



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - DOUTORADO

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA EM JOÃO PESSOA:
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO UTILIZANDO MODELAGEM
DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

Ricardo de Sousa Soares

João Pessoa-PB

2016

RICARDO DE SOUSA SOARES

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA EM JOÃO PESSOA:
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO UTILIZANDO MODELAGEM
DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão em Saúde – Nível Doutorado, do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de doutor.

Linha de Pesquisa: Modelos de Decisão

Orientadores:

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

João Pessoa-PB

2016

S676q

Soares, Ricardo de Sousa.

Qualidade dos services da rede cegonha em João Pessoa:
avaliação da satisfação utilizando modelagem de equações
estruturais / Ricardo de Sousa Soares.- João Pessoa, 2016.
138f.:il.

Orientadores: Ulisses Umbelino dos Anjos, Rodrigo Pinheiro
de Toledo Vianna.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCEN

1. Saúde - modelos de decisão. 2. Modelos estatísticos.
3. Satisfação do paciente. 4. Avaliação em saúde. 6. Assistência
perinatal. 6. Prestação integrada – cuidados de saúde.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

RICARDO DE SOUSA SOARES

**QUALIDADE DOS SERVIÇOS DA REDE CEGONHA EM JOÃO PESSOA:
AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO UTILIZANDO MODELAGEM
DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

João Pessoa, 28 de novembro de 201628 de novembro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Orientador UFPB

Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Orientador - UFPB

Prof. Dr. Jozemar Pereira dos Santos
Membro Interno - UFPB

Profa. Dra. Juliana Sampaio
Membro Externo - DPS/UFPB

Prof. George Dantas de Azevedo
Membro Externo – UFRN

A Dani e Davi,
por transbordarem amor e
felicidade na minha vida

AGRADECIMENTOS

A Dani, pois não daria para ter escrito esta tese sem todo esse carinho e cuidado.

Aos meus pais João e Ivanilda, e irmãos, Rodrigo e Juliana, pelo apoio de sempre, e em especial a Juliana, que foi parceira fundamental na pesquisa.

Aos meus orientadores Ulisses e Rodrigo, pela incrível disponibilidade na orientação, apoio, e liberdade para a criação.

A todas as trabalhadoras do Instituto Cândida Vargas e a todas pessoas que lutam pela humanização do parto, em especial a Ana de Lourdes, pela abertura a pesquisa, e a Adernanda pela acolhida e parceria na pesquisa.

As companheiras e companheiros de departamento, em especial aos amigos que compartilham da luta desde o movimento estudantil: Alemão, Alexandre, André e Luciano.

A Luciano e Juliana Sampaio pelo apoio na pesquisa e pelas sugestões na Tese.

A Chico, pelo apoio nas questões administrativas do MDS durante todo o doutorado.

A toda a banca, em especial a Jozemar que me ajudou a desvendar os segredos do AMOS.

Aos estudantes que participaram dos projetos de pesquisa e extensão no ICV.

RESUMO

A Rede Cegonha é um programa do Ministério da Saúde que traz uma proposta de reformular os cuidados perinatais com os objetivos de reduzir a mortalidade materna e infantil, de qualificar os serviços de saúde e de uma modelagem de cuidado humanizada. As ações envolvem desde a qualificação do pré-natal com melhoria do acesso a exames e estruturação da rede de atenção, passando pela estruturação de maternidades e casa de parto normal, incentivando as boas práticas obstétricas e a diminuição de procedimentos desnecessários. Com o processo de implementação desta iniciativa, surge o desafio de analisar o programa. Realizou-se de uma pesquisa quali-quantitativa. Em um primeiro momento foi realizada a avaliação da implementação da Rede Cegonha em João Pessoa, com entrevistas não estruturadas a gestores, profissionais de saúde e usuárias, e um grupo focal com doulas. Em um segundo momento, a partir de uma revisão sistemática da literatura e de elementos da análise quantitativas, construiu-se um instrumento para avaliação da qualidade dos serviços da Rede Cegonha, baseado na satisfação da mulher. Este instrumento foi aplicado a 463 mulheres. Foram realizadas análise fatorial exploratória para avaliar o modelo teórico, e após a análise fatorial confirmatória para avaliar a relação entre as variáveis. Avaliando a implementação da Rede Cegonha em João Pessoa, percebe-se uma implementação parcial das iniciativas, ainda sem nenhuma casa de parto no estado, e com uma mudança incipiente no modelo de cuidado, mas com iniciativas importantes em algumas maternidades, como a melhoria do acesso ao acompanhante, e da inserção de doulas nos serviços. O modelo de satisfação proposto inicialmente sofreu algumas modificações a partir das análises, e o modelo final foi composto por 22 variáveis indicadoras agrupadas em 4 dimensões: pré-natal, qualidade técnica, estrutura física e tempo. O pré-natal foi o construto com maior efeito direto na satisfação da mulher (0,45), seguido pela qualidade técnica.

Palavras-chave: Modelos estatísticos. Satisfação do paciente. Avaliação em saúde. Assistência Perinatal. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The Stork Network is a Brazilian government program that brings a proposal to restructure the perinatal care with the goals of reducing maternal and infant mortality, to qualify health services and a humanized care modeling. The actions range from the qualification of prenatal care with improved access to tests and structuring of care network, through the structuring of hospitals and vaginally home, encouraging good obstetric practices and the reduction of unnecessary procedures. With the process of implementing this initiative, comes the challenge of analyzing the program. It carried out a qualitative and quantitative research. At first it was carried out to assess the implementation of Stork Network in Joao Pessoa, with unstructured interviews to managers, health professionals and users, and a focus group with doulas. In a second step, from a systematic literature review and elements of quantitative analysis, it built a tool for assessing the quality of the services, based on the satisfaction of women. This instrument was applied to 463 women. They were conducted exploratory factor analysis to evaluate the theoretical model, and after the confirmatory factor analysis to assess the relationship between the variables. Evaluating the implementation of the program in João Pessoa, we can see a partial implementation of the initiatives, even without birth center in the state, and with an incipient change in the care model, but with important initiatives in some institutions, such as improving the access to the companion, and inserting doulas services. The proposed satisfaction model initially has undergone some changes from the analysis, and the final model was composed of 22 variables grouped into four dimensions: prenatal care, technical quality, infrastructure and responsiveness. Prenatal construct was the most direct effect on satisfaction of women (0.45), followed by technical quality.

keywords: Models, Statistical; Patient Satisfaction; Health Evaluation; Perinatal Care; Delivery of Health Care, Integrated.

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.2.1 -	Principais figuras e relações utilizadas no diagrama de caminhos.....	34
Figura 4.4.1 -	Diagrama de Caminhos do Modelo Proposto.....	45
Figura 5.3.1 -	Diagrama Caminhos, Modelo Proposto pelo Método Máxima Verossimilhança (n = 463).....	80
Figura 5.4.1 -	Modelo Estrutural da Avaliação da Qualidade Baseada na Satisfação.....	87
Figura 5.4.2 -	Diagrama de Caminhos do Modelo Final com Análise Fatorial Confirmatória, Método da Máxima Verossimilhança (n=450).....	90

LISTA DE QUADROS

Quadro 4.3.1 -	Componentes e Ações da Rede Cegonha.....	40
Quadro 4.4.1 -	Dimensões da Avaliação da Qualidade e Satisfação do Cuidado na Rede Cegonha.....	43
Quadro 5.1.1 -	Implantação da Rede Cegonha, principais resultados.....	54
Quadro 5.2.1 -	Dimensões da Avaliação da Qualidade dos Serviços de Cuidado a Gestação e Parto Baseado na Satisfação.....	68

LISTA DE TABELAS

Tabela 4.3.1 -	Entrevistas Abertas.....	40
Tabela 5.2.1 -	Matriz dos Fatores Rotativa, fatoração pelo eixo principal (N=463).....	71
Tabela 5.2.2 -	Estrutura Fatorial Avaliação da Satisfação da Mulher, resultado da fatoração pelo eixo principal (n=463).....	72
Tabela 5.3.1 -	Consistência Interna, Confiabilidade Composta e Variância Explicada do Modelo 1 (N = 463).....	77
Tabela 5.3.2 -	Modelo Proposto 1, pelo Método da Máxima Verossimilhança (n=463).....	78
Tabela 5.3.3 -	Índices de Ajuste do Modelo de Equações Estruturais.....	81
Tabela 5.3.4 -	Consistência Interna, Confiabilidade Composta e Variância Explicada do Modelo 2 (N = 450).....	82
Tabela 5.3.5 -	Modelo Proposto 2, pelo Método da Máxima Verossimilhança (n=450).....	82
Tabela 5.3.6 -	Consistência Interna, Confiabilidade Composta e Variância Explicada do Modelo Final (N = 450).....	84
Tabela 5.4.1 -	Aspectos demográficos, tipo de parto, e satisfação geral (N = 450)...	88
Tabela 5.4.2 -	Indicadores de Ajuste pela Máxima Verossimilhança do Modelo Final.....	91
Tabela 5.4.3 -	Estatística de Análise do Modelo Final pelo Método da Máxima Verossimilhança (n=450).....	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AFE – Análise Fatorial Exploratória

AGFI – Ajuste do GFI

ACCR – Acolhimento com Classificação de Risco

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DECS – Descritores em Ciências da Saúde

DPS – Departamento de Promoção da Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUROPEP – European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care

GFI – Índice de qualidade de ajuste

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

ICV – Instituto Cândida Vargas

KMO – Teste de Kaiser-Meyer-Olin

LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MEE – Modelagem de Equações Estruturais

MESH – Medical Subject Heading

NFI – Índice de ajuste normalizado

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

OMS – Organização Mundial de Saúde

PHPN – Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PIVIC – Programa Institucional de Voluntários de Iniciação Científica

PQM – Plano de Qualificação das Maternidades

RAC – Rede de Avaliação Compartilhada

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RMSEA – Raíz média quadrática dos erros de aproximação residual

SUS – Sistema Único de Saúde

SAMU Cegonha – Serviço de Atendimento Móvel às Urgências na Rede Cegonha

SCIELO – Scientific Electronic Library Online

TLI – Índice de Turkey-Lewis

UCIN – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal

USF – Unidade de Saúde da Família

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

X^2 g.l. – Qui-quadrado normado

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	22
2.1	ESPECÍFICOS.....	22
2.2	GERAL.....	22
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	23
3.1	AS REDES DE ATENÇÃO E A REDE CEGONHA.....	23
3.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE, SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS.....	28
4	METODOLOGIA.....	36
4.1	TIPO DE ESTUDO E INTRODUÇÃO AOS ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS.....	36
4.2	LOCAL DE ESTUDO E PARCERIAS INSTITUCIONAIS.....	37
4.3	COLETA DE DADOS.....	38
4.3.1	Vivências no Instituto Cândida Vargas.....	39
4.3.2	Entrevistas Abertas.....	39
4.3.3	Grupos Focais.....	41
4.3.4	Instrumento de Avaliação da Satisfação.....	41
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	43
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5	RESULTADOS.....	48

5.1	ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE: DILEMAS E DESAFIOS PARA O CUIDADO.....	48
5.2	DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE AO NASCIMENTO, PARTO E PUERPÉRIO, BASEADO NA SATISFAÇÃO DA MULHER.....	61
5.3	ADEQUAÇÃO E AJUSTE DO MODELO PROPOSTO.....	77
5.4	ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS BASEADA NA SATISFAÇÃO.....	84
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	96
	REFERÊNCIAS.....	97
	Apêndice A – Questionário Aplicado as Puérperas – PDF exportado do google docs.....	107
	Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	119
	Apêndice C – Redário Poético.....	121
	Anexo 1 – Artigos Publicados.....	136
	Anexo 2 – Certidão de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.....	138

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à saúde da mulher na gestação, parto e nascimento no Sistema Único de Saúde vem sofrendo modificações nos últimos anos com um maior acesso da mulher ao pré-natal e parto, mas ainda com grandes diferenças entre os estados e regiões e com dificuldades no acesso a exames e a serviços especializados em muitos municípios. Além disso, existe uma disputa no modelo de cuidado. Cresce o número de mulheres em busca de um parto humanizado, entretanto muitas vezes encontrando um serviço tradicional, centrado em procedimentos. Não é difícil de imaginar uma cena no serviço de saúde: uma mulher entra na maternidade trazendo nas mãos o seu plano de parto, um instrumento que formaliza seus desejos de um parto natural com mínimas intervenções médicas sobre ela e seu filho. No outro lado, a recebe um profissional de saúde, formado em meio a essas mesmas intervenções. Esse choque de expectativas que vem se repetindo nas maternidades para além de uma simples manifestação de preferências em relação ao parto, sintetiza uma parte importante do conflito sobre a assistência ao parto nos dias atuais. Uma reivindicação da mulher de ser protagonista no seu cuidado, e de decidir conjuntamente sobre os possíveis caminhos de seu parto. Talvez essa seja uma das lutas mais difíceis frente ao hospital e sua história imbuída de uma cultura e uma ideia de que detém um saber superior ao paciente, que se tornam meros objetos das intervenções e práticas hospitalares. Ao trazer uma lista de ideias e desejos sobre o parto e o cuidado ao recém-nascido, a mulher se posiciona contra um modelo de cuidado hegemônico e se afirma enquanto responsável por seu corpo, pelas intervenções sobre ele, e pelos cuidados ao seu filho.

Os dados da pesquisa Nacer no Brasil revelam que o país tem uma ótima cobertura de pré-natal, quase universal, entretanto quase 25% das mulheres iniciaram o pré-natal após a 16ª semana de gestação, o registro do segundo exame pré-natal foi baixo, o que pode sugerir dificuldades no acesso aos exames. Além disso, menos de 60% das mulheres foram orientadas a maternidade referência e 16,2% das mulheres tiveram que peregrinar por mais de um serviço para poderem ser recebidas na maternidade a qual tiveram o parto (Viellas et al., 2014). A estrutura física dos hospitais e maternidades explicita uma concentração nas capitais com vazios assistenciais no acesso ao parto, e com muitas maternidades sem ter estabelecidas as referências para alto risco, o que aponta para uma desorganização dos fluxos na rede de serviços (Bittencourt et al., 2014). Quanto ao parto, menos de 5% das mulheres da pesquisa utilizaram práticas recomendadas pela OMS, e que apesar de haver uma preferência pelo parto normal, esta não foi apoiada pelos profissionais (Domingues et al., 2014). A maioria das

mulheres tiveram acompanhante parcialmente, e 24,5% não tiveram acompanhante nenhum, o que sugere que a lei do acompanhante não vem sendo integralmente cumprida (Brasil, 2007; Diniz et al., 2014). O cuidado ao recém-nascido também mostrou uma utilização demasiada de oxigênio inalatório e incubadora, aspiração de vias aéreas de rotina, e baixa porcentagem de amamentação ainda na sala de parto, com um contato pele-a-pele muito baixo (Moreira et al., 2014).

O cuidado e as políticas públicas atualmente têm um modelo de atenção centrado em procedimentos e que tem dificuldades de enxergar a mulher no centro desse cuidado. Mas não foi sempre assim. A mulher paria apoiada por mulheres nas comunidades, e ao passa por um processo de medicalização e hospitalização, retira o protagonismo da mulher. Os movimentos pela humanização do parto surgem no Brasil desde a década de 80, tentando resgatar a mulher como protagonista do parto e combatendo as intervenções desnecessárias, a partir das evidências da literatura (Santos et al., 2015). Visualizar essas diferentes concepções sobre modelagens de cuidado à mulher e à criança são essenciais para a compreensão da atual conjuntura e das dificuldades de implementação de mudanças na assistência perinatal no Brasil, e algumas das diretrizes apresentadas no programa denominado Rede Cegonha. Apesar do termo modelo assistencial ser polissêmico, com diversos sentidos e variações, é necessário caracterizar a hegemonia de um modelo biomédico fragmentado, individualista e hierárquico (Fertonani et al., 2015). Essas mesmas questões atravessam também o modelo obstétrico tradicional no Brasil, representado por um modelo de parto hospitalar, realizado por médicos obstetras, em posição de supina, desconsiderando os desejos das mulheres, as práticas atuais baseadas em evidências, e muitas vezes reproduzindo violência obstétrica. A violência obstétrica agrupa as diversas formas de violência sofrida, desde os procedimentos desnecessários e sem evidência, passando pela agressão psicológica e até física, e sua prevenção parte por uma clínica centrada no cuidado à mulher, utilizando ferramentas como os planos de parto construídos na gestação, bem como fortalecendo os movimentos de luta pela humanização (Tesser et al., 2015).

A Rede Cegonha é instituída pela portaria 1459 de 24 de junho de 2011, como uma rede de cuidados perinatais com foco no planejamento reprodutivo, e na atenção humanizada a mulher e a criança na gestação, parto, puerpério e nascimento, trazendo a tona algumas questões fundamentais na saúde da mulher como o desafio de superar a fragmentação dos serviços e a tentativa de articular o cuidado em rede. Ao mesmo tempo que incorpora na normativa a necessidade da articulação das redes de atenção e da superação da fragmentação dos serviços (Ministério da Saúde, 2010; Brasil, 2011). O Programa traz ações que vão desde

o pré-natal, passando pelo parto e nascimento e até o puerpério, e acompanhamento das crianças de até dois anos. Destacam-se na portaria os objetivos de reduzir a mortalidade infantil e materna, a intenção de estimular uma mudança no modelo de atenção à saúde da mulher, e necessidade de organizar a rede de atenção reforçando o acesso, acolhimento e resolutividade (Ministério da Saúde, 2011).

Em oposição ao modelo obstétrico tradicional, surge muito fortemente o documento da Organização Mundial de Saúde em 1996, avaliando as evidências de boas práticas de parto, e práticas que devem ser abandonadas (Who, 1996). Essas boas práticas são ratificadas na Rede Cegonha, trazendo também a importância de um outro local para o parto, as Casas de Parto Normal (Ministério da Saúde, 2011), que reforçariam um cuidado centrado na mulher para as mulheres de risco habitual, incorporando métodos não-farmacológico para controle da dor. Para além do modelo obstétrico, a qualificação do cuidado ao parto, passa também por uma melhor articulação entre os serviços, e pela identificação e atuação eficaz nas mulheres de maior risco de gestação e parto.

O olhar para a rede que transparece no nome Rede Cegonha é compreendido como o reconhecimento da fragmentação dos serviços e consequentemente do cuidado, e na necessidade de estruturação de uma rede de serviços, com uma melhor comunicação e articulação entre os diferentes pontos de cuidado, e da estruturação dos sistemas logísticos, muito próximos do conceito de Mendes (2011) de Redes de Atenção à Saúde (Mendes, Eugenio Vilaça, 2011). A portaria da Rede Cegonha financia os Centros de Parto Normal, sendo um importante ponto para a reorganização do modelo, e tenta estimular ações para a qualificação do pré-natal nas unidades de cuidados primários, e para a ampliação ao acesso a exames. Entretanto, ainda persistem algumas omissões significativas, como em relação à ausência da definição do papel dos hospitais de pequenos portes e das cidades menores no cuidado ao parto.

Pensar na organização de uma rede de cuidado à mulher é essencial no modo como estão atualmente estruturados os serviços e a atenção perinatal, uma vez que a mulher durante esse período demanda de cuidado em vários serviços, com diferentes sujeitos/atores nos diferentes pontos de serviços da rede. E muitas vezes é necessário um grande esforço para furar o bloqueio da rede instituída e conseguir o acesso ao cuidado necessário, seja nos exames e especialistas (quando necessário) no pré-natal, seja para conseguir vaga na maternidade desejada, e mais ainda para se a mulher desejar, um parto humanizado e singular. Destaca-se o fato de como o hospital estrutura uma forma padrão e artificial para o parto e desconsidera as crenças e singularidades de cada mulher e família, tornando o parto hospitalar

padronizado e centrado nos profissionais. E assim as mulheres têm pouco contato com seu filho, e não participam das decisões sobre o parto. O recém-nascido acaba tendo pouco contato com a mãe e o pai após o nascimento, sendo submetido a procedimentos costumeiros (Martins *et al*, 2014).

Transcendendo a visão de rede como organização dos pontos de diferentes complexidades dos serviços de saúde, é preciso reconhecer que os usuários produzem uma série de movimentos de cuidado, conscientes ou não, que ajudam a construir seus caminhos de cuidado contornando as barreiras impostas pela rede instituída. Merhy e Franco (2013) trazem, a partir das reflexões de Deleuze e Guattari, a ideia de Rizoma para pensar as diversas conexões que se dão na produção da vida e do cuidado em saúde. O conceito de Rizomas, inspirado na botânica permite diversas conexões tanto internamente quanto externamente, como fluxos de intensidade. Nesses fluxos e conexões entre os diversos sujeitos/atores entre si, se dá a produção da realidade social (Franco, 2013). Assim, vários outros sujeitos/atores vão demandando e construindo cuidado, como também vão produzindo cuidado, os movimentos dos trabalhadores e dos gestores, compondo um complexo mosaico singular, produzindo suas redes vivas.

“A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construir de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na realidade social. (...) Significa um movimento em fluxo horizontal e circular ao mesmo tempo, ligando o múltiplo, heterogêneo em dimensão micropolítica de construção de um mapa, que está sempre aberto, permitindo diversas entradas e ao se romper em determinado ponto, se refaz encontrando novos fluxos que permitem seu crescimento, fazendo novas conexões no processo” (Franco, 2013 p.152).

