumento da pressão arterial), hepáticos, gastrointestinais (redução da microbiota intestinal), metabólicos (hipoglicemia, adiposidade, diabetes do tipo 1, aumento do índice de massa corpórea) e imunológicos (alergias e atopias) (SANDALL et al., 2018). A persistência desses problemas a longo prazo ainda não foi bem investigada, bem como a associação entre cesariana e desfechos como o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade e o transtorno do espectro do autismo (SANDALL et al., 2018).

Em 2015, a OMS propôs a adoção da classificação de Robson com o objetivo de avaliar, monitorar e comparar as taxas de cesáreas ao longo do tempo em um mesmo hospital e entre diferentes hospitais (OMS, 2015). Adotar essa classificação permite a comparação das taxas de diferentes populações, além de investigar os fatores responsáveis pelo aumento da incidência de cesáreas e elaborar planos para sua redução que sejam mais focados (OMS, 2015). Para realizá-la, são usados dados comumente coletados nos serviços de maternidade, relativos à paridade, ao início do trabalho de parto (se espontâneo, induzido ou cesariana antes do início do trabalho de parto), à idade gestacional, à apresentação fetal e ao número de fetos (OMS, 2015).

Recente publicação apontou que em 2015, no Brasil, os grupos 1 e 2 de Robson³ foram os que mais contribuíram para a taxa global de cesarianas, seguidos do grupo 5 (BOERMA et al., 2018). Com relação as taxas de cesarianas em cada grupo, entre as nulíparas com gestação única e pelo menos 37 semanas de gestação, em trabalho de parto ou não, a taxa de cesarianas foi de 35,4%, de acordo com esse estudo, ao passo que entre as multíparas com feto único, 37 semanas ou mais de gestação e pelo menos uma cicatriz uterina prévia, que conformam o grupo 5 de Robson, a taxa correspondeu a 32,7% de cesarianas (BOERMA et al., 2018). Dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos permitem verificar que a ocorrência de cesarianas nesses grupos permaneceu elevada em 2016 (14,5%, 18,7% e 32,1%, respectivamente) (BRASIL, 2016).

Não apenas histórico e condição obstétrica atual determinam maiores frequências de cesáreas. Autores também apontaram iniquidades com relação à distribuição dessa

³**Grupo 1:** Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, em trabalho de parto espontâneo. **Grupo 2:** Nulíparas com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas, cujo parto é induzido ou que são submetidas à cesariana antes do início do trabalho de parto. **Grupo 5:** Todas as multíparas com pelo menos uma cesárea anterior, com feto único, cefálico, ≥ 37 semanas (OMS, 2015).

cirurgia entre as brasileiras. As proporções de cesariana tenderam a ser maiores entre mulheres com 35 anos ou mais, mais escolarizadas e pertencentes às classes econômicas mais abastadas (BOERMA et al., 2018; ALONSO et al., 2017).

A frase “*Chega de parto violento para vender cesárea*” (DINIZ, 2014), usada pelo movimento de mulheres, oferece outras pistas sobre a assistência ao parto e nascimento no Brasil. Se, por um lado, cesarianas são realizadas excessivamente, por outro lado, a assistência hospitalar ao trabalho de parto e parto vaginal ainda é pautada em intervenções, muitas vezes, precoces, desnecessárias, dolorosas e, potencialmente, iatrogênicas (*too much, too soon*) (MILLER et al., 2016).

Estimou-se que, entre os anos de 2011 e 2012, apenas 5% das brasileiras tiveram partos vaginais espontâneos, ou seja, sem nenhum tipo de intervenção durante o trabalho de parto e parto (LEAL et al., 2014). Essa proporção foi ainda menor entre as primíparas (3,2%) (LEAL et al., 2014). Dados como esses revelam que a assistência brasileira ainda é pautada pelo excesso de práticas de rotina, resistente às diretrizes baseadas em evidências científicas e pouco sensível a aspectos psicossociais (DINIZ et al., 2018).

Punção venosa periférica, infusão de ocitocina e realização de amniotomia para acelerar o trabalho de parto, posição litotômica para o parto, manobra de Kristeller, e episiotomia foram frequentes até mesmo entre as mulheres de risco habitual (respectivamente: 73,8%, 38,2%, 40,7%, 91,7%, 37,3% e 56,1%) (LEAL et al., 2014). Intervenções como essas tendem ao efeito cascata, isto é, recorrer a uma intervenção durante o parto pode gerar problemas que, por sua vez, serão manejados com uma nova intervenção (DINIZ E CHACHAM, 2006). Além disso, nem sempre são justificáveis segundo evidências científicas robustas, e ainda expõem mulheres e bebês a desfechos físicos adversos e experiências negativas.

Exemplo disso é o uso da ocitocina tanto para induzir quanto para acelerar o parto. Estudo transversal inserido em uma coorte de nascimentos evidenciou que a prescrição e o uso de medicamentos durante a internação são elevados, sendo a ocitocina uma das drogas mais utilizadas (SILVEIRA et al., 2019b). A infusão endovenosa da ocitocina pode estar associada a desfechos maternos e perinatais adversos, tais como: hiperestimulação uterina, iminência ou rotura uterina, lacerações perineais mais graves, necessidade de analgesia, necessidade de cesariana intraparto, mecônio em líquido amniótico, asfixia perinatal e mudanças do comportamento do neonato (menos atento,

menos estimulado à sucção, etc.) (SACCONE et al., 2019; BOIE et al., 2018; TUNESTVEIT et al., 2018; PHANEUF et al., 2000). Outro estudo também apontou que o uso da ocitocina durante o trabalho de parto é um fator de risco independente para hemorragia pós-parto severa (BELGHITI et al., 2011). Além do mais, de acordo com DINIZ (2005), a dor do parto torna-se em grande medida iatrogênica, isto é, ela é amplificada quando se faz uso da ocitocina ou outras intervenções rotineiras.

A adesão às boas práticas durante a assistência ao trabalho de parto e parto ainda não é tão frequente no contexto brasileiro. Embora tenham sido encontradas maiores frequências de boas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), o inquérito Nascer no Brasil mostrou que, entre as mulheres de risco habitual, apenas 25,6% se alimentaram durante o trabalho de parto, 28,0% usaram recursos não farmacológicos de alívio da dor e 46,3% se movimentaram durante o primeiro estágio do trabalho de parto (LEAL et al., 2014).

Há tempos os estudos descrevem os benefícios da adoção de boas práticas durante os estágios do parto. Recente compilado de recomendações da OMS coroou esses resultados, uma vez que, reforçou a importância das boas práticas para a promoção de melhores desfechos maternos e neonatais, o que também inclui promover melhores experiências às mulheres, bebês e famílias com relação ao parto (OMS, 2018).

Tratando desse assunto, no Brasil, a experiência do parto e nascimento também é permeada por violência obstétrica, termo cunhado pelo movimento de mulheres (DINIZ et al., 2015) e que engloba situações classificadas por BOWSER E HILL (2010) como: abuso físico; cuidado não consentido, não confidencial e não digno (inclui abuso verbal); discriminação de acordo com atributos da mulher; abandono e abuso financeiro (inclui retenção da mulher e bebê no hospital).

Pesquisa nacional de opinião pública, conduzida em 2010, mostrou que 25% das brasileiras entrevistadas sofreram alguma violência durante o atendimento ao parto (VENTURI E GODINHO, 2010). As entrevistadas relataram situações como: o profissional fez um exame de toque vaginal doloroso, negou ou deixou de oferecer algum método de alívio da dor, gritou com elas, não as informou sobre algum procedimento que estava fazendo, negou atendimento, xingou ou humilhou as parturientes (VENTURI E GODINHO, 2010). Além disso, as entrevistadas relataram terem ouvido, durante o atendimento, frases do tipo: “*Não chora não que ano que vem você está aqui de novo*”,

“Na hora de fazer não chorou/não chamou a mamãe, por que está chorando agora?”, *“Se gritar eu paro agora o que estou fazendo, não vou te atender”* e *“Se ficar gritando vai fazer mal pro seu neném, seu neném vai nascer surdo”* (VENTURI E GODINHO, 2010).

Condições sociais e econômicas, como cor da pele, renda, escolaridade e idade, muitas vezes determinam o tratamento que as brasileiras recebem nas maternidades. Resultados do inquérito Nascir no Brasil mostraram que a quantidade de mulheres que relatou alguma violência verbal, psicológica ou física foi maior entre as pardas ou pretas, pertencentes às classes econômicas D e E, menos escolarizadas, e com idade entre 20 e 34 anos (D’ORSI et al., 2014). Em contrapartida, os percentuais de mulheres que se sentiram respeitadas pelos profissionais e tiveram a privacidade garantida durante o trabalho de parto e parto foram maiores entre as brancas, pertencentes às classes econômicas A e B, mais escolarizadas, e com idade igual ou superior a 35 anos (D’ORSI et al., 2014).

Segundo D’ORSI e colaboradores (2014), essas desigualdades foram minimizadas nos casos em que, de forma parcial ou integral, a presença do acompanhante foi garantida às mulheres. O estudo também apontou que mulheres que tiveram acompanhante em todos os momentos da internação foram protegidas de qualquer tipo de violência e mais, garantiram respeito dos profissionais e privacidade durante o trabalho de parto e parto (D’ORSI et al., 2014).

Além disso, revisões sistemáticas sobre acompanhante concluíram que promover às mulheres apoio contínuo durante o parto esteve associado a melhores desfechos maternos e neonatais, tais como: menor duração do trabalho de parto, aumento de chances para o parto vaginal espontâneo e menores chances para cesariana, parto instrumental, analgesia intraparto, escore de Apgar baixo no 5º minuto e experiências negativas (BOHREN et al., 2019a; BOHREN et al., 2017).

Embora a lei federal (nº. 11.108/2005) disponha a toda brasileira, desde 2005, o direito a um acompanhante de escolha dela (BRASIL, 2015), entre 2011 e 2012, apenas 18,8% das mulheres referiram a presença de um acompanhante durante toda a internação para o parto, enquanto em 24,5% dos casos esse direito não foi assegurado e, em 75,5%, apenas de forma parcial (DINIZ et al., 2014). Entre as mulheres que tiveram

acompanhante durante toda ou parte da internação, 92,8% dos casos foram referidos como pessoa de escolha das mulheres (DINIZ et al., 2014).

Ser preta ou parda, pertencer às classes mais pobres e ser menos escolarizada foram os recortes sociais associados às maiores frequências de ausência de acompanhante durante toda a internação para o parto (DINIZ et al., 2014). Mulheres multíparas, que tiveram um parto vaginal e foram assistidas em maternidades SUS também foram menos privilegiadas com relação à presença de acompanhante (DINIZ et al., 2014). A diferença com relação à macrorregião do país também foi apontada por DINIZ e colaboradores (2014) como fator influenciador, sendo o Centro-Oeste a macrorregião do país com maiores chances para as mulheres não terem acompanhante durante a internação para o parto.

Série de artigos sobre a saúde da população brasileira apontou, a despeito dos desafios, melhorias de determinantes sociais em saúde nos últimos anos (VICTORA et al., 2011b). Muito disso se deve ao SUS e seus programas (como a Estratégia da Saúde da Família), e a outras políticas, tais como a de transferência condicional de renda (Bolsa Família) (VICTORA et al., 2011b). Artigo específico sobre a situação da saúde materna e da criança destacou os avanços com relação à cobertura e ao acesso à assistência pré-natal e nascimento (VICTORA et al., 2011a), situação que se manteve à análise de dados entre os anos de 1990 e 2015 (LEAL et al., 2018). A cobertura hospitalar ao nascimento é expressiva no país. O dado consolidado mais recente apontou que, em 2016, 98% dos nascimentos ocorreram em hospitais e, portanto, foram assistidos por profissionais qualificados (BRASIL, 2016).

No entanto, isso não tem implicado em indicadores maternos e neonatais favoráveis, sobretudo na análise das taxas de mortalidade e *near miss*. Isso constitui o que DINIZ (2009) denominou como “paradoxo ao redor do parto”, que é definido pelo aumento das chances de desfechos negativos pela falta de tecnologia adequada ou pelo excesso de tecnologia inapropriada.

Diante da elevada taxa de cesarianas no Brasil, um estudo caso-controle foi realizado com o objetivo de investigar o risco de mortalidade materna de acordo com a via de nascimento (ESTEVES-PEREIRA et al., 2016). Devido à cobertura e à qualidade do dado do Sistema de Informação sobre Mortalidade e à atuação dos Comitês de Mortalidade Materna, os casos e os controles foram provenientes de sete Estados (Espírito

Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul) e do Distrito Federal (ESTEVEZ-PEREIRA et al., 2016). Após ajuste para fatores confundidores, o risco de mortalidade materna pós-parto foi quase três vezes maior entre as mulheres submetidas à cesariana (ESTEVEZ-PEREIRA et al., 2016). Hemorragia pós-cesárea e complicações da anestesia foram as causas mais comuns dos óbitos maternos (ESTEVEZ-PEREIRA et al., 2016). Cesarianas também representaram maior risco para mortalidade materna em revisão sistemática com meta-análise. Nos países de média e baixa renda, o risco de mortalidade materna foi de 7,6 óbitos a cada 1.000 cesáreas (SOBHY et al., 2019). Apesar do exposto, o país parece seguir na contramão. Recentemente, no Estado de São Paulo, foi sancionado um projeto de lei (nº. 435/2019) que garante às mulheres optarem pela cesariana no SUS, a partir de 39 semanas de gestação, ainda que não haja indicação clínica (BRASIL, 2019).

Apesar da redução de 43% dos óbitos maternos entre os anos de 1990 e 2015, o país não atingiu a quinta meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), ou seja, não reduziu a taxa de mortalidade materna em 75% (WHO, 2015). Em 2015, a taxa brasileira foi de 44 óbitos a cada 100.000 nascidos vivos (WHO, 2015), proporção elevada na comparação com as taxas de países de renda elevada no mesmo ano (em torno de 12 óbitos maternos a cada 100.000 nascidos vivos) (ALKEMA et al., 2016). Esse compromisso foi renovado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e, até 2035, espera-se que a taxa de mortalidade materna se reduza em dois terços e as disparidades em saúde sejam eliminadas ou ao menos reduzidas (SOUZA, 2015).

De acordo com o dado nacional consolidado mais recente, em 2017, houve mais de 1.716 mortes maternas⁴ (BRASIL, 2017). Dessas, 1.167 foram devido a causas obstétricas diretas⁵, 489 decorrentes de causas obstétricas indiretas⁶ e 60 casos sem causa obstétrica especificada (BRASIL, 2017). As causas mais comuns foram: síndromes

⁴“Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez. É causada por qualquer fator relacionado ou agravado pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais.” (BRASIL, 2009b, p.12)

⁵“Morte materna obstétrica direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.” (BRASIL, 2009b, p.12)

⁶“Morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.” (BRASIL, 2009b, p.12)

hipertensivas (332 casos), hemorragia (229 casos), infecção (86 casos) e aborto (68 casos) (BRASIL, 2017).

Outro dado muito sensível à qualidade da assistência refere-se ao *near miss* materno⁷. De acordo com o inquérito Nascer no Brasil, a incidência do *near miss* materno no parto e pós-parto foi de 10,2 casos a cada 1.000 nascidos vivos (DIAS et al., 2014). Os autores pontuaram a subestimação desse dado, uma vez que, não foram incluídos abortamentos, complicações ocorridas no puerpério após a alta hospitalar, partos domiciliares e partos em hospitais com menos de 500 nascimentos por ano (DIAS et al., 2014). DIAS et al. (2014) também encontraram maiores incidências de *near miss* materno entre as mulheres que tiveram o trabalho de parto induzido (8,6 casos a cada 1.000 nascidos vivos), parto à fórceps (40,7 casos a cada 1.000 nascidos vivos) e cesariana sem trabalho de parto (18 casos a cada 1.000 nascidos vivos). Com base no mesmo inquérito, DOMINGUES et al. (2016) mostraram que, no Brasil, não fazer o pré-natal, ter complicações durante a gravidez, peregrinar para encontrar hospital para atendimento ao parto e via de nascimento (fórceps e cesárea) foram fatores associados ao *near miss* materno.

A discriminação também está expressa ao identificar o perfil das brasileiras que mais morrem ou são acometidas por morbidades graves em decorrência da gestação, do parto ou do puerpério. Estudos apontaram que a morte e o *near miss* materno atingem de forma desigual as mulheres. Menor renda, baixa escolaridade, cor da pele negra foram condições associadas a maiores taxas de mortalidade materna (MARTINS et al., 2017; DINIZ, D'OLIVEIRA E LANSKY, 2012; MARTIN, 2006).

Se, por um lado, o Brasil não foi bem-sucedido na redução da taxa de mortalidade materna conforme a quinta meta dos ODM, por outro lado, o país atingiu o objetivo de reduzir em 2/3 a mortalidade infantil⁸ entre os anos de 1990 e 2015 (LEAL et al., 2018). No entanto, o componente neonatal⁹ da mortalidade infantil ainda é elevado (LEAL et al.,

⁷*Near miss* é definido como uma mulher que quase morreu, mas sobreviveu à complicação que ocorreu durante a gravidez, parto ou até 42 dias após o fim da gestação (SAY, SOUZA E PATTINSON, 2009).

⁸Mortalidade infantil é aquela que ocorre entre 0 e 364 dias após o nascimento (FRANÇA E LANSKY, 2009).

⁹Mortalidade neonatal é aquela que ocorre entre 0 e 28 dias após o nascimento (FRANÇA E LANSKY, 2009).

2018). De acordo com relatório recente, a taxa de mortalidade neonatal foi de nove óbitos a cada 1.000 nascidos vivos em 2017 (UNICEF et al., 2018).

Esse indicador é fortemente influenciado pela prematuridade (< 37 semanas), sobretudo, pela prematuridade iatrogênica, ou seja, bebês que tiveram seus nascimentos antecipados sem uma indicação clínica (BARROS et al., 2018; LEAL et al., 2018). Segundo o inquérito Nascer no Brasil, entre 2011 e 2012, a frequência de mortes neonatais foi maior entre bebês prematuros (81,7%) (LANSKY et al., 2014). Esse mesmo inquérito também encontrou frequência elevada de óbitos entre bebês nascidos por cesariana (56,7%) e uma expressiva parcela de óbitos neonatais (21,5%) decorrentes de partos vaginais com práticas não recomendadas, tais como a manobra de Kristeller (LANSKY et al., 2014).

Assim como em outros países, no Brasil, existe uma tendência denominada desvio à esquerda de distribuição da idade gestacional (DINIZ et al., 2016; RASPANTINI et al., 2016). Isto é, a frequência de bebês pré-termos tardios (34 semanas a 36 semanas e 6 dias) e termos precoce (37 semanas a 37 semanas e 6 dias) está aumentando. Estudo recente estimou que há um excesso de 354 mil nascimentos de bebês pré-termos e termos precoce a cada ano no Brasil (BARROS et al., 2018). De acordo com dados nacionais, em 2015, as prevalências de pré-termos e termos precoce foram de 10,1% e 29,8%, respectivamente (BARROS et al., 2018).