Compreender esses movimentos dos usuários, de trabalhadores, e de gestores que produzem novas redes a partir das dificuldades impostas pela rede instituídas, é uma forma que pode ajudar a reconhecer as barreiras da rede de cuidado sob uma outra perspectiva, e também descobrir novos e potentes caminhos para a construção do cuidado a mulher.

O quadro que aparenta em João Pessoa é de um abismo entre os serviços. Os pacientes são muitas vezes os principais, e até os únicos articuladores dos serviços de saúde, que na maioria vezes funcionam mais como ilhas do que como pontos de conexões e de produção de cuidado. O usuário vive uma luta cotidiana para costurar suas necessidades de saúde – iniciando pelos cuidados primários, esperando pela regulação, e com encontros fugazes com a

média e alta complexidade. Uma rede de serviços centrada no usuário deveria ter uma dinâmica mais fluida, que acolhesse melhor as necessidades desses usuários de forma sistêmica. Nos cuidados ao pré-natal de baixo risco as unidades de saúde da família já tem seu papel bem consolidado, tendo como apoio para o alto risco as unidades de especialidades e algumas maternidades. A assistência ao parto ocorre em 4 maternidades de João Pessoa, sendo três delas realizando o cuidado aos pacientes de alto risco. O Instituto Cândida Vargas (ICV) recebe a maior demanda de partos do estado da Paraíba, sendo um local privilegiado para avaliar a qualidade do cuidado a gestação, parto e nascimento, por estar realizando algumas ações de humanização do parto, incluindo o programa de doulas Voluntárias. Associada à necessidade de mudança no modelo de atenção, existe uma preocupação presente ao longo dos anos em relação às altas taxas de mortalidade materna e infantil, que também são desafios que persistem nas políticas de reformulação dos cuidados perinatais. O estado da Paraíba no ano de 2011 teve uma taxa de mortalidade infantil de 17,5 óbitos em menores de um ano por mil nascidos vivos, que é superior a do Brasil (15,3), e um pouco inferior a do Nordeste (18) (Datasus, 2015). É necessário compreender essa rede em seu contexto local, seus problemas e potencialidades, como um ponto de partida para conseguir uma avaliação ampla sobre a rede de cuidado.

Avaliar essas transformações na política, no cuidado e na forma de organização do SUS deveria ser inerente ao processo de implementação de programas como a Rede Cegonha. Mais do que avaliar a qualidade de um determinado serviço de saúde, é necessário visualizarmos a rede de serviços como um todo e suas interferências no cuidado. Avaliar a satisfação do usuário a partir das redes de atenção, é reconhecer sua dinâmica complexa, suas interrelações, onde a estrutura piramidal não consegue dar conta das necessidades do usuário, que muitas vezes acessa o sistema em diferentes portas de entrada. Assim, é necessário reconhecer essa dinâmica, as diferentes dimensões que compõem a satisfação, as possíveis diferenças regionais, e variáveis que podem influenciar na satisfação, tanto em relação as características sócio-demográfica como nas relações de cuidado que os profissionais de saúde estabelecem com os usuários (Gouveia et al., 2009; Dias et al., 2011).

Várias ferramentas vêm sendo construídas com o propósito de avaliar pontos diferentes da rede de cuidado. Brandão et al.(2013) realizou uma adaptação do instrumento EUROPEP (European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care), o qual foi aplicado a uma unidade escola do Rio de Janeiro, adaptando-o para avaliação da Atenção Básica em grandes centros urbanos brasileiros. Estes autores utilizaram como indicadores-chave: relação e comunicação; informação e apoio ; cuidados médicos; continuidade e

cooperação; e organização do serviço (Brandão et al., 2013). O Ministério da Saúde também tem investido bastante na avaliação da qualidade da Atenção Básica, aumentando o incentivo das equipes que tiverem bons indicadores, realizando a avaliação a partir das equipes, gestores e usuários. No âmbito dos usuários, as dimensões são muito próximas das discutidas em outros estudos a nível de Atenção Primária à Saúde (APS) (Ministério da Saúde, 2013). No âmbito da atenção hospitalar, existem várias metodologias de estudos de avaliação da qualidade, alguns com ênfase na satisfação do usuário, entre eles várias abordagens metodológicas na Rede Cegonha, mas poucas estratégias adequadas para a avaliação da satisfação da mulher nos cuidados perinatais.

A satisfação do usuário e a qualidade dos serviços de saúde a partir do olhar do usuário vem sendo desenvolvida e aprimorada ao longo dos anos, superando o pensamento de que a satisfação seria apenas um elemento importante para o tratamento, e consolidando o usuário como central na avaliação da qualidade dos serviços, sobre diversas dimensões como a qualidade técnica dos profissionais, a estrutura física dos serviços e as formas como o profissional acolhe e se relaciona com o usuário (Vaitsman e Andrade, 2005). Um modelo estatístico de segunda geração que vem sendo cada vez mais utilizado em várias áreas como o marketing, avaliação de satisfação e epidemiologia, é a modelagem de equações estruturais, tendo o potencial e a flexibilidade de poder mensurar questões não observáveis, possibilitando construir relações causais e mensurar suas importâncias e relações explicativas (Marchetti e Prado, 2001; Amorim et al., 2011; Hair Jr et al., 2014). Neste processo de conhecer a percepção de qualidade do conjunto dos usuários, um nó-crítico destaca-se: o de construir uma ferramenta que consiga avaliar diferentes serviços, no caso da Rede Cegonha, o pré-natal nas unidades de cuidados primários para as mulheres de risco habitual, e da atenção ao parto e puerpério nas maternidades. Por ser uma política recente, reforça-se a importância de se estudar a Rede Cegonha, a sua implementação, e a percepção dos vários sujeitos que compõem a rede. O olhar da usuária após o parto, permite uma visão geral para a qualidade e satisfação no seu cuidado, pois consegue enxergar o processo de cuidado desde o pré-natal até o parto. A modelagem de equações estruturais possui a flexibilidade metodológica necessária para a construção desse modelo, para a partir de um referencial teórico consistente, estruturar-se as variáveis latentes e os indicadores adequados à avaliação desta rede temática.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- ☞ Avaliar a Qualidade da Rede Cegonha em João Pessoa, compreendendo a sua implementação na cidade, e construindo e validando um instrumento para a avaliação da qualidade dos serviços baseado na satisfação da mulher.

2.2 ESPECÍFICOS

- ☞ Avaliar qualitativamente a implementação da Rede Cegonha em João Pessoa – Paraíba;
- ☞ Construir um modelo teórico para avaliar a qualidade da Rede Cegonha a partir da satisfação da usuária;
- ☞ Validar o modelo construído através de modelagem de equações estruturais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 AS REDES DE ATENÇÃO E A REDE CEGONHA

A quase inevitabilidade de iniciar uma discussão sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) rememorando o relatório Dawson não é casual. Em 1920, este documento inaugura um projeto de rede de serviços de saúde na Inglaterra trazendo elementos que esboçam uma organização regional e hierárquica, destacando-se os centros de cuidados primários, e suas relações com a atenção secundária e hospitais universitários, sendo estas disposições constituídas em função das necessidades da comunidade (Dawson, 1964). Algumas dessas ideias permeiam as conformações dos sistemas de saúde até os dias atuais, e é pouco usual, encontrar definições de redes de atenção que não articulem alguns destes elementos propostos há quase um século. Entretanto, o debate contemporâneo de Redes de Atenção toma uma consistência teórica maior na década de 90, influenciando mudanças em alguns países com sistemas de saúde universais com os sistemas integrais de saúde (*integrated delivery systems*) (Mendes, Eugênio Vilaça, 2011). Entre os problemas que demandam a necessidade da reestruturação dos sistemas de saúde destacam-se a especialização e a fragmentação do cuidado, as necessidades de habilidades e conhecimento para abordar problemas complexos, e o envelhecimento da população, gerando a necessidade de um maior cuidado às doenças crônicas (Vedel et al., 2011; Sun et al., 2014). No caso dos países em desenvolvimento, tem-se a tripla carga de doenças como um problema de destaque, definida pela coexistência das doenças crônicas, a persistência de doenças infecciosas, e o crescimento da violência e da morbimortalidade por causas externas (Mendes, Eugênio Vilaça, 2011). Existem diversos formatos e níveis de integração nos sistemas de saúde nos vários países, o que torna difícil e ao mesmo tempo necessária a avaliação da organização do sistema de saúde em redes (Atun et al., 2010).

A Reforma Sanitária Brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil trazem peculiaridades para a atual discussão de Redes de Cuidado em nosso país. A reforma sanitária brasileira surge, enquanto ideia, como uma reforma geral no país, incluindo a democratização do conceito de saúde e do acesso aos serviços de saúde, e para além disso, entendendo que essa reforma deveria vir junto com uma ampla reforma social, por exemplo na segurança alimentar, direito a terra, moradia, educação e justiça social. Essa reforma, incompleta, se materializa na estruturação parcial do setor saúde (Paim, 2008). Apesar dos problemas e dos desafios que persistem como o subfinanciamento, o SUS consolidou a

participação popular como um princípio constitucional, e vinha expandindo e qualificando o acesso aos serviços de saúde, os recursos humanos e o desenvolvimento e incorporação tecnológica (Paim et al., 2011).

A criação do Programa Saúde da Família, e expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos aspectos que merece destaque por possibilitar a longitudinalidade e iniciar um processo de reordenação do cuidado no SUS a partir da Atenção Básica, assumindo com a Política Nacional de Atenção Básica a função de ser responsável pela coordenação do cuidado e por articular esse cuidado nos outros pontos da rede de atenção a partir das necessidades do usuário (Ministério da Saúde, 2012). A ESF destaca-se como um dos fatores que influenciaram a diminuição das taxas de mortalidade infantil no Brasil, após as intervenções de melhoria dos determinantes sociais, e outras ações não específicas do setor saúde (Victora et al., 2011). Existem evidências consistentes em vários países que uma boa Atenção Primária à Saúde (APS) contribui para uma melhor qualidade de saúde para a população e para a diminuição dos custos com o sistema de saúde, contribuindo em múltiplas dimensões para a integração no sistema de saúde, devendo assim, ser sempre considerada a qualificação da APS nas políticas de saúde que visem um impacto nas redes de cuidado (Starfield, 2012; Gay, 2013; Valentijn et al., 2013). A AB é responsável pela coordenação do cuidado acompanhando o paciente longitudinalmente e, portanto, importante na comunicação transversal das RAS (Mendes, Eugênio Vilaça, 2011). Um dos desafios para a estruturação das redes de atenção, decorre da municipalização brasileira que gerou nas duas primeiras décadas do SUS grandes desigualdades entre as cidades, com um crescimento desordenado dos serviços não respondendo às necessidades regionais e havendo pouco diálogo entre os municípios, tanto que as redes de atenção surgem junto com um aprofundamento do debate da regionalização solidária e cooperativa e na emergência dos contratos organizativos de ação pública (COAP).

“O paradigma da municipalização autárquica significou um incentivo para a expansão dos serviços municipais de saúde, dado que o enfoque de gestão da oferta que vige no SUS, implicitamente, passou a mensagem de que, para alcançar uma forma superior de gestão municipal, se deveria instituir, no território municipal, o maior número de serviços de saúde possível. A interpretação predominante na municipalização autárquica, oriunda do enfoque da oferta, é que os serviços a serem ofertados aos cidadãos deveriam ser disponibilizados no município de residência, ao invés de um enfoque de demanda ou de necessidades em que se considera importante garantir o acesso dos cidadãos a serviços de qualidade, independentemente de serem ofertados no município de residência. Esse incentivo implícito, na realidade federativa brasileira de avassaladora maioria de pequenos

municípios, levou a uma extrema fragmentação dos serviços de saúde, do que decorreram significativas deseconomias de escala e de escopo e, como consequência, baixa qualidade dos serviços ofertados pela desobediência de certos princípios fundantes das RASs" (Mendes, Eugênio Vilaça, 2011 p.167).

A Redes de Atenção no Brasil tem como principais marcos institucionais as portarias 4.279 de 30 de Dezembro de 2010 e o decreto lei 7508 de 28 de Junho de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica 8080/90. A primeira traz como seus objetivo "promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica" e a segunda normativa define Redes de Atenção à Saúde como um "conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde" (Ministério da Saúde, 2010; Brasil, 2011). No decreto 7508 vem muito forte a ideia da regionalização, trazendo seus conceitos, ratificando as ideias de regiões de saúde, da Atenção Básica como principal porta de entrada, e com uma regulamentação dos Contratos Organizativos da Ação Pública da Saúde como ferramenta para estruturar a regionalização (Brasil, 2011).

A ideia de estruturar as Redes de Atenção na assistência à saúde e um olhar maior para a regionalização dos serviços ganha força institucional nesse período e a portaria 1.459 de 24 de Junho de 2011 que institui a Rede Cegonha. Esta surge incorporando elementos do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) e com a ideia de olhar para a organização da rede de serviços, transparecendo na portaria os objetivos de mudar o modelo de atenção, estruturar a rede de cuidado materno-infantil, e diminuir a mortalidade materna e infantil com ênfase na neonatal (Ministério da Saúde, 2011). As políticas que visam melhorar a qualidade do cuidado materno-infantil não são recentes. O cuidado à gestante e à criança é uma das áreas mais estudadas e discutidas nas políticas públicas na área da saúde no Brasil. Entretanto, apesar de termos alcançado nas últimas décadas uma diminuição significativa da mortalidade infantil, ainda podemos considerar, a partir dos dados de 2011, que as taxas de mortalidade infantil (15,3 óbitos de crianças com menos de um ano por mil nascidos vivos) e de mortalidade materna (64,8 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos) altos para o país, tendo situações desiguais nas diferentes regiões do Brasil (Datasus, 2015), escancarando a necessária reformulação das políticas públicas que promovam o cuidado à mulher e ao recém-nascido no pré-natal, parto e puerpério. Houve uma crítica importante por parte dos movimentos sociais de mulheres, o fato do recorte do programa Rede Cegonha ter sido

deslocado da política de atenção integral a saúde da mulher, como um possível retrocesso de enxergar ou dar uma ênfase maior à mulher apenas no momento reprodutivo (Carneiro, 2013). A portaria que institui a Rede Cegonha deixa transparecer a ênfase nas boas práticas de parto e nascimento que devem propiciar uma melhoria dos indicadores da área (Ministério da Saúde, 2011). O fato do Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) do Norte e Nordeste ter sido iniciado dentro da área técnica que discute a humanização traduz a aposta do Ministério da Saúde em investir nas mudanças no processo de trabalho como uma estratégia essencial para a mudança de práticas nas maternidades. Assim, o apoio institucional longitudinal e o incentivo à criação de colegiados gestores nas maternidades, e posteriormente nos municípios, regiões de saúde e estados, se consolidaram como estratégias na estruturação da Rede Cegonha. O PQM tinha o foco em alguns serviços de maiores demandas e necessidades de mudanças nos estados, e não tinha ainda a pretensão de estruturação de uma rede regionalizada, mas tinha muito forte a necessidade de mudança nas modelagens de cuidado com o eixo de trabalho (Martins, C. P. et al., 2014; Vasconcelos et al., 2014). Abaixo um trecho que ilustra essa aposta na atuação na micropolítica:

“(...) Pode-se desviar de prescrições reificadas, para engajar-se num movimento de tessitura e experimentação de outros modos de fazer no cotidiano de trabalho em saúde. Se o que se almeja é intervir para mudar práticas de produção de saúde naturalizadas, sempre que estas estiverem na contramão do que preconiza o SUS, é fundamental partir desses modos de fazer-saber forjados nas brechas de um cotidiano de trabalho supostamente automatizado. Rastrear tais modos de fazer-saber, procurar essas brechas, conhecê-las, produzi-las, potencializá-las, eis o objetivo. É desta forma que o apoio institucional se configura como um fazer ‘em ato’ que se efetiva em meio a processos: desde a construção coletiva de um campo de intervenção, entendendo intervenção justamente como a criação de espaços coletivos de análise em que saberes e fazeres reificados podem ser desnaturalizados” (Vasconcelos et al., 2014 p.1003).

Destacam-se dois avanços da Rede Cegonha em relação ao Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (Ministério da Saúde, 2000), a saber, o fomento da estruturação da rede e da mudança no modelo de cuidado. Essas estratégias permitem um avanço maior na humanização da assistência, possibilitando a reorientação da centralidade nos procedimentos e intervenções médicas, para um olhar maior para a mulher e o gestar. É perceptível nas estratégias da Rede Cegonha a incorporação, reconhecimento e apoio às parteiras e o financiamento de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera (Ministério da Saúde, 2011). Vários desses elementos da Rede Cegonha já vinham tendo intervenções na Política de Qualificação das Maternidades, que tinha foco territorial no Norte e Nordeste, com

uma forte aposta no apoio institucional e nas intervenções que provoquem mudanças práticas no cotidiano dos serviços, para a construção de novas modelagens de cuidado (Vasconcelos et al., 2014). Podemos pensar na Política de Qualificação das Maternidades, como um importante precursor para a proposta da Rede Cegonha. O olhar para as redes de cuidado surge incorporando algumas diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde reconhecendo as lacunas assistenciais, fragmentação dos serviços de saúde, buscando um maior diálogo, integração e disponibilidade dos serviços com a centralidade no usuário (Ministério da Saúde, 2010). A Rede Cegonha também reforça pela primeira vez o cuidado do serviço de atendimento móvel de urgência e emergência ao recém-nascido, gestante e puérpera (SAMU Cegonha), introduz a ideia de vaga sempre para que toda a gestante seja atendida independente de vaga, e ratifica a vinculação da gestante com o local do parto.

São 4 os componentes do programa: 1) pré-natal; 2) parto e nascimento; 3) puerpério e atenção à criança; 4) sistema logístico e transporte. No pré-natal prevalecem as ações de fortalecimento da Atenção Básica (AB), o acesso a exames, e a articulação com os serviços de referência. Uma AB de qualidade e com uma boa cobertura populacional é a primeira estratégia para a melhoria dos indicadores da Rede Cegonha, uma vez que todo o pré-natal de risco habitual deve se organizar nas Unidades de Saúde da Família (USF). No parto e nascimento o foco é na reestruturação das maternidades, ampliação das unidades de cuidados intensivos ao neonato, e estímulo às boas práticas de cuidado. No puerpério e cuidado à criança retorna a ênfase para a Atenção Básica e para o incentivo ao aleitamento materno, e no sistema logístico o estímulo à regulação de leitos e de serviços porta aberta, ou seja, que não recusem atendimento à gestante por superlotação (Ministério da Saúde, 2011).

Os Centros de Parto Normal são a grande aposta da mudança do modelo obstétrico, espelhando o que acontece em outros países de sistema de saúde universal nos quais as mulheres de risco habitual são estimuladas cada vez mais a procurarem obstetrizas (*midwifery*), que são profissionais que atuam especificamente no cuidado ao parto, o que seriam mais próximos da função assumida pelas parteiras no Brasil, mas com uma formação estruturada. Entretanto a ampliação de Centros de Parto Normal ainda está lenta no Brasil, e na Paraíba ainda em projetos. O estímulo a parteiras aparece na portaria com a distribuição de kits, mas ainda são uma opção à margem do sistema de saúde. E por fim, não houve um reconhecimento nem tentativa de institucionalização do parto domiciliar planejado, como acontece e é estimulado em alguns países, como a exemplo da Inglaterra (Ministério da Saúde, 2011; Shah, 2015). As Casas para Gestante, Bebê e Puérpera tentam desafogar os

leitos hospitalares de mulheres que moram em outros municípios, com condições clínicas para alta, mas que precisem por alguma condição estar em contato diário com o serviço.

O combate à violência obstétrica e a promoção de boas práticas nos cuidados perinatais são uma luta histórica do movimento de humanização do parto. É preciso destacar que há várias formas de violência e que muitas vezes essa violência ocorre com mais frequência contra mulheres com maior vulnerabilidade social, como as adolescentes e mulheres com baixas condições socioeconômicas. São exemplos de formas de violência à mulher a falta de privacidade, coisificação da mulher, falta de suporte dos trabalhadores e estrutura inadequada dos serviços, falta de respeito as preferências da posição de nascimento, e imposição de intervenções e procedimentos (Bohren et al., 2015). Apesar de já estar normatizado e consolidadas as evidências de questões como contato pele a pele, o direito ao acompanhante, parir na posição de maior conforto, e diminuição de episiotomias desnecessárias, as boas práticas ainda não são hegemônicas nos serviços brasileiros (Who, 1996; Santos et al., 2015). A prevenção da violência obstétrica pode passar pela superação do modelo biomédico na realização do pré-natal nas unidades de cuidados primários, elaborando planos de parto e discutindo os direitos e as opções de parto que as gestantes podem ter, caracterizando assim uma forma de prevenção quaternária (Tesser et al., 2015).

Independente das formas de avaliação que se possam desenvolver para se estudar a Rede Cegonha, é fundamental para avaliar o cuidado integral à mulher na gestação e parto, que se tenha um olhar para o acesso ao pré-natal, parto e aos direitos garantidos às mulheres como o direito ao acompanhante, às boas práticas de parto e nascimento, e ao tratamento interpessoal que essas mulheres recebem nas maternidades.

3.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE, SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

A avaliação na área da saúde, vem crescendo proporcionalmente com o desenvolvimento de políticas de saúde. Apesar de existirem as diferenças entre as pesquisas voltadas a um desenvolvimento teórico metodológico e as avaliações mais próximas a uma necessidade de resposta mais rápida para a uma ação ou programa, o crescimento da avaliação vai sendo relacionado com o maior ou menor desenvolvimento de políticas públicas nas diferentes áreas temáticas. Esse crescimento é observado no aumento de sua produção científica, em parte por esse maior investimento público, com um maior destaque para publicações relacionadas a avaliação de programas, e também com uma crescente produção

na avaliação da atenção básica (Santos et al., 2012). A saúde da mulher é uma das áreas que tem sido priorizada nas políticas públicas ampliando seu acesso e alcance após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e também, em decorrência disso, é uma área com uma grande quantidade de estudos sobre avaliação. Enfocando a atenção à saúde da mulher, existe uma concentração maior de estudos no pré-natal, parto e puerpério. Há ainda uma preocupação com a satisfação, qualidade, humanização, acolhimento, vínculo e com a necessidade de uma visão integral para o cuidado (Lichand et al., 2012). Tanaka e Tamaki (2012) discutem a avaliação para a gestão de serviços e saúde, destacando a sua importância para a tomada de decisões em saúde, e para isso deve-se ter claro os objetivos, estar voltada para as necessidades de saúde da população, em um processo de avaliação ágil e confiável para que possa embasar decisões no momento certo, levando a mudanças reais nos serviços de saúde (Tanaka e Tamaki, 2012).

A qualidade em saúde é muito presente na avaliação em saúde, em diversos métodos e formas de pesquisa. É um conceito complexo, multidimensional, e de vários sentidos, o que torna impossível que se tenha um único olhar para a qualidade. Furtado ao discutir a avaliação de programas e serviços, faz uma aproximação da avaliação com a necessidade de melhor compreensão e análise de um programa, para promover sua modificação e qualificação (Furtado, 2006). A avaliação da satisfação é muito presente em quase todos os segmentos que ofertam bens e serviços. É uma área que vem sendo cada vez mais pesquisada tanto em empresas que visam ao lucro e, portanto, a adequação dos seus produtos e serviços às necessidades dos consumidores, como também vem crescendo a pesquisa de satisfação em várias áreas da administração pública. A satisfação é atribuída a uma reação subjetiva do usuário ou cliente ao serviço ou produto, sendo muito discutida em relação com a confirmação ou desconfirmação das expectativas prévias, sendo bastante relacionada com a qualidade dos serviços prestados ou produto (Tinoco e Ribeiro, 2007; De Paula Baptista et al., 2011). A qualidade é uma dimensão que, comumente, aparece na avaliação da satisfação de diferentes áreas, estando muito relacionada com a satisfação, e com os fatores intrínsecos de utilização do serviço ou desempenho de produto (Marchetti e Prado, 2001; Tinoco e Ribeiro, 2007; De Paula Baptista et al., 2011). A qualidade é discutida como uma variável indicadora do construto produto (Watanabe et al., 2013). Nas empresas que ofertam serviços ou produtos pagos, o valor entra como um outro construto relacionado com a satisfação que é explicado pela qualidade do serviço ou produto (Marchetti e Prado, 2001; Tinoco e Ribeiro, 2007; Watanabe et al., 2013). A construção de novos instrumentos de medida na área da saúde é um procedimento complexo que se inicia com a definição de sua estrutura conceitual, dos

construtos e dimensionalidades, passando pela validação do seu conteúdo, até o pré-teste e avaliação das qualidades psicométricas. A vantagem de partir de instrumentos já existentes, é que esses provavelmente já tiveram seus atributos ou indicadores analisados (Coluci et al., 2015).

A avaliação da qualidade através da satisfação também tem tido inúmeras abordagens e metodologias desenvolvidas nas últimas décadas, criando um campo de estudo bastante amplo com múltiplos olhares e perspectivas, mas também com uma delimitação não muito precisa. Em uma revisão sobre satisfação do usuário, mostrou-se a dificuldade de construir um conceito que consiga englobar a complexidade do tema e as múltiplas abordagens sobre ele. A expectativa do usuário sobre o serviço e as relações entre a expectativa, os seus desejos e a experiência vivida é abordada por diferentes perspectivas e com divergência entre os autores. As categorias analisadas concentram-se em aspectos relativos ao paciente, tais como as características demográficas, expectativas e doença, além das características relativas ao serviço. Segundo as autoras, a satisfação pode ser utilizada tanto para avaliar a qualidade do serviço, como para uma maior compreensão da percepção do usuário, estando relacionada a diversos aspectos do cuidado, tanto específicos da área da saúde, como também a questões como limpeza, conforto e alimentação (Esperidião e Trad, 2006). Ao longo dos anos, vêm-se aprimorando os estudos de satisfação do usuário dos serviços de saúde, procurando analisar a qualidade do serviço a partir do seu olhar. Algumas perspectivas compreendem a satisfação não apenas como um elemento importante para o tratamento, consolidando a visão do usuário como aspecto central na avaliação da qualidade dos serviços. Entre as diversas dimensões observadas nestas propostas, destacam-se a qualidade técnica dos profissionais, a estrutura física dos serviços e as formas como o profissional acolhe e se relaciona com o usuário (Vaitsman e Andrade, 2005).

O *Service Quality* (SERVQUAL) é um instrumento bastante utilizado na administração e marketing construído em 1985 por Parasuraman e colaboradores para avaliar a satisfação do cliente que tem inspirado vários instrumentos sobre satisfação do usuário. Possui cinco dimensões generalizáveis, a saber: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia. Entre as críticas ao instrumento está o seu foco nos processos ao invés dos resultados, e nas expectativas do cliente que possibilita diferentes interpretações e dificulta a comparação dos resultados. O *Service Performance* (SERVPERF) é um instrumento que foi construído com o objetivo de ter um olhar maior para a qualidade, com as categorias propostas no SERVQUAL, considerando a satisfação como um antecedente da qualidade, dispensando a aplicação do instrumento para uma avaliação prévia das

expectativas do cliente, o que torna a aplicação do questionário mais simples (Miguel e Salomi, 2004). Alguns estudos já realizaram adaptações do SERVQUAL e do SERVPERF para a área da saúde (Cerioli et al., 2014). A dimensão tangibilidade corresponde à estrutura física do hospital, incluindo limpeza, apresentação dos funcionários e equipamentos. A confiabilidade tem relação com a competência técnica e com a realização do serviço conforme prometido. A presteza é a agilidade e rapidez em resolver os problemas e atender no tempo certo. A segurança tem relação com a ausência de risco ou perigo. E a empatia tem relação com um cuidado singular, em que as necessidades individuais são observadas e atendidas. Em um estudo de um hospital na área no Paraná, os autores encontraram um bom desempenho do serviço tendo sido a tangibilidade a dimensão com maior destaque positivo, sendo garantia e responsabilidade como as que mais contribuíram de forma negativa para a sua qualidade (Cerioli et al., 2014). Nos cuidados perinatais há poucos trabalhos utilizando o SERVPERF para a avaliação da qualidade, dentre eles o de Martins que revelou ser um instrumento válido para medir a qualidade do serviço prestado em uma maternidade estudada (Martins, A. et al., 2014). Em estudo em um hospital da rede privada de São Paulo, a atenção, interesse e educação da equipe médica e de enfermagem foram os atributos que mais contribuíram para satisfação, e sabor da alimentação, instalações do banheiro e tempo de espera para o atendimento inicial foram os que mais contribuíram para insatisfação (Cruz, 2010)

A Satisfação do Usuário e a Modelagem de Equações Estruturais

A Modelagem de Equações Estruturais (MEE) é um modelo estatístico que utiliza uma combinação de técnicas estatísticas multivariadas para explicar a relação entre várias variáveis observadas e fatores latentes ou construtos, que agrupam múltiplas variáveis (Hair et al., 2009). A MEE parte de uma suposição teórica ou empírica que envolve um conjunto de hipóteses causais qualitativas a serem testadas suas relações com os dados coletados. Assim, é fundamental um modelo teórico ou empírico que seja consistente e crível (Kline, 2016).

A MEE tem sido aplicada em diferente áreas do conhecimento, com destaque para as áreas de educação, administração, marketing, entre outras (Brei e Liberali Neto, 2006; Milan e Toni, 2012; Veraszto et al., 2013), destacam-se nas publicações os estudos que tentam analisar os valores e fatores relacionados a compra de produtos, lealdade, qualidade e satisfação do consumidor. Na área da saúde tem sido muito utilizada nos estudos de satisfação

do paciente, mas também na educação física, odontologia, e tem avançado na articulação com a epidemiologia (Campana et al., 2009; Amorim et al., 2010; Silveira et al., 2014).

Existem diferentes modelos construídos para explicar a satisfação do paciente com diferentes condições ou problemas de saúde, o que dificulta a comparação entre os modelos. Entretanto, apesar das particularidades, percebem-se muitas confluências nos estudos que utilizam MEE para avaliar a satisfação do paciente nos serviços de saúde.

Um estudo em um serviço de telessaúde em comunidades rurais de Taiwan analisou as dimensões qualidade da informação, do serviço e sistema relacionadas com a satisfação e a intenção de usá-lo, sendo que a satisfação do usuário relacionava-se diretamente com a intenção de utilizar que esteve relacionada ao uso (Hsieh et al., 2015). Diferentes modelos relacionaram a satisfação do usuário com uma relação direta, significativa e importante com a lealdade, entretanto analisaram diferentes dimensões relacionadas a satisfação como facilidades, equipes, interação com o paciente, qualidade do consultório e sala de espera (Lei e Jolibert, 2012; Zarei et al., 2014; Moreira e Silva, 2015; Soares et al., 2015).

A relação dos profissionais com o paciente é uma dimensão muito importante para a satisfação do usuário em um estudo realizado em pacientes com perfil crônico tratados em ambulatorios, e também em estudos realizados em hospitais (Carlin et al., 2012; Quaschnig et al., 2013; Zarei et al., 2014; Oetzel et al., 2015). Um outro estudo, em serviços de cuidados primários, analisou a qualidade geral do atendimento pelo profissional de saúde como o fator mais relacionado a satisfação do usuário (Lobo et al., 2014). Outro estudo analisa a importância das expectativas do paciente com a melhora da satisfação e também melhores desfechos clínicos (Cormier et al., 2016).

Nos últimos cinco anos, poucos estudos abordam os cuidados perinatais utilizando a MEE como método e avaliando a satisfação da paciente. Destacam-se uma publicação que não aborda diretamente a satisfação mas analisa os fatores relacionados a decisão de mulheres nulíparas sobre as preferências ao nascimento, e os fatores relacionados aos serviços de saúde e a mulher. Neste estudo, encontra-se uma relação entre as mulheres que têm uma participação mais ativa e a busca por centros de parto normais e obstetrizes (Arcia, 2013).

Hair (2009) sistematiza os procedimentos para a realização da MEE em seis estágios, a saber: definir os construtos individuais, desenvolver o modelo de mensuração geral, planejar um estudo para produzir resultados empíricos, avaliar a validade do modelo de mensuração, especificar o modelo estrutural, e avaliar a validade do modelo estrutural (Hair et al., 2009). O modelo estrutural pode ser expresso matematicamente pela equação (Amorim et al., 2011):

$$\eta = B\eta + \Gamma\xi + \zeta$$

onde η é o vetor $m \times 1$ de variáveis latentes endógenas, ξ o vetor $k \times 1$ de variáveis latentes exógenas, B uma matriz $m \times m$ a de coeficientes que relacionam as variáveis latentes endógenas entre si; Γ a matriz $m \times k$ de coeficientes que relaciona variáveis endógenas e exógenas, e ζ um vetor $m \times 1$ ruídos estruturais. A relação entre as variáveis latentes e observadas é definida para os construtos exógenos e endógenos por:

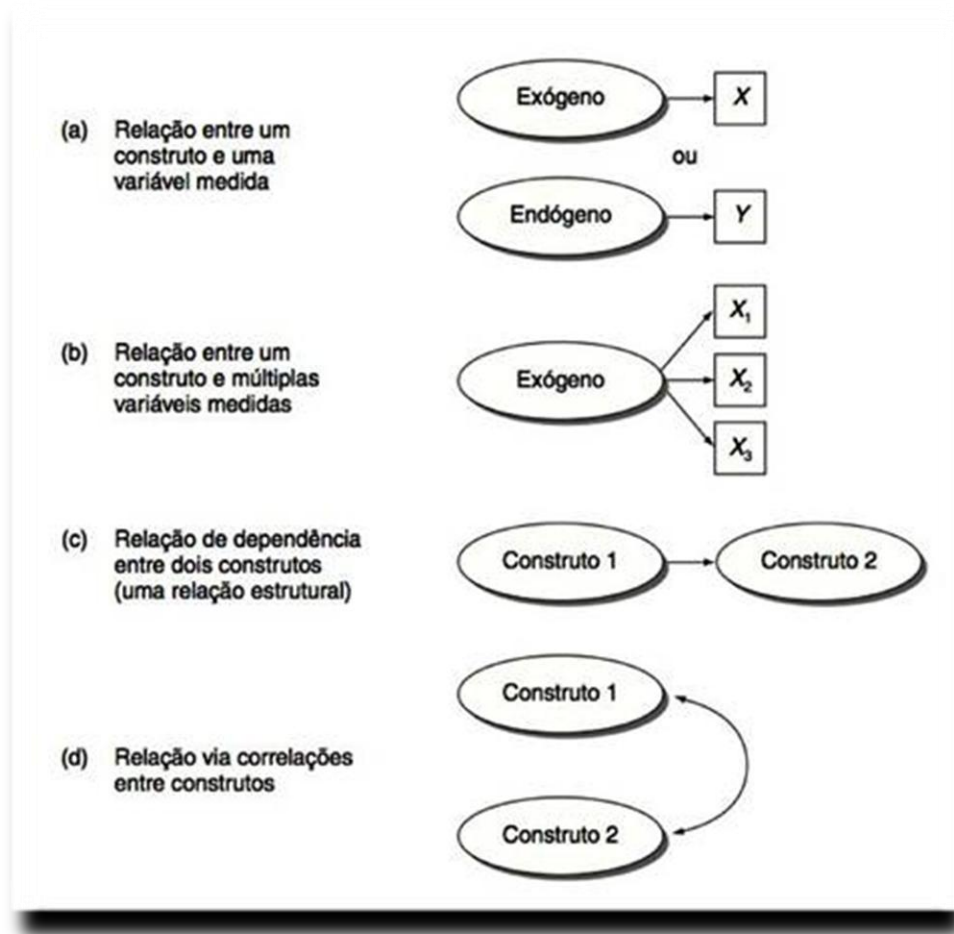
$$y = \Lambda_y \eta + \varepsilon \quad \text{e} \quad x = \Lambda_x \xi + \delta,$$

onde Λ_y e Λ_x representam, respectivamente, as matrizes $p \times m$ e $q \times k$, de cargas fatoriais, e ε e δ são os vetores $p \times 1$ e $q \times 1$, de erros de mensuração em y e em x .

Nesta definição do modelo teórico-conceitual, considera-se as variáveis de medição ou indicadoras, as quais serão diretamente medidas, conformando os construtos que são as variáveis latentes, formadas por um conjunto de indicadores. Essa definição de construtos e respectivos indicadores é um passo bem importante para a MEE. Por isso, é preciso uma revisão teórica consistente na área de análise. É preciso equilibrar na definição do modelo a necessidade de se explorar bem as variáveis indicadoras que definam a variável latente, mas tendo o cuidado para não criar questionários muito grandes e de difícil coleta, e ainda a preocupação com a amostra, uma vez que existe uma recomendação que varia entre alguns autores, indo desde cinco a vinte respondentes na amostra para cada parâmetro (Amorim et al., 2011; Hair Jr et al., 2014). É desejável manter a quantidade de quatro ou mais indicadores por construto, ou pelo menos três (Hair et al., 2009).

O diagrama de caminhos é uma representação gráfica do modelo que permite visualizar a relação entre os construtos, no modelo estrutural, e as relações de cada dimensão com as variáveis indicadoras, que compõe o modelo de mensuração. Convenciona-se utilizar círculos ou elipses para representar as dimensões ou construtos quadrados ou retângulos para as variáveis indicadoras, e setas apontando para relação causal entre o construto e indicador, e a relação de dependência entre construtos, ou com pontas duplas nas correlações (Hair et al., 2009), conforme visualizado na figura 3.21. Os construtos exógenos são construtos independentes de outros construtos, enquanto os construtos endógenos são variáveis latentes dependentes de pelo menos, um outro construto (Hair et al., 2009).

Figura 3.2.1 – Principais figuras e relações utilizadas no diagrama de caminhos



Fonte: Hair, 2009

A fase de análise e estimação do modelo parte das matrizes de covariância das variáveis indicadoras. Os métodos de ajustamento variam de acordo com os diversos softwares utilizados para análise, sendo os mais comuns o método de máxima verossimilhança, mínimos quadrados não ponderados, mínimos quadrados generalizados e distribuição assintótica livre (Marôco, 2014). O procedimento de estimação mais utilizado é a máxima verossimilhança, que assume a necessidade de normalidade multivariada na amostra (Hair et al., 2009). Os mínimos quadrados generalizados possibilitam menores restrições quanto normalidade multivariada, entretanto com mais chance de erro tipo I no teste qui-quadrado em relação ao ajuste global. Já a distribuição assintótica livre não pressupõe a normalidade multivariada o que se torna um método interessante quando esta não for possível (Marôco, 2014).

Uma fase importante na análise de equações estruturais é a avaliação da qualidade do ajustamento do modelo. Existem várias análises nos programas de MEE com testes de ajustes para verificar se o modelo tem um bom ajustamento. É importante partir de uma ideia de que

não é um teste específico que vai apontar para o ajuste do modelo e sim o conjunto dos testes, uma vez que cada um deles reflete um aspecto no ajuste do modelo (Kline, 2016).

Os estudos sobre MEE não formam um consenso sobre quais os testes mais adequados e valores para cada tipo de estudo. Uma das classificações divide os índices de qualidade do ajustamento em cinco grupos: índices absolutos; índices relativos; índices de parcimônia; índices de discrepância populacional; e índices baseados na teoria da informação. Os **índices absolutos** avaliam a qualidade do modelo em si mas não realizam comparação, entre eles estão o qui-quadrado normado, a raiz quadrática da matriz dos erros, índice de qualidade de ajuste. Os **índices relativos** verificam a qualidade comparando com o pior e melhor modelo possíveis, os mais usados são o *normed fit index* (NFI), índice de ajuste comparativo (CFI), *relative fit index* (RFI), índice de Tucker-Lewis (TLI). Os **índices de parcimônia** são correções dos índices relativos por um fator relacionado à complexidade do modelo, ou seja, parcimônia do CFI, GFI e NFI. Os **índices de discrepância populacional** comparam o ajuste do modelo com o ajustamento que se obteria a partir de momentos populacionais, destaca-se o parâmetro da não-centralidade (NCP) e a raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA). Por fim, os **índices baseados na teoria da informação** baseados a partir do qui-quadrado, não tendo valores padronizados mas servindo para comparar modelos alternativos e seus ajustes, como o *Akaike Information Criterion* (AIC), *Bronwne-Cudeck Criterion* (BCC), *Bayer Information Criterion* (BIC), *Expected Cross-Validation Index* (EVCI) (Hair et al., 2009; Marôco, 2014).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO E INTRODUÇÃO AOS ASPECTOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS

Realizou-se um estudo quali-quantitativo, no qual inicialmente proporcionou uma análise da implementação da Rede Cegonha em João Pessoa, Paraíba, e a partir desta maior compreensão da rede, partiu-se para a construção e validação de um instrumento quantitativo para a avaliação da qualidade dos serviços baseado na satisfação da mulher. Para a realização da pesquisa realizaram-se duas estratégias.

A primeira estratégia foi da análise sobre a Rede Cegonha como política pública e sua implementação em João Pessoa a partir de uma avaliação qualitativa da rede temática. Esta serviu para aprofundamento da base teórica sobre o tema, e ainda para conhecer e analisar os principais problemas do cuidado perinatal que atravessam o cotidiano dos usuários do Sistema Único de Saúde. Esse processo também ajudou na configuração de um arcabouço teórico consistente para a construção do modelo teórico para a avaliação de satisfação da usuária. Concomitantemente, a presença no serviço e nas unidades de cuidados primários permitiu uma análise da rede temática a partir dos múltiplos sujeitos/atores que a compõe, e também possibilitando aprofundar algumas questões não explicitadas no instrumento quantitativo.

Partiu-se da necessidade de uma compreensão sobre o cuidado realizado in loco na maternidade anteriormente à elaboração do questionário de avaliação de satisfação, inclusive para embasar e potencializar o próprio processo de revisão teórica sobre a rede temática.

A postura enquanto pesquisador nas atividades práticas no ICV se distancia de uma atuação passiva e incorpora alguns elementos da observação participante (Minayo, 2008), mas assumindo um papel que transcende esse conceito. Identificamo-nos com a perspectiva do pesquisador no mundo (in-mundo), implicado, que se deixa contaminar pelos encontros com sujeitos e com mundo, produzindo novas práticas e conhecimento a partir desta implicação (Abrahão et al., 2014).