Além do mais, o desvio à esquerda de distribuição da idade gestacional é acentuado entre as mulheres mais ricas, escolarizadas e assistidas no setor privado de saúde (DINIZ et al., 2016; RASPANTINI et al., 2016). Estudo que avaliou dados da Região Sudeste do país apontou que os bebês de mulheres com melhores condições socioeconômicas tiveram, pelo menos, uma semana intra-útero a menos em comparação as demais mulheres e, em grande parte, nascidos via cesariana (DINIZ et al., 2016). Tradicionalmente, mulheres com melhores condições socioeconômicas tendem a ter melhores desfechos (DINIZ et al., 2016). No entanto, quando se trata de idade gestacional ao nascer, ocorre uma inversão da disparidade esperada e mulheres com esse recorte social tendem a ter bebês pré-termos e de baixo peso (< 2.500 gramas) (DINIZ et al., 2016).

Por fim, tratando dos bebês que driblam esse cenário, e nascem a termo e saudáveis, nota-se que há chances consideráveis de eles não serem bem recebidos ao

nascer. Estudo sobre o cuidado oferecido nas maternidades a mais de 18 mil neonatos apontou que bebês, mesmo os de termo e saudáveis, estiveram expostos a intervenções desnecessárias ou inadequadas, como o uso de oxigênio inalatório (9,5%), a aspiração de vias aéreas e gástrica (71,1% e 39,7%, respectivamente), e o uso de incubadora (8,8%) (MOREIRA et al., 2014).

Frente a esse cenário, a frase de LEAL e GAMA (2014) – “*Nascer no Brasil não tem sido uma experiência natural nem para pobres nem para ricos*” (p. 55) – ainda é uma constatação atual no país. No entanto, nos últimos anos, muitos esforços importantes têm ocorrido com a intenção de oferecer um cuidado de qualidade e seguro¹⁰, bem como uma assistência que promove experiências positivas com relação ao parto e nascimento às mulheres, aos bebês e às famílias. Alguns desses esforços serão tratados a seguir.

1.2 ENFRENTANDO DESAFIOS SOB A PERSPECTIVA DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA

Algumas iniciativas internacionais despontaram entre os anos de 1990 e 2000 para transformar esse panorama da assistência ao parto e nascimento excessivamente medicalizado e pouco baseado em evidências científicas. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança, com o critério cuidado amigo da mulher (UNICEF, 2008), *Mother-friendly Childbirth Initiative* (CIMS, 2015), *International Mother-Baby Childbirth Initiative* (IMBCO, 2008) e *International Childbirth Initiative* (FIGO et al., 2018) constituem exemplos disso. Apesar das diferenças, o ponto em comum entre essas iniciativas é que todas buscam por um modelo de qualificação da assistência nas maternidades (NIY, 2018). Dado que, mesmo o parto sendo institucionalizado e assistido por profissionais treinados, países como o Brasil ainda têm dificuldade em reduzir a taxa de mortalidade materna e garantir mulheres e bebês mais saudáveis tanto do ponto de vista físico como emocional (NIY, 2018; DINIZ, 2009).

¹⁰No campo da segurança e da qualidade, destaca-se também o documento elaborado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre segurança em atenção materna e neonatal, que visa o fortalecimento dos serviços de saúde onde essa assistência se realiza. Um dos intuitos desse documento é apoiar a construção de sistemas de segurança da paciente nos serviços e, dessa forma, segundo a agência: “*reduzir erros e danos inerentes ao processo assistencial*” (ANVISA, 2014, p. 8).

Para realizar o enfrentamento desse problema nas maternidades, em 2015, foi lançada a *Mother-Baby Friendly Birthing Facilities* (traduzida como 'Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança' – IHAMC), resultado da parceria da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) com a OMS, a Aliança do Laço Branco, a Confederação Internacional de Obstetizes e a Associação Internacional de Pediatria (FIGO, 2015).

Em compasso com os acordos internacionais relativos aos direitos humanos, sobretudo os Direitos Universais das Mulheres Grávidas¹¹ (WHITE RIBBON ALLIANCE, 2011), a IHAMC foi estruturada como uma proposta de acreditação que visa a melhoria da qualidade da atenção ao parto e seus desfechos no âmbito das maternidades (FIGO, 2015). Dessa forma, foram propostos dez critérios de avaliação e respectivos indicadores (Quadro 1). No entanto, cabe ressaltar que a IHAMC não previu o uso de um instrumento validado específico que sintetizasse informações relevantes e relacionadas à IHAMC.

Quadro 1: Resumo dos critérios e indicadores de acordo com a IHAMC.

Crítérios	Indicadores
1) Oferecer a todas mulheres a oportunidade de se alimentar, hidratar e movimentar durante a primeira fase do trabalho de parto, além de permitir que elas assumam posições confortáveis e de escolha delas durante o segundo e terceiro estágio do parto, ao menos que exista uma contraindicação	<ul style="list-style-type: none"> - Política escrita e implementada - Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes - Observação no serviço
2) Ter políticas claras e não discriminatórias, diretrizes para o tratamento e cuidado de mulheres HIV positivas e seus recém-nascidos, políticas de aconselhamento e promoção do planejamento familiar, e serviços empáticos às adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Adoção de diretrizes nacionais sobre prevenção e tratamento de HIV na gravidez, prevenção de transmissão vertical e tratamento precoce de recém-nascidos HIV-positivos - Políticas escritas sobre tratamento respeitoso a todas as mulheres, independentemente de delas serem HIV-positivas

¹¹A *White Ribbon Alliance* (traduzida como 'Aliança do Laço Branco') – organização não partidária, sem fins lucrativos e não governamental que visa melhorias em saúde materna e perinatal em todo o mundo – propôs sete direitos fundamentais, são eles: receber cuidado livre de danos e de maus-tratos; ter direito à informação, consentimento informado e recusa, bem como, ser respeitada quanto às escolhas e preferências; confidencialidade e privacidade; receber atenção digna e respeitosa; receber cuidado com igualdade e livre de discriminação; receber assistência em tempo oportuno e adequada; ter liberdade e autonomia (WHITE RIBBON ALLIANCE, 2011).

	<ul style="list-style-type: none"> - Testes para HIV de mulheres e recém-nascidos não devem ser compulsórios - Pôsteres com informações gráficas sobre essa política visíveis às mulheres e acompanhantes - Políticas escritas sobre planejamento familiar e serviços empáticos às adolescentes
3) Cuidado com privacidade durante o trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> - Observação do serviço (se há cortinas ou biombo em quartos compartilhados) - Esforços de manter mulher e bebê juntos durante todo o tempo
4) Permitir a presença de, ao menos, um acompanhante de escolha da mulher durante todo o trabalho de parto e parto	<ul style="list-style-type: none"> - Política escrita e implementada - Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes - Política escrita que indica que parteiras tradicionais são bem-vindas à instituição
5) Promover cuidado culturalmente competente que respeite os costumes, as práticas não danosas e os valores individuais ao entorno do parto, o que também se aplica àquelas mulheres que vivenciaram uma perda perinatal	<ul style="list-style-type: none"> - Política escrita e implementada - Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes
6) Não permitir que as mulheres e seus familiares sofram abusos físico, verbal, emocional ou financeiro durante o trabalho de parto, parto e pós-parto	<ul style="list-style-type: none"> - Política escrita e implementada - Dispor do quadro sobre os direitos humanos na instituição
7) Garantir que os custos gerados pela assistência sejam acessíveis, transparentes e compatíveis com diretrizes nacionais. As famílias deverão ser informadas sobre quais taxas podem ser antecipadas, as condições de pagamento e cobranças adicionais em casos de complicações. As instituições de saúde não podem deter mãe ou bebê, e são proibidas de recusar cuidado na falta de pagamento.	<ul style="list-style-type: none"> - Custos transparentes e de acordo com diretrizes nacionais - Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes
8) Não usar, rotineiramente, práticas ou procedimentos que não são baseados em evidências científicas, diretrizes internacionais e planos de ação, tais como episiotomia de rotina, indução do trabalho de parto ou separação mulher-bebê, etc. O atendimento deve prever tudo o que for necessário para reanimação neonatal ou materna, minimizar os riscos de infecção, reconhecer e manejar emergências materna e neonatal, e ter planos de transferência em caso de necessidade.	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções baseadas em evidências científicas - Presença constante de, pelo menos, um profissional treinado em reanimação neonatal e recurso humano, e de material disponível aos recém-nascidos prematuros - Taxas disponíveis sobre cada intervenção
9) Educar, aconselhar e encorajar os profissionais para que eles promovam métodos de alívio da dor não-farmacológico e farmacológico quando necessário	<ul style="list-style-type: none"> - Treinamento da equipe com relação aos métodos não farmacológicos e farmacológicos de alívio da dor

	- Protocolo sobre a prática e conhecimento desse conteúdo pelos profissionais
	- Observação do serviço
10) Promover contato pele-a-pele entre mulher e bebê imediatamente após o nascimento, oferecer suporte ativo às mulheres para que elas mantenham a amamentação exclusiva, e promover cuidado apropriado e combinado entre mulher e bebê	- Contato pele a pele e amamentação
	- Alojamento conjunto
	- Pôsteres, material informativo e engajamento da comunidade para informar sobre a política às mulheres e acompanhantes
	- Observação do serviço

Fonte: NIY (2018); FIGO (2015).

1.3 MENSURANDO DESFECHOS A PARTIR DO TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE

Em 2011, o Sistema Nacional de Saúde inglês (NHS) elaborou o Termômetro de Segurança (TS), um instrumento que possibilita a melhoria da qualidade no cuidado e a redução dos custos a partir da prevenção de danos resultantes da assistência à indivíduos de diversas idades e de diferentes áreas do cuidado. Os esforços foram direcionados aos problemas de saúde alarmantes à realidade inglesa e mais custosos para a saúde do idoso e de doentes crônico-degenerativos, tais como: úlceras de pressão, quedas, infecção do trato urinário em pacientes sondados e tromboembolismo (POWER et al., 2014; POWER, STEWART E BROTHERTON, 2012). Há também outras versões do TS que foram estruturadas, como a da medicação, saúde mental e criança e adolescente¹².

O TS indica a prevalência instantânea dos danos em saúde, sendo possível identificar a quantidade de danos resultantes da assistência, os danos mais frequentes em uma instituição e o número de pacientes que foram beneficiados de um cuidado livre de danos (*harm free care*). A isso, é acrescido o fato de que o TS despende, uma vez ao mês, pouco tempo para o seu preenchimento. Por fim, esses dados são inseridos em um sistema *on-line* pelos serviços e os gráficos finais são publicados no prazo de até sete dias (POWER et al., 2014; POWER, STEWART E BROTHERTON, 2012).

¹²Versões do TS disponíveis em: <<https://www.safetythermometer.nhs.uk/>>. Acesso em 02/09/19.

Entre os anos de 2012 e 2014, o Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM) foi elaborado para avaliar o cuidado oferecido nas maternidades do NHS. O objetivo foi promover às mulheres uma experiência de parto segura em termos físico e psíquico, sobretudo a partir da prevenção de problemas evitáveis. Por isso, rastreia danos físicos graves, como: lacerações de 3º e 4º graus, hemorragia pós-parto ≥ 1.000 ml; infecção puerperal; e desfechos neonatais adversos, como bebês a termo com Apgar ≤ 6 no 5º minuto de vida e transferência inesperada de bebês a termo para unidade de cuidados intensivos. Como parte do TSM, também é considerado se a mulher foi deixada sozinha em algum momento em que estava se sentindo preocupada e se ela não foi não levada à sério pelos profissionais da maternidade quando expressou preocupação (NHS, 2016).

O TSM é um instrumento curto (20 questões) que se baseia em registros de prontuário, relatório de alta e relato da puérpera durante uma entrevista ainda na maternidade. O TSM também é aplicado uma vez ao mês e inclui todas as mulheres assistidas pela maternidade naquela ocasião. Os dados são coletados na maternidade pela equipe de enfermagem e as informações sobre possíveis infecções ocorridas até dez dias após o parto são coletadas pela obstetrix comunitária durante visita domiciliar ou na clínica comunitária (NHS, 2016).

Há poucas publicações científicas sobre o TSM. Uma delas é sobre a tradução e adaptação transcultural do instrumento para o português do Brasil, cujo resultado apontou a adequação do TSM ao nosso idioma (MELO, 2015). Outra experiência diz respeito à análise secundária dos dados do banco do inquérito Nascer no Brasil com o objetivo de responder as perguntas do TSM. Foi apontado que apenas 2% das mulheres assistidas em hospitais da Região Sudeste do país se beneficiaram de um cuidado livre de danos. Esse mesmo estudo também sinalizou problemas como a falta de qualidade no registro dos dados sobre hemorragia e infecção pós-parto (SALGADO et al., 2019).

Nota-se que o TSM é um dispositivo inovador por conta da sua simplicidade e a rapidez com que expõe os indicadores relativos ao cuidado oferecido às mulheres e aos neonatos. Além disso, como indica AGUIAR (2016):

No Brasil, um instrumento como o Termômetro de Segurança pode regular o uso indiscriminado das intervenções que resultam em danos, bem como pode trazer melhorias para os nossos indicadores maternos e perinatais, incluindo os indicadores de satisfação. (AGUIAR, 2016, p. 281)

A inovação também está representada quando o TSM desnaturaliza ou visibiliza morbidades incorporadas como inevitáveis, e trata a segurança na perspectiva mulher-bebê e segundo a percepção da mulher com relação ao cuidado recebido (SALGADO et al., 2019; SALGADO, 2017).

Por fim, o TSM e as demais versões do TS são bons exemplos para a compreensão da importância dos instrumentos validados, ainda mais quando inseridos em um programa de saúde (no caso, Programa de Qualidade, Inovação, Produtividade e Prevenção do NHS). Isto é, esses instrumentos medem o que se propuseram a mensurar (DEVELLIS, 2017; KIMBERLIN E WINTERSTEIN, 2008). Dessa forma, auxiliam na melhor compreensão de fenômenos em saúde e no reconhecimento das lacunas da assistência. Por serem instrumentos validados, os resultados derivados desses instrumentos também têm legitimidade e credibilidade para suportar decisões dos gestores, e destinar de forma adequada o capital humano e os recursos financeiros em uma instituição (BOHREN et al., 2019b; BRIZUELA et al., 2019; DEVELLIS, 2017; COLUCI, ALEXANDRE, MILANI, 2015).

2. JUSTIFICATIVA

Este estudo é parte da pesquisa intitulada “Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da IHAMC”, cujo nome fantasia é HAMABE, acrônimo de Hospital Amigo da Mãe e do Bebê¹³.

O projeto HAMABE adotou o desenho quase-experimental, do tipo “antes” e “depois”, com métodos mistos. A metodologia do “Laboratório de Mudança” (LM) foi transversal às atividades do projeto e, para emplacar e sustentar mudanças, considera as seguintes ações de aprendizagem expansiva: 1) questionamento, 2) análise histórica e empírica atual, 3) modelagem da causa sistêmica de problemas e a nova solução, 4) exame do novo modelo, 5) implementação do novo modelo, 6) reflexão sobre o processo e 7) consolidação da nova prática (VIRKKUNEN E NEWNHAM, 2015; VIRKKUNEN et al., 2014) (Figura 2).

Figura 2: Ações de aprendizagem expansiva no processo do Laboratório de Mudança extraído de VIRKKUNEN E NEWNHAM (2015).

¹³O projeto HAMABE aconteceu entre os anos de 2016 e 2019, foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo N°2015/50498-0) e aprovado pelos comitês de ética em pesquisa da Faculdade de Saúde Pública (FSP)/USP e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFM-RP)/USP (CAAE 56958716.0.1001.5421) (Anexo 1 e 2).

Foram utilizados como campos de pesquisa duas maternidades-escola do SUS, uma no município de São Paulo/SP e outra em Ribeirão Preto/SP. Neste trabalho, as menções serão apenas ao campo paulistano. Outros detalhes sobre o projeto HAMABE podem ser consultados em DINIZ (2019) e NIY (2018).

Apesar de a IHAMC não prever o uso de um instrumento em específico, considerou-se que um questionário promoveria a sistematização da maioria dos critérios da iniciativa. Com isso, seria possível mensurar o quanto as maternidades são “amigas” das mulheres e das crianças, entender e identificar falhas, e promover mudanças (BOHREN et al., 2019b; BRIZUELA et al., 2019; DEVELLIS, 2017; COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015). A necessidade de um instrumento que avaliasse a qualidade da assistência oferecida na maternidade e como o cuidado é experienciado pelas mulheres também foi reforçada durante as observações participantes na maternidade-escola¹⁴ e os encontros do comitê assessor do projeto HAMABE¹⁵.

A aposta era de que o TSM traduzido e adaptado transculturalmente para o português do Brasil (MELO, 2015) respondesse a esses critérios. Apesar das inovações representadas pelo instrumento, estudos apontaram que o TSM não expressa de maneira adequada os problemas brasileiros sobre parto e nascimento, uma vez que, foi elaborado à luz do contexto inglês de saúde materna. Considerou-se que as questões que compõem o instrumento e a periodicidade com que ele é aplicado não retratam e até invisibilizam problemas em serviços com níveis abusivos de intervenções, como é o caso da maioria das maternidades brasileiras (ARTIGO 1¹⁶; BERNARDES E AGUIAR, 2018; MOTTA, COSTA E AGUIAR, 2019).

¹⁴O objetivo das observações participantes incluiu a descrição das cenas, das regras e dos atores envolvidos (OLIVEIRA, 1996; FOOTE-WHYTE, 1990). Oito observadoras treinadas foram distribuídas pelos setores da maternidade durante novembro e dezembro de 2016, em horários e dias da semana diferentes. Foram totalizados cerca de 300 horas de observações que resultaram em um extenso compilado dos registros em diários de campo feitos por todas as observadoras.

¹⁵O comitê assessor foi composto por representantes da organização social que gere a maternidade, representantes das gerências técnicas, profissionais que oferecem assistência direta, usuárias da maternidade e equipe que coordena a pesquisa. A principal finalidade dos encontros desse grupo foi a promoção da sustentabilidade e do senso de propriedade do processo de mudança institucional, com envolvimento em todas as etapas de aprendizagem expansiva do LM (Figura 2).

¹⁶Artigo 1 apresentado na seção “5. RESULTADOS E DISCUSSÃO” desta tese.

Dessa forma, se deu a elaboração de um instrumento novo, o Termômetro da IHAMC (T-IHAMC), que fez parte do conjunto de soluções propostas pelo projeto HAMABE, com a finalidade de seguimento dos indicadores quantitativos a partir do quarto passo da aprendizagem expansiva do LM (DINIZ, 2019) (Figura 2).

Além do contexto da IHAMC, defende-se que:

Os novos conhecimentos, conceitos e indicadores devem levar em conta que, na atual conjuntura mais do que nunca, a afirmação dos direitos das mulheres se constitui como o principal motor da inovação e da mudança, no conhecimento como nas práticas de saúde materna. (DINIZ, 2017, p. 9)

Basear-se na perspectiva de que a experiência da mulher com relação ao cuidado recebido na maternidade expressa uma parcela do que é compreendido por qualidade da assistência é um exemplo disso (OMS, 2018; OMS, 2016). Alinhado a isso, recentemente, a OMS publicou uma série de recomendações em compasso com uma abordagem mais centrada na mulher e baseada em direitos cujo objetivo é estimular a promoção de uma experiência positiva no parto (OMS, 2018). Entende-se que, além de prevenir a mortalidade e a morbidade materna e neonatal, essas recomendações otimizam outros desfechos em saúde materna e neonatal, e promovem o bem-estar das mulheres e de seus bebês (OMS, 2018).

E o que as mulheres têm nomeado como experiência positiva? Segundo revisão sistemática de estudos qualitativos, as mulheres compreendem como experiência positiva quando as expectativas pessoais são atingidas ou excedidas e que, para isso, usam de suas próprias capacidades para parir um bebê saudável, esperam estar em um ambiente seguro, apoiadas por um acompanhante, assistidas por profissionais gentis, sensíveis e competentes e, em caso de intercorrência, desejam estar envolvidas nas tomadas de decisões (DOWNE et al., 2018).

PEREDA-GOIKOETXEA e colaboradoras (2019) sintetizaram, em um modelo de hélice, fatores que propiciaram uma experiência positiva no parto hospitalar. Segundo as autoras, a experiência do parto (*birth experience*) e as percepções sobre o hospital (*perceptions of the hospital*) são individuais a cada mulher. No entanto, são influenciadas pelo contexto cultural (*culture*) e pela sociedade (*society*). O estudo identificou quatro componentes comuns aos relatos das mulheres a respeito das necessidades prioritárias (*woman priority needs*), que foram representados por quatro hélices (Figura 1).

Figura 1: Necessidades prioritárias das mulheres para uma experiência positiva no parto hospitalar representadas em um modelo de hélice (PEREDA-GOIKOETXEA et al., 2019).

A primeira necessidade relatada pelas mulheres, que propiciou uma experiência positiva no parto, incluiu aspectos da relação entre a mulher e o profissional (*professional care*), ou seja, as mulheres esperavam que essa relação fosse pautada em confiança, proximidade, afeto, empatia e respeito mútuo. A segunda hélice do modelo (*control and hospital safety*) referiu-se à necessidade de as mulheres estarem em um ambiente seguro e com acesso à recursos caso fosse preciso. Outra necessidade mencionada pelas mulheres tratou-se da presença e do apoio do acompanhante (*presence of the partner*). Por fim, a quarta hélice não representou uma necessidade, mas os sentimentos e as sensações (*feelings*) que influenciaram na experiência de parto das mulheres e poderiam ser resultantes das interações com as outras três hélices (*professional care, control and hospital safety, presence of the partner*). Alguns sentimentos como confiança e tranquilidade influenciaram de forma positiva, outros como preocupação e ansiedade tiveram influência negativa segundo os relatos das mulheres (PEREDA-GOIKOETXEA et al., 2019).

Promover uma boa experiência no parto reverbera em impactos positivos às mulheres, aos recém-nascidos e às famílias, tais como: mais chances da mulher ter um parto fisiológico, bebês mais calmos, melhor relação com a parentalidade e com o bebê, e aumento de autoestima da mulher (FORSTER et al., 2018; BOHREN et al., 2019b;

POWER, WILLIAMS e BROWN, 2019; NIY et al., 2019). Em contraposição, a experiência negativa com relação ao parto está associada a estresse pós-traumático, depressão pós-parto, mais chances para cesariana e impactos em gestações e partos futuros (SILVEIRA et al., 2019a; GARTHUS-NIEGEL et al., 2018; BOHREN et al., 2017; BOHREN et al., 2015; BOHREN et al., 2014; FENECH; THOMSON, 2014).

Além do mais, achados de um estudo recente indicaram que as mulheres desejam conversar sobre seus partos porque isso também as ajudaram a ressignificar suas experiências, até mesmo as mais negativas (SIGURÐARDÓTTIR et al., 2019). As pesquisadoras sugerem que a discussão sobre a experiência de parto deveria ser parte das rotinas de uma maternidade (SIGURÐARDÓTTIR et al., 2019). No entanto, a maioria dos serviços estão organizados de modo a maximizar a eficiência e gerir riscos, pouca ou nenhuma ênfase é dada à experiência da mulher (DOWNE et al., 2018).

Com exceção da via de nascimento e da mortalidade materna, outros indicadores sobre a condição materna após o parto e aqueles sobre a experiência da mulher são desvalorizados ou invisibilizados no contexto do sistema de informação em saúde brasileiro¹⁷. Trata-se de uma “cegueira de gênero”, em outras palavras, alguns indicadores não são mensurados porque foram naturalizados como parte do parto, como é o caso da episiotomia. Além disso, há uma lógica de pagamento, ou seja, o que o SUS não remunera costuma ser invisível nos prontuários e nos sistemas de informação (DINIZ, 2011; DINIZ, 2009).

Ainda atrelado à “cegueira de gênero”, os instrumentos validados disponíveis em português para avaliar a qualidade da assistência obstétrica priorizam os indicadores de resultados (LOPES et al., 2019; HOLANDA et al., 2015), assim como acontece em outros idiomas (BRIZUELA et al., 2019). Revisão sistemática encontrou 36 instrumentos, publicados até janeiro de 2016, que mensuravam a experiência da mulher com relação ao parto. Apenas sete deles apresentaram propriedades psicométricas que indicavam que a qualidade dos instrumentos era elevada. O estudo também constatou que nenhum dos instrumentos foi elaborado e validado de acordo com o contexto de países de renda média

¹⁷Ao final da escrita desta tese, tomou-se conhecimento da elaboração de um indicador novo chamado “Índice de Humanização em Maternidade”, proposto pelo HumanizaSES em parceria com especialistas da área. Disponível em: <<https://ipads.org.br/ihm-indice-de-humanizacao-em-maternidades/>>. Acesso em 29/12/19.

ou baixa (NILVÉR, BEGLEY E BERG, 2017). Recentemente¹⁸, foi publicada uma adaptação transcultural para o português de uma escala de satisfação para o parto (*Mackey Childbirth Rating Scale*) (LOPES et al., 2019).

Por fim, de acordo com BRIZUELA et al. (2019), a validação de instrumentos que avaliam a qualidade da assistência é uma área importante de pesquisa, dado que, garantir a qualidade dos cuidados oferecidos durante o ciclo gravídico-puerperal é crucial para melhorar desfechos em saúde materna e neonatal, bem como impacta na redução da mortalidade e morbidade entre mulheres e recém-nascidos. Além do mais, para melhorar a qualidade dos cuidados oferecido nas maternidades, também são necessários instrumentos com capacidade de medir a experiência das mulheres com relação ao cuidado recebido, mesmo que para capturar a voz das mulheres seja exigido mais recursos (BRIZUELA et al., 2019).

¹⁸ Ao final da escrita desta tese, tomou-se conhecimento da adaptação e validação da Escala de *Bienstar Materno em Situación de Parto* (BMSP2) para o português (JAMAS, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar e validar um instrumento novo que avalia a qualidade da assistência nas maternidades, a partir da experiência do uso do Termômetro de Segurança da Maternidade.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o uso do Termômetro de Segurança da Maternidade no contexto de um hospital brasileiro.
- Elaborar um instrumento que avalia a qualidade da assistência nas maternidades a partir de práticas adotadas pelos profissionais e dos desfechos em saúde, incluindo as experiências das mulheres com o atendimento recebido durante o parto.
- Avaliar a validade de conteúdo do instrumento elaborado através de interações com um comitê avaliador, e estimativas de proporções de concordância e índices de validade de conteúdo.
- Avaliar a validade de face através do pré-teste do instrumento elaborado na população-alvo.
- Avaliar a confiabilidade do instrumento elaborado através da estimativa da estabilidade de determinadas questões do instrumento no teste-reteste.
- Descrever os resultados sobre as experiências das mulheres com o atendimento recebido na maternidade.

4. MÉTODOS

Essa seção compreende, inicialmente, os métodos sobre o uso do TSM em uma maternidade brasileira (capítulo 4.1). Em seguida, constam os métodos sobre a elaboração e a validação do T-IHAMC (capítulo 4.2).

4.1 TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE

4.1.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal com coleta de dados a partir do TSM traduzido e adaptado transculturalmente para o português do Brasil (MELO, 2015).

4.1.2. Local do estudo

O campo de pesquisa foi uma maternidade filantrópica conveniada ao SUS, situada no município de São Paulo/SP. É referência no atendimento de mulheres classificadas como risco habitual, que são assistidas, em sua maioria, por enfermeiras obstétricas. Até o ano de 2017, foi campo de treinamento para alguns cursos de graduação e residência na área da Saúde. Entre suas instalações, existem: centro de parto normal (CPN), centro cirúrgico (CC), alojamento conjunto (AC) e unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI Neo). Em 2016, atendeu 5.359 nascimentos, dos quais 69% foram por parto vaginal (BRASIL, 2016). Nesse mesmo ano, o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres atendidas na maternidade incluiu: 30,6% de mulheres com idade entre 20 e 24 anos, 64,2% de mulheres autodeclaradas como pretas ou pardas, 74,4% com 8 a 11 anos de estudo e 74,5% se declararam solteiras (BRASIL, 2016).

4.1.3. População e amostragem do estudo

Todas as puérperas com recém-nascidos vivos (independentemente do peso e da idade gestacional ao nascer) e puérperas com natimortos (peso ≥ 500 gramas e/ou idade gestacional ≥ 22 semanas) foram incluídas no estudo. Adolescentes não emancipadas e sem a presença do(a) responsável legal, bem como mulheres que não compreendiam a língua portuguesa e que não tinham um(a) tradutor(a) foram excluídas. A amostragem foi realizada por conveniência.

4.1.4. Coleta de dados

O TSM contém 20 questões que estão distribuídas nos seguintes blocos: 1) Local e modo de nascimento, 2) Trauma perineal e ferida cirúrgica, 3) Hemorragia pós-parto, 4) Infecção, 5) Bebê e 6) Percepção da mulher sobre segurança (Anexo 3). De acordo com a recomendação do NHS, as fontes de informações dos cinco primeiros blocos são os registros em prontuário e apenas o último bloco refere-se ao que foi expresso pela puérpera durante uma entrevista face-a-face ainda na maternidade (NHS, 2016).

Aconteceram duas coletas de dados, uma em maio de 2017 e outra em junho de 2018. Em cada período, durante cinco dias consecutivos, todas as puérperas atendidas pela maternidade, elegíveis e que consentiram a participação na pesquisa foram entrevistadas face-a-face ainda durante a internação, no AC e, no mínimo, 12 horas após o nascimento. Nessa ocasião, também foram extraídos dados dos prontuários e dos cartões de pré-natal (apenas registro de índice de massa corpórea (IMC) no cartão de pré-natal na última consulta, uma vez que, essa informação não era registrada no prontuário da instituição).

Entre 10 e 15 dias após o parto, as participantes foram entrevistadas por telefone (4 tentativas em dias e horários diferentes), como forma de rastrear os casos de infecção pós-parto, isto é, infecção urinária, mastite, infecção em cicatriz perineal, infecção em cicatriz abdominal e/ou infecção uterina. Em caso afirmativo para infecção pós-parto, a equipe de pesquisa fez outras perguntas à mulher para certificar-se que se tratava de uma infecção (SALGADO et al., 2019). Foi perguntado sobre os seguintes sinais e sintomas associados à infecção, como: dor, vermelhidão, secreção purulenta, febre e/ou uso de antibiótico por prescrição médica (SALGADO et al., 2019). As mulheres com esses sinais e/ou sintomas foram orientadas a buscarem, com urgência, atendimento médico.

A equipe de pesquisa responsável pela coleta piloto dos dados foi composta por graduandas em Obstetrícia e Nutrição, além de pós-graduandas em Saúde Pública com familiaridade ao campo da Obstetrícia. Todas receberam treinamento prévio à atividade em campo.

4.1.5. Variáveis do estudo

Com exceção do IMC, cuja fonte foi o cartão de pré-natal, as variáveis construídas com informações coletadas do prontuário foram:

- Cor da pele: branca, preta, parda, amarela, indígena ou sem informação.
- Fala português: não ou sim.
- Idade, em anos completos: 19 ou menos, de 20 a 34, de 35 a 39, 40 ou mais, ou sem informação.
- Idade gestacional, em semanas completas: menos de 28, de 28 a 36, de 37 a 38, de 39 a 42, mais de 42, ou sem informação.
- Paridade: 0, 1, 2 ou mais, ou sem informação.
- Tipo de gestação: única, múltipla ou sem informação.
- IMC, em Kg/m²: 18,5 ou menos; de 18,6 a 24,9; de 25,0 a 29,9; de 30,0 a 34,9; de 35,0 a 39,9; 40,0 ou mais; ou sem informação.
- Via de nascimento: parto vaginal, parto instrumental (vácuo ou fórceps), cesariana ou sem informação.
- Trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal: não ou sim.
- Tipo de trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal: laceração de 1º grau, laceração de 2º grau, laceração de 3º ou 4º grau, episiotomia, cesariana, incisão cirúrgica abdominal (exceto cesariana), e/ou sem informação.
- Volume de sangue perdido após o parto, estimado em ml: 499 ou menos, de 500 a 999, de 1.000 a 1.999, de 2.000 ou mais, ou sem informação.
- Sinais e sintomas pós-parto: lipotimia ou desmaio, hemoglobina inferior à 7,0%, receber transfusão sanguínea, receber ferro intravenoso, nenhuma das alternativas, e/ou sem informação.
- Infecção pós-parto: não ou sim.

- Tipo de infecção pós-parto: infecção urinária, mastite, infecção em cicatriz perineal, infecção em cicatriz abdominal e/ou infecção uterina.
- Apgar ≤ 6 no 5º minuto: não ou sim.
- Transferência do recém-nascido: não; sim, prevista; ou sim, imprevista.

As variáveis utilizadas construídas com informações provenientes da entrevista com a puérpera foram:

- Separação mulher-bebê (exceto casos em que o bebê foi transferido): não ou sim.
- Ser deixada sozinha quando se sentiu preocupada: não ou sim.
- Ser levada à sério quando expressou preocupação: não ou sim.
- Alguma questão pendente com a equipe: não ou sim.

4.1.6. Análise estatística

Inicialmente, foi realizada análise univariada para descrever as variáveis. A seguir, foram calculados os três indicadores referentes ao cuidado livre de danos (físico, referente à percepção da mulher e combinado) (Quadro 2).

Quadro 2: Indicadores referentes ao cuidado livre de danos segundo o TSM.

Cuidado livre de danos físicos = (mulheres sem laceração perineal de 3º e 4º graus + mulheres com perda sanguínea < 1000ml + mulheres sem infecção + bebês a termo com Apgar > 6 + bebês a termo que não foram transferidos para unidade de cuidados intensivos/total de mulheres) x 100
Cuidado livre de danos segundo a percepção da mulher sobre segurança = (mulheres que não foram deixadas sozinhas quando estavam preocupadas + mulheres que não sentiram que não foram levadas à sério/total de mulheres) x100
Cuidado livre de danos combinado = [(mulheres sem laceração perineal de 3º e 4º graus + mulheres com perda sanguínea < 1000ml + mulheres sem infecção + bebês a termo com Apgar > 6 + bebês a termo que não foram transferidos para unidade de cuidados intensivos + mulheres que não foram deixadas sozinhas quando estavam preocupadas + mulheres que não sentiram que não foram levadas à sério)/total de mulheres] x 100

De acordo com o NHS, os danos em saúde considerados graves foram: lacerações de 3º e 4º graus, hemorragia pós-parto ≥ 1000 ml; infecção puerperal; e desfechos

neonatais adversos, como bebês a termo com Apgar ≤ 6 no 5º minuto de vida e transferência inesperada de bebês a termo para UTI (NHS, 2016). Como parte do TSM, também é considerada a percepção da mulher sobre a assistência oferecida na maternidade em termos de segurança, ou seja, se ela foi deixada sozinha em algum momento em que estava se sentindo preocupada e se ela não foi levada à sério pelos profissionais da maternidade (NHS, 2016).

As informações dos instrumentos coletados foram digitadas em uma planilha de *Microsoft Excel*® com dupla entrada para que não acontecessem erros provenientes da digitação. Todos os dados foram tratados por meio do *software SPSS*® v.22.

4.1.7. Questões éticas

Este estudo fez parte do projeto HAMABE, que teve aprovação ética pelos CEP da FSP/USP e do HCFM-RP/USP (CAAE 56958716.0.1001.5421) (Anexo 1 e 2). Neste trabalho, as menções referem-se apenas ao campo paulistano de pesquisa. As mulheres que consentiram a participação no estudo e as responsáveis pela coleta dos dados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). Uma via desse documento foi entregue às participantes do estudo e a outra via ficou com a coordenação do projeto HAMABE.

4.2. TERMÔMETRO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA

4.2.1. Desenho do estudo

Trata-se de um estudo com métodos mistos que propôs a elaboração e a validação de um instrumento de medida na área da assistência ao parto e nascimento, o T-IHAMC. Esse processo será reportado de acordo com os seguintes passos: (4.2.2) definição dos objetivos do instrumento e da população-alvo; (4.2.3) estabelecimento da estrutura conceitual do instrumento; (4.2.4) elaboração das questões, das escalas de respostas e dos blocos de questões; (4.2.5) avaliação da validade de conteúdo; e (4.2.6) avaliação da confiabilidade (estabilidade). Esse passo a passo foi inspirado nas publicações de SOUZA, ALEXANDRE E GUIRARDELLO (2017) e COLUCI, ALEXANDRE E MILANI (2015).

4.2.2. Definição dos objetivos do instrumento e da população-alvo

Há um consenso de que a definição do que se espera medir é o primeiro passo a ser cumprido ao elaborar instrumentos novos, seguido da determinação da população-alvo (DEVELLIS, 2017; COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015; POLIT; BECK, 2006).

Dessa forma, foi estabelecido que o T-IHAMC teria a intenção de avaliar a maioria dos critérios da iniciativa que, por sua vez, referem-se à qualidade da assistência oferecida na maternidade (Quadro 3). Por isso, o instrumento avaliaria as práticas adotadas pelos profissionais da maternidade e os desfechos, valorando também a experiência da mulher com relação ao cuidado recebido, o que incluiria: ser informada, ter oportunidade de escolha, receber cuidado respeitoso e ser ouvida pelos profissionais.

Quadro 3: Critérios da IHAMC considerados na elaboração e na validação de conteúdo do T-IHAMC.