“O pesquisador in-mundo emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo, é atravessado e inundado pelos encontros. Como conector e na busca pelo incremento do coeficiente de transversalidade, ele é atravessado. (...) A transversalidade produz uma articulação entre os diferentes níveis e, sobretudo, dos diversos sentidos experimentados, engendrando outros, desacomodando as relações de saber-

poder instituídas, indutora de novos territórios existenciais" (Abrahão et al., 2014 p.157,158).

A presença periódica no serviço gerou demandas de formação e reflexão sobre o modelo de cuidado, abrindo a possibilidades para estudos com outras abordagens e para a construção de parcerias entre a universidade e o serviço.

A segunda estratégia utilizada para avaliação da qualidade da Rede Cegonha foi a construção e validação do instrumento de avaliação da satisfação da usuária na Rede Cegonha, baseada na satisfação da usuária através de Modelagem de Equações Estruturais (MEE). A construção do instrumento segue-se algumas etapas incorporando os aprendizados da estratégia anterior, a saber: a) revisão sistemática da literatura e construção do modelo de avaliação da qualidade dos serviços da rede baseado na satisfação da mulher; b) adequação do instrumento proposto e pré-teste; c) aplicação do instrumento; d) análise fatorial exploratória; e) análise fatorial confirmatória.

4.2 LOCAL DE ESTUDO E PARCERIAS INSTITUCIONAIS

O estudo foi realizado em sua grande parte no Instituto Cândida Vargas (ICV), localizada no bairro Jaguaribe, João Pessoa, Paraíba. A escolha do ICV se deu por ser a maior maternidade pública do estado e ter a maior demanda de partos, e é também o centro de referência que concentra a maior parte das especialidades médicas envolvidas nos cuidados perinatais, sendo a principal referência da sua região de saúde no pré-natal e parto de alto risco. A maternidade é de gestão do município de João Pessoa.

A maternidade conta com atividades ambulatoriais com serviço de pré-natal de baixo e alto risco, planejamento familiar, puericultura de alto risco. Compondo a estrutura necessária para o atendimento ao parto de baixo e alto risco relatado, a maternidade possui uma unidade para partos normais, centro cirúrgico, alojamento conjunto, unidade método canguru, unidade de cuidados intermediários neonatal (UCIN) e unidade de cuidado intensivo neonatal (UTIN), banco de leite, unidade de cuidados a gestante de alto risco. Segundo as informações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a maternidade possui 145 leitos obstétricos, 182 leitos pediátricos, 18 leitos UCIN, 12 leitos UTIN, e ao todo 901 profissionais vinculados a maternidade entre prestadores de serviço e estatutários (Ministério da Saúde, 2015).

A partir do trabalho inicial desta pesquisa, disparou-se o contato com a maternidade para a realização desta pesquisa que ocorreu articulada com o início da pesquisa intitulada *"Observatório Nacional da Produção do Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa"*. A pesquisa do Observatório, também chamada de RAC (Rede de Avaliação Compartilhada), envolveu este e outros pesquisadores da UFPB, e como o próprio nome sugere, partiu da necessidade de se in-mundizar e partir das demandas de análise dos diversos sujeitos envolvidos na produção do cuidado na maternidade. As pesquisas na frente Rede Cegonha tiveram apoio institucional da maternidade e o envolvimento de alguns gestores e trabalhadores. A relação do objeto desta tese com a RAC permitiu potencializar um aprofundamento inicial da compreensão sobre a organização da rede de cuidado na cidade, e identificar as disputas e movimentos na mudança do modelo de cuidado.

A pesquisa também teve relação com dois projetos do Programa Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), nos períodos 2014/2015, e 2015/2016, com 4 estudantes em cada projeto. Além disso, realizou-se em 2015 o Programa de Extensão Observatório da Produção do Cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS): Rede Cegonha, com participação de 3 projetos de extensão com professores da Saúde Coletiva do Departamento de Promoção da Saúde (DPS), e alunos da graduação da UFPB. A extensão universitária e a iniciação científica, possibilitaram discussões periódicas com estudantes, professores, como também com trabalhadores do serviço, constituindo espaços que possibilitaram a reflexão sobre o cuidado e de análise da política de cuidados perinatais, tendo uma presença direta e indireta nesta análise.

Entre as produções não diretamente relacionadas com esta tese, destaca-se o artigo que analisou a influência das doulas na maternidade (Anexo 1), que surge a partir da necessidade de se estudar um programa recente realizado na maternidade.

4.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de Abril de 2015 e Março de 2016, envolvendo entrevistas abertas, grupo focal, participação em reuniões de colegiados gestores da Rede Cegonha e aplicação do instrumento de avaliação da satisfação. Detalharemos a seguir os procedimentos.

4.3.1 Vivências no Instituto Cândida Vargas

As vivências na maternidade serviram para acompanhar de perto o cuidado que as parturientes recebem, desde o acolhimento, passando pelo trabalho de parto e nascimento, e por fim, chegando ao alojamento conjunto. Essa participação ocorreu entre os meses de março a dezembro de 2015. As vivências ajudaram a compreender melhor os pontos das políticas no cuidado a mulher, e perceber na prática, como acontece o cuidado ao parto na maternidade. Neste processo, a medida que se deu a revisão sobre as dimensões da satisfação, percebeu-se como essas dimensões se estruturaram neste serviço, e assim, permitiu uma melhor adaptação do instrumento para a realidade brasileira. As vivências também ajudaram na produção da avaliação qualitativa da Implementação da Rede Cegonha em João Pessoa. As vivências foram registradas em diário de campo. As poesias que surgiram durante o doutorado, não entram diretamente como análise, mas refletem um pouco das afetações nesse período, e são apresentadas no redário poético (Apêndice C).

4.3.2 Entrevistas abertas

Para as entrevistas abertas selecionou-se intencionalmente pessoas-chaves que pudessem contribuir com a análise do tema proposto. As entrevistas aconteceram entre os meses abril e maio de 2015. A quantidade de pessoas entrevistadas foi determinada no decorrer das entrevistas buscando captar as múltiplas visões sobre o tema da Rede Cegonha. Neste sentido buscou-se gestores da secretaria municipal de saúde e da secretaria de mulheres, profissionais de saúde, e usuárias de uma das maternidades de referência de João Pessoa. Participou da coleta de 8 entrevistas abertas com gestantes um estudante da graduação de medicina envolvida na iniciação científica.

No total foram entrevistadas 18 pessoas, sendo 02 doulas, 02 pessoas da equipe de enfermagem (incluindo enfermeiras e técnicos de enfermagem), 02 gestores, 02 médicos, e 08 usuárias da maternidade (tabela 4.3.1). As entrevistas tiveram como objetivos abordar alguns tópicos da normativa da Rede Cegonha estruturados no quadro 4.3.1, mas não ficaram restritas as normas, deixando-se guiar pelos caminhos do cuidado de cada mulher, e pelos pontos de vista dos profissionais e gestores. A entrevista é disparada com uma pergunta bem ampla: como foi sua experiência de cuidado (para puérperas) ou como você percebe a rede de cuidados perinatais em João Pessoa (para profissionais e gestores), e a partir daí deixa-se conduzir pela opinião dos entrevistados.

Tabela 4.3.1 - entrevistas abertas

Categoria	Quantidade
Doulas	2
Equipe de Enfermagem (técnicos ou enfermeiro)	2
Médicos	2
Gestores	4
Usuárias da rede	8
Total	18

Quadro 4.3.1 – Componentes e ações da Rede Cegonha

Componentes	Ações
Pré-Natal	- pré-natal nas UBS com captação precoce - acolhimento - acesso ao pré-natal de alto risco - acesso aos exames - vinculação ao local de parto - qualificar informação - saúde sexual e reprodutiva - prevenção e tratamento DST/AIDS - apoio a deslocamento
Parto e nascimento	- garantia de obstétricos e neonatais - adequação da ambiência das maternidades - boas práticas baseada em evidências - garantia do acompanhante - acolhimento com classificação de risco (ACCR) - estímulo à implementação de equipes horizontais - estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão
Puerpério e atenção a criança	- promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável - visita domiciliar na 1ª semana após parto e nascimento - busca ativa de crianças vulneráveis - saúde sexual e reprodutiva - prevenção e tratamento DST/AIDS - orientação e oferta de métodos contraceptivos
Sistema logístico	- acesso ao transporte seguro para as gestantes, puérperas e bebês - vaga sempre e plano de vinculação da gestante ao local do parto - regulação de leitos obstétricos e neonatais.

Fonte: Componentes e ações adaptados da portaria da rede cegonha (Ministério da Saúde, 2011)

As entrevistas abertas são uma ferramenta bastante útil na pesquisa nas ciências sociais, servindo para adentrar nos significados e percepções sobre os diferentes pontos de vista dos sujeitos relacionados aos problemas a serem estudados (Minayo, 2008). Na elaboração de instrumentos de avaliação e pesquisa questões abertas podem servir para uma maior compreensão da realidade pesquisada, servindo de base para a construção de questões fechadas, como no caso de casos complexos e quando as dimensões não estão claras. (Elliot et al., 2012). Durante as entrevistas, foram também discutidos sobre os aspectos relacionados a satisfação e a qualidade do cuidado, e discutindo suas dimensões com os entrevistados, assim aprimorando o instrumento durante esse processo.

4.3.3 Grupos Focais

Realizou-se um grupo focal com doulas que atuam no município de João Pessoa. O grupo focal com doulas que aconteceu em julho de 2015, teve uma participação de 4 doulas, 5 a menos que o previsto inicialmente. O convite foi realizado a partir da coordenação do curso de doulas da maternidade. Para a realização do grupo focal, foi convidado outro pesquisador envolvido na maternidade para coordenar as falas e levantamento de questões, ficando o pesquisador mais concentrado no registro mas também levantando questões que pudessem contribuir para a análise. O grupo teve uma duração de 90 minutos. Em um primeiro momento, as pessoas falaram em linhas gerais suas opiniões sobre a implantação da Rede Cegonha em João Pessoa, e em um segundo momento, discutiu-se os temas que mais lhe estimularam.

O grupo focal foi pensando para ter uma maior quantidade de informações e possibilitar um debate entre os participantes sobre o problema a ser estudado. Os participantes foram escolhidos intencionalmente uma vez que neste momento da pesquisa não existe o objetivo de generalizar o resultado, mas de discussão e análise das percepções dos sujeitos (Oliveira e Freitas, 2010). O grupo foi gravado, e foi registrada as impressões sobre o grupo no diário de campo.

4.3.4 Instrumento de avaliação da satisfação

O questionário construído para a avaliação da qualidade dos serviços da Rede Cegonha, baseado na satisfação da mulher foi submetido a um pré-teste do instrumento com 30 puérperas na maternidade em junho de 2015. O pré-teste teve o objetivo de analisar a

compreensão das mulheres sobre as questões apresentas e realizar possíveis modificações para uma aproximação cultural, facilitando o entendimento, e deixando as respostas mais próximas da realidade das mulheres. Utilizamos algumas sugestões de Elliot *et al.* (2012) para a construção do instrumento, nas quais discute o processo de construção do instrumento como complexo; necessitando de uma boa definição do tema, ampla revisão bibliográfica e consulta de especialistas, tendo o cuidado de que as questões sejam claras e compreendam bem o tema estudado, devendo contemplar um pré-teste do instrumento com pessoas da população alvo da pesquisa para validação de conteúdo eventuais modificações para melhor compreensão do questionário (Elliot et al., 2012). Entre as escalas de mensuração, optou-se pela Escala de Likert por entendê-la como mais adequada, produzindo mais fidedignidade e validade do questionário. Essa utiliza frases que passam uma atitude sobre o tema, e as respostas variam entre concordo inteiramente e discordo inteiramente (Silva, 2012). Estruturou-se as questões do modelo em uma escala Likert de 0 a 10 (11 pontos), por ser considerada mais intuitiva para a mulher responder.

Realizado o pré-teste e adaptado o modelo, o instrumento foi aplicado a 463 mulheres no período de julho de 2015 a março de 2016. O tamanho da amostra foi definido de acordo com Hair (2007) que sugere uma amostra de tamanho mínimo de 10 respondentes por questão (mínimo de 5) para realização de uma Análise Fatorial Exploratória (Hair et al., 2007 p.108). A coleta foi realizada online utilizando a ferramenta de formulário do *google docs*, com links disponíveis em 4 tablets no serviço. Os estudantes participantes do projeto de extensão e de iniciação científica realizaram a coleta de dados. Os alunos apenas tinham acesso ao link para o preenchimento do questionário, ficando o acesso ao banco de dados restrito a este pesquisador. Todos os estudantes envolvidos no processo de coleta foram treinados de forma que evitassem diferenças nas abordagens às parturientes. Os mesmos tiveram suporte para eventuais problemas através de grupos privados em redes sociais ou por telefone. O questionário na versão de impressão pode ser visualizado no Apêndice A.

Alguns dados das puérperas e dos recém-nascidos, foram obtidos a partir do sistema de informações do ICV para diminuir a quantidade de informações coletadas. Esses dados foram depois cruzados com o banco de dados coletado. Como critério de inclusão, utilizou-se: ser puérpera e maior de 18 anos, ser de risco habitual na gestão e parto, ter tido o parto na maternidade Cândida Vargas e ter realizado o pré-natal em uma das unidades de saúde da família do município de João Pessoa. Como critérios de exclusão: ter comorbidades que necessitem o acompanhamento no pré-natal de alto risco.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados qualitativos foi feita a partir dos diários de campo, e das transcrições das gravações das entrevistas, e do grupo focal. Buscou-se a partir da compreensão da leitura das falas e vivências trabalhar as questões que foram surgindo do campo. Estes materiais foram sistematizados, apresentados, discutidos e processados com trabalhadores do ICV e com outros pesquisadores da RAC. A sistematização da discussão qualitativa representada mais intensamente na primeira seção dos resultados, foi apoiada pelo referencial teórico do pesquisador In-Mundo (Abrahão et al., 2014), estando atentos nas vivências as afetações e interferências nesse processo, e as demandas surgidas nas articulações com as usuárias, trabalhadoras e gestoras da rede.

A validação do Modelo de Equações Estruturais partiu da construção do questionário baseada em uma revisão sistemática da literatura e nas entrevistas realizadas com as mulheres usuárias da rede, gestores e profissionais. Nas entrevistas de adaptação do instrumento, buscou-se tentar deixar as pessoas bem a vontade para visualizar o instrumento, opinar em relação as questões abordadas, tanto em relação as variáveis latentes, quanto em relação aos indicadores. Assim, foi-se adaptando o instrumento a partir das opiniões das mulheres, gestores e profissionais sobre os instrumentos. O processo de construção do instrumento, incluindo a revisão sistemática e as dimensões utilizadas é detalhado na seção 5.2. O quadro 4.4.1 ilustra as dimensões encontradas e as referências utilizadas em cada dimensão.

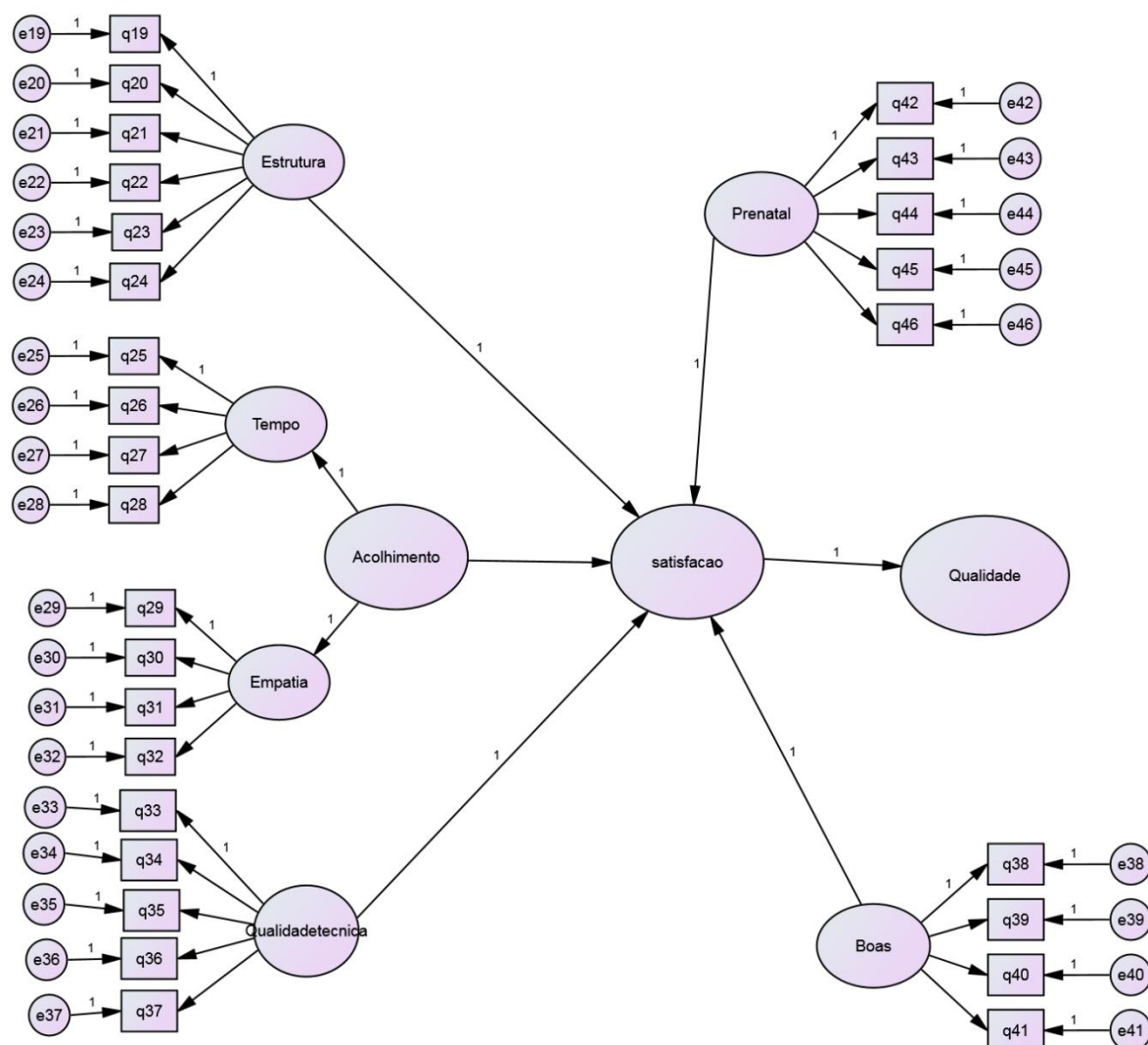
Quadro 4.4.1 - Dimensões da avaliação da qualidade e satisfação do cuidado na Rede Cegonha

Dimensões	Descrição	Estudos
Estrutura Física	- corresponde ambiência, conforto, equipamentos, higiene e limpeza	- Hennegan <i>et al.</i> , 2014 - Gungor e Beji, 2012 - Ross-Davie, 2013
Acolhimento	- respeito sobre a privacidade, informações sobre o cuidado, participação do paciente nas decisões - tem relações com itens das categorias de empatia e presteza do servqual	- Hennegan <i>et al.</i> , 2014 - Gungor e Beji, 2012 - Ross-Davie, 2013 - Mecllellan e Ladilaw, 2013
Qualidade Técnica	- inclui a competência profissional, respeito a pessoa, confiança e segurança com a equipe	- Mumtaz, 2014 - Hennegan <i>et al.</i> , 2014
Pré-Natal	- avaliar acesso a consultas e exames pré-natais nas unidades de cuidados primários, incluindo a acolhida e relacionamento pela equipe.	- Matejic <i>et al.</i> , 2014 - Mumtaz <i>et al.</i> , 2014

Dimensões	Descrição	Estudos
Boas práticas de cuidado	- inclui avaliar a participação da usuária nas decisões, contato com o recém-nascido, entre outras questões presentes na portaria da Rede Cegonha.	- Ministério da Saúde, 2011

As etapas para a construção, validação e análise do modelo proposto foram influenciadas principalmente a partir dos trabalhos de Hair (2007) e Marôco (2014), mas com a flexibilidade de se adaptar a partir de outras referências do campo de prática local, mantendo sempre o rigor metodológico (Hair et al., 2009; Marôco, 2014). As dimensões e as variáveis indicadoras foram organizadas com base na revisão teórica e na avaliação empírica no MEE representado pelo diagrama de caminhos da figura 4.4.1. A escolha da utilização da MEE como método para a avaliação da Rede Cegonha se deve pelas características de possibilitar uma flexibilidade na construção do modelo, e conseguir estudar as relações entre as variáveis latentes. Fez-se a opção de focar a avaliação nos cuidados perinatais do pré-natal até o puerpério imediato, quando as mulheres foram abordadas. A opção desse recorte se deu pela facilidade em abordar a mulher ainda no hospital. Associado a isso, poucos estudos foram encontrados abordando o puerpério tardio, com poucos indicadores validados, o que poderia implicar em uma menor consistência do nosso instrumento ao abordar esse período. Um modelo de equações estruturais pode ser dividido em dois submodelos: o modelo de mensuração que mostra como os indicadores compõem os construtos, e o modelo estrutural que mostra como os construtos estão relacionados entre si (Hair et al., 2009).