Critérios da IHAMC (versão resumida)	O critério foi considerado pelo T-IHAMC?	
	Sim	Não
1) Liberdade para ingestão de alimentos e bebidas, e de movimentação durante o trabalho de parto	X	
2) Políticas não discriminatórias às minorias e planejamento reprodutivo		X
3) Privacidade durante o trabalho de parto e parto	X	
4) Acompanhante de escolha da mulher	X	
5) Cuidado culturalmente competente		X
6) Sem abusos físico, verbal, emocional ou financeiros	X	
7) Custos gerados pela assistência acessíveis, transparentes e compatíveis com diretrizes nacionais		X
8) Sem práticas de rotina	X	
9) Métodos de alívio da dor não-farmacológico e farmacológico	X	
10) Contato pele a pele e incentivo à amamentação	X	X
	(Contato pele a pele)	(Incentivo à amamentação)

No contexto do projeto HAMABE, as práticas de rotina (critério 8 da IHAMC) eleitas foram: receber o plano de parto feito pela mulher, internação precoce, indução do trabalho de parto, punção venosa periférica durante o trabalho de parto, presença de doula, exame de toque vaginal, amniotomia, cuidado liderado por obstetrias e enfermeiras obstétricas, puxo dirigido, vigilância pós-parto, e orientações sobre sinais de alerta no pós-parto. Considerações sobre essas práticas foram descritas com frequência nos diários de campo feitos por todas as observadoras do projeto HAMABE.

Além disso, o T-IHAMC também teria a intenção de rastrear desfechos maternos e neonatais, tais como: via de nascimento (incluindo a classificação das cesarianas de acordo com os critérios de Robson (OMS, 2015)), condição perineal (lacerações espontâneas, episiotomia e presença de sutura perineal), hemorragia pós-parto, escore de Apgar, transferência de recém-nascido para UTI e infecção pós-parto (infecção

urinária, mastite, infecção em sutura perineal, infecção em sutura abdominal e infecção uterina).

Para responder aos objetivos do T-IHAMC, todas as mulheres com parto normal ou cesariana deveriam ser incluídas. Seriam excluídas as mulheres nas seguintes situações: ter vivenciado um abortamento (peso < 500 gramas e/ou idade gestacional < 22 semanas), não compreender o português, não ter tido o bebê na maternidade (inclui: mulheres que pariram no trajeto para o hospital e aquelas que foram transferidas de outra instituição logo após o parto), re-internações e não consentimento em participar da entrevista.

4.2.3. Estabelecimento da estrutura conceitual do instrumento

Constructo, dimensões e itens são termos frequentes na literatura acerca da elaboração e validação de instrumentos. Compreende-se que constructo é o fenômeno que se espera medir. Dimensões são as extensões do constructo, ou seja, tudo aquilo que se considera parte do modelo explicativo do fenômeno que será mensurado. Por fim, itens são a operacionalização do constructo e das dimensões, em outras palavras, são as questões e as escalas de respostas que compõe o instrumento (HAYNES E RICHARD, 1995).

De acordo com o T-IHAMC, compreendeu-se como constructo a qualidade da assistência oferecida nas maternidades. Por qualidade da assistência, entende-se: como o cuidado é promovido pelos profissionais e serviços, e como o cuidado é experienciado pelas mulheres (TUNÇALP et al., 2015). Admissão, internação e pós-alta foram as dimensões consideradas pelo instrumento (Figura 3). Detalhes sobre os itens foram descritos adiante.

Figura 3: Constructo, dimensões e itens de acordo com a concepção do T-IHAMC.

4.2.4. Elaboração das questões, das escalas de respostas e dos blocos de questões

Posto o objetivo do instrumento, gerar itens e determinar o formato das respostas são passos iniciais que ocorrem simultaneamente e são essenciais quando se elabora um instrumento novo. É comum que o conjunto inicial de questões seja de três à quatro vezes maior que a versão final do instrumento (DEVELLIS, 2017).

Para compor os itens do T-IHAMC, foram considerados a maioria dos critérios da IHAMC (FIGO, 2015) (Quadro 3), as questões do TSM (MELO, 2015) (Anexo 3), e uma questão¹⁹ usada pelo inquérito Nascir no Brasil (VASCONCELLOS et al., 2014; LEAL et al., 2012). Os encontros do comitê assessor do projeto HAMABE também influenciaram nessa etapa, de modo a construir o instrumento de forma horizontal e compartilhada, priorizando a participação da população-alvo (REIS, 2008).

¹⁹“178.Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto? (ler as opções): 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos; 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos; 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu; 4. Rompeu e deram pontos; 5. Cortaram e deram pontos; 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou; 9. Não soube informar” (Pergunta oriunda do “Questionário hospitalar – Puerpéra” usado pelo inquérito Nascir no Brasil)

Assim como proposto por DEVELLIS (2017), atentou-se para que as perguntas não fossem muito longas, ambíguas e que não abordassem mais de um assunto. Os itens também foram pensados de acordo com o nível de interpretação da população-alvo (DEVELLIS, 2017).

Em relação ao formato das respostas, existe uma gama de possibilidades e, por isso, devem ser eleitas de acordo com a proposta do instrumento (DEVELLIS, 2017). Dessa forma, quando aplicável, priorizou-se formatos de resposta do tipo *numerical response formats and basic neural process* ou binária (por exemplo, “sim” ou “não”).

Nas escalas do tipo *numerical response formats and basic neural process*, os números dispostos em uma sequência expressam a quantidade não apenas em valores numéricos, mas também em suas localizações. A linha visual dos números não é meramente uma representação conveniente, corresponde ao processo neural fundamental (ZORZI, PRIFTIS E UMILITÁ, 2002) (Quadro 4).

Quadro 4: Questão que compõe o T-IHAMC cujas opções de respostas representam o *numerical response formats and basic neural process*.

05. Por que você procurou por atendimento no hospital? Vou te falar as opções de resposta: ☐1. Estava na data provável do parto e ficou com medo de “passar da hora” ☐2. Tinha uma cardiotocografia marcada, *aquele exame do coração do bebê* ☐3. Marcaram para induzir o parto ☐4. A sua cesárea estava marcada ☐5. Sentiu que estava em trabalho de parto, ou seja, tinha contrações uterinas regulares ☐6. Percebeu algum sinal de alerta, como: a bolsa rompeu, o bebê não se movimentava ou teve sangramento ☐7. Nenhuma das opções anteriores ou outro motivo. Qual? _____

As questões do T-IHAMC foram organizadas em blocos de perguntas seguindo a lógica do caminho usualmente percorrido pelas mulheres em uma maternidade, compreendido em: admissão, internação e pós-alta²⁰. Com isso, foi possível dispor as questões mais sensíveis para o final do instrumento. Questões consideradas sensíveis foram aquelas que a mulher poderia ter receio em responder, visto que, dizem respeito à situações como: ser deixada sozinha pelos profissionais em algum momento que era necessário a presença de algum deles, ter vivenciado alguma situação de violência obstétrica, ter as escolhas levadas à sério pelos profissionais, considerar o atendimento seguro e indicar a maternidade para outra mulher.

²⁰No caso do T-IHAMC, o momento da alta deverá ser abordado, de preferência, por telefone. Por isso, a escolha pelo termo “pós-alta” ao invés de “alta”.

Retomando as recomendações de DEVELLIS (2017) sobre as etapas da elaboração dos itens e das escalas de respostas, o autor também pontua como essencial a revisão por especialistas, que foi tratado a seguir.

4.2.5. Avaliação da validade

A avaliação da validade permite que constructos e dimensões, geralmente abstratos, sejam operacionalizados em itens. Dessa forma, define-se validade como a capacidade do instrumento medir o que se propôs a mensurar (DEVELLIS, 2017; KIMBERLIN E WINTERSTEIN, 2008).

4.2.5.1 Avaliação da validade de conteúdo

Validade de conteúdo é definida pelo grau de relevância e representatividade dos itens que compõe o instrumento segundo o fenômeno que se espera medir (DEVELLIS, 2017; SOUZA, ALEXANDRE E GUIRARDELLO, 2017; KIMBERLIN E WINTERSTEIN, 2008; POLIT E BECK, 2006). Outros autores estendem a validação de conteúdo a todos os elementos que compõe o instrumento, incluindo: itens, formato das respostas e instruções (HAYNES, RICHARD E KUBANY, 1995).

Existem duas etapas para acessar a validação de conteúdo. A primeira delas corresponde a elaboração do instrumento, assim como o que foi descrito anteriormente. Na sequência, ocorre o julgamento do instrumento por especialistas (DEVELLIS, 2017; SOUZA, ALEXANDRE E GUIRARDELLO, 2017; KIMBERLIN E WINTERSTEIN, 2008; POLIT E BECK, 2006). Recomenda-se que, pelo menos, cinco pessoas integrem o grupo que realizará a validação de conteúdo. Elas devem ser especialistas nos assuntos compreendidos pelo instrumento (KOLLER, LEVENSON E GLÜCK, 2017; HAYNES, RICHARD E KUBANY, 1995). Outros pesquisadores também apontaram a importância de se ter uma pessoa leiga como parte desse grupo (KOLLER, LEVENSON E GLÜCK, 2017; REIS, 2008).

No presente estudo, a avaliação de conteúdo foi realizada por um comitê composto por oito pessoas²¹. Seis pessoas possuíam título de doutor, uma com título de mestre e outra com ensino superior completo. Sete avaliadoras ocupavam, ao menos, uma das seguintes funções: pesquisadora e/ou docente na área da saúde da mulher, gestora de maternidade e trabalhadora na área da saúde da mulher. E uma avaliadora era representante das usuárias de uma maternidade. Além do grupo avaliador, duas juízas contribuíram para com essa etapa da validação do instrumento e assumiram o papel de tomada de decisões quando foi necessário, assim como preconiza DEVELLIS (2017).

Foram conduzidas três interações com o comitê avaliador, todas elas por *e-mail*, entre janeiro e julho de 2018. Previamente às avaliações, o grupo recebeu orientações sobre como o instrumento deveria ser julgado. Após a devolutiva do grupo a cada interação, o instrumento foi editado de acordo com as avaliações e, quando necessário, recorreu-se às juízas.

Na primeira interação, o comitê foi direcionado a avaliar os domínios do instrumento. Para isso, foi julgado se as questões expressavam o conteúdo dos blocos de questões e se deveriam permanecer nos blocos. Dessa forma, foram calculadas as porcentagens de concordância de acordo com a seguinte fórmula (COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015):

$$\% \text{ de concordância} = \frac{\text{Número de avaliadoras que concordaram}}{\text{Número total de avaliadoras}}$$

Ainda na primeira interação, o comitê também pôde avaliar se as questões eram claras/compreensíveis e representativas/relevantes. O grupo também pôde sugerir a inclusão de novos itens (COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015).

Os domínios que atingiram uma concordância de 90% entre os especialistas foram considerados adequados. Quando o resultado foi menor que 90%, os domínios foram rediscutidos (COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015; POLIT E BECK, 2006). Por

²¹Treze pessoas foram convidadas para integrar o comitê avaliador. Três delas não se manifestaram. Uma pessoa consentiu a participação, mas não retornou à primeira interação e, por isso, foi excluída do grupo. Outra pessoa desistiu na terceira interação, dessa forma, as considerações feitas por ela nas duas primeiras interações foram excluídas e as medidas estatísticas (porcentagens de concordância) foram refeitas.

isso, foi necessário recorrer à segunda interação com o grupo avaliador, ocasião em que foram julgados os mesmos parâmetros da primeira interação e que resultou em novas estimativas de porcentagens de concordância para os domínios.

Por fim, a terceira interação teve a intenção de que o comitê avaliasse o instrumento de acordo com:

- Adequação dos blocos de questões. Para isso, os avaliadores poderiam responder: (1) Não é adequada, (2) Pouco adequada, (3) Bastante adequada ou (4) Muito adequada.
- Clareza/compreensão das questões. Para isso, os avaliadores poderiam responder: (1) Não é clara, (2) Pouco clara, (3) Bastante clara ou (4) Muito clara.
- Representatividade/relevância das questões. Para isso, os avaliadores poderiam responder: (1) Não é representativa, (2) Pouco representativa, (3) Bastante representativa ou (4) Muito representativa.
- Clareza das instruções do instrumento. Para isso, os avaliadores poderiam responder: (1) Não é clara, (2) Pouco clara, (3) Bastante clara ou (4) Muito clara.
- Clareza/ adequação do formato do instrumento. Para isso, os avaliadores poderiam responder: (1) Não é clara, (2) Pouco clara, (3) Bastante clara ou (4) Muito clara.

Ao final da terceira interação, foram calculados os índices de validade de conteúdo (IVC), representados pela seguinte fórmula (COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015):

$$IVC = \frac{\text{Número de respostas "3" ou "4"}}{\text{Número total de avaliadoras}}$$

Esperou-se alcançar IVC mínimos de 0,8 e, idealmente, de 0,9 (COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015; POLIT E BECK, 2006). Todas as estimativas foram realizadas por meio do *Microsoft Excel*®. O passo-a-passo das interações como o comitê avaliador foi resumido na figura 5.

Figura 5: Interações com o comitê avaliador do T-IHAMC conduzidas entre janeiro e julho de 2018.

4.2.5.2 Pré-testes e testes

O pré-teste viabiliza a análise semântica dos itens (PASQUALI, 1998). Isto é, aplicar o instrumento permite verificar se as questões são compreendidas pela população-alvo. Embora não haja um consenso sobre o tamanho da amostra durante a etapa do pré-teste (DEVELLIS, 2017), este estudo seguiu a recomendação de que esse seja realizado com 30 a 40 indivíduos da população-alvo (COLUCI, ALEXANDRE E MILANI, 2015; PASQUALI, 1998). Para isso, cada pré-teste aconteceu durante cinco dias consecutivos.

O primeiro pré-teste foi conduzido após a edição do instrumento conforme as avaliações resultantes da terceira interação com o comitê avaliador. Antes de irem a campo, quatro pessoas foram treinadas para a coleta de dados. Três eram estudantes da graduação (duas em Saúde Pública e uma em Obstetrícia) e uma era aluna de doutorado em Saúde Pública com familiaridade ao campo da Obstetrícia.

O campo de pesquisa foi uma maternidade situada no município de São Paulo/SP. Trata-se de um serviço filantrópico conveniado ao SUS. Entre suas instalações, existem: centro de parto normal (CPN), centro cirúrgico (CC), alojamento conjunto (AC) e unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI Neo). A instituição inclui a humanização como um de seus valores e tem um programa de doulas voluntárias. Atende mulheres classificadas como de risco habitual que são assistidas, em sua maioria, por enfermeiras obstétricas. Em 2016, atendeu 5.359 nascimentos, dos quais 69% foram por parto vaginal (BRASIL,

2016). Nesse mesmo ano, o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres atendidas na maternidade incluiu: 30,6% de mulheres com idade entre 20 e 24 anos, 64,2% de mulheres pretas ou pardas, 74,4% com 8 a 11 anos de estudo e 74,5% se declararam solteiras (BRASIL, 2016).

Todas as puérperas com recém-nascidos vivos (independentemente do peso e da idade gestacional ao nascer) e puérperas com natimortos (peso $\geq$ 500 gramas e/ou idade gestacional $\geq$ 22 semanas) foram elegíveis ao pré-teste. Foram excluídas as mulheres que não consentiram em participar da entrevista, aquelas que não compreenderam o português, mulheres que não tiveram seus bebês na maternidade (incluiu: mulheres que pariram no trajeto para o hospital e aquelas que foram transferidas de outra instituição logo após o parto) e os casos de re-internação.

Durante cinco dias consecutivos, entre 13 e 17 de agosto de 2018, a equipe responsável pelo primeiro pré-teste abordou todas as puérperas elegíveis. Ainda na maternidade, as mulheres que consentiram a participação no estudo foram entrevistadas e tiveram seus registros em prontuário consultados. Após o parto, entre 10 e 15 dias, essas mulheres foram entrevistadas por telefone para realizar as perguntas do bloco “Pós-alta”. Nos casos em que o primeiro contato telefônico não foi bem-sucedido, houve outras 15 tentativas até considerar o seguimento do pós-parto como perda.

Após o primeiro pré-teste, foi necessário realizar algumas alterações no instrumento. Por isso, foi enviado um comunicado ao comitê avaliador destacando essas mudanças e pedindo que eles se manifestassem caso ocorresse alguma objeção. A maioria das pessoas do grupo concordou com a versão final do instrumento (N=6), duas pessoas se abstiveram.

Entre os dias 3 e 7 de dezembro de 2018, foi realizado o segundo pré-teste com a intenção de aplicar a versão atualizada do instrumento. A ocasião também serviu para testar mais um tipo de abordagem no pós-parto, visando reduzir o número de perdas durante esse seguimento. Entre 10 e 15 dias após o parto, as mulheres continuaram a ser entrevistadas por telefone. Todas as mulheres no qual o contato telefônico não foi possível após 15 tentativas, se fez a opção de enviar um *link* para a versão *on-line* do T-IHAMC.

O segundo pré-teste foi conduzido na mesma maternidade e dessa vez, a equipe foi composta por uma pós-doutoranda e uma aluna de doutorado em Saúde Pública com

familiaridade ao campo da Obstetrícia, e quatro estudantes da graduação (três em Obstetrícia e uma em Saúde Pública). Todas receberam treinamento prévio a coleta de dados. Após o segundo pré-teste, não houve a necessidade de realizar alterações no T-IHAMC.

Por isso, após a validação de conteúdo, entre janeiro e junho de 2019²², o instrumento foi usado pelo projeto HAMABE na mesma maternidade descrita anteriormente. A equipe responsável pela coleta de dados foi composta por três alunas de doutorado em Saúde Pública com familiaridade ao campo da Obstetrícia e seis alunas de graduação (quatro em Obstetrícia e duas em Saúde Pública). Todas receberam treinamento prévio a coleta de dados e, a cada mês, duas ou três pessoas foram escaladas para o trabalho. Foram seguidos os mesmos critérios de elegibilidade para compor as amostras. No entanto, a coleta de dados na maternidade ocorreu durante quatro dias consecutivos. Isto aconteceu porque esse período compreendia todos os plantões da maternidade. Durante essas aplicações, foram realizadas mudanças pontuais no instrumento. Como não diziam respeito à mudança de conteúdo do instrumento, o comitê avaliador não foi consultado. A versão final do T-IHAMC está disponível na seção de apêndices desta tese (Apêndice 2).

4.2.6. Avaliação da confiabilidade

A confiabilidade é outro atributo esperado de um instrumento. Trata-se da capacidade de um questionário reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e espaço, ou com observadores diferentes (DEVELLIS, 2017; SOUZA, ALEXANDRE E GUIRARDELLO, 2017).