Figura 4.4.1 - Diagrama de caminhos do modelo proposto



A construção do diagrama de caminhos utilizou as convenções já bem estabelecidas nos estudos com MEE. A construção de um modelo teórico para avaliar a qualidade dos serviços baseado na satisfação da mulher na Rede Cegonha apresentou como dificuldade pensar em variáveis que consigam medir a experiência da puérpera em diferentes níveis de complexidade como, por exemplo, no pré-natal que é preconizada a realização em unidades de saúde da família, e o parto e puerpério imediato, que é hegemonicamente realizado nas maternidades. O diagrama de caminhos proposto utilizou as dimensões estrutura física, tempo, empatia, acolhimento, qualidade técnica, pré-natal e boas práticas de cuidado, com as seguintes hipóteses no modelo estrutural:

- H1: Percepções sobre a estrutura física estão positivamente relacionadas pelas puérperas com a satisfação da mulher;
- H2: Percepções de acolhimento estão positivamente relacionadas pelas puérperas com a satisfação da mulher;
- H3: Percepções de tempo estão positivamente relacionadas pelas puérperas com o acolhimento;
- H4: Percepções de empatia estão positivamente relacionadas pelas puérperas com o acolhimento;
- H5: Percepções de qualidade técnica e de empatia estão positivamente relacionadas entre si.
- H6: Percepções de qualidade técnica estão positivamente relacionadas pelo paciente com a satisfação da mulher;
- H7: Percepções de pré-natal estão positivamente relacionadas pelo paciente com a satisfação da mulher;
- H8: Percepções de boas práticas de cuidado estão positivamente relacionadas pelo paciente com a satisfação da mulher;
- H9: A satisfação da mulher está positivamente relacionada com a qualidade dos serviços.

Utilizou-se o SPSS (v.23) associado ao *package* AMOS (v.22) para realizar as análises dos dados. A escolha de utilização do SPSS e AMOS consiste na facilidade de sua interface com o usuário, que possibilita uma fácil compreensão e representação gráfica de modelos bastante complexos, tendo sido consagrado como um dos *softwares* mais utilizados em modelagens de equações estruturais (Marôco, 2014)..

A Análise Fatorial Exploratória descrita na seção 5.2. foi realizada para a verificação do modelo teórico proposto e analisando as modificações nos construtos e atributos (Marôco, 2014). Foram realizados os testes de esfericidade de Bartlett e Kaiser-Meyer-Olin (KMO), o primeiro, se significativo, indica que há correlações suficientes para prosseguir a análise, já o KMO analisa a intercorrelações entre os indicadores e se está adequada para a realização da análise dos fatores. Sendo que valores abaixo de 0,5 são considerados inaceitáveis (Hair et al., 2009). A AFE foi realizada pelo método de fatoração pelo eixo principal, considerados autovalores superiores a 1, e realizada rotação varimax.

Após a definição do novo modelo, foi realizada a Análise Fatorial Confirmatória e analisados os indicadores de ajuste do modelo e as modificações realizadas até encontrar o Modelo Final. Estas etapas são descritas respectivamente nas seções 5.3 e 5.4. Para a análise do modelo foi utilizado o método da máxima verossimilhança As dimensões foram avaliadas

pela confiabilidade, validade convergente e validade discriminante. O alfa de Cronbach é o coeficiente de confiabilidade mais utilizado, sendo preferidos valores acima 0,7, podendo ser considerado 0,6 em pesquisas exploratórias. A validade discriminante confirma se a escala se relaciona com outras medidas semelhantes e a validade discriminante se ela é consideravelmente diferente distinta (Hair et al., 2009). O alfa de Cronbach foi estimado utilizando o SPSS. Foram utilizadas também para avaliar os construtos a confiabilidade composta e a variância extraída, estas últimas calculadas a partir das fórmulas. A confiabilidade composta pode ser calculada pela soma das cargas fatoriais ao quadrado, dividida pela soma das cargas fatoriais ao quadrados somadas com a soma dos erros. A variância extraída pode ser calculada pela soma dos quadrados das cargas fatoriais, dividida pela somas dos quadrados das cargas fatoriais somadas com a soma dos erros.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

As entrevistas abertas, o grupo focal e as respostas aos questionários serão guardadas em meio digital por um período de 5 anos. Em todo o processo da pesquisa será respeitado a confidencialidade e anonimato dos participantes de acordo com a resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, e todos os participantes concordaram livremente na participação e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Esta pesquisa tem o registro com o registro CAE 42538515.4.0000.5188, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (Anexo 2). Todos os custos da pesquisa foram assumidos pelo pesquisador, não houve fonte de financiamento. Os resultados parciais da pesquisa já foram apresentados à maternidade Cândida Vargas, e pretende-se fazer uma nova devolutiva com o serviço e o público interessado após a finalização.

5 RESULTADOS

O processo de construção da Rede Cegonha mostrou-se um processo bastante interessante e complexo. A construção de uma forma de avaliar a qualidade do cuidado ofertados pelos serviços através das percepções das mulheres sobre a satisfação em relação a esse cuidado, foi também uma forma de ir descobrindo diversos aspectos da política de cuidado materno-infantil, e para além desta, de descobrir questões essenciais para o nascimento que algumas vezes não são pautadas no cotidiano dos serviços.

Os resultados foram divididos em 4 seções, sendo que as seções 5.1, 5.2 e 5.4 foram escritas em formato de artigo. A seção 5.1 abordou a implantação da Rede Cegonha em João Pessoa, fazendo uma avaliação crítica a partir dos pontos centrais do programa e de como se encontrava na cidade no período de avaliação. A seção 5.2 abordou a estruturação das dimensões para a avaliação da qualidade baseada na satisfação, e a partir desta a análise fatorial exploratória, analisar se os atributos se agrupavam conforme o modelo proposto. A seção 5.3 analisa o modelo proposto com a realização da Análise Fatorial Confirmatória (AFC) e as adequações realizadas visando um melhor ajustamento. Por fim, a seção 5.4 avalia o modelo final construído e as correlações entre as dimensões e as suas variáveis indicadoras.

5.1 ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA EM UMA CAPITAL DO NORDESTE: DILEMAS E DESAFIOS PARA O CUIDADO

Resumo

Objetivos: discutir a implementação da Rede Cegonha em uma capital do Nordeste do Brasil, analisando as transformações no cuidado e na organização da rede. Métodos: utilizou-se uma abordagem qualitativa, com a coleta de dados entre maio e dezembro de 2015, envolvendo atividades semanais na maior maternidade do estado, revisão de documentos da gestão municipal, entrevistas abertas com usuárias do serviço, gestores municipais, apoiador do Ministério da Saúde, profissionais e gestores de uma maternidade de referência do município. Realizou-se um grupo focal com doulas voluntárias. Resultados: no pré-natal destacam-se dificuldades no acesso de alguns exames de rotina na atenção básica. No componente parto e nascimento, percebe-se que ainda está em fase de projeto a construção de um centros de parto normal no município. Percebem-se iniciativas de humanização do cuidado como a implantação do acolhimento e o programa de doulas voluntárias em uma maternidade, apesar

de ser hegemônico o modelo obstétrico tradicional. Não existe regulação obstétrica estadual o que reflete na peregrinação das mulheres em situação de urgência obstétrica. Conclusões: percebemos uma implantação incipiente de alguns aspectos centrais da Rede Cegonha no município, entretanto, também identificam-se várias experiências no cotidiano dos serviços apontando para a qualificação do cuidado humanizado ao parto e nascimento.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Prestação Integrada de Cuidados de Saúde; Saúde Materno-Infantil; Assistência Perinatal; Humanização da Assistência.

5.1.1 Introdução

Os cuidados à saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, bem como da criança nos primeiros meses de vida, sempre tiveram destaque no desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil. Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a programa denominado Rede Cegonha a partir de uma portaria e outras regulamentações posteriores com os objetivos de: construir uma mudança na modelagem de cuidado com o foco na atenção integral à saúde da mulher e da criança até 02 anos de idade; organizar a rede de atenção na área garantindo acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no seu componente neonatal e materna (Ministério da Saúde, 2011).

Cavalcanti *et al.* construindo um modelo lógico para a Rede Cegonha, identificaram, nos documentos do Ministério da Saúde relacionados ao programa, quatro problemas principais: o elevado número de gravidezes não desejada, dificuldades de acesso das gestantes ao pré-natal de qualidade, peregrinação das gestantes no momento do parto, práticas inadequadas e sem base em evidências na hora do parto e nascimento (Cavalcanti et al., 2013).

O surgimento da Rede Cegonha recebeu críticas importantes dos movimentos sociais ligados às mulheres. Uma associando o próprio termo “cegonha” à noção de transporte, uma ideia de mulher-hospedeira, deslocada de um olhar integral à saúde da mulher, deixando de lado debates como o da discriminação do aborto, no que tange ao direito da mulher a seu próprio corpo, sendo esta uma discussão prioritária para o movimento feminista. Por outro lado, reconheceu-se a necessidade do direito ao acesso ao pré-natal e ao parto de qualidade, bem como a demanda por superação do modelo obstétrico hegemônico, vislumbrando um parto que considere as singularidades de cada mulher (Carneiro, 2013).

A Rede Cegonha, segundo a Portaria 1459 de 24 de julho de 2011, se organiza em quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral a criança; e, sistema logístico: transporte sanitário e regulação. Destacamos o acesso como uma questão central na portaria que institui a Rede Cegonha e em sua implementação, tanto ao pré-natal de baixo risco e aos exames necessários, como no alto risco e nas urgências obstétricas, e também na vinculação da gestante ao local do parto. No parto e nascimento, é normatizada a ideia de vaga para toda gestante que procure as maternidades, a chamada “vaga sempre”, e são reforçadas as boas práticas ao parto e nascimento segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), como a garantia ao acompanhante no trabalho de parto, nascimento e puerpério. Destacam-se, ainda, na portaria, o estímulo à criação de colegiados gestores, o financiamento de centros de parto normal e de casas de gestante, bebê e puérpera, além de incentivo à articulação da rede de serviços dos municípios, superando a fragmentação e fomentando a pactuação entre os entes federados (Ministério da Saúde, 2011).

Alguns pontos propostos na Rede Cegonha, como a mudança do modelo obstétrico hegemônico e o fomento às boas práticas obstétricas, ratificam iniciativas desencadeadas nas duas últimas décadas. A OMS, em 1996, trazia uma série de recomendações baseadas em uma classificação apoiada em evidências clínicas subdivididas em quatro níveis: A) práticas úteis e que devem ser encorajadas; B) práticas danosas ou não efetivas e que devem ser abolidas; C) sem evidências, devendo o uso ser feito com cautela; D) frequentemente inapropriadas. Dentre as práticas que deveriam ser encorajadas, já se encontravam, nesse documento, questões como o direito ao acompanhante de livre escolha, liberdade de posição e posição não-supina, contato precoce entre a mãe e o bebê, privacidade e fornecimento de informações à mulher. Entre as intervenções a serem desencorajadas, estavam as episiotomias, posição supina, infusão endovenosa de rotina durante o trabalho de parto e nascimento (Who, 1996).

Questões como o direito ao acompanhante, acesso da mulher à assistência ao parto, vínculo à maternidade e assistência humanizada já vinham constando no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e foram, posteriormente, ratificadas na Rede Cegonha. Entretanto, com algumas diferenças, a Rede Cegonha propõe ampliar o foco do cuidado para além do modelo biomédico, investindo na construção de centros de parto normal, e traz um certo reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais, incluindo o fornecimento de kits com equipamentos e insumos básicos para assistência ao parto (Ministério da Saúde, 2000; 2011), apesar das parteiras não estarem incorporadas no desenho da rede de serviços. Muitas das questões defendidas para a promoção de boas práticas do parto e nascimento já foram incorporadas em normatizações e em outras legislações

relacionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo assim, o parto ainda é, hegemonicamente, visto como uma questão biomédica e as mudanças nas modelagens de cuidado ainda esbarram muito nas mudanças de práticas no cotidiano do trabalho. (Rocha e Novaes, 2010) Essa disputa de modelo obstétrico não é uma questão restrita ao Brasil, mas pautada em vários países com suas diferentes formas de organizações, os quais também têm fomentado e estudado a implementação de boas práticas ao parto e nascimento.

O National Institute for Health and Care Excellence (NICE), do sistema de saúde inglês, recentemente, apresentou uma revisão das evidências atuais sobre o cuidado ao parto, que culminou, entre outras questões, na recomendação de que mulheres de baixo risco gestacional tenham a assistência ao parto em Centros de Parto Normal ou em sua casa, por sofrerem menos riscos de intervenções e procedimentos desnecessários (Delgado Nunes et al., 2014). Essa recomendação tem reacendido o debate sobre o melhor local para o parto e nascimento e sobre como reestruturar as redes de serviços de saúde que, atualmente, realizam o cuidado para a grande maioria das parturientes em centros obstétricos, conforme discutido na comparação entre as redes de serviços de países como Estados Unidos e Inglaterra, este último já com claras regulamentações que apontam para a mudança do modelo obstétrico (Shah, 2015). Em um estudo no Canadá, com o objetivo de diminuir a taxa de cesarianas, foram acompanhados hospitais que tiveram auditoria nas indicações de cesarianas e incentivo a boas práticas obstétricas, mostrando um resultado discreto, mas significativo, na redução de cesarianas, principalmente nas gestações de alto risco (Chaillet et al., 2015).

Ao complexo contexto, em que políticas nacionais apontam para certas modelagens de atenção, mas sem consensos estabelecidos, indicamos ainda outro aspecto: dos oito objetivos do milênio propostos pelas Nações Unidas, para serem alcançados entre 2000 e 2015, o Brasil apenas não alcançará o de redução da mortalidade materna. Embora tenha diminuído, permanecemos bem acima do preconizado, muito por apresentarmos taxas de cesarianas elevadíssimas e por a prática de aborto ser realizada na ilegalidade. Diante disso, consideramos que analisar as experiências de implementação da Rede Cegonha, em diferentes localidades, é uma medida relevante no debate acadêmico que se proponha a contribuir para superarmos esses desafios. Nesse sentido, a presente seção analisa a implantação desse programa em uma capital do nordeste brasileiro.

A cidade de João Pessoa, capital da Paraíba, concentra vários recursos para o cuidado perinatal no estado. É a principal referência de região de saúde para o pré-natal e parto de alto risco, além de ser a única referência do estado em algumas subespecialidades médicas. O cuidado ao pré-natal de baixo risco é realizado pelas 187 equipes de Saúde da Família que

cobrem 83% da população e pelas unidades básicas de saúde que atendem as áreas descobertas neste município (Ministério da Saúde, 2015). O pré-natal de alto risco ocorre nos serviços de especialidades, alguns deles vinculados à rede hospitalar. Os partos de risco habitual e/ou alto risco ocorrem em quatro instituições: Instituto Cândida Vargas (ICV), que é a maior maternidade do estado, gerenciada pelo Município de João Pessoa; Maternidade Frei Damião e Hospital Edson Ramalho (somente risco habitual), gerenciados pelo estado; e o Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vinculado ao Governo Federal.

O Instituto Cândida Vargas realiza cerca de 650 partos/mês e, entre os quatro existentes, é o principal estabelecimento para a atenção ao parto. Ele conta com estrutura para assistência de Unidade de Terapia Intensiva Materna e Neonatal, além de fazer parte de toda a política de qualificação da assistência materno infantil nacional como: Método Canguru, que qualifica a assistência ao neonato prematuro, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que estimula o aleitamento materno, sendo referência estadual. As outras maternidades também apresentam leitos de UTI materna e neonatal, em número menor, e seus nascimentos oscilam em torno de 200 a 350 partos/mês.

Discutiremos, nesta seção, a implementação da Rede Cegonha em João Pessoa, analisando as transformações relacionadas à organização da rede de serviços e ao cotidiano do cuidado. Apesar de partir dos componentes do Programa, esses são apenas guias iniciais para apresentar as trajetórias das mudanças identificadas na rede perinatal em João Pessoa.

5.1.2 Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, apoiado a partir da perspectiva do pesquisador In-Mundo, partindo da ideia de que o sujeito e objeto de estudo não podem ser separados, que é necessário estar sujo ou contaminado com a realidade local, e o estudo construído a partir das demandas dos múltiplos sujeitos/atores desse campo (Abrahão et al., 2014). Esta pesquisa analisa a maneira como se produzem relações que ampliam a possibilidade de desenvolvimento de encontros cuidadores entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, em que as redes formais de saúde são aspecto relevante, mas não suficientes.

A análise da produção do cuidado exigiu, entre outros aspectos, compreendermos como se deu a implantação formal das políticas de atenção normalizadas pelo Ministério da Saúde, foco do presente artigo. Sendo assim, analisamos a implantação da Rede Cegonha no município de João Pessoa, estudando sua dinâmica interna e compreendendo sua articulação

numa reestruturação da rede estadual. Para tanto, o trabalho de campo demandou atividades de pesquisa semanais na maior maternidade do município, entre maio a dezembro de 2015, e momentos ocasionais em outras duas maternidades. Fizemos entrevistas abertas com gestores municipais, apoiador do Ministério da Saúde, profissionais e gestores de uma maternidade de referência do município, além de entrevistas não-estruturadas com usuárias que acessaram os serviços do município. No total, foram 19 entrevistas, sendo 2 doulas, 3 profissionais da equipe de enfermagem, 4 técnicos da gestão, 8 usuárias da rede. Fizemos ainda um grupo focal com participantes do grupo de doulas do município. Os registros das entrevistas e grupo focal se deu mediante gravação de áudio. Registramos nossas vivências em diário de campo, gerando reflexões para a análise.

As entrevistas e o grupo focal aconteceram nos meses de maio e julho de 2015. Os dados coletados foram sistematizados, seguindo o critério cronológico das ações relatadas, de modo a clarificar as conexões e efeitos das atividades desencadeadas ao longo do tempo, além de terem sido categorizados, segundo os componentes da Política da Rede Cegonha, para que facilitar a comparação com outras experiências relatadas na literatura. Tais componentes, conforme já referido, são: 1. Pré-natal; 2. Parto e Nascimento; 3. Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e 4. Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (Ministério da Saúde, 2011).

5.1.3 Resultados e discussão

A análise do cuidado na Rede Cegonha em João Pessoa mostrou-se um desafio pela complexidade na estruturação dos serviços, das ações, da diversidade de experiências que os cuidados perinatais proporcionam e pelos diferentes sujeitos envolvidos em sua construção. Seguem, nas seções abaixo, os resultados encontrados no estudo da implantação dessa rede no município em questão, bem como suas repercussões em nível local, os quais também poderão ser vistos em conjunto no quadro 5.1.1.

Quadro 5.1.1 – Implantação da Rede Cegonha, principais resultados

Componentes	Ações Previstas	Resultados Principais Encontrados
Pré-Natal	- Pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com captação precoce; - Acolhimento com Classificação de Risco e vulnerabilidade - Acesso ao pré-natal de alto risco - Acesso aos exames - Vinculação ao local de parto - Qualificação da informação - Saúde Sexual e Reprodutiva - Prevenção e tratamento DST/AIDS - Apoio ao deslocamento da gestante para o pré natal e local de parto	- Estabelecida Vinculação municipal do local de parto de baixo risco, de alto risco e para o pré natal de alto risco; - Em implantação as visitas das gestantes ao seu local de parto - Implantação do protocolo de Saúde Sexual e reprodutiva (2014) nas Unidades de Saúde da Família
Parto e nascimento	- Suficiência de leitos obstétricos e neonatais; - Adequação da ambiência das maternidades; - Boas práticas para o parto e nascimento baseadas em evidências; - Garantia do acompanhante; - Acolhimento com classificação de risco (ACR) - Estímulo à implementação de equipes horizontais - Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão;	- Realizada reforma para adequação do estrutura física do ACR de uma das maternidades do município - Quatro turmas do Programa de doulas voluntárias do ICV; Cerca de 35 doulas já foram formadas pelo programa; - Colegiado Gestor da Rede Cegonha implantado em uma das maternidades e em implementação em outra - Grupo condutor municipal da Rede Cegonha em funcionamento; - Acompanhante de livre escolha no ICV no pré-parto, parto normal e pós-parto. Com dificuldades de inserção de acompanhantes no bloco cirúrgico. - Centros de parto normal e casas da gestantes, bebê e puerpera vinculados a uma das maternidades , aguardando licitação.
Puerpério e atenção integral à criança	- promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável - visita domiciliar na 1ª semana após parto e nascimento - busca ativa de crianças vulneráveis - saúde sexual e reprodutiva - prevenção e tratamento DST/AIDS - orientação e oferta de métodos contraceptivos	- Apoio do banco de leite Zilda Arns (ICV), para a formação sobre aleitamento materno às equipes de saúde da família; - Circulo do Coração, identificação de cardiopatias e RN's nas maternidades de JP; - o contato pele a pele na primeira hora ainda é um desafio
Sistema logístico: transporte e regulação	- acesso ao transporte seguro para as gestantes, puérperas e bebês - vaga sempre e plano de vinculação da gestante ao local do parto - regulação de leitos obstétricos e neonatais.	- <i>Vaga sempre</i> no ICV - Não existe SAMU Cegonha - Não existe regulação de leitos obstétricos. - Sobrecarga de atendimentos obstétricos no município de João Pessoa, principalmente no que se refere a parto e pré natal de alto risco

Fonte: elaboração própria.

Pré-natal

As gestantes de baixo risco são acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas tradicionais, quando residem em áreas descobertas. Essas usuárias realizam os exames complementares nos laboratórios próprios ou conveniados com o Município, e são assistidas durante o parto nos hospitais e maternidades de João Pessoa. Apesar de João Pessoa ter uma cobertura da Estratégia de Saúde da Família boa, considerando capitais e grandes cidades, este município tem tido, nos últimos anos, dificuldades de provimento de médicos em algumas unidades, mesmo com a presença de profissionais dos programas de provimento de médicos do Ministério da Saúde (Projeto Mais Médicos para o Brasil e Programa de Valorização da Atenção da Básica). Os exames para teste rápido de para a identificação do vírus da imunodeficiência humana e sífilis vêm apresentando períodos de falta de abastecimento nas unidades. Também há queixas, por parte dos médicos da Atenção Básica do município, na marcação e retorno dos exames mínimos para as gestantes de risco habitual, que deveriam ser realizados no primeiro e terceiro trimestre. Do mesmo modo, um dos grandes problemas das USF de João Pessoa é a irregularidade no abastecimento contínuo de medicamentos. Especificamente em relação ao controle da sífilis, existe uma grande dificuldade de aplicação da penicilina G benzina nas USF, seja pela indisponibilidade da penicilina, seja por parte dos profissionais se negarem a administrar esta medicação, alegando, para tanto, a falta de equipamentos para intervir em um eventual choque anafilático.

Uma das questões que avançaram após a Política da Rede Cegonha foi a vinculação municipal das USF e dos serviços de pré-natal de alto risco às maternidades de referência para o parto. Apesar de já estabelecidas as referências e de discutido e pactuado entre os serviços, permaneceu certa flexibilidade para as gestantes escolherem onde serão assistidas, principalmente se elas já têm alguma experiência positiva prévia com o serviço. Embora a vinculação e a visita à maternidade já serem regulamentadas desde a lei 11.634 de 2007 (Brasil, 2007), a organização das referências foi feita recentemente e ainda há uma divulgação incipiente dessa vinculação, pelas USFs de João Pessoa, para as gestantes durante o pré natal, e muitas gestantes ainda sofrem peregrinando nas maternidades da cidade, em busca de atendimento, quando as maternidades estão lotadas, com exceção do Instituto Cândida Vargas (ICV) que trabalha com a ideia de “vaga sempre” como propõe a Rede Cegonha. Mesmo existindo a vinculação entre as USFs de João Pessoa e as maternidades, ainda não é rotina no pré-natal que as gestantes de risco habitual possam visitar previamente o local de parto. Apesar de não termos dados locais para comparar, uma pesquisa recente sobre o cuidado pré-

natal em municípios prioritários para a redução da mortalidade infantil da Amazônia legal e Nordeste identificou que apenas 44,2% das mulheres receberam indicação sobre o local de parto durante o pré-natal (Leal et al., 2015). Em relação aos municípios da região de saúde e do estado da Paraíba que encaminham para João Pessoa, não foi pautada uma organização sobre a maternidade de referência, e consequentemente, também não ocorre a visita prévia a maternidade. Ainda em relação ao componente pré-natal, está em implementação no município a nova carteira da gestante proposta pelo Ministério da Saúde, e foi elaborado um Protocolo de Saúde Sexual e Reprodutiva pela Secretaria Municipal de Saúde.

Parto e Nascimento

Ainda não há nenhum Centro de Parto Normal em João Pessoa, sendo que projetos foram aprovados pelo Ministério da Saúde, porém as obras ainda não haviam sido iniciadas no município. Os Centros de Parto Normal são as maiores apostas para uma mudança no modelo de cuidado obstétrico, uma vez que seria o local para o parto e nascimento de risco habitual e, portanto, com menor chance de intervenções no parto. Uma outra iniciativa para potencializar a mudança do modelo de cuidado ao parto seria a incorporação de enfermeiras obstétricas ou obstetrizes, nos Centros de Parto Normal, e também nos Centros Obstétricos das maternidades/hospitais, para o parto de risco habitual, criando um ambiente colaborativo, estimulando o trabalho interdisciplinar e a redução de intervenções desnecessárias. Ambas as opções parecem apresentar resistências por parte da categoria médica. As iniciativas até então realizadas para estimular as boas práticas obstétricas foram a realização de cursos e oficinas com as equipes das maternidades.

Mesmo antes da Rede Cegonha, profissionais de maternidades da Paraíba vinculadas ao Plano de Qualificação das Maternidades (PQM) realizaram, como uma das iniciativas no sentido de mudança do modelo obstétrico, visitas técnicas ao Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte, por sua referência em parto humanizado. Um desdobramento dessas visitas, como previsto no PQM, foi a realização de uma atividade da equipe do Sofia Feldman *in loco*, para promover o parto humanizado, no sentido de acompanhar os profissionais e gestores na realidade local, que ocorreu nas maternidades envolvidas no PQM na Paraíba (Dittz et al., 2014).

Vogt et al. (2014) discutem o modelo colaborativo no qual há a integração entre o médico e enfermeira obstétrica, podendo contar com outros profissionais e com doulas. Os autores propõem esse modelo como uma opção ao modo hegemônico, a partir de uma

comparação entre maternidades de uma capital brasileira, encontrando uma redução de intervenções como episiotomia, ruptura artificial de membranas e uma maior utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor (Vogt et al., 2014). Um estudo transversal com mulheres de baixo risco atendidas em São Paulo-SP, de 2003 a 2006, concluiu que a assistência no Centro de Parto Normal foi realizada com menos intervenções e com resultados maternos e neonatais semelhantes aos do hospital (Schneck et al., 2012).

Uma das maternidades de João Pessoa vem passando por mudanças, com a Implementação do novo Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2014) para realizar a escuta das mulheres e ordenar seu atendimento, também realizou uma reforma para melhorar a ambiência do local onde é realizada a Classificação de Risco e o atendimento médico de urgência. O direito ao acompanhante de livre escolha ainda é uma dificuldade nas maternidades do SUS de João Pessoa, sendo que uma das maternidades conseguiu incluir, nos últimos anos, o acompanhante masculino no parto normal, estando as outras maternidades restritas a acompanhante do sexo feminino. A participação do acompanhante nas salas de parto é uma medida recente, e ainda é muito restrita nos centros cirúrgicos.

Apesar de ser inegavelmente hegemônico o modelo obstétrico tradicional, começam a surgir experiências exitosas em algumas maternidades, com equipes de profissionais acolhedoras e que promovem as boas práticas de parto, as quais vêm trazendo bons resultados. Vários obstetras, pediatras, enfermeiros e técnicos vêm mudando aos poucos a abordagem ao parto e nascimento, possibilitando um cuidado que respeita a mulher e suas decisões. Essas experiências, apesar de focais, vêm paulatinamente crescendo e ganhando espaço entre as diversas categorias profissionais. Uma experiência muito importante no Instituto Cândida Vargas foi o Programa de Doulas Voluntárias, que está em sua quarta turma, no qual as doulas atuam como voluntárias na maternidade, após o término da formação. A inserção da doula, durante o trabalho de parto e parto, ainda é um processo que desencadeia alguns desconfortos com integrantes da equipe, especialmente com a equipe médica, mas que vem trazendo mudanças significativas no cuidado ao parto na maternidade, com grande satisfação as mulheres que são acompanhadas pelas doulas. Em janeiro de 2016, atuavam 35 doulas voluntárias no ICV, em plantões diurnos de 12 horas, priorizando o acompanhamento às mulheres sem acompanhante ou com maiores dificuldades no trabalho de parto.

Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança

O contato pele a pele entre mãe e bebê, nos primeiros momentos de vida, continua sendo um desafio para os hospitais em João Pessoa. Logo após o nascimento, a cultura local de que o bebê precisa ficar em observação ainda prevalece, em detrimento do contato com a mãe. A criança é colocada próxima à mãe após o parto, mas, muitas vezes, não se possibilita a amamentação na primeira hora de vida, nem o clampeamento tardio do cordão umbilical. Não se realiza o alojamento conjunto desde o nascimento, uma vez que ainda persiste a prática de levar o bebê para a sala de admissão, ficando longe da mãe por algumas horas.

O banco de leite Zilda Arns, do ICV e o banco de leite Anita Cabral, realizam um trabalho de promoção do aleitamento materno junto às universidades, escolas, indústrias e etc. Com os Distritos Sanitários e com as Equipes de Saúde da Família, os bancos de leite de referência fazem uma divisão territorial a partir da vinculação municipal para o parto. Ambos realizam a formação dos trabalhadores de suas maternidades de referência, assim como campanhas para a arrecadação de potes de vidro para doação de leite materno junto à comunidade.

Uma das ações de grande impacto no cuidado à criança, desde o pré-natal, foi a criação da Rede de Cardiologia Pediátrica Pernambuco-Paraíba (RCP). A RCP foi uma iniciativa da integração entre profissionais que assistiam crianças portadoras de cardiopatia congênita no Estado e o Círculo do Coração (CIRCOR), ONG inserida no Hospital Real Português de Pernambuco. Dessa articulação, foi assinado um convênio entre o CIRCOR e a Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES/PB). Nesse convênio, estabeleceu-se um trabalho em que se realiza triagem de crianças com cardiopatia, através da integração direta entre 21 maternidades que se comunicam por teleconferência, as quais perfazem, juntas, 90% dos partos da rede pública do Estado. Esta triagem é realizada através de oximetria de pulso, além disso, as crianças captadas são acompanhadas pelos ambulatórios de cardiologia pediátrica. Além disso, realizam-se formação e educação permanente para as equipes que integram esta rede. Constatou-se que o círculo do coração conseguiu articular uma rede de cuidado através das tecnologias de informação e comunicação próprias e utilizando a rede social como uma forma de comunicação entre os médicos do estado, desenvolvendo ações que vão do atendimento clínico à indicação e acompanhamento de pacientes com necessidades de cirurgia, qualificando, ao mesmo tempo, o acesso e o cuidado às crianças com problemas cardiovasculares.

A partir de 3 anos de trabalho em rede, este grupo organizou uma frente maior de assistência que integra a Rede de Perinatologia do Estado. Nesta rede, o objetivo principal é capacitar os profissionais que trabalham em serviços sem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, visando oferecer a assistência adequada guiada. Para tanto, profissionais com qualificação técnica adequada realizam orientação, mediante atuação em plantão *online*, até a criança ter acesso a uma unidade que possa atendê-la com toda a estrutura necessária de alta complexidade. Assim, o grupo da perinatologia atua evitando a interrupção precoce da gestação, na assistência adequada na sala de parto ao neonato e à mãe, mesmo em lugares onde não têm estrutura para garantir esse serviço, mas assegurando, assim, a informação precisa até a transferência para um local adequado, e garantindo o transporte seguro e de qualidade à mãe e ao neonato. Prioriza-se, sempre que possível, o transporte do neonato intra-útero até o local adequado de nascimento.

Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação

As ações da Rede Cegonha relacionadas ao Sistema Logístico se desenvolveram pouco em João Pessoa. O Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) não apresenta recorte específico para o transporte da gestante e do bebê (SAMU Cegonha), a despeito da tentativa de adequação, com capacitação da equipe local em reanimação neonatal e transporte ao recém nascido de risco, e da tentativa de habilitação, junto a Ministério da Saúde, de Unidade de Suporte Avançado de Vida (USA) para esta finalidade.

A ausência de uma regulação obstétrica estadual é a principal dificuldade para o funcionamento do sistema logístico, o que provoca a peregrinação das mulheres em situação de urgência obstétrica e ameaça de parto prematuro.

O ICV tem a cultura muito positiva de atender todas as mulheres que procuram o serviço, indo ao encontro da ideia de *vaga sempre* presente na Política da Rede Cegonha. Mas o fato de ainda não existir uma regulação de leitos obstétricos no estado, leva à sobrecarga de atendimentos em João Pessoa e Campina Grande, os dois maiores municípios paraibanos.

5.1.4 Conclusão

A rede de cuidados à mulher na gestação, parto e puerpério e à criança até os dois anos de vida vem sofrendo lentas transformações nos últimos anos, em parte influenciadas pelas mudanças nas políticas públicas da área temática, coordenadas pelo Ministério da Saúde, e,

principalmente, pela qualificação, ainda que lenta, do sistema de saúde nos níveis estadual e municipal. Nos últimos 15 anos, houve uma ampliação do número de equipes de saúde da família em João Pessoa e a qualificação da estrutura física de parte das unidades, o que é essencial para se pensar na organização de qualquer rede de serviços. Nos cuidados perinatais, a ESF é essencial para a realização do acompanhamento à gestante, à puérpera e ao bebê de baixo risco. Por outro lado, até hoje, não foi colocada em pauta, pelos governos municipais, a despreciação do trabalho na Atenção Básica, sendo a grande maioria dos profissionais de nível superior prestadores de serviços em contratos emergenciais. Isso gera uma baixa fixação de profissionais e desmotivação ao trabalho, e uma fragmentação e quebra da longitudinalidade na Atenção Básica. Outrossim, persistem as dificuldades de acesso a exames e medicamentos para as gestantes de risco habitual e para o cuidado à criança.

Percebemos que, de uma maneira geral, ainda temos uma implantação incipiente de aspectos centrais da Rede Cegonha em João Pessoa. O fato dos projetos existentes para a construção de Centros de Parto Normal na Paraíba ainda estarem no papel é sintomático da priorização das gestões municipal e estadual por um cuidado centrado no hospital e em intervenções médicas, e reflete um modelo de parto centrado no médico obstetra. Muitas das mudanças no modelo de cuidado vão surgindo a partir da articulação entre os sujeitos/atores comprometidos com a humanização do parto. Atualmente, encontramos taxas de mortalidade neonatal levemente diminuídas em várias regiões da Paraíba, inclusive na capital, mas ocorrendo com um aumento simultâneo nas taxas de mortalidade materna: o número de mortes maternas nos primeiros 6 meses de 2015 já se equiparava ao quantitativo dessas mortes em todo o ano de 2014. Provavelmente, estabelecer um local para parto normal para as mulheres de risco habitual, com maior inserção das enfermeiras-obstétricas ou obstetrizes, e os centros obstétricos para o parto de alto risco, representaria uma significativa mudança no cuidado.

A violência obstétrica é, ainda, inegável no Brasil. De uma maneira geral, entende-se violência obstétrica como as várias formas de agressão que a mulher pode sofrer, seja ela física ou psicológica, incluindo as episiotomias ou cesarianas desnecessárias, o desdenho ou ironias na comunicação com a paciente, ou ainda não considerar as decisões da mulher no seu cuidado. Tesser *et al.* discutem sobre prevenção quaternária e violência obstétrica, afirmando que a superação desta passa por uma superação do modelo biomédico no pré-natal e parto; para tanto, a prevenção quaternária basearia a elaboração participativa de planos de parto e participação social na luta pela humanização do parto. A prevenção quaternária, apesar de ser um conceito muito discutido no âmbito da atenção primária à saúde, tem uma aproximação

significativa com as boas práticas obstétricas por ter em seu cerne a parcimônia de não intervir desnecessariamente, reconhecendo que as intervenções e procedimentos também causam danos, e retomando a um dos princípios essenciais da medicina: *primum non nocere*. Neste sentido, retomamos o manual da OMS que considera ser necessário um bom motivo para se intervir no processo natural do trabalho de parto.(Tesser et al., 2015)

A criação de colegiados de gestão nas maternidades e dos grupos condutor municipal e estadual é um passo importante para uma gestão compartilhada da política, que espera que se reverbere nas relações entre gestores e profissionais, e entre estes e usuários. Não resta dúvidas.

Concluimos com um trecho do diário de campo de um dos pesquisadores, que fala por si: “Passava pelo corredor, quando um grito de dor súbito chama a atenção dos técnicos e enfermeiros do pré-parto. Mulher e criança bem, pele-a-pele. Um nascimento aconteceu. Sem episiotomia nem outras intervenções farmacológicas, sem pressão, sem violência. Esses nascimentos que acontecem diariamente nas camas PPP [pré-parto, parto e pós-parto] e até nos corredores da maternidade. Esse parto é visto como desassistido por uma grande parte das equipes, como uma exceção, algo que não deve acontecer. Buscar as boas práticas de nascimento é visto como um horizonte desejável para todas as mulheres. Um parto natural. A busca para a transformação do modelo de cuidado perinatal visando uma prática que respeite a mulher, seu acompanhante, suas crenças e singularidades, passa necessariamente por refletir e discutir esse cuidado, partilhando as crenças e as práticas profissionais e possibilitando o nascimento de uma nova forma de cuidado”.

5.2 DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE AO NASCIMENTO, PARTO E PUERPÉRIO, BASEADO NA SATISFAÇÃO DA MULHER

Resumo

O objetivo deste trabalho foi construir um modelo de avaliação da qualidade do cuidado na Rede Cegonha baseado na satisfação da mulher. Para isso foi realizada uma revisão sistemática da literatura, e um estudo quali-quantitativo em uma maternidade de grande porte, com perfil de atendimento de mulheres de risco habitual e alto risco. Foram realizadas entrevistas abertas a gestores, profissionais de saúde e usuárias discutindo suas percepções e reflexões sobre o cuidado, confrontando com as questões de destaque encontradas na revisão teórica, e a partir disto, construindo um instrumento de avaliação da satisfação. Destacou-se

nas entrevistas a estrutura física, a presença do acompanhante e o tempo de espera no acolhimento da maternidade. Nas entrevistas com profissionais e gestores surgiram, além das categorias anteriores, o parto humanizado, a dificuldade de comunicação com as unidades de saúde da família. O instrumento produzido foi aplicado a 463 mulheres entre julho de 2015 e março de 2016. Foi realizada análise fatorial exploratória para extrair os atributos significativos e formar as dimensões finais. O modelo encontrado obteve cinco dimensões, a saber: qualidade técnica e empatia; tempo; pré-natal; estrutura física; e boas práticas de cuidado.

Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Satisfação do paciente. Avaliação em saúde. Assistência Perinatal. Análise Fatorial.

5.2.1 Introdução

A gestação, o parto e o nascimento são momentos bastante intensos para a mulher e sua família. Envolve, para além das modificações biológicas, um profundo fluxo de expectativas e sentimentos, e de mudanças significativas da dinâmica familiar e comunitária. O modo como os serviços de saúde se estruturam para acolher essas mulheres e todos os envolvidos nesse cuidado produz grandes diferenças nos indicadores de saúde, no processo intersubjetivo de cuidado e na percepção das mulheres e sua satisfação sobre o parto. A atenção à mulher na gestação, parto e puerpério passa, no Brasil, por um período em que emergem os conflitos entre diferentes modelagens de cuidado, e dispara um processo de reconfiguração que envolve a organização da rede de serviços e suas relações, a estrutura física dos serviços, e, principalmente, o modo de produção de cuidado.

O nascimento, que originalmente era assistido por mulheres, foi invadido pela lógica de produção hospitalar no século passado e, hoje, é hegemonicamente um procedimento médico mecânico, repetitivo e que não considera as singularidades e desejos das mulheres. É nessa conjuntura que, no Brasil, vêm crescendo e ganhando força institucionais movimentos e práticas de humanização do parto. O programa de Humanização do Parto e Puerpério, de 2000, já trazia o incentivo a uma assistência obstétrica holística, e que retorna com maior força na Rede Cegonha, em 2011, com a ideia de mudança no modelo de cuidado, reforçando a autonomia e decisão da mulher, e a melhoria da qualidade e acesso ao pré-natal e ao parto assistido (De Melo et al., 2015).

A política nacional de atenção à mulher e, mais especificamente, a atenção à mulher e ao bebê no período perinatal, vem sofrendo mudanças e normatizações ao longo dos anos. A proposta da Rede Cegonha é formalizada através da portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Nesta, é considerada a política voltada à atenção à saúde da mulher na gestação, parto e puerpério, e da criança até completar dois anos de idade, com os objetivos de melhorar o acesso, acolhimento e resolutividade. A portaria ratifica sobre o direito a acompanhante em todo processo de parto, a vinculação da gestante à maternidade, o conceito de “vaga sempre” como acesso aberto a todas as gestantes em trabalho de parto, e o transporte seguro, acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, garantia de boas práticas e segurança materna e neonatal, além do acesso ao planejamento reprodutivo. A política divide, para fins de organização, as ações da Rede Cegonha em quatro componentes: 1. pré-natal; 2. parto e nascimento; 3. puerpério e atenção integral à saúde da criança e 4. Sistema logístico: transporte sanitário e regulação; cada um dos componentes possui especificações próprias, detalhadas na portaria (Ministério da Saúde, 2011). Destaca-se o financiamento da construção de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, reforçando a intenção de redução das intervenções e procedimentos desnecessários, e o reconhecimento do trabalho das parteiras tradicionais. Outra questão de destaque são as ações para a estruturação dos serviços de saúde em rede, tentando minimizar a fragmentação e a ineficiência da atenção, e construindo um cuidado integral (Cavalcanti et al., 2013).