4.2.6.1. Avaliação da estabilidade

A estabilidade é um dos critérios que compõe a confiabilidade de um instrumento. Entende-se por estabilidade o grau em que resultados similares são obtidos em dois

²²Coleta de janeiro: 28 a 31/01/19 no hospital e 11 a 13/02/19 por telefone. Coleta de fevereiro: 11 a 14/02/19 no hospital e 25 e 27/02/19 por telefone. Coleta de março: 11 a 14/03/19 no hospital e 25 e 27/03/19 por telefone. Coleta de abril: 15 a 18/04/19 no hospital e 29 e 30/04/19 por telefone. Coleta de maio: 13 a 16/05/19 no hospital e 27 a 29/05/19 por telefone. Coleta de junho: 10 a 13/06/19 no hospital e 24 e 25/06/19 por telefone.

momentos diferentes. Para isso, recomenda-se a realização do teste-reteste, que consiste na aplicação do mesmo instrumento à mesma população em dois momentos, com um intervalo de 10 a 15 dias entre uma aplicação e outra (DEVELLIS, 2017; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Nas coletas de janeiro a junho de 2019, descritas no subcapítulo 4.2.5.2, foram realizados o teste-reteste com o objetivo de verificar a estabilidade do bloco de questões “Pós-alta” do T-IHAMC. Para isso, a amostra deveria compreender, no mínimo, 50 mulheres (SOUZA, ALEXANDRE E GUIRARDELLO, 2017). Entre 10 e 15 dias, as mesmas perguntas feitas às mulheres na entrevista face-a-face na maternidade foram realizadas por telefone. O teste-reteste incluiu as questões passíveis de mudança de avaliação das mulheres com o passar do tempo (questões de número 63 a 69). Foram excluídas da análise, as questões 61 e 62 (Apêndice 2).

Inicialmente, foi realizada análise de cada variável com o intuito de descrever a experiência das mulheres com relação ao atendimento recebido na maternidade. Em seguida, foi conduzida análise bivariada para verificar a associação entre as respostas que as questões receberam no teste e no reteste. Essa associação foi investigada por meio do teste de associação qui-quadrado, com nível de significância de 5%. Para estimar a estabilidade, foram calculados os coeficientes de Fleiss Kappa para cada questão, dado que se tratavam de variáveis categóricas. Também foram estimados os níveis de significância de 5% e intervalos de confiança de 95%. A magnitude dos coeficientes de Kappa foram interpretados como: ausência de concordância (<0), concordância pobre (0-0,19), fraca (0,20-0,39), moderada (0,40-0,59), substancial (0,60-0,79) e quase perfeita (0,80-1,00) (LANDIS E KOCH, 1977). Ainda sobre a interpretação dos valores de Fleiss Kappa, em uma amostra de 50 sujeitos, considera-se satisfatório valores acima de 0,70 para instrumentos na área da saúde (TERWEE et al., 2007). Todas as análises estatísticas foram realizadas no *software* SPSS® versão 22.

4.2.7 Questões éticas

Este estudo obedeceu a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012). Portanto, foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) (CAAE

87588718.3.0000.5421) (Anexo 4), e utilizou duas versões de termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

As pessoas que constituíram o grupo avaliador e a pesquisadora responsável assinaram o TCLE, versão para profissionais (Apêndice 3). Já durante os pré-testes e testes, as mulheres que consentiram a participação no estudo e as responsáveis pela coleta dos dados também assinaram o TCLE, no entanto, uma versão com linguagem destinada às usuárias da maternidade (Apêndice 4). Uma via foi entregue às participantes do estudo e a outra via ficou com a pesquisadora responsável.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram apresentados três artigos nessa seção da tese (entre as páginas 45 e 115), assim como possibilita o regimento da pós-graduação da FSP/USP desde 2008. Devido à propriedade intelectual, esses artigos não constam na versão da tese disponível no banco de teses USP.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo do cuidado em saúde, o quesito segurança do paciente é incipiente no contexto brasileiro, ainda mais tratando-se da segurança das mulheres que são atendidas em maternidades durante a internação para o parto. Por isso, o uso de um instrumento como o TSM por maternidades pode ser uma inovação em saúde no Brasil, além de dialogar com outro campo, o da prevenção quaternária, uma vez que, a concepção do instrumento parte da perspectiva de que muitos danos em saúde materna e neonatal são evitáveis, e podem ser resultantes de uma assistência inadequada.

O uso do TSM em uma maternidade brasileira mostrou vantagens e desvantagens. Iniciando pelas vantagens, uma delas é a possibilidade de mensurar rotineiramente danos físicos e outros aspectos que impactam a saúde das mulheres e dos bebês, como: lacerações perineais graves, hemorragia pós-parto severa, infecção puerperal, escore de Apgar baixo entre bebês a termo e transferência desses bebês para UTI neonatal. Ressaltando que, além do impacto individual, hemorragia e infecção puerperal constituem um problema de Saúde Pública, dado que, são causas importantes de morbidades graves e mortalidade materna no Brasil. Outra vantagem é que o TSM também considera, na estimativa do indicador “cuidado livre de danos”, a percepção das mulheres sobre aspectos da segurança da assistência recebida. Trata-se de um elemento inovador, por incorporar a participação das mulheres na informação sobre seus desfechos de saúde. A valorização da capacidade das usuárias em identificar aspectos que elas próprias vivenciaram, são exemplos de superação da chamada “cegueira de gênero”, na gestão em saúde e na pesquisa, e mostra a frequente discrepância entre a informação registrada em prontuário e o relato da mulher. Outro aspecto importante do uso do TSM no contexto brasileiro é que, devido ao fato dos prontuários também serem a fonte de informação do instrumento, a ausência dos registros sobre hemorragia e infecção pós-parto se materializa. Diante disso, fica uma das indagações: como estimar a segurança da assistência obstétrica e avançar nesse campo se mal registramos aspectos cruciais em saúde materna? Por isso, um dos aspectos que este estudo reforça é a necessidade de estimular a cultura do registro de informações qualificadas em prontuário entre os profissionais de saúde, visto que, os registros de dados e a auditoria dessas informações fazem parte do que se compreende como assistência segura e de qualidade.

Apesar das vantagens, o uso do TSM em uma maternidade brasileira também tem suas armadilhas. A primeira delas é o momento de aplicação do instrumento. No contexto brasileiro, os resultados do uso do instrumento em um único dia do mês podem não condizer com a realidade da assistência oferecida na maternidade na maioria dos outros dias. Apesar de não ser bem descrito pela literatura científica, a variabilidade de assistência conforme os diferentes plantões da maternidade é uma realidade (sutil ou não), mesmo existindo diretrizes e protocolos internacionais, nacionais e institucionais que garantiriam uma homogeneidade da assistência oferecida por uma mesma maternidade, sem o comprometimento da qualidade e da segurança da assistência. Outra desvantagem do TSM é não considerar, na constituição dos seus indicadores, as cesarianas e as episiotomias como danos físicos graves, uma vez que, essas intervenções são realizadas frequentemente no país à revelia das associações com morbimortalidade materna e perinatal.

Inspirado na experiência do uso do TSM em uma maternidade brasileira e no contexto obstétrico brasileiro que tem outros problemas alarmantes além daqueles indicados pelo TSM, se deu a elaboração de um instrumento novo, o T-IHAMC, sob a perspectiva da IHAMC e das recomendações recentes da OMS sobre a promoção de experiências positivas no parto às mulheres e suas famílias. Dessa forma, o T-IHAMC avalia a qualidade e a segurança da assistência nas maternidades a partir de práticas adotadas pelos profissionais e dos desfechos, incluindo as experiências das mulheres com o atendimento recebido durante a internação para o parto.

De acordo com a validação de conteúdo pelo comitê de especialistas, os parâmetros do T-IHAMC – blocos de questões, questões, instruções e formato do instrumento – foram avaliados como adequados ou ideais. Além disso, quando conduzida a validação de face, verificou-se que as mulheres compreenderam de modo adequado as questões do instrumento após o segundo pré-teste. Já a avaliação da estabilidade das questões do T-IHAMC, que tratam da experiência geral das mulheres com o atendimento recebido na maternidade, mostrou que as respostas à algumas questões foram mais instáveis que outras com o passar do tempo. Ter privacidade durante a internação, ter as escolhas respeitadas pelos profissionais, considerar que receberam uma assistência segura e recomendar a maternidade a outra mulher pioraram com o distanciamento do parto e da internação na maternidade. No entanto, embora tenha ocorrido uma melhora da avaliação de parâmetros como ter sofrido alguma situação de violência obstétrica, ser deixada

sozinha pelos profissionais em algum momento crítico da internação e ter sido separada do bebê na primeira hora após o parto, essa melhora foi sutil.

O T-IHAMC é um instrumento com 69 questões, distribuídas em três blocos (admissão, internação e pós-alta). O número de perguntas preenchidas depende do que a mulher responde durante a entrevista e do que está registrado em prontuário. Por conta da variabilidade das condutas a depender do plantão, é sugerido que o T-IHAMC seja usado mensalmente de modo a compreender os diferentes plantões da maternidade. Também se recomenda entrevistar as mulheres após alguns dias da alta da maternidade, visto que constitui a melhor estratégia para a maioria das questões do bloco pós-alta, que tratam da experiência geral das mulheres com o atendimento recebido na maternidade. De forma geral, é mais prudente usar o termômetro antes que a assistência cause “febre” nas mulheres (por “febre”, entenda: danos físicos e experiências negativas). Ou seja, incorporar às rotinas das maternidades um instrumento como o T-IHAMC e a reflexão sobre os resultados derivados do monitoramento possibilita que a assistência oferecida nas maternidades promova cada vez mais desfechos e experiências positivas às mulheres e suas famílias ao invés de danos físicos evitáveis e experiências negativas, incluindo situações de violência obstétrica.

Ressalta-se também que o T-IHAMC é um instrumento em construção e ainda deve ser testado quanto à outras propriedades que compõe a validade e a confiabilidade do instrumento, como por exemplo: validade de critério e constructo, consistência interna e equivalência. No entanto, é um recurso que pode ser usado por gestores de maternidades e pesquisadores, e os dados resultantes do seu uso têm potencial para subsidiar a discussão e a constituição de indicadores sobre a qualidade e a segurança da assistência, bem como sobre as experiências das mulheres com o atendimento recebido na maternidade.

Concluindo, a execução deste estudo – especificamente, o envolvimento das mulheres em etapas diferentes da elaboração e da validação do T-IHAMC – também mostrou que, independente da condição socioeconômica, a maioria das mulheres sempre tem algo importante a nos contar sobre o cuidado que receberam na maternidade. Cabe a nós (pesquisadores, gestores, profissionais e demais acadêmicos) ouvi-las, além de promover e envolvê-las na mudança.

7. REFERÊNCIAS

- AGUIAR, C. DE A. **“Por um fio”: memórias e representações de mulheres que vivenciaram o near-miss materno**. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016. 303p.
- ALKEMA, L. et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet**, v. 387, p. 462–474, 2016.
- ALONSO, B. D. et al. Caesarean birth rates in public and privately funded hospitals: a cross-sectional study. **Rev Saude Publica**, v. 51:101, 2017.
- ANDREZZO, H. F. DE A. **O desafio do direito à autonomia: Uma experiência de Plano de Parto no SUS**. Dissertação. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016. 109p.
- BARROS, F. C. et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. **Lancet**, v. 338, p. 167-169, 1991.
- BARROS, F. C. et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, v. 8:e021538, 2018.
- BARROS, A. J. D. B.; VICTORA, C. G.; WEHRMEISTER, F. C. **Desigualdades em saúde materno-infantil no Brasil: 20 anos de progresso**. Pelotas: Ed. UFPel, 2019. 105p.
- BELGHITI, J. et al. Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study. **BMJ Open**, v. 1:e000514, 2011.
- BERNARDES, A. B.; AGUIAR, C. DE A. **Efeitos adversos maternos e neonatais vivenciados em um hospital-escola do município de Uberaba/MG**. Relatório de Iniciação Científica apresentado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2018, via Sistema Integrado de Pesquisas Científicas (SIPESQ).
- BETRAN, A. P. et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, v. 12:57, 2015.
- BOERMA, T. et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v. 392, p. 1341-1348, 2018.
- BOHREN, M. A. et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. **Reproductive Health**, v. 11:71, 2014.
- BOHREN, M. A. et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLoS Med**, v. 12, n. 6:e1001847, 2015.
- BOHREN, M. A. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 7, n. CD003766, 2017.
- BOHREN, M. A. et al. Perceptions and experiences of labour companionship: A qualitative evidence synthesis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 3, n.

CD012449, 2019a.

BOHREN, M. A. et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **Lancet**, v. 394:10210, p. 1750-1763, 2019b.

BOIE, S. et al. Discontinuation of intravenous oxytocin in the active phase of induced labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 8, n. CD012274, 2018.

BOWSER, D.; HILL, M. P. H. K. **Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis**. Harvard School of Public Health, 2010. 57p.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Serviços de atenção materna e neonatal : segurança e qualidade**. Brasília: ANVISA, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Garante 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.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 104p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. ESTADO DE SÃO PAULO. **Lei nº 435, de 2019**. Garante à gestante a possibilidade de optar pelo parto cesariano, a partir da trigésima nona semana de gestação, bem como a analgesia, mesmo quando escolhido o parto normal.

BRASIL. DATASUS/SINASC-Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 12 mar. 2019.

BRASIL. DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÃO E ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Painéis de monitoramento mortalidade materna**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

BRIZUELA, V. et al. Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. **Lancet Global Health**, v. 7, p. e624–e632, 2019.

COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES. **The Mother-Friendly Childbirth Initiative**. 2015.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S154–S168, 2014.

DEVELLIS, R. **Scale development: theory and applications**. Fourth ed. Los Angeles: SAGE, 2017. 262p.

DIAS, M. A. B. et al. Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S169–S181, 2014.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, C. S. G. **Gênero e saúde materna**. Tese Livre-Docência. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.

DINIZ, C. S. G. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. **Interface**, v. 18, n. 48, p. 217-220, 2014.

DINIZ, C. S. G. **Materno-infantilismo, gênero e inovação em saúde materna**. 13º Mundos de Mulheres & Fazendo Gênero 11. 2017.

DINIZ, C. S. G. **Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC): relatório de pesquisa**. São Paulo: 2019.

DINIZ, C. S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, v. I, n. 1, p. 80-91, 2006.

DINIZ, C. S. G.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; LANSKY, S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. **Reproductive Health Matters**, v. 20, n. 40, p. 94–101, 2012.

DINIZ, C. S. G et al. Implementation of the presence of companions during hospital admission for childbirth: data from the Birth in Brazil national survey. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S1–S14, 2014.

DINIZ, C. S. G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. **Journal of Human Growth and Development**, v. 25, n. 3, p. 377–382, 2015.

DINIZ, C. S. G. et al. Why do women in the private sector have shorter pregnancies in Brazil? Left shift of gestational age, caesarean section and inversion of the expected disparity. **Journal of Human Growth and Development**, v. 26, p. 33–40, 2016.

DINIZ, C. S. et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, v. 26, n. 53, p. 19-35, 2018.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: Da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S101-116, 2014.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: Findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive Health**, v. 13, P. s187-265, 2016.

DOWNE, S. et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. **PLoS ONE**, v. 13, n. 4:e0194906, 2018.

ESTEVEZ-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: A population-based case control study in Brazil. **PLoS ONE**, v. 11, n. 4:e0153396, 2016.

FENECH, G.; THOMSON, G. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. **Midwifery**, v. 30, p. 185–193, 2014.

FOOTE-WHYTE. **Treinando a observação participante**. In ZALUAR, A. (org.). *Desvendando máscaras sociais*. São Paulo: Francisco Alves, 1990, p.77-86.

FORSTER, D. A. et al. Women's views and experiences of publicly-funded homebirth programs in Victoria, Australia: A cross-sectional survey. **Women and Birth**, v. 32, p. 221–230, 2018.

FIGO et al. Mother–baby friendly birthing facilities. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 128, n. 2, p. 95–99, 2015.

FIGO et al. **The International Childbirth Initiative**. 2018.

FRANÇA E.; LANSKY, S. **Mortalidade infantil neonatal no Brasil: Situação, tendências e perspectivas**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

GARTHUS-NIEGEL, S. et al. The impact of postpartum posttraumatic stress and depression symptoms on couples' relationship satisfaction: A population-based prospective study. **Frontiers in Psychology**, v. 9, 2018.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. **Psychological Assessment**, v. 7, p. 238-247, 1995.

HOLANDA, C. S. M. DE et al. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, p. 388-394, 2015.

IMBCO. **The International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI): 10 Steps to**

Optimal MotherBaby Maternity Services. 2008.

JAMAS, M. T. **Adaptação cultural e validação para a língua portuguesa da "Escala de Bienestar Materno en Situación de Parto (BMSP 2)".** Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2013. 152p.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **Am J Health-Syst Pharm**, v. 65, 2008.

KOLLER, I.; LEVENSON, M. R.; GLÜCK, J. What do you think you are measuring? A mixed-methods procedure for assessing the content validity of test items and theory-based scaling. **Frontiers in Psychology**, v. 8, 2017.

LANDIS, J. R.; KOCH, G. G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data: Source: Biometrics. **Biometrics**, v. 33, p. 159-174, 1977.

LANSKY, S. et al. Birth in Brazil survey: Neonatal mortality profile, and maternal and child care. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N. Nacer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S5, 2014.

LEAL, M. D. C. et al. Birth in Brazil: National survey into labour and birth. **Reproductive Health**, v. 9:15, 2012.

LEAL, M. D. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres Brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S17-S47, 2014.

LEAL, M. D. C. et al. Reproductive, maternal, neonatal and child health in the 30 years since the creation of the Unified Health System (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018.

LOPES, F. et al. Content and Face Validity of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale Questionnaire Cross-culturally Adapted to Brazilian Portuguese. **Rev Bras Ginecol Obst**, v. 41, n. 6, p. 371–378, 2019.

MARTIN, A. L. Mortalidade materna de mulheres negras no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2473-2479, 2006.

MARTINS, E. F. et al. Multiple causes of maternal mortality related to abortion in minas gerais state, brazil, 2000-2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 1:e00133115, 2017.

MELO, C. R. **Adaptação Transcultural do Maternity Safety Thermometer para o Português do Brasil.** Tese. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina: 2015. 291p.

MILLER, S. et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. **Lancet**, v. 388, p. 2176-2192, 2016.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S128–S139, 2014.

MOTTA, R. R.; COSTA, A. S.; AGUIAR, C. DE A. **Termômetro de Segurança na**

Maternidade: medindo a qualidade da assistência no município de Uberaba/MG. Relatório de Iniciação Científica apresentado à Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), em 2018, via Sistema Integrado de Pesquisas Científicas (SIPESQ).

NHS. **Maternity Safety Thermometer.** Disponível em: <https://www.safetythermometer.nhs.uk/index.php?option=com_content&view=article&id=11&Itemid=285>. Acesso em: 2 set. 2019.

NILVÉR, H.; BEGLEY, C.; BERG, M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, 2017.

NIY, D. Y. **Desafios para a implementação de uma assistência “amiga da mulher”: a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo.** Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2018. 96p.