Avaliar a qualidade dos serviços de saúde e as percepções dos usuários sobre o cuidado é fundamental nos processos de mudanças e reformulação de políticas. Além disso, é uma medida necessária na atual fase de implantação da Rede Cegonha, que encontra-se em diferentes níveis nos estados e municípios brasileiros, sendo mais um elemento para análise da implantação da política. Apesar de existirem muitos estudos avaliando a qualidade do pré-natal e a satisfação do usuário, há poucos após a implementação da Rede Cegonha, por ser uma política ainda recente. Dentre esses estudos, citamos um sobre a avaliação da adequação do pré-natal relacionando com a Política de Humanização do Pré-Natal e Puerpério em uma capital brasileira, a maioria das mulheres tiveram seis ou mais consultas como preconizado pelo Ministério da Saúde e também um bom manejo do risco gestacional, mas foram apresentados problemas na captação precoce da gestante e na realização dos exames, segundo os critérios observados (Polgliane et al., 2014). Outro estudo, já avaliando também os critérios da Rede Cegonha, com uma metodologia similar, mostrou uma adequação muito baixa do pré-natal à Rede Cegonha, quando considerada a presença de todos os critérios avaliados.

Nesse, as gestantes tiveram bom acesso às consultas, mas com uma baixa qualidade, e com difícil acesso aos exames de teste rápido (Martinelli, 2014).

Avaliar a Rede Cegonha a partir da experiência e percepções de mulheres em seu processo de gestação, parto e puerpério, acesso à rede de serviços e a resposta desta para o conjunto de usuárias é reconhecer sua dinâmica complexa e suas interrelações. Desta forma o modelo tradicional na forma de pirâmide, tendo a atenção básica na parte inferior e serviços especializados no topo, não é suficiente para compreender todas as necessidades dos usuários que acessam o sistema de saúde por diferentes níveis de complexidade (Cecilio, 1997).

Nesta seção, propõe-se a construção de um modelo para a avaliação da qualidade da Rede Cegonha. Para isso, baseamo-nos em revisão de literatura sobre a avaliação da satisfação da usuária em cuidados perinatais, aplicação e análise do modelo teórico e avaliação qualitativa de puérperas de uma maternidade de grande porte na Paraíba, sobre sua percepção do cuidado recebido na rede de serviços.

5.2.2 Método

Trata-se de um estudo quali-quantitativo. Utilizaram-se duas estratégias para a construção do modelo para avaliação da satisfação da usuária na Rede Cegonha: a primeira consistiu em uma revisão sistemática de literatura sobre os temas de cuidado perinatal e satisfação do paciente e sobre as políticas de assistência ao pré-natal, puerpério e parto no Brasil com ênfase na Rede Cegonha, buscando a estruturação das dimensões a partir da revisão da literatura. A segunda estratégia consistiu no aprimoramento da construção deste novo modelo, a partir da incorporação de diretrizes essenciais no cuidado perinatal atual e a adaptação desse instrumento, explorando outras características, variáveis indicadoras ou construtos surgidos através de entrevistas com gestores, profissionais e usuárias. Por fim, o instrumento foi aplicado e realizada a análise estatística para avaliação de suas dimensões.

Para a revisão sobre satisfação do usuário e atenção perinatal, foi realizada uma busca no PUBMED/Medline, com os descritores (Mesh) "patient satisfaction" e (AND) "Perinatal Care". Revisou-se Scielo e Bireme, incluindo Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), através das palavras: satisfação, paciente, perinatal. Analisaram-se as publicações nas línguas português, inglês, francês e espanhol. As buscas foram realizadas em maio de 2015. Foram analisados os resumos de todos os 122 artigos encontrados e selecionados artigos de natureza quantitativa que buscavam formas de avaliação da satisfação e da qualidade. Foram selecionados 15 artigos. Além disso, utilizou-se

de alguns estudos sobre satisfação do paciente em outras áreas temáticas da saúde e de satisfação do consumidor nas áreas de marketing e administração.

A estruturação da proposta de avaliação de satisfação da usuária na Rede Cegonha se deu paralelamente com as vivências práticas periódicas em uma maternidade de grande porte de João Pessoa, onde se iniciou o acompanhamento do processo de cuidado ao pré-natal, parto e puerpério, e assistência ao recém-nascido nos diversos setores da maternidade, além de aproveitar da experiência prévia sobre a assistência pré-natal nas Unidades de Saúde da Família da mesma cidade. Considerando que compreender a percepção do usuário é central para uma avaliação que se oriente pelas expectativas das pessoas que utilizam o sistema, propôs-se a realização de entrevista aberta a puérperas, profissionais e gestores, tentando identificar suas impressões sobre o funcionamento da Rede Cegonha. Acredita-se que a avaliação qualitativa permite identificar problemas no serviço, por meio da apreciação da qualidade, acolhimento, estrutura física, entre outros aspectos que ajudam a delimitar os critérios e categorias a serem incluídos no modelo quantitativo a ser produzido. A utilização da entrevista aberta como método qualitativo vem da necessidade de compreender situações particulares, simbólicas e relações subjetivas, podendo ser interessante a integração com as metodologias quantitativa, e que neste artigo contribuiu tanto para apoiar a construção do instrumento quantitativo, como para propiciar uma maior compreensão da realidade estudada (Minayo, 2008).

As entrevistas abertas com gestores e profissionais de saúde, foram para compreender as suas visões sobre a Rede Cegonha, e as transformações vividas nos últimos anos na política de assistência perinatal, trazendo uma visão de questões que, não necessariamente, foram percebidas pelas puérperas, mas seriam centrais para as dimensões que iriam compor a análise da qualidade do cuidado. A escolha dos entrevistados foi intencional, identificando informantes-chave para a pesquisa. No total foram entrevistadas 11 pessoas, sendo 06 puérperas, 03 profissionais de saúde e 02 gestores durante os meses de abril e maio de 2015. Durante essa vivência, iniciou-se a revisão sobre as políticas de assistência ao parto, pré-natal e puerpério, priorizando a análise das reformulações recentes, e das mudanças propostas pela Rede Cegonha, como a ideia de rede e proposta de mudança no modelo de cuidado.

Para a análise quantitativa da avaliação da satisfação através da Análise Fatorial Exploratória (AFE) foram entrevistadas 463 mulheres no período de julho de 2015 a março de 2016. As mulheres foram entrevistadas na maternidade escolhida por ter uma grande demanda de partos de risco habitual em João Pessoa. O objetivo da AFE é resumir as variáveis indicadoras representativas e agrupando em dimensões ou construtos, que são os fatores. Para

a amostragem, considerou-se o mínimo aceitável de 10 respondentes por questão. Realizou-se os teste de Kaiser-Meyer-Olin (KMO) e o teste de esfericidade de Barlett para avaliar a adequação dos dados para realizar a análise fatorial (Hair et al., 2009). Utilizou-se o IBM SPSS Statistics versão 23 para a análise dos dados. Foi realizada a análise fatorial através da fatoração pelo eixo principal (principal axis factoring), com rotação varimax. Consideraram-se os autovalores acima de 1,0 para a constituição dos fatores.

5.2.3 Resultados

Revisão Sistemática e Proposta Inicial do Modelo de Satisfação

A revisão sistemática da literatura mostrou uma variedade de modelos de avaliação dos cuidados perinatais. Um primeiro aspecto de destaque na satisfação da mulher em relação aos cuidados no trabalho de parto e nascimento é sua natureza multidimensional (Matejić et al., 2014). Sendo assim, é necessária a elaboração de um instrumento que contemple as várias dimensões associadas à satisfação. O tipo de parto é comumente associado com a satisfação, sendo identificado que fatores como parto normal e multiparidade influenciam positivamente na satisfação (Matejić et al., 2014). Em um estudo para desenvolvimento de um instrumento de satisfação e validação com gestantes da Turquia, encontrou-se um modelo final com as dimensões: suporte e cuidado profissional, informação e envolvimento na tomada de decisão, respeito à privacidade, expectativas, e facilidades do quarto e hospital (Gungor e Beji, 2012).

As características estudadas em diversos países no mundo adentram nas percepções das mulheres sobre questões como a comunicação com a equipe, a ambiência do hospital, e também em questões muito presentes na humanização do parto e na Rede Cegonha como direito a acompanhante, decisão compartilhada com a paciente e a possibilidade do parto com menos intervenções e procedimentos médicos (Ministério da Saúde, 2011). Em estudo comparando a assistência obstétrica tradicional com um centro de parto modificado para um cuidado singular e em menor escala, os autores identificaram maior satisfação neste último, com um grande destaque para o estudo das relações entre a equipe de saúde e as mulheres e acompanhantes, incluindo o atendimento às necessidades, a compreensão, e a possibilidade do paciente ser ouvido e levado a sério (Tingstig et al., 2012). Na Austrália, estudando a experiência de estrangeiras, foram utilizados como categorias o conforto e atuação da equipe, cuidado interpessoal, contato precoce com a criança, e trabalho de parto e o ambiente (Hennegan et al., 2014). Em um estudo realizado no Canadá, que analisa as intervenções no

trabalho de parto e nascimento como episiotomia, posição de supino no parto, analgesia de rotina, e monitorização contínua, os autores encontraram grande variação na realização destes procedimentos no país, e alguns indicadores expressando que muitas vezes as evidências e protocolos não são seguidos, como na taxa de 47,9% dos nascimentos em posição de supina (Chalmers et al., 2012). Apesar de não ter tido o foco na satisfação do usuário, traz alguns elementos deste que contribuem para a construção do instrumento do presente estudo, por ser alvo da Rede Cegonha diminuir os procedimentos e intervenções desnecessárias no parto.

O suporte emocional e qualidade geral da equipe de saúde são alguns dos principais fatores associados à satisfação e qualidade em alguns estudos, nas abordagens de avaliação no parto e trabalho de parto, como no cuidado pós-natal (Smith, 2011; Ross-Davie et al., 2013). O suporte social de familiares, amigos ou uma boa comunicação com a equipe de saúde, estiveram positivamente relacionados à satisfação em algumas análises (Hung et al., 2010; Mclellan e Laidlaw, 2013). Alguns autores buscam a construção de um instrumento mais amplo para avaliação do cuidado pré-natal, parto e puerpério através de indicadores de boas práticas obstétricas, de acesso ao pré-natal e parto, e de intervenções importantes no cuidado materno-infantil (Redshaw et al., 2013; Mumtaz et al., 2014). Em um estudo em uma população com algum problema emocional ou físico foram avaliadas questões como período de início do pré-natal, número de consultas e alguns exames no período pré-natal; se tinha conhecimento da equipe, escolha do local de nascimento, analgesia, e escolha de posição confortável no parto; e tempo de permanência no hospital, aleitamento, consultas de puerpério, e orientação de contracepção no período do puerpério (Redshaw et al., 2013).

Ao estudar as dimensões da satisfação nos serviços públicos de saúde, destacam-se como diferenças em relação aos estudos em organizações privadas de saúde que a lealdade e o preço deixam de ser dimensões importantes, uma vez que não há muita competição entre os serviços, e nas organizações públicas não há cobrança pelos serviços. A qualidade é um construto bastante presente nos estudos de análise de satisfação na área da saúde, surgindo também satisfação técnica, competência e efetividade com sentidos próximos, esta última no sentido de avaliação de sucesso na conduta proposta (Beyer et al., 2010; Berg et al., 2012; Lei e Jolibert, 2012). Outro grupo de variáveis bem presente na análise da satisfação é a análise da experiência da relação intersubjetiva entre o profissional da saúde e o usuário, como a influência do modo de decisão de tratamento com o paciente (Hölzel et al., 2013; Quaschnig et al., 2013), e a relação da empatia e satisfação com aderência ao tratamento (Dang et al., 2013). Em um estudo no setor de farmácia, o modelo de mensuração proposto incluía a atitude e prontidão da equipe e disponibilidade de medicamento (Khudair e Raza, 2013).

A construção do modelo de avaliação da qualidade e satisfação do cuidado na Rede Cegonha se deu inicialmente a partir da revisão de literatura, aproveitando instrumentos da área da saúde, com também do marketing e da administração. Apesar de não existir um consenso de um instrumento ideal para avaliar a satisfação na área da saúde, três dimensões principais aparecem nos estudos: relação profissional de saúde/ paciente, estrutura física, gestão do processo de trabalho (Almeida et al., 2015). O SERVQUAL foi bastante útil no trabalho inicial, no qual se analisaram as dimensões e os atributos mais próximos do cuidado materno-infantil. A partir disso, foram incorporados novos atributos e construtos para análise partindo da revisão teórica dos estudos sobre avaliação da satisfação e da qualidade do cuidado perinatal. Após a revisão de literatura, obteve-se um instrumento com 4 dimensões iniciais, a saber: estrutura física, acolhimento, qualidade técnica e pré-natal. Posteriormente a revisão foi incluída as boas práticas como dimensão (Quadro 5.2.1).

Quadro 5.2.1 – Dimensões da Avaliação da Qualidade dos Serviços de Cuidado a Gestação e Parto Baseado na Satisfação

Dimensões	Descrição / referências	Variáveis Indicadoras
Estrutura Física	- corresponde ambiência, conforto, equipamentos, higiene e limpeza	* conforto e limpeza da maternidade(pré parto, geral) * sala de parto / bloco cirúrgico * banheiros centro obstétrico banheiros * alojamento conjunto * informações visuais
Acolhimento (tempo e empatia)	- respeito sobre a privacidade, informações sobre o cuidado, participação do paciente nas decisões - tem relações com itens das categorias de empatia e presteza do servqual	* facilidade de acesso a maternidade * o tempo de espera no acolhimento e admissão * tempo de espera para enfermagem no centro obstétrico * equipe se preocupou com o bem-estar * privacidade * facilidade de conversar com a equipe * necessidades e atenção individual
Qualidade Técnica	- inclui a competência profissional, respeito a pessoa, confiança e segurança com a equipe	* respeitado * confiança nos profissionais * expectativas * competência dos médicos * competência da equipe de enfermagem

Dimensões	Descrição / referências	Variáveis Indicadoras
Pré-Natal	- avaliar acesso a consultas e exames pré-natais nas unidades de cuidados primários, incluindo a acolhida e relacionamento pela equipe.	* acesso as consultas na unidade de saúde da família * qualidade técnica da equipe de saúde da família * acesso a exames pré-natal * acesso a medicações no pré-natal * vinculação no pré-natal e informação prévia a maternidade
Boas práticas de cuidado	- inclui avaliar a participação da usuária nas decisões, contato com o recém-nascido, entre outras questões presentes na portaria da Rede Cegonha.	* participação ativa nas decisões * direito a acompanhante * contato pele a pele e amamentação * orientações de aleitamento e cuidado com o bebe

Fonte: elaboração própria. Referências por dimensão proposta: estrutura Física (Gungor e Beji, 2012; Ross-Davie et al., 2013; Hennegan et al., 2014); acolhimento (tempo e empatia) (Gungor e Beji, 2012; Mclellan e Laidlaw, 2013; Ross-Davie et al., 2013; Hennegan et al., 2014); qualidade Técnica (Hennegan et al., 2014; Mumtaz et al., 2014); pré-Natal (Matejić et al., 2014; Mumtaz et al., 2014); boas práticas de cuidado (Ministério da Saúde, 2011).

A estrutura física, é a dimensão correspondente à tangibilidade do SERVQUAL, e traz elementos correspondentes na avaliação da estrutura física da maternidade onde foi o parto, incluindo algumas questões relacionadas à ambiência previstas na portaria da Rede Cegonha. Essa é uma das dimensões bastante avaliada em diversos instrumentos. O Acolhimento é uma dimensão que agrada os atributos relacionados à privacidade, ao respeito às singularidades e desejos, e à participação da mulher nas decisões sobre o cuidado. Articula alguns elementos dos construtos empatia e presteza do SERVQUAL e também traz atributos relacionados ao tempo de resposta às necessidades da mulher. A qualidade técnica é uma dimensão que se aproxima da avaliação da mulher em relação aos profissionais de saúde, incluindo a confiança e segurança com a equipe de saúde. A dimensão pré-natal foi incluída pelo caráter desse estudo de propor avaliar o funcionamento da rede de cuidado, e inclui atributos que se dispõem a avaliar o cuidado pré-natal a partir das percepções da puérpera, incluindo o acesso a consultas e exames com agilidade, e a relação com a média e alta complexidade. A dimensão boas práticas de cuidado foi incluída para abordar algumas especificidades estimuladas na Rede Cegonha que não são evidenciadas nos itens anteriores, como a participação das mulheres nas decisões sobre o parto, o contato com o recém nascido e a vinculação e orientações sobre amamentação (Quadro 5.2.1).

As entrevistas se deram após a proposta de modelo inicialmente construída a partir da revisão teórica. Partiu-se das questões abertas e depois se aprofundou nas percepções sobre as dimensões e atributos do modelo proposto. Das seis puérperas entrevistadas, todas declararam que, em uma avaliação global, o serviço da maternidade foi satisfatório. Os aspectos de maior destaque nas entrevistas foram a estrutura física, a presença do acompanhante e o tempo de espera no acolhimento da maternidade. Nas entrevistas com profissionais e gestores surgiram, além das categorias anteriores, o parto humanizado, a dificuldade de comunicação com as unidades de saúde da família, além de outras questões de reestruturação do hospital após a Rede Cegonha. As entrevistas com as mulheres, profissionais de saúde e gestores, ajudaram a sistematizar as variáveis indicadoras e a elaboração de questões que fossem de fácil compreensão para o contexto brasileiro. Surgiram das entrevistas outras variáveis indicadoras para análise além das visualizadas na revisão teórica. As dimensões permaneceram as mesmas constituídas após a revisão e da inclusão das práticas de cuidado, finalizando na proposta do quadro 5.2.1, que foi testada através de análise estatística.

Análise Fatorial Exploratória

O teste de Barlett obteve um qui-quadrado de 5875,1474181, e significância de 0,00. O KMO foi 0,919. O teste de Bartlett significativo rejeita a hipótese nula de que a matriz de correlações seja uma matriz identidade, ou seja, indica que há a correlação entre os dados. O KMO é considerado admirável ou excelente, havendo portanto correlações significativas suficientes para se realizar a análise fatorial exploratória (Hair et al., 2009; Ribas e Vieira, 2011). Portanto, a amostra atendeu os pressupostos para a realização da análise fatorial. A confiabilidade

O resumo dos resultados da análise fatorial com as cargas fatoriais e as dimensões encontradas e suas respectivas variáveis indicadoras são apresentados nas tabelas 5.2.1 e tabela 5.2.2. A tabela 5.2.1 mostra a matriz rotativa dos fatores, com rotação Varimax com normalização de Kaiser, nela pode-se visualizar os 5 fatores e as cargas fatoriais de cada indicador. Todas as questões tiveram uma carga fatorial de no mínimo 0,3 em pelo menos um fator. Encontrou-se 5 fatores com autovalores maiores do que 1, com variância extraída acumulada de 56,916%. Os fatores encontrados, autovalores e variância extraída, relacionados a identificação conforme constituída no modelo teórico são visualizados na tabela 5.2.2. O fator 1, é composto por 12 variáveis, tendo um autovalor 8,943 e variância extraída de

31,98%, com as variáveis indicadoras conforme indicada na tabela 5.2.1. Os demais fatores tiveram respectivamente 5, 6, 2 e 3 questões compondo cada fator.³

Tabela 5.2.1 - Matriz dos Fatores Rotativa, fatoração pelo eixo principal (N=463)

Variável/Fator	1	2	3	4	5
33	0,820	0,039	0,094	0,093	0,126
29	0,799	0,052	0,121	0,205	0,111
35	0,757	0,045	0,188	0,196	0,092
32	0,745	0,002	0,220	0,110	0,288
31	0,713	0,040	0,227	0,110	0,262
34	0,709	0,100	0,117	0,146	0,306
30	0,625	0,108	0,198	0,108	0,136
38	0,587	-0,005	0,234	0,102	0,248
36	0,583	0,099	0,216	0,118	-0,289
37	0,559	0,046	0,185	0,115	0,153
28	0,502	0,128	0,211	0,449	-0,144
39	0,393	0,107	0,092	0,161	0,281
43	0,057	0,809	0,081	0,006	0,002
42	0,066	0,741	0,073	0,075	-0,083
44	0,020	0,705	0,044	0,067	0,077
45	0,057	0,637	0,136	0,014	0,021
46	0,064	0,513	-0,030	0,006	0,217
23	0,117	0,084	0,585	0,166	0,172
20	0,278	0,060	0,539	0,182	0,168
19	0,384	0,105	0,536	0,135	0,121
22	0,099	0,060	0,511	0,369	0,201
24	0,293	0,100	0,448	0,072	0,404
21	0,174	0,059	0,413	-0,050	-0,135
27	0,377	0,062	0,194	0,667	0,239
26	0,289	0,087	0,173	0,476	0,141
40	0,235	0,071	0,039	0,113	0,352
41	0,181	0,116	0,126	0,034	0,340
25	0,168	-0,044	0,129	0,249	0,319

Tabela 5.2.2 - Estrutura Fatorial Avaliação da Satisfação da Mulher, resultado da fatoração pelo eixo principal (n=463)

Fator	Dimensão / Variável Indicadora	Carga
1	Qualidade Técnica e Empatia (Autovalor: 8,943; % de variância: 31,938%)	
	33. respeitado	0,820
	29. equipe se preocupou com o bem-estar	0,799
	35. expectativas	0,757
	32. necessidades e atenção individual	0,745
	31. facilidade de conversar com a equipe	0,713
	34. confiança nos profissionais	0,709
	30. privacidade	0,625
	38. participação ativa nas decisões	0,587
	36. competência dos médicos	0,583
	37. competência da equipe de enfermagem	0,559
	28. tempo para atendimento médico no centro obstétrico	0,502
	39. direito a acompanhante	0,393
2	Pré-Natal (Autovalor: 2,799; % de variância: 9,996%)	
	43. qualidade técnica da equipe de saúde da família	0,809
	42. acesso as consultas na unidade de saúde da família	0,741
	44. acesso a exames pré-natal	0,705
	45. acesso a medicações no pré-natal	0,637
	46. vinculação no pré-natal e informação prévia a maternidade	0,513
3	Estrutura Física (Autovalor: 1,671; % de variância: 5,969%)	
	23. banheiros alojamento conjunto	0,585
	20. pré parto, geral	0,539
	19. conforto e limpeza da maternidade	0,536
	22. banheiros centro obstétrico	0,511
	24. informações visuais	0,448
	21. sala de parto / bloco cirúrgico	0,413
4	Tempo (Autovalor: 1,391; % de variância: 4,967%)	
	27. tempo de espera para enfermagem no centro obstétrico	0,667

Fator	Dimensão / Variável Indicadora	Carga
5	26. o tempo de espera no acolhimento e admissão	0,476
	Boas práticas de cuidado (Autovalor: 1,133; % de variância: 4,045%)	
	40. contato pele a pele e amamentação	0,352
	41. orientações de aleitamento e cuidado com o bebê	0,340
	25. facilidade de acesso a maternidade	0,319

autovalor; variância explicada do fator

5.2.4 Discussão

As dimensões, após a Análise Fatorial Exploratória, tiveram uma configuração próxima ao modelo teórico construído, mas com modificações. Ter realizado entrevistas qualitativas durante o pré-teste do instrumento possibilitou compreender as percepções das mulheres relacionados ao cuidado no parto e puerpério, nas dimensões propostas pelo modelo. A principal mudança no modelo final foi que a dimensão Qualidade Técnica agrupou a maior quantidade de variáveis indicadoras, contemplando também as variáveis indicadoras relacionadas à empatia que inicialmente estariam no construto Acolhimento. A Qualidade Técnica contemplou com os indicadores 38 (participação ativa nas decisões) e 39 (direito acompanhante), inicialmente pensadas na dimensão boas práticas de cuidado. Como estas duas questões tratam de questões que também são inerentes a prática profissional, faz sentido que elas tenham sido agrupadas na dimensão Qualidade Técnica. A questão 28 (tempo para atendimento médico no centro obstétrico) também ficou no construto qualidade técnica. A qualidade técnica ficou, portanto, como a dimensão com maior quantidade de variáveis indicadores, explicando 31,08% da variância.

O construto pré-natal permaneceu exatamente como estruturado no modelo teórico, com cinco variáveis. Por trazer variáveis que avaliam outro ponto da rede, já que o pré-natal de risco habitual está mais relacionado à Atenção Básica, era esperado que não houvesse modificações. A Estrutura Física esteve também muito próxima do modelo teórico, apenas com a variável 25 (facilidade de acesso) que se agrupou na dimensão Boas Práticas de Cuidado, juntamente com as orientações e cuidados relacionadas ao bebê e amamentação. Por fim, foi modificada a denominação do construto Acolhimento para Tempo, que era uma das características agrupadas na variável e com a saída das variáveis relacionadas à empatia, o tempo representa melhor os indicadores que permaneceram no construto.

O Acolhimento é um dos aspectos em que a maternidade estudada vem reestruturando. Anteriormente, os atendimentos eram por ordem de chegada e após o apoio no Plano de Qualificação das Maternidades, essa maternidade vem passando pela estruturação do Acolhimento com Classificação de Risco. Nesta estratégia, inicialmente, a enfermagem avalia a usuária, classificando seu risco de acordo com a gravidade, sendo ordenado o fluxo de acesso de acordo com a escala de cores e tempo de espera para atendimento (Ministério da Saúde, 2014). As salas onde ocorrem a escuta pela enfermagem e a consulta médica vêm passando por uma reforma para melhorar o conforto e a privacidade local. Um ponto de difícil análise tanto para avaliação da estrutura física quanto na avaliação do modelo obstétrico se relaciona às expectativas iniciais da gestante em relação à maternidade, e como isso vai se dando no processo de cuidado. Então, muitas vezes, a estrutura física esperada é parecida com a estrutura tradicional, e não com as propostas da Rede Cegonha ainda não incorporadas pela maternidade.

As mulheres identificaram o Acolhimento como ótimo e o tempo de espera satisfatório para as suas necessidades, exceto por uma das mulheres que chegou de ambulância e pela expectativa que tinha de gravidade, achou que demorou para ser atendida. A ambiência foi um dos aspectos discutidos nas entrevistas com gestores, e que vêm passando por mudanças desde o acolhimento inicial até as salas de parto e alojamento conjunto. A estruturação de um ambiente de parto com maior respeito à gestante e que proporcione o cuidado no trabalho de parto e puerpério imediato é um ponto de destaque na Rede Cegonha (Ministério da Saúde, 2011). Além disso, tem-se a ideia de medidas não farmacológicas que possam auxiliar no parto normal, minimizando a dor. A maternidade estruturou um espaço com bolas e cavalinhos para o trabalho de parto. Apesar de existirem camas para pré-natal, parto e puerpério, ainda é difícil de ocorrerem os partos nos alojamentos, pois a privacidade é pequena, assim como tem pouco espaço para atuação da equipe de saúde, sendo comumente realizado nas salas de parto.

“A gente já vem mudando. Tem que mudar ambiência. Se não mudar ambiência, a gestante não terá atendimento qualificado. A gestante precisa se sentir acolhida. Precisa de bola, cavalinho, opções não farmacológicas. A mudança de prática também precisa acontecer.”
(gestor 1)

A estrutura física do hospital foi analisada como satisfatória pelas mulheres, entretanto, um dos consensos das puérperas em relação aos aspectos negativos foi o calor nos

ambientes do hospital, que não são climatizados. Do mesmo modo, a mulher provavelmente chega à maternidade com uma ideia de parto também próxima do modelo de cuidado hegemônico, e não necessariamente identificaria como ruim, por exemplo a posição de supina e a episiotomia. Ressalta-se que o combate à violência obstétrica, o respeito às decisões da gestante e suas singularidades em toda a gestação e parto, bem como as boas práticas obstétricas, são pontos importantes na Rede Cegonha. Em uma das entrevistas dos profissionais, é referida a presença ainda forte de práticas obstétricas conservadoras como as episiotomias de rotina, Kristeller, de hidratação com soro continuamente e ocitocina.

“Tem profissionais que colocam soro de rotina, faz episiotomia, faz kristeller, sem dialogar com a gestante.” (profissional 1)

“Se foi um seguimento bem feito, é um bebê sem complicação [...] não tenho nada contra, até porque, assim, nascimento é tão natural, essa história de hospital, ele muito mais altera o curso do parto do que ajuda, por isso que eu acho que o trabalho [...] de qualquer pessoa que está ali, na hora do nascimento, está pra dar uma conduzida, mas não interferir muito [...] no final das contas a gente tem muito mais iatrogenia do que se pensa que tem” (profissional 2)

A presença do acompanhante em no trabalho de parto, parto e puerpério imediato é garantida pela Lei 11.108/05 e ratificada na portaria da Rede Cegonha como uma das ações no componente parto e nascimento. Outra ação da Rede Cegonha que surgiu nas entrevistas dos profissionais e gestores foi a vinculação da gestante, ainda no pré-natal, à maternidade onde terá o parto (Ministério da Saúde, 2011). No serviço estudado a maioria das gestantes conseguem o acompanhante durante o parto normal, mas grande parte delas ainda tem a presença do acompanhante barrada durante as cesarianas. Uma das gestantes não pôde ter a mãe como acompanhante por ter sido desaconselhada a ter uma acompanhante idade superior a 60 anos, e a nenhuma das puérperas que fizeram cesariana foi permitido ter acompanhante no centro cirúrgico. Uma das puérperas já conhecia a maternidade por ter feito o pré-natal dela, mas não foi ofertado às gestantes conhecer o ambiente onde terá do parto, inclusive a que já conhecia o ambulatório da maternidade. A aproximação dessas questões com as boas práticas de cuidado na gestação, parto e nascimento nos fez caracterizar esta dimensão como boas práticas de cuidado, e pela presença direta das boas práticas nos objetivos e ações da Rede Cegonha, é um recorte importante de análise desta rede.

A comunicação com a Atenção Básica foi um dos aspectos abordados pelos profissionais e pelos gestores como deficiente na rede de cuidados, pelas dificuldades nas informações de referência e contra-referência. O pré-natal de baixo risco é realizado na Estratégia Saúde da Família, mas também podendo ser nas Unidades Básicas de Saúde tradicionais ainda existentes em João Pessoa, e o pré-natal de alto risco é realizados em certos especializados.

“A gente tem uma dificuldade de comunicação com a atenção básica. é comum chegar no alto risco mulheres de baixo risco não acompanhadas na atenção básica. Tem medicamentos e exames que demoram muito a serem feitos na atenção básica.” (gestor 1)

Neste sentido, percebe-se a avaliação do pré-natal como uma dimensão importante da avaliação da satisfação e da qualidade dos cuidados na rede perinatal, devendo ser considerada a existência e disponibilidade das consultas e do pré-natal nas unidades de cuidados primários e a empatia desses profissionais com a mulher, a realização de exames e medicamentos prescritos no pré-natal. A dimensão Acolhimento que inicialmente tinha obtido um maior número de indicadores, foi reagrupada, na dimensão tempo de espera e as questões relativas a empatia e ao relacionamento interpessoal compuseram a dimensão qualidade técnica.

5.2.5 Conclusão

O fato das políticas de assistência às gestantes no Brasil ser uma das ações mais antigas desenvolvidas pelos serviços públicos de saúde não garantiu, até hoje, a integralidade da atenção a estas mulheres. Realizar o acompanhamento das mulheres sob essa perspectiva não é um dilema só dos gestores da saúde. É um desafio posto para todos os atores sociais que constroem, em suas práticas cotidianas, o SUS. Acompanhar o desenvolvimento das reformulações das políticas públicas, incluindo a avaliação da qualidade na perspectiva da satisfação do usuário, deveria ser inerente ao processo de implementação das mudanças, e é fundamental para o fortalecimento e qualificação das políticas.

A Rede Cegonha, por ter sido normalizada em 2011, ainda tem um tempo relativamente recente de concepção e encontra-se em um momento propício para seu estudo. A avaliação qualitativa junto com gestores, profissionais e mulheres usuárias do serviço contribuiu bastante para um olhar sobre o cuidado à gestante, nascimento e puerpério na

maternidade, e permitiu aprimorar os atributos e dar maior consistência as dimensões inicialmente construídas a partir da revisão sistemática. Acredita-se que o instrumento proposto neste artigo possibilite uma visão ampla sobre os aspectos envolvidos na gestação, parto e nascimento, sintetizando um ponto de partida para análises e validações posteriores sobre a qualidade da Rede Cegonha na perspectiva da usuária.

5.3 ADEQUAÇÃO E AJUSTE DO MODELO PROPOSTO

A Análise Fatorial Exploratória mostrou algumas modificações no modelo inicialmente proposto, a principal delas foi que o construto qualidade técnica agrupava as variáveis indicadoras que inicialmente foram propostas nas dimensões empatia e qualidade técnica como observado na Tabela 5.2.2. Para avaliar a validade das dimensões foram realizadas análises de confiabilidade do construto através do alfa de Cronbach (α). Também foram analisadas a confiabilidade composta (CC) e a variância extraída (VE) (tabela 5.3.1). O modelo 1, com 463 mulheres, foi analisado no AMOS através do método da máxima verossimilhança e produziu os resultados apresentados no Diagrama de Caminhos (figura 5.3.1), e as cargas fatoriais padronizadas e não padronizadas são mostradas na tabela 5.3.2. O dados relativos.

Tabela 5.3.1 – Consistência Interna, Confiabilidade Composta e Variância Explicada do Modelo 1 (N = 463)

Dimensão	Consistência Interna (alfa de Cronbach)	Confiabilidade Composta	Variância Extraída
Estrutura Física	0,751	0,760	0,324
Qualidade Técnica	0,918	0,922	0,526
Tempo	0,721	0,819	0,608
Pré-Natal	0,795	0,820	0,482
Boas Práticas	0,392	0,437	0,281

O construto boas práticas de cuidado apresenta alfa de Cronbach, confiabilidade composta e variância extraída abaixo do aceitável. A dimensão estrutura física e pré-natal obteve um valores de variância extraída abaixo de 0,5. O que indica que as dimensões não

estão aceitáveis. Quando analisadas as estatísticas padronizadas (tabela 5.3.1), observa-se que foram significativas.

Tabela 5.3.2 – Modelo Proposto 1, pelo Método da Máxima Verossimilhança (n=463)

Efeitos dos Construtos		Est Não Pad	S.E	C.R	P	Est Pad
q19 confortável, limpa e acolhedora	← estrutura física	1,000				0,664
q20 estrutura no pré-parto	← estrutura física	1,314	0,117	11,218	***	0,669
q21 sala de parto / bloco cirúrgico	← estrutura física	0,520	0,083	6,291	***	0,340
q22 banheiros do centro obstétrico	← estrutura física	1,497	0,140	10,685	***	0,625
q23 banheiros do alojamento conjunto	← estrutura física	1,277	0,118	10,812	***	0,635
q24 disponibiliza informações	← estrutura física	1,024	0,104	9,840	***	0,606
q25 fácil transporte a maternidade	← estrutura física	0,474	0,079	6,035	***	0,326
q26 tempo de espera na admissão	← tempo	1,000				0,595
q27 tempo de espera pela enfermagem no pré-parto	← tempo	1,292	0,144	8,992	***	0,841
q28 tempo pra atendimento médico	← tempo	1,024	0,104	9,840	***	0,625
q29 equipe se preocupou com bem-estar	← qualidade técnica	1,000				0,838
q30 profissionais cuidaram da privacidade	← qualidade técnica	0,729	0,045	16,255	***	0,675
q31 conversa com a equipe	← qualidade técnica	0,898	0,044	20,559	***	0,796
q32 compreensão das necessidades individuais	← qualidade técnica	1,020	0,046	21,960	***	0,831
q33 sentiu respeitada	← qualidade técnica	0,938	0,043	21,699	***	0,824
q34 confiança para resolução de problemas	← qualidade técnica	0,857	0,042	20,197	***	0,787
q35 serviços de acordo com expectativas	← qualidade técnica	0,983	0,047	20,804	***	0,803
q36 médicos foram competentes	← qualidade técnica	0,422	0,035	12,058	***	0,532

Efeitos dos Construtos		Est Não Pad	S.E	C.R	P	Est Pad
q37 equipe de enfermagem foi competente	← qualidade técnica	0,562	0,038	14,819	***	0,629
q38 permitiram participar das decisões	← qualidade técnica	0,935	0,058	16,220	***	0,674
q39 direito ao acompanhante	← qualidade técnica	0,626	0,059	10,652	***	0,478
q40 contato pele-a-pele	← boas práticas	1,00				0,573
q41 orientações sobre amamentação	← boas práticas	1,420	0,278	5,112	***	0,484
q42 acesso a consulta pré-natal na US	← pré-natal	0,987	0,098	10,098	***	0,751
q43 qualidade técnica da equipe da US	← pré-natal	1,055	0,101	10,423	***	0,824
q44 acesso a exames pré-natais	← pré-natal	1,108	0,113	9,763	***	0,697
q45 acesso a medicamentos	← pré-natal	0,907	0,096	9,425	***	0,650
q46 vinculação com a maternidade	← pré-natal	1,000				0,508

Tabela 5.3.3 - Índices de Ajuste do Modelo de Equações Estruturais

Indicador de Ajuste	Nível de Aceitação	Modelo 1	Modelo 2	Modelo Final
Função de discrepância: X^2	quanto menor, melhor*	1031,79	856,296	340,955
Qui-quadrado normado ($X^2/g.l.$)	Ajustamento bom: 1 e 2* ajustamento muito bom: ~1	2,982	2,475	1,705
CFI	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*, **	0,878	0,907	0,97
GFI – Índice de qualidade de ajuste	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,862	0,881	0,937
AGFI – Ajuste do GFI	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,838	0,86	0,921
NFI – Índice de ajuste normalizado	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,828	0,854	0,931
TLI – Índice de Tukey-Lewis	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,867	0,899	0,965
PGFI	ajustamento bom > 0,6* ajustamento muito bom $\geq$ 0,8	0,735	0,751	0,741
PCFI	ajustamento bom > 0,6* ajustamento muito bom $\geq$ 0,8	0,804	0,83	0,84
PNFI	ajustamento bom > 0,6* ajustamento muito bom $\geq$ 0,8	0,758	0,782	0,806
RMR	$\leq$ 0,8*	0,527	0,431	0,393
RMSEA – Raíz média quadrática dos erros de aproximação residual	ajustamento muito bom < 0,05* ; p-valor $\geq$ 0,05	0,065 (0,061- 0,070) ; 0,000	0,057 (0,052- 0,062) ; 0,007	0,040 (0,032- 0,047) ; 0,993

A primeira ação realizada para qualificar o modelo 1 foi a exclusão de 13 *outliers* presentes na amostra, a partir indicação do AMOS. Após a exclusão, mantendo uma amostra de 450 mulheres. Houve melhoras dos índices de Ajuste do modelo, como pode ser observado na tabela 5.3.3, como a diminuição do qui-quadrado, e o CFI, PGFI apresentando valores aceitáveis. A estatística padronizada pode visualizada na tabela 5.3.5. Apesar da melhora no ajuste do modelo, o construto boas práticas com o α , CC e VE abaixo de 0,5, e a estrutura física manteve a variância extraída abaixo de 0,5

Tabela 5.3.4 - Consistência Interna, Confiabilidade Composta e Variância Explicada do Modelo 2 (N = 450)

Dimensão	Consistência Interna (alfa de Cronbach)	Confiabilidade Composta	Variância Extraída
Estrutura Física	0,765	0,773	0,341
Qualidade Técnica	0,917	0,924	0,532
Tempo	0,729	0,833	0,632
Pré-Natal	0,803	0,830	0,501
Boas Práticas	0,378	0,436	0,280

Tabela 5.3.5 - Modelo Proposto 2, pelo Método da Máxima Verossimilhança (n=450)

Efeitos dos Construtos		Est Não Pad	S.E	C.R	P	Est Pad
q19 confortável, limpa e acolhedora	← estrutura física	1,000				0,677
q20 estrutura no pré-parto	← estrutura física	1,286	,111	11,613	***	0,683
q21 sala de parto / bloco cirúrgico	← estrutura física	0,514	0,079	6,495	***	0,352
q22 banheiros do centro obstétrico	← estrutura física	1,461	,134	10,911	***	0,629
q23 banheiros do alojamento conjunto	← estrutura física	1,273	,113	11,268	***	0,656
q24 disponibiliza informações	← estrutura física	0,954	0,095	10,037	***	0,622
q25 fácil transporte a maternidade	← estrutura física	0,501	0,077	6,483	***	0,351

Efeitos dos Construtos		Est Não Pad	S.E	C.R	P	Est Pad
q26 tempo de espera na admissão	← tempo	1,000				0,600
q27 tempo de espera pela enfermagem no centro obstétrico	← tempo	1,279	,141	9,053	***	0,874
q28 tempo pra atendimento médico	← tempo	0,954	0,095	10,037	***	0,617
q29 equipe se preocupou com bem-estar	← qualidade técnica	1,000				0,838
q30 profissionais cuidaram da privacidade	← qualidade técnica	1,000				0,822
q31 conversa com a equipe	← qualidade técnica	,852	,050	17,058	***	0,715
q32 compreensão das necessidades individuais	← qualidade técnica	,966	,047	20,694	***	0,820
q33 sentiu respeitada	← qualidade técnica	1,115	,050	22,509	***	0,866
q34 confiança nos profissionais para resolução de problemas e reclamações	← qualidade técnica	,815	,042	19,594	***	0,790
q35 serviços foram de acordo com expectativas	← qualidade técnica	,945	,050	18,843	***	0,769
q36 médicos foram competentes	← qualidade técnica	,425	,036	11,953	***	0,538
q37 equipe de enfermagem foi competente	← qualidade técnica	,621	,042	14,969	***	0,647
q38 profissionais permitiram participar ativamente das decisões do parto	← qualidade técnica	,984	,065	15,085	***	0,651
q39 direito ao acompanhante	← qualidade técnica	,614	,065	9,502	***	0,439
q40 contato pele-a-pele	← boas práticas	1,00				0,500
q41 orientações sobre amamentação	← boas práticas	2,057	0,461	4,459	***	0,556
q42 acesso a consulta pré-natal na US	← pré-natal	1,039	,102	10,203	***	0,796
q43 qualidade técnica da equipe da US	← pré-natal	1,073	,104	10,370	***	0,839
q44 acesso a exames pré-natais	← pré-natal	1,127	,117	9,647	***	0,698
q45 acesso a medicamentos	← pré-natal	,907	,097	9,329	***	0,653
q46 vinculação com a maternidade	← pré-natal	1,000				0,501

Procedeu-se a exclusão da dimensão boas práticas de cuidado, foram excluídas três variáveis indicadoras do construto estrutura física (q21, q24, q25), e uma