NIY, D. Y. et al. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

OCCHI, G. M. et al. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. **Lancet**, v. 392, p. 1290-1291, 2018.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever. **Revista Antropologia**, v. 39, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Saúde Materna e Neonatal.** Genebra: 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas.** Genbra: 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.** Genebra: 2016. 10p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Recomendações da OMS sobre cuidado intraparto para uma experiência positiva na gravidez.** Genebra: 2018. 212p.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PEREDA-GOIKOETXEA, B. et al. A qualitative study of hospital birth perceptions: The helix of priority needs. **Midwifery**, v. 74, p. 91–98, 2019.

PHANEUF, S. et al. Loss of myometrial oxytocin receptors during oxytocin-induced and oxytocin-augmented labour. **Journal of Reproduction and Fertility**, v. 120, p. 91–97, 2000.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Research in Nursing and Health**, v. 29, p. 489–497, 2006.

POWER, C.; WILLIAMS, C.; BROWN, A. Does childbirth experience affect infant behaviour? Exploring the perceptions of maternity care providers. **Midwifery**, v. 78, p.

131–139, 2019.

POWER, M. et al. Learning from the design and development of the NHS Safety Thermometer. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. 3, p. 287–297, 2014.

POWER, M.; STEWART, K.; BROTHERTON, A. What is the NHS safety thermometer? **Clinical Risk**, v. 18, p. 163–169, 2012.

RAMIRES DE JESUS, G. et al. Caesarean rates in Brazil: what is involved? **BJOG**, v. 122, p. 606–609, 2015.

RASPANTINI, P. R. et al. The impact of the type of hospital and delivery on the gestational age in São Paulo city, 2013-2014. **Rev Bras Epidemiol**, v. 19, n. 4, p. 878–882, 2016.

REIS, R. A. **Módulo específico para Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada à Saúde para Crianças e Adolescentes que Vivem com Deficiência Auditiva-ViDA**. Tese. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008. 154p.

REITER, M. et al. Systematic review and meta-analysis of studies on delivery preferences in Brazil. **Int J Gynecol Obstet**, v. 143, p. 24–31, 2018.

SACCONE, G. et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 98, p. 958-966, 2019.

SALGADO, H. DE O. **Cuidado materno livre de danos e prevalência de depressão pós-parto: Inquérito "Nascer no Brasil", Região Sudeste, 2011 e 2012**. Tese. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2017. 132p.

SALGADO, H. DE O. et al. Using the Maternity Safety Thermometer to estimate harm-free care in Southeast Brazil: A hospital-based cohort. **Birth**, v. 46, n. 4, p. 583-591 2019.

SANDALL, J. et al. Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. **Lancet**, v. 392, p. 1349-1457, 2018.

SANTOS, F. S. DE R. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 6:e00143718, 2019.

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss - towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology**, v. 23, n. 3, p. 287–296, 2009.

SIGURÐARDÓTTIR, V. L. et al. Processing birth experiences: A content analysis of women's preferences. **Midwifery**, v. 69, p. 29–38, 2019.

SILVEIRA, M. F. et al. The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study. **Journal of Affective Disorders**, v. 256, p. 441–447, 2019a.

SILVEIRA, M. P. T. et al. Drug use in delivery hospitalization: Pelotas births cohort, 2015. **Rev Saúde Pública**, v. 53, p. 51, 2019b.

SOBHY, S. et al. Maternal and perinatal mortality and complications associated with caesarean section in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. **Lancet**, v. 393,

p. 1973–1982, 2019.

SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 26, p. 649–659, 2017.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, p. 34–42, 2007.

TUNÇALP, Ö et al. Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. **BJOG**, v. 122, p. 1045–1049, 2015.

TUNESTVEIT, J. W. et al. Factors associated with obstetric anal sphincter injuries in midwife-led birth: A cross sectional study. **Midwifery**, v. 62, p. 264–272, 2018.

UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado: módulo 1: histórico e implementação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 78p.

UNICEF et al. **Levels & Trends in Child Mortality Estimation**. Report, 2018. 48p.

VASCONCELLOS, M. T. L. et al. Desenho da amostra nascer no Brasil: Pesquisa nacional sobre parto e nascimento. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S49–S58, 2014.

VENTURI, G.; GODINHO, T.. **Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Públicos**. São Paulo: Fundação Perseu-Abramo, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Information Science and Technology in Health Health in Brazil 2 Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, p. 1863–76, 2011a.

VICTORA, C. G. et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, p. 2042–2053, 2011b.

VIELLAS, E. F. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S1–S15, 2014.

VIRKKUNEN, J. et al. O Laboratório de Mudança como uma ferramenta para transformação colaborativa de atividades de trabalho: Uma entrevista com Jaakko Virkkunen. **Saúde Soc**, v. 23, n. 1, p. 182–189, 2014.

VIRKKUNEN, J.; NEWNHAM, D. S. **O laboratório de mudança: uma ferramenta de desenvolvimento para o trabalho e a educação**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2015. 423p.

WHITE RIBBON ALLIANCE. **Respectful maternity care charter**. Washington, DC: 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal mortality 1990-2015**. Geneva: 2015. 92p.

YE, J. et al. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41:3, p. 237–244, 2014.

ZORZI, M.; PRIFTIS, K., AND UMILTA, C. Brain damage: neglect disrupts the mental number line. **Nature**, v. 417, 138–139, 2002.

ANEXO 1 - Aprovação ética do projeto HAMABE (FSP/USP)

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)

Pesquisador: Carmen Simone Grilo Diniz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56958716.0.1001.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.885.861

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa quase-experimental com métodos mistos avaliando a possibilidade de efetivação da Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver e avaliar projeto piloto de implementação da IHAMC, em duas maternidades-escola do SUS, em São Paulo e em Ribeirão Preto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos; benefícios significativos para as mulheres e seus bebês, com proposta de melhoria da atenção ao parto, segundo evidências científicas, tornando-a menos agressiva.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem redigido, metodologia clara e detalhada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE da usuária foi formulado e está com linguagem adequada e os benefícios foram descritos.

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira César CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 01 de 03

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 1.885.861

TCLE de profissionais incluiu os benefícios da pesquisa.

Recomendações:

Todas as pendências foram resolvidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_726545.pdf	17/11/2016 17:26:43		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_17112016.pdf	17/11/2016 16:21:35	Denise Yoshie Niy	Aceito
Investigador				
Outros	Termoanuencia_RP.pdf	17/11/2016 16:02:34	Denise Yoshie Niy	Aceito
Outros	Termoanuencia_SP.pdf	17/11/2016 15:56:23	Denise Yoshie Niy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_17112016.pdf	17/11/2016 15:52:10	Denise Yoshie Niy	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarias_17112016.pdf	17/11/2016 15:51:54	Denise Yoshie Niy	Aceito
Cronograma	Cronograma_17112016.pdf	17/11/2016 15:51:38	Denise Yoshie Niy	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoAssinada.pdf	03/06/2016 17:43:14	Carmen Simone Grilo Diniz	Aceito
Orçamento	Orcamentos_materiais.pdf	02/06/2016 15:48:51	Carmen Simone Grilo Diniz	Aceito
Orçamento	OrcamentoConsolidadoFapesp.pdf	02/06/2016 15:48:23	Carmen Simone Grilo Diniz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira César CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 02 de 03

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 1.885.861

SAO PAULO, 05 de Janeiro de 2017

Assinado por:
Maria Regina Alves Cardoso
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira César CEP: 01.246-904
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 03 de 03

ANEXO 2 - Aprovação ética do projeto HAMABE (HC-FMRP/USP)

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)

Pesquisador: João Paulo Dias de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 56958716.0.2001.5440

Instituição Proponente: CENTRO DE REFERENCIA DA SAUDE DA MULHER - MATER

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.309.237

Apresentação do Projeto:

"Nos últimos anos, muitas inovações têm sido propostas na saúde perinatal, para torná-la mais segura, baseada em evidências e menos agressiva. Mesmo com a existência de políticas públicas e da pressão de movimentos de usuárias, a incorporação dessas inovações tem sido lenta, com impactos negativos nas mães e na primeiríssima infância (abuso de cesáreas, nascimentos pré-termo, amamentação). Para lidar com estes problemas, entidades internacionais lançaram em 2015 a Iniciativa Hospital Amigo da Mãe e da Criança (IHAMC)."

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver e avaliar projeto piloto de implementação da IHAMC, em duas maternidades-escola do SUS, em São Paulo e em Ribeirão Preto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios da realização da pesquisa superam seus riscos. O único risco é a possibilidade de quebra de confidencialidade e não há benefícios diretos da pesquisa aos participantes. Os pesquisadores descrevem as medidas adequadas para evitar a quebra de confidencialidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As sugestões efetuadas no último parecer (abaixo) foram incorporadas ao projeto. O projeto

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Página 01 de 04

Continuação do Parecer: 2.309.237

encontra-se bem descrito e fundamentado.

No projeto:

- incluir uma estimativa do número de puérperas que serão entrevistadas (página 12, parágrafo 3), bem como um item de avaliação dos riscos e benefícios da pesquisa (página 12, parágrafo 4 e página 13, parágrafo 1).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está adequado. Todas as modificações indicadas abaixo no último parecer foram satisfatoriamente adequadas.

No TCLE das puérperas:

1. Garantir as participantes que a não participação no estudo não interfere com sua assistência na instituição (não está claro no TCLE) (página 1, parágrafo 3)
2. As participantes podem em qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem prejuízo (página 1, parágrafo 3)
3. As participantes têm direito a ressarcimento em decorrência de qualquer dano diretamente relacionado a pesquisa (página 1, parágrafo 7)
4. As participantes têm direito a ajuda de custo para transporte (página 2, parágrafo 1)

Recomendações:

Conforme apontado no último parecer (abaixo), todas as modificações indicadas foram realizadas de modo adequado.

No projeto:

- incluir uma estimativa do número de puérperas que serão entrevistadas (página 12, parágrafo 3), bem como um item de avaliação dos riscos e benefícios da pesquisa (página 12, parágrafo 4 e página 13, parágrafo 1).

No TCLE das puérperas:

1. Garantir as participantes que a não participação no estudo não interfere com sua assistência na instituição (não está claro no TCLE) (página 1, parágrafo 3)
2. As participantes podem em qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem prejuízo (página 1, parágrafo 3)
3. As participantes têm direito a ressarcimento em decorrência de qualquer dano diretamente relacionado a pesquisa (página 1, parágrafo 7)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Página 02 de 04

Continuação do Parecer: 2.309.237

4. As participantes têm direito a ajuda de custo para transporte (página 2, parágrafo 1)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadéquações:

Diante do exposto e à luz da Resolução CNS 466/2012, o projeto de pesquisa ProjetoIHAMC_CEPHCFMRP_USP_v2_23Ago2017, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido TCLE usuárias Mater_v2_23Ago2017, podem ser enquadrados na categoria APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado: Tendo em vista a legislação vigente, devem ser encaminhados ao CEP, relatórios parciais anuais referentes ao andamento da pesquisa e relatório final ao término do trabalho. Qualquer modificação do projeto original deve ser apresentada a este CEP em nova versão, de forma objetiva e com justificativas, para nova apreciação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_851215.pdf	05/09/2017 09:32:17		Aceito
Outros	TCLEusuariasMaterV23Ago2017.pdf	05/09/2017 09:31:49	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	Cartarespostaparecerconsubienciado23Ago2017.pdf	05/09/2017 09:21:05	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	ProjetoIHAMCCEPHCFMRPUSPV23Ago2017.pdf	05/09/2017 09:20:23	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	CARTA DE ESCLARECIMENTO SOBRE PENDENCIAS DOCUMENTAIS.pdf	24/06/2017 13:47:03	Elaine Christine Dantas Moisés	Aceito
Outros	Dispensaassinatura_FAPESP_Justificativa.pdf	24/06/2017 13:25:25	Elaine Christine Dantas Moisés	Aceito
Outros	TermoOutorga.pdf	21/06/2017 16:21:39	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	Cooperacao_internacional.pdf	19/06/2017 21:42:05	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoIHAMC_CEPHCFMRP_USP.pdf	18/06/2017 18:28:59	João Paulo Dias de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarias_Mater.pdf	18/06/2017 18:25:38	João Paulo Dias de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_prof_MATER.pdf	18/06/2017 18:25:22	João Paulo Dias de Souza	Aceito

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 2.309.237

Justificativa de Ausência	TCLE_prof_MATER.pdf	18/06/2017 18:25:22	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/06/2017 18:24:52	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	Parecer_UFC_aprovacao_orcamento.pdf	18/06/2017 17:17:55	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Orçamento	Orçamento_Aprovado_UFC.pdf	18/06/2017 17:17:02	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_assinada.pdf	08/06/2017 16:14:02	João Paulo Dias de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_usuarias_amparo.pdf	07/06/2017 15:57:37	João Paulo Dias de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_prof_amparo.pdf	07/06/2017 15:25:15	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	Parecer_FMRP_DGO.pdf	06/06/2017 16:26:49	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	Parecer_ComissaoPesquisa_MATER.pdf	06/06/2017 16:25:43	João Paulo Dias de Souza	Aceito
Outros	Termoanuencia_RP.pdf	17/11/2016 16:02:34	Denise Yoshie Niy	Aceito
Outros	Termoanuencia_SP.pdf	17/11/2016 15:56:23	Denise Yoshie Niy	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 02 de Outubro de 2017

Assinado por:
MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-900
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3602-2228 Fax: (16)3633-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

Página 04 de 04

ANEXO 3 - Termômetro de Segurança da Maternidade traduzido e adaptado para o português do Brasil (Melo, 2015)

Termômetro de Segurança da Maternidade

LOCAL E TIPO DE PARTO	
LOCAL DA PESQUISA	() Comunidade () Hospital () Centro de Parto Normal
DATA DA PESQUISA	____/____/____
COR DA PELE	() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena () Não declarada
FALA PORTUGUÊS	() Sim () Não
IDADE	() 19 anos ou menos () 20-34 anos () 35-39 anos () 40 anos ou mais
IDADE GESTACIONAL (<i>semanas completas</i>)	() Menos de 28 sem. () 28-36 sem. () 37-38 sem. () 39-42 sem. () Mais de 42 sem.
PARIDADE	(<i>A paridade deve ser igual ou maior que 1</i>)
GESTÇÃO	() Única () Múltipla
IMC (<i>na admissão</i>)	() 18,5 () 18,6-24,9 () 25-29,9 () 30-34,9 () 35-39,9 () 40 ou mais
ONDE ELA TEVE O BEBÊ?	() Centro Obstétrico () Centro de Parto Normal intra ou peri hospitalar () Casa de Parto () Em casa () Outro
DATA DE NASCIMENTO DO BEBÊ ____/____/____ INFORMAÇÕES DO PARTO (<i>marque todas as opções que se aplicam</i>)	() Espontâneo () Vácuo extrator () Fórceps () Falha instrumental () Cesariana () Admissão da mulher em Unidade Semi Intensiva/UTI/UTI Cardíaca após o parto
TRAUMA PERINEAL/INCISÃO CIRÚRGICA ABDOMINAL	
A MULHER TEVE TRAUMA PERINEAL E/OU INCISÃO CIRÚRGICA ABDOMINAL? () NÃO () SIM →	() Laceração de 1º grau () Laceração de 2º grau () Laceração de 3º/4º grau () Episiotomia () Cesariana () Incisão cirúrgica abdominal (durante a internação para o parto, excetuando-se a cesariana) (<i>marque todas as opções que se aplicam</i>)
HEMORRAGIA PÓS-PARTO	
QUAL FOI A PERDA SANGÜÍNEA ESTIMADA?	() 499 ml ou menos () 500-999 ml () 1000-1999 ml () 2000 ml ou mais () Sem registro
DESDE O PARTO A MULHER TEVE: (<i>marque todas as opções que se aplicam</i>)	() Teve algum episódio de lipotímia ou desmaio? () Teve alguma vez a medida da Hb (hemoglobina) inferior à 7,0%? () Recebeu transfusão de sangue? () Recebeu ferro intravenoso? () Nenhuma das alternativas
INFECÇÃO (ENTREVISTA POR TELEFONE)	
A MULHER TEVE ALGUMAS DAS SEGUINTE INFECÇÕES DESDE O INÍCIO DO TRABALHO DE PARTO ATÉ 10 DIAS PÓS-PARTO? (<i>até o momento da entrevista</i>) () NÃO () SIM →	() Infecção do trato urinário () Infecção na incisão da cesariana/cirúrgica abdominal () Mastite () Infecção uterina () Infecção no trauma perineal () Outra(s): _____ (<i>marque todas as opções que se aplicam</i>)
BEBÊ	
O BEBÊ TEVE ESCORE DE APGAR MENOR OU IGUAL A 6 NO 5º MINUTO APÓS O NASCIMENTO?	() Sim () Não
O BEBÊ PRECISOU SER TRANSFERIDO/ADMITIDO EM UNIDADE DE CUIDADO INTERMEDIÁRIO NEONATAL/UNIDADE NEONATAL/UTI NEONATAL?	() Não () Sim – prevista () Sim – imprevista
PERCEPÇÃO DA MULHER SOBRE SEGURANÇA – PERGUNTAR À MULHER	
ALGUMA VEZ VOCÊ FOI SEPARADA DO SEU BEBÊ, EXCETO SE ELE FOI INTERNADO EM UMA UNIDADE NEONATAL PARA RECEBER TRATAMENTO NECESSÁRIO?	() Sim () Não
VOCÊ FOI DEIXADA SOZINHA PELOS MÉDICOS/ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS/OBSTETRIZES EM ALGUM MOMENTO EM QUE ESTAVA SE SENTINDO PREOCUPADA (<i>durante o trabalho de parto</i>)?	() Sim () Não
SE VOCÊ EXPRESSOU PREOCUPAÇÃO SOBRE SEGURANÇA DURANTE O TRABALHO DE PARTO, VOCÊ CONSIDERA QUE FOI LEVADA À SÉRIO?	() Sim () Não () Sem preocupação
VOCÊ GOSTARIA DE FALAR SOBRE ALGUMA QUESTÃO COM O MÉDICO/ENFERMEIRA OBSTÉTRICA/OBSTETRIZ/OUTRO PROFISSIONAL?	() Sim () Não (<i>Em caso afirmativo, favor referencie a mulher para um médico/enfermeira obstétrica/obstetiz para dar seguimento</i>)
NOTAS OPCIONAIS	

ANEXO 4 - Aprovação ética da presente pesquisa

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Termômetro de Segurança da Maternidade: uma versão ampliada do instrumento

Pesquisador: Bruna Dias Alonso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87588718.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.961.078

Apresentação do Projeto:

O presente projeto insere-se na pesquisa intitulada "Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)", cujo nome fantasia é HAMABE (Hospital Amigo da Mãe e do Bebê), e conta com aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 56958716.0.1001.5421) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/USP de Ribeirão Preto (CAAE 56958716.0.1001.5421).

O Termômetro de Segurança (TS), criado pelo Sistema Nacional de Saúde Inglês, estima a prevalência instantânea dos danos em saúde em um intervalo de tempo curto e estima o número de indivíduos que foram beneficiados de um cuidado livre de danos. Entre os tipos de TS, existe o Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM), que investiga a prevalência instantânea dos danos em saúde materna e neonatal.

O objetivo do projeto é elaborar e validar uma versão ampliada do Termômetro de Segurança da Maternidade. Para isso, será constituído um grupo de trabalho composto por experts na área da saúde da mulher e segurança da paciente, gestores, trabalhadores da saúde e usuárias. Este grupo será responsável pela validação de conteúdo, face e constructo do instrumento construído. Essa

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 01 de 04

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.961.078

brasileiras.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na metodologia, é informado que duas maternidades-escola do Sistema Único de Saúde (SUS), uma no município de São Paulo e outra no de Ribeirão Preto, estão sendo investigadas. Pelos pareceres emitidos pela Faculdade de Medicina de Ribeirão e pela FSP-USP para o projeto "Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)", os Termos de Anuência dessas maternidades-escola foram emitidos.

É apresentado um Termo de Anuência do Amparo Maternal, assinado pelo diretor técnico. Entretanto, o termo parece ser para o projeto anterior (HAMABE) e a data é de 2016.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1087624.pdf	21/05/2018 14:42:44	Bruna Dias Alonso	Aceito
Outros	HAMABE_projeto.pdf	21/06/2018 14:39:18	Bruna Dias Alonso	Aceito
Outros	HAMABE_termo_de_anuencia.pdf	21/06/2018 14:39:40	Bruna Dias Alonso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLE_profissionais_alterado.pdf	21/06/2018 14:37:16	Bruna Dias Alonso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLE_usuario_alterado.pdf	21/06/2018 14:37:05	Bruna Dias Alonso	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	HAMABE_TCLE_usuarias.pdf	03/04/2018 11:22:53	Bruna Dias Alonso	Aceito

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 03 de 04

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

Continuação do Parecer: 2.961.078

etapa compreenderá rodadas de avaliação do instrumento, um grupo focal com as usuárias e pré-testes do instrumento. Por fim, será verificado a confiabilidade, através da reprodutibilidade e da homogeneidade do instrumento construído.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Elaborar e validar uma versão ampliada do Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM).

Objetivos Secundários:

- Construir um instrumento ampliado de acordo com questões emergenciais referentes à assistência oferecida nas maternidades brasileiras;
- Realizar a validação de conteúdo, face e constructo do instrumento construído;
- Verificar a confiabilidade, através da reprodutibilidade e da homogeneidade, do instrumento construído.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não existem riscos para a saúde física dos participantes, mas às vezes algumas pessoas podem se sentir emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista.

Benefícios:

O Termômetro de Segurança da Maternidade é um dispositivo inovador por conta da sua simplicidade e a rapidez com que expõe os indicadores relativos ao cuidado oferecido às mulheres e aos neonatos. A inovação também está representada quando o TSM desnaturaliza ou visibiliza morbidades incorporadas como inevitáveis e trata a segurança na perspectiva mãe-bebê e percepção da mulher em relação ao cuidado recebido. A proposta de um instrumento ampliado reforça esses benefícios, visto que será baseado em problemas recorrentes da assistência obstétrica brasileira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, uma vez que a versão ampliada do Termômetro de Segurança da Maternidade será um instrumento mais sensível no rastreamento do cuidado livre de danos em maternidades

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 02 de 04

USP - FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO - FSP/USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Termômetro de Segurança da Maternidade: uma versão ampliada do instrumento

Pesquisador: Bruna Dias Alonso

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87588718.3.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública USP/SP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.961.078

Apresentação do Projeto:

O presente projeto insere-se na pesquisa intitulada "Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC)", cujo nome fantasia é HAMABE (Hospital Amigo da Mãe e do Bebê), e conta com aprovação pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública/USP (CAAE 56958716.0.1001.5421) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina/USP de Ribeirão Preto (CAAE 56958716.0.1001.5421).

O Termômetro de Segurança (TS), criado pelo Sistema Nacional de Saúde Inglês, estima a prevalência instantânea dos danos em saúde em um intervalo de tempo curto e estima o número de indivíduos que foram beneficiados de um cuidado livre de danos. Entre os tipos de TS, existe o Termômetro de Segurança da Maternidade (TSM), que investiga a prevalência instantânea dos danos em saúde materna e neonatal.

O objetivo do projeto é elaborar e validar uma versão ampliada do Termômetro de Segurança da Maternidade. Para isso, será constituído um grupo de trabalho composto por experts na área da saúde da mulher e segurança da paciente, gestores, trabalhadores da saúde e usuárias. Este grupo será responsável pela validação de conteúdo, face e constructo do instrumento construído. Essa

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715
Bairro: Cerqueira Cesar
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3061-7779 Fax: (11)3061-7779 E-mail: coep@fsp.usp.br

Página 01 de 04

APÊNDICE 1 - TCLE (projeto HAMABE)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL

Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 218 – Cerqueira Cesar CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – hsm@fsp.usp.br

Tel: (011) 3066-7703/3081-2451 / Fax: (011) 3085-0240

Projeto de pesquisa:

ESTRATÉGIAS PARA A INCORPORAÇÃO DE INOVAÇÕES
NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO:
INTERVENÇÃO PILOTO NO SUS DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA (IHAMC)

Coordenadora:

PROFA. DRA. CARMEN SIMONE G. DINIZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
USUÁRIAS

Olá! Meu nome é _____.

Junto com meus colegas, estou realizando uma pesquisa nesta Maternidade, sobre como melhorar a qualidade do atendimento ao parto. A pesquisa terá como benefício saber quais estratégias facilitam a incorporação de evidências científicas e boas práticas na assistência ao parto, por meio de uma intervenção piloto de uma nova iniciativa internacional, chamada “Hospital amigo da mulher e da criança”. A pesquisa está ligada ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Para isso, gostaríamos de entrevistá-la sobre sua experiência de ter o bebê aqui no hospital. Sua participação é totalmente voluntária (só se você quiser), e você pode interromper a entrevista quando quiser. Se você não quiser participar da pesquisa, isso não tem nenhum problema para você. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, eu vou anotar seu nome aqui, mas ele não vai aparecer em nenhum lugar, pois você vai escolher um outro nome (um nome falso). Não existem riscos para a sua saúde física, mas às vezes algumas pessoas se sentem emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista.

Nessa entrevista, vamos perguntar como foi sua experiência durante todo o período em que esteve internada no hospital, o que você mais gostou e o que menos gostou, para poder entender melhor o que as mulheres mais desejam e valorizam quando estão internadas em um hospital para ganhar o bebê.

Você ficará com uma via deste documento, que traz, no final, os contatos do/a entrevistador/a, da coordenadora da pesquisa e do comitê de ética em pesquisa, para o caso de você ficar insatisfeita com algo da pesquisa e desejar comunicar ao comitê.

Você tem alguma dúvida?

() NÃO () SIM (Anotar e responder, eventualmente incluir como esclarecimento, por escrito).

Consentimento para a entrevista face-a-face, entrevista telefônica ou participação no grupo focal:

() SIM, consinto () NÃO consinto

Como você quer que seu nome apareça (escolha um nome falso): _____

Nome do profissional por extenso: _____

Assinatura do profissional: _____

Assinatura do/a entrevistador/a: _____

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

Contatos com o/a pesquisador/a – entrevistador/a:

Nome: _____

Telefone: _____ e-mail: ihamc@googlegroups.com

Endereço do/a entrevistador/a: Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 218, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP

Contato com a coordenadora da pesquisa:

Profa. Dra. Simone G. Diniz Tel: 3061-7124 – e-mail: sidiniz@uol.com.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Saúde Pública da USP:

Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo Assessoria Acadêmica –
Comitê de Ética Tel: 3061-7779 / 3061-7742 – e-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 2 - T-IHAMC (versão final)²³

Termômetro da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (T-IHAMC)

Nº:

NOME E CONTATO(S):	
ADMISSÃO (Entrevista face a face no hospital - Q.01 a Q.05)	
01. Você fala português?	☐ 0. Não ☐ 1. Não, mas tenho interlocutor ☐ 2. Sim
02. Qual é a sua cor da pele?	☐ 1. Branca ☐ 2. Preta/negra ☐ 3. Parda/morena/mulata ☐ 4. Amarela/oriental ☐ 5. Indígena ☐ 6. Não quis informar
03. Qual é a sua idade?	____ anos completos
04. Em algum momento, você ou seu/sua acompanhante entregou o plano de parto, um documento elaborado durante a gestação, no qual você descreveu os procedimentos que recusava e os que aceitava? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	☐ 0. Não fiz um plano de parto ☐ 1. Não ☐ 2. Sim
05. Por que você procurou por atendimento no hospital? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	☐ 1. Estava na data provável do parto e ficou com medo de "passar da hora" ☐ 2. Tinha uma cardiocardiografia marcada, aquele exame do coração do bebê ☐ 3. Marcaram para induzir o parto ☐ 4. A sua cesárea estava marcada ☐ 5. Senti que estava em trabalho de parto, ou seja, tinha contrações uterinas regulares ☐ 6. Percebeu algum sinal de alerta, como: a bolsa rompeu, o bebê não se movimentava ou teve sangramento ☐ 7. Nenhuma das opções anteriores ou outro motivo. Qual?
INTERNAÇÃO (Entrevista face a face no hospital - Q.22 a Q.54)	
22. Você teve acompanhante durante toda a sua internação? (Caso a mulher não tenha tido acompanhante em nenhum momento da internação, pular para a questão 24.)	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
23. O/a acompanhante foi de sua escolha?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
24. Você teve, me diga qual a opção: (Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "1. Parto normal", pular para questão 27.)	☐ 1. Parto normal ☐ 2. Parto à fórceps ou vácuo extrator ☐ 3. Cesárea
25. O profissional pediu sua permissão/autorização para fazer um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
26. Você entendeu por que foi feito um fórceps, um vácuo extrator ou uma cesárea? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	☐ 0. Não entendi porque não foi explicado ☐ 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado ☐ 2. Sim, eu entendi e concordei ☐ 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
27. O profissional que atendeu seu parto/sua cesárea se apresentou? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não" ou "2. Eu tive meu bebê sem a presença de um profissional", pular para a questão 29.)	☐ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 2. Eu tive meu bebê sem a presença de um profissional
28. Que tipo de profissional atendeu seu parto/sua cesárea? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	☐ 1. Médico/a ☐ 2. Enfermeiro/a obstetra ☐ 3. Obstetriz ☐ 4. Parteira tradicional ☐ 5. Professor/a ☐ 6. Estudante ☐ 7. Não me lembro
29. O seu trabalho de parto precisou ser induzido? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente" ou "3. Não sei se precisou ser induzido", pular para a questão 33. Caso a resposta seja "1. Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea", pular para a questão 51.)	☐ 0. Não, eu entrei em trabalho de parto espontaneamente ☐ 1. Não, minha cesárea estava agendada ou fui direto para a cesárea ☐ 2. Sim, meu trabalho de parto precisou ser induzido ☐ 3. Não sei se precisou ser induzido
30. Para induzir o seu trabalho de parto, utilizaram alguma dessas medidas? Me diga se sim ou não para cada opção: (Ler as opções à mulher e marcar todas que a resposta for "Sim".)	☐ 1. Misoprostol, um comprimido colocado na sua vagina ☐ 2. Ocitocina, um remédio colocado no soro ☐ 3. Outro. Qual? _____ ☐ 4. Não sei
31. O profissional pediu sua permissão/autorização para induzir seu trabalho de parto?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
32. Você entendeu por que o seu trabalho de parto precisou ser induzido? (Ler as opções à mulher.)	☐ 0. Não entendi porque não foi explicado ☐ 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado ☐ 2. Sim, eu entendi e concordei ☐ 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
33. Você ficou com um acesso venoso no seu braço durante o trabalho de parto? Ou seja, você ficou com alguma veia pega durante o trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	☐ 0. Não ☐ 1. Sim, uma parte do tempo ☐ 2. Sim, o tempo todo

²³ **Legenda das cores utilizadas no T-IHAMC:**

Trechos grifados em cinza = instruções para quem realiza as perguntas.

Trechos grifados em amarelo = atenção para quem realiza as perguntas.

Pergunta escrita em verde = fazer *apenas* por telefone.

Observação: As perguntas foram apresentadas de modo que as da entrevista com a puérpera antecedem as questões do prontuário.

34. Você pôde beber e comer durante todo o trabalho de parto? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	☐ 0. Não ☐ 1. Sim, eu pude apenas beber ☐ 2. Sim, eu pude beber e comer
35. Você foi estimulada a se movimentar, mudar de posição e/ou andar durante o trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	☐ 0. Não ☐ 1. Sim, uma parte do tempo ☐ 2. Sim, o tempo todo
36. Você teve uma doula, uma pessoa que oferece suporte físico e emocional durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
37. Você usou algum dos seguintes métodos para aliviar sua dor durante o trabalho de parto, por exemplo: chuveiro, banheira, bola, cavalinho, massagem, respiração, barra, etc.? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	☐ 0. Não ☐ 1. Sim, pude usar sempre que quis ☐ 2. Sim, mas pude usar apenas uma parte do tempo
38. Foi feita anestesia/analgesia, isto é, aquela injeção nas costas ou aquele gás que você respira, para aliviar a sua dor durante o trabalho de parto? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	☐ 0. Não porque eu não pedi ☐ 1. Não, mesmo eu pedindo ☐ 2. Sim, mas eu não pedi ou eu não queria ☐ 3. Sim, porque eu pedi
39. Você considera que fizeram muitos exames de toque vaginal em você durante a internação?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
40. Todos os profissionais pediram sua permissão/autorização antes de fazer os exames de toque vaginal?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
41. Após o exame de toque vaginal, todos os profissionais que te examinaram contaram o que estava acontecendo com você ou como estava a evolução do trabalho de parto?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
42. Algum profissional rompeu/estourou a sua bolsa? <i>(Ler as opções à mulher.) (Caso a resposta seja "0. Não" ou "2. Não sei", pular para a questão 45.)</i>	☐ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 2. Não sei
43. O profissional pediu sua permissão para romper/estourar sua bolsa?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
44. Você entendeu por que a sua bolsa precisou ser rompida/estourada? <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	☐ 0. Não entendi porque não foi explicado ☐ 1. Não entendi, mesmo tendo sido explicado ☐ 2. Sim, eu entendi e concordei ☐ 3. Sim, eu entendi, mas não concordei
45. O profissional que atendeu seu trabalho de parto se apresentou? <i>(Caso a resposta seja "0. Não", pular para a questão 47.)</i>	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
46. Que tipo de profissional atendeu seu trabalho de parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)</i>	☐ 1. Médico/a ☐ 2. Enfermeiro/a obstetra ☐ 3. Obstetriz ☐ 4. Parteira tradicional ☐ 5. Professor/a ☐ 6. Estudante ☐ 7. Não me lembro
47. Foram permitidas alternativas de posição para o parto, ou seja, você pôde ficar na posição que quis no momento do nascimento do seu/sua filho/a? <i>(Caso a mulher tenha tido uma cesárea intraparto, esta pergunta não se aplica, pular para a questão 51.)</i>	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
48. Quando o/a bebê estava para nascer, pediram para você fazer força para baixo?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
49. No parto, alguém apertou, empurrou ou subiu na sua barriga para o/a bebê nascer?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim
50. Você sabe como ficou a sua vagina depois do parto? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	☐ 1. Não rompeu, não cortou e não deu pontos ☐ 2. Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos ☐ 3. Não levei pontos, mas não sei se rompeu ☐ 4. Rompeu e deram pontos ☐ 5. Cortaram e deram pontos ☐ 6. Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o profissional cortou ☐ 7. Não sei informar
51. Logo após o nascimento, seu/sua bebê foi direto para o seu colo? Vou te falar as opções de resposta: <i>(Ler as opções à mulher.)</i>	☐ 0. Não, porque não foi possível ou os profissionais não permitiram ☐ 1. Não, porque não quis ☐ 2. Sim
52. Após o parto ou a cesárea, de tempo em tempo, algum profissional: <i>(Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)</i>	☐ 1. Observeu seu sangramento ☐ 2. Apertou sua barriga para sentir se o útero estava contraído ☐ 3. Monitorou sua pressão

53.Você teve hemorragia pós-parto ou pós-cesárea? (Ler as opções à mulher.)	☐ 0.Não ☐ 1.Sim ☐ 2.Não sei
54.Após o parto ou a cesárea, você teve algum desses sinais/sintomas que eu vou te falar: (Ler as opções à mulher e marque todas que se aplicam.)	☐ 1.Sentiu tontura ou desmaiou ☐ 2.Teve algum exame de sangue que mostrou que você estava com anemia ☐ 3.Recebeu transfusão de sangue ☐ 4.Recebeu ferro intravenoso, ou seja, na veia ☐ 5.Teve que ir para cirurgia ☐ 6.Nenhuma das alternativas
PÓS-ALTA (Entrevista face a face no hospital, exceto Q.62 + Telefonema em torno de 10 dias após o parto - Q.61 a Q.69)	
61.Você foi orientada para voltar ao hospital caso tivesse alguns desses sinais de perigo: sangramento, dor abdominal intensa, dor de cabeça, ver pontinhos pretos ou brilhantes, dor de estômago, dificuldade para respirar, febre ou calafrios, cicatriz da cesárea ou dos pontos na vagina com secreção purulenta e/ou dificuldade para esvaziar a bexiga?	☐ 0.Não ☐ 1.Sim
62.Você teve algum dos seguintes problemas entre o momento da alta e hoje? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	☐ 1.Infecção urinária ☐ 2.Infecção nos pontos da cesariana ☐ 3.Infecção nas mamas ☐ 4.Infecção no útero ☐ 5.Infecção nos pontos na vagina ☐ 6.Outra infecção. Qual? _____ ☐ 7.Não tive infecção
63.Em relação à sua experiência, você foi deixada sozinha pelos profissionais em algum momento em que estava se sentindo preocupada, angustiada ou com medo?	☐ 0.Não ☐ 1.Sim
64.Alguma vez, você foi separada do/da seu/sua bebê durante a primeira hora de vida dele/dela? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	☐ 0.Não ☐ 1.Sim, para pesar, dar banho ou fazer algum outro procedimento no/na bebê ☐ 2.Sim, foi levado ao berçário ☐ 3.Sim, meu/minha bebê foi internado/a na UCI ou UTI Neonatal ☐ 4.Sim, para fazer algum procedimento em mim
65.Durante a internação, você passou por alguma dessas situações? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	☐ 1.Pediu algum tipo de informação sobre sua saúde ou sobre seu/sua bebê e não obteve resposta ☐ 2.Fizeram algum procedimento em você ou no/na seu/sua bebê sem pedir sua autorização/permissão ☐ 3.Se sentiu desrespeitada, discriminada, constrangida, envergonhada ou assustada ☐ 4.Falaram de modo ríspido, grosseiro ou gritaram com você ☐ 5.Fizeram coisas com você, como beliscar, empurrar, segurar com força ou bater ☐ 6.Outra situação. Qual? _____ ☐ 7.Nenhuma das situações descritas anteriormente
66.Você teve privacidade durante a internação? Por exemplo, recebeu uma camisola que te cobria e você não se sentia exposta; as portas, do ambiente em que você estava, permaneceram encostadas; o número de pessoas na sala de parto não era exagerado? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher e marcar todas que se aplicam.)	☐ 0.Não ☐ 1.Mais ou menos ☐ 2.Sim
67.As suas escolhas foram levadas a sério pelos profissionais da maternidade? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	☐ 0.Não tinha escolhas ☐ 1.Não ☐ 2.Algumas escolhas foram levadas a sério, outras não ☐ 3.Todas as escolhas foram levadas a sério
68.Em sua opinião, o atendimento que você e seu/sua bebê receberam na maternidade foi seguro? Ou seja, tudo o que deveria ter sido feito com você e seu/sua bebê foi feito da melhor forma, sem oferecer risco a vocês? Vou te falar as opções de resposta: (Ler as opções à mulher.)	☐ 0.Não foi seguro ☐ 1.Foi mais ou menos seguro ☐ 2.Foi seguro
69.Você indicaria/recomendaria esta maternidade para alguma outra mulher? Vou te falar as opções de resposta:	☐ 0.Não ☐ 1.Sim ☐ 2.Sim, mas com alerta ou que a mulher tenha um plano de parto

PRONTUÁRIO

ADMISSÃO (Prontuário - Q.06 a Q.21)	
06. IMC: (Na admissão hospitalar ou na última consulta de pré-natal) (Caso tenha apenas o registro da altura e do peso, calcule o IMC por meio da fórmula: $IMC = \text{Peso, em Kg} \div (\text{Altura, em cm})^2$. Se usar a informação do pré-natal, basear-se no último registro de peso.)	☐ 1. 18,5 ou menos ☐ 2. 18,6 a 24,9 ☐ 3. 25 a 29,9 ☐ 4. 30 a 34,9 ☐ 5. 35 a 39,9 ☐ 6. 40 ou mais ☐ 99. Sem informação
07. A classificação de risco foi:	☐ 1. Azul ☐ 2. Verde ☐ 3. Amarela ☐ 4. Vermelha ☐ 5. Outra: _____ ☐ 99. Sem informação
08. Número de gestações anteriores:	___ gestações anteriores ☐ 99. Sem informação
09. Número de partos normais anteriores:	___ partos normais anteriores ☐ 99. Sem informação
10. Número de cesáreas anteriores:	___ cesáreas anteriores ☐ 99. Sem informação
11. Número de abortos:	___ abortos ☐ 99. Sem informação
12. Tipo de gestação:	☐ 1. Única ☐ 2. Multipla ☐ 99. Sem informação
13. Idade gestacional: (Caso existam dois registros de idade gestacional, priorizar o dado referente ao ultrassom.)	___ semanas ___ dias ☐ 99. Sem informação
14. Apresentação fetal:	☐ 1. Cefálica ☐ 2. Pélvica ou podálica ☐ 3. Córmica ou de ombros ☐ 99. Sem informação
15. Presença de movimentos fetais:	☐ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 99. Sem informação
16. Dinâmica uterina:	☐ 0. Ausência de contrações ☐ 1. 1 contração em 10 minutos ☐ 2. 2 ou 3 contrações em 10 minutos ☐ 3. 4 ou mais contrações em 10 minutos ☐ 99. Sem informação
17. Dilatação cervical:	☐ 0. Nenhuma/impervio ☐ 1. 1 a 3 cm ☐ 2. 4 a 7 cm ☐ 3. 8 a 10 cm ☐ 99. Sem informação
18. Consistência/esvaziamento cervical:	☐ 1. Grosso ☐ 2. Médio ☐ 3. Fino ☐ 99. Sem informação
19. Posição cervical:	☐ 1. Posterior ☐ 2. Centralizado/medianizado ☐ 3. Anterior ☐ 99. Sem informação
20. Condição da bolsa:	☐ 1. Inteira ☐ 2. Rota ☐ 99. Sem informação
21. Motivo da internação:	☐ 1. Trabalho de parto espontâneo ☐ 2. Amniorrexe prematura ☐ 3. Alteração na vitalidade fetal ☐ 4. Alteração na condição clínica materna ☐ 5. Pós-datismo ☐ 6. Iteratividade ☐ 7. Outro: _____ ☐ 99. Sem informação
INTERNAÇÃO (Prontuário - Q.55 a Q.60)	
55. O trabalho de parto foi induzido? (Caso a resposta seja "0. Não" ou "99. Sem informação", pular para questão 58.)	☒ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 99. Sem informação
56. Motivo da indução do trabalho de parto: (Marque todas as opções que se aplicam.)	☐ 1. Gestação prolongada ☐ 2. Ruptura prematura de membrana ☐ 3. Intercorrência materna ☐ 4. Intercorrência fetal ☐ 5. Outra: _____ ☐ 99. Sem informação
57. Para a indução do trabalho de parto, foi utilizado: (Marque todas as opções que se aplicam.)	☐ 1. Métodos mecânicos, como descolamento de membranas e/ou Krause/sonda de Foley ☐ 2. Misoprostol ☐ 3. Ocitocina ☐ 4. Outro método: _____ ☐ 99. Sem informação
58. A mulher teve trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal? (Caso a resposta seja "0. Não", pular para a questão 60.)	☒ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 99. Sem informação
59. Trauma perineal e/ou incisão cirúrgica abdominal: (Marque todas as opções que se aplicam.)	☐ 1. Laceração de 1º grau ☐ 2. Laceração de 2º grau ☐ 3. Laceração de 3º/4º grau ☐ 4. Laceração sem grau especificado ☐ 5. Episiotomia médio lateral ☐ 6. Episiotomia mediana ☐ 7. Cesariana ☐ 8. Incisão cirúrgica abdominal (durante a internação para o parto, excetuando-se a cesariana) ☐ 99. Sem informação
60. O bebê teve escore de Apgar menor ou igual 7 no 5º minuto após o nascimento?	☐ 0. Não ☐ 1. Sim ☐ 99. Sem informação

APÊNDICE 3 - TCLE (versão para os profissionais)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL

Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 218 – Cerqueira Cesar CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – hsm@fsp.usp.br

Tel: (011) 3066-7703/3081-2451 / Fax: (011) 3085-0240

Projeto de Pesquisa:

TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE: UMA VERSÃO AMPLIADA DO INSTRUMENTO/ESTRATÉGIAS PARA A INCORPORAÇÃO DE INOVAÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO: INTERVENÇÃO PILOTO NO SUS DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA (IHAMC)

Coordenadora:

PROFA. DRA. SIMONE G. DINIZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Olá! Meu nome é _____.

Junto com meus colegas, estou realizando uma pesquisa nesta Maternidade, sobre como melhorar a qualidade do atendimento ao parto. A pesquisa terá como benefício saber quais estratégias facilitam a incorporação de evidências científicas e boas práticas na assistência ao parto, por meio de uma intervenção piloto de uma nova iniciativa internacional, chamada “Hospital amigo da mulher e da criança”. A pesquisa está ligada ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP).

Para isso, gostaríamos de entrevistá-la/o sobre o seu trabalho. Sua participação é totalmente voluntária (só se você quiser), e você pode deixar de participar quando quiser, mas suas experiências podem ser de grande ajuda para outros profissionais de saúde e para as mulheres no Brasil.

Se você não quiser participar da pesquisa, isso não tem nenhum problema para você. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, eu vou anotar seu nome aqui, mas ele não vai aparecer em nenhum lugar, pois você vai escolher um outro nome (um nome falso). Não existem riscos para a sua saúde física, mas às vezes algumas pessoas se sentem emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista.

Nessa entrevista, vamos perguntar como é a sua experiência de atender partos, o que você mais gosta e o que menos gosta, para poder entender melhor o que os profissionais desejam e valorizam no seu trabalho. Queremos saber especialmente como as condições de trabalho e os limites da formação facilitam, ou dificultam, a incorporação de evidências científicas e boas práticas na assistência ao parto.

Você ficará com uma via deste documento, que traz, no final, os contatos do/a entrevistador/a, da coordenadora da pesquisa e do comitê de ética em pesquisa, para o caso de você ficar insatisfeita com algo da pesquisa e desejar comunicar ao comitê.

Você tem alguma dúvida?

() NÃO () SIM (Anotar e responder, eventualmente incluir como esclarecimento, por escrito).

Consentimento para a entrevista face-a-face, entrevista telefônica ou participação no grupo focal:

() SIM, consinto () NÃO consinto

Como você quer que seu nome apareça (escolha um nome falso): _____

Nome do profissional por extenso: _____

Assinatura do profissional: _____

Assinatura do/a entrevistador/a: _____

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

Contatos com o/a pesquisador/a – entrevistador/a:

Nome: _____

Telefone: _____ e-mail: ihamc@googlegroups.com

Endereço do/a entrevistador/a: Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 218, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP

Contato com a coordenadora da pesquisa:

Profa. Dra. Simone G. Diniz Tel: 3061-7124 – e-mail: sidiniz@uol.com.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Saúde Pública da USP:

Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo Assessoria Acadêmica – Comitê de Ética Tel: 3061-7779 / 3061-7742 – e-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 4 - TCLE (versão para as mulheres)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DEPARTAMENTO DE SAÚDE
MATERNO-INFANTIL

Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 218 – Cerqueira Cesar CEP: 01246-904 – São Paulo/SP – hsm@fsp.usp.br

Tel: (011) 3066-7703/3081-2451 / Fax: (011) 3085-0240

Projeto de Pesquisa:

TERMÔMETRO DE SEGURANÇA DA MATERNIDADE: UMA VERSÃO AMPLIADA DO INSTRUMENTO/ESTRATÉGIAS PARA A INCORPORAÇÃO DE INOVAÇÕES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E AO RECÉM-NASCIDO: INTERVENÇÃO PILOTO NO SUS DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA MULHER E DA CRIANÇA (IHAMC)

Coordenadora:

PROFA. DRA. SIMONE G. DINIZ

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

USUÁRIAS

Olá! Meu nome é _____.

Junto com meus colegas, estou realizando uma pesquisa nesta Maternidade, sobre como melhorar a qualidade do atendimento ao parto. A pesquisa terá como benefício saber quais estratégias facilitam a incorporação de evidências científicas e boas práticas na assistência ao parto, por meio de uma intervenção piloto de uma nova iniciativa internacional, chamada “Hospital amigo da mulher e da criança”. A pesquisa está ligada ao departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Para isso, gostaríamos de entrevistá-la sobre sua experiência de ter o bebê aqui no hospital. Sua participação é totalmente voluntária (só se você quiser), e você pode interromper a entrevista quando quiser. Se você não quiser participar da pesquisa, isso não tem nenhum problema para você. Se você aceitar fazer parte da pesquisa, eu vou anotar seu nome aqui, mas ele não vai aparecer em nenhum lugar, pois você vai escolher um outro nome (um nome falso). Não existem riscos para a sua saúde física, mas às vezes algumas pessoas se sentem emocionalmente desconfortáveis com os temas da entrevista. Nessa entrevista, vamos perguntar como foi sua experiência durante todo o período em que esteve internada no hospital, o que você mais gostou e o que menos gostou, para poder entender melhor o que as mulheres mais desejam e valorizam quando estão internadas em um hospital para ganhar o bebê. Você ficará com uma via deste documento, que traz, no final, os contatos do/a entrevistador/a, da coordenadora da pesquisa e do comitê de ética em pesquisa, para o caso de você ficar insatisfeita com algo da pesquisa e desejar comunicar ao comitê.

Você tem alguma dúvida?

() NÃO () SIM (Anotar e responder, eventualmente incluir como esclarecimento, por escrito).

Consentimento para a entrevista face-a-face, entrevista telefônica ou participação no grupo focal:

() SIM, consinto () NÃO consinto

Como você quer que seu nome apareça (escolha um nome falso): _____

Nome da usuária por extenso: _____

Assinatura da usuária: _____

Assinatura do/a entrevistador/a: _____

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

Contatos com o/a pesquisador/a – entrevistador/a:

Nome: _____

Telefone: _____ e-mail: ihamc@googlegroups.com

Endereço do/a entrevistador/a: Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 218, Cerqueira Cesar, São Paulo/SP

Contato com a coordenadora da pesquisa:

Profa. Dra. Simone G. Diniz Tel: 3061-7124 – e-mail: sidiniz@uol.com.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Saúde Pública da USP:

Av. Dr. Arnaldo, 715 – térreo – Cerqueira César – CEP: 01246-904 – São Paulo Assessoria Acadêmica – Comitê de Ética Tel: 3061-7779 / 3061-7742 – e-mail: coep@fsp.usp.br

APÊNDICE 5 - Currículo Lattes da autora

Bruna Dias Alonso

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9326900248087932>

ID Lattes: **9326900248087932**

Última atualização do currículo em 03/06/2019

Aluna de Doutorado pelo Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública (USP), com período sanduíche na Faculdade de Ciências da Vida e Medicina do King's College of London (KCL). Mestra em Ciências pelo Programa de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública (USP). Obstetriz graduada pela Escola de Artes, Ciências e Humanidades (USP). Membro do grupo de pesquisa Gênero, Maternidade e Saúde da Faculdade de Saúde Pública (USP). Atua nos seguintes temas: saúde coletiva, saúde da mulher e perinatal, direitos sexuais e reprodutivos e gênero. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Bruna Dias Alonso

Nome em citações bibliográficas ALONSO, B. D.; ALONSO, BRUNA DIAS

Lattes ID <http://lattes.cnpq.br/9326900248087932>

Endereço

Formação acadêmica/titulação

- 2016** Doutorado em andamento em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil.
com **período sanduíche** em King's College London (Orientador: Jane Sandall).
Título: Termômetro de Segurança da Maternidade: uma versão ampliada do instrumento (título provisório),
Orientador: Carmen Simone Grilo Diniz.
Coorientador: Cláudia de Azevedo.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
- 2013 - 2015** Mestrado em Saúde Pública.
Faculdade de Saúde Pública - USP, FSP - USP, Brasil.
Título: Fatores associados à cesariana segundo fonte de financiamento na região Sudeste: estudo transversal a partir dos dados da pesquisa ?Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento?, Ano de Obtenção: 2015.
Orientador: Flora Maria Barbosa da Silva.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES, Brasil.
- 2008 - 2012** Graduação em Obstetrícia.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

APÊNDICE 6 - Currículo Lattes da orientadora

Carmen Simone Grilo Diniz

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>

ID Lattes: **7232133934331288**

Última atualização do currículo em 03/10/2019

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (1984). Residência (1987), mestrado (1996) e doutorado (2001) em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo. Pós-doutorado em Saúde Materno-infantil pelo Cemicamp (2004). Pós-doutorado (visiting reader) no King's College London, Women's Health Division (2012). É professora titular do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (2011). Colaborou por 20 anos com o Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde (1985-2004) em atividade de assistência, pesquisa e ensino. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Preventiva, Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Violência de Gênero, Gênero e Saúde Materna, Saúde Materno-infantil, Saúde Pública baseada em evidências. Foi coordenadora regional (região Sudeste) do Inquérito Nacional Nascer no Brasil (2010-2012). Coordena o grupo do CNPq GEMAS (Gênero e evidências em maternidade e saúde). Foi chefe do Departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, da Faculdade de Saúde Pública da USP (2014-2017). Coordena o projeto de pesquisa Estratégias para a incorporação de inovações na assistência ao parto e ao recém-nascido: intervenção piloto no SUS da Iniciativa Hospital Amigo da Mulher e da Criança (IHAMC), apoiado pela FAPESP (2016-2018). Coordena o projeto Dias potenciais de gravidez perdidos* (DPGP): uma medida inovadora da idade gestacional para avaliar intervenções e resultados de saúde materno-infantil, apoiado pelo CNPq e Fundação Bill e Melinda Gates. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome Carmen Simone Grilo Diniz

Nome em citações bibliográficas Diniz, C. S. G.;Diniz, S.;Diniz, Simone;Diniz, Simone G;Diniz, Simone Grilo;Diniz, Carmen Simone Grilo;Carmem Simone Grilo Diniz;Diniz, CSG, Carmen SG Diniz;Diniz Carmem Simone Grilo;Diniz, Carmem Simone Grilo;DINIZ, CARMEM SIMONE;Simone Carmem Grilo Diniz;DINIZ, SIMONE CARMEM GRILO;DINIZ, CARMEN;DINIZ, CARMEN SIMONE;DINIZ, CS;GRILO DINIZ, CARMEN SIMONE

Lattes ID <http://lattes.cnpq.br/7232133934331288>

Endereço

Endereço Profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil.
Av. Doutor Arnaldo, 715, 2º andar
Cerqueira César
01246904 - São Paulo, SP - Brasil
Telefone: (11) 30617124
Fax: (11) 30850240

Formação acadêmica/titulação

- 1997 - 2001** Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto, Ano de obtenção: 2001.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil.
- 1994 - 1996** Mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) (Conceito CAPES 7).
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Assistência ao parto e relações de gênero - elementos para uma releitura médico-social, Ano de Obtenção: 1997.
Orientador: José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres.
- 1985 - 1987** Especialização - Residência médica.
Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Residência médica em:

APÊNDICE 7 - Currículo Lattes da co-orientadora

Cláudia de Azevedo Aguiar

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2103039072525111>

ID Lattes: **2103039072525111**

Última atualização do currículo em 14/01/2020

Doutora em Ciências da Saúde (USP-FSP), Mestre em Ciências da Saúde (USP-FSP) e Bacharel em Obstetrícia (USP-EACH). Docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Atua nos seguintes temas: políticas públicas de saúde, saúde coletiva, assistência à saúde materna e perinatal, humanização do cuidado materno-infantil, saúde da mulher, Direitos Sexuais e Reprodutivos, morbidade materna aguda grave (near-miss materno), Saúde Baseada em Evidências, gênero e maternidade. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Cláudia de Azevedo Aguiar
Nome em citações bibliográficas	AGUIAR, C. A.;CA Aguiar;AGUIAR, CLÁUDIA DE AZEVEDO;AZEVEDO AGUIAR, CLÁUDIA;Aguiar, Cláudia A.;Aguiar, Cláudia de A.;Claudia de Azevedo Aguiar
Lattes iD	http://lattes.cnpq.br/2103039072525111

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2012 - 2016	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: "Por um fio": Memórias e representações de mulheres que vivenciaram o near-miss materno, Ano de obtenção: 2016. Orientador: Ana Cristina D'Andretta Tanaka. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, Brasil. Palavras-chave: Morbidade materna grave; Obstetrícia; Saúde Pública; Necessidades de Saúde; Direitos Humanos. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva.
2010 - 2012	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Práticas obstétricas e a questão das cesarianas intraparto na rede pública de saúde de São Paulo, Ano de Obtenção: 2012. Orientador: Ana Cristina D'Andretta Tanaka. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Obstetrícia; qualidade da assistência à saúde; Saúde Pública. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Enfermagem / Subárea: Enfermagem em Saúde da Mulher / Especialidade: OBSTETRÍCIA. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.
2006 - 2009	Graduação em Obstetrícia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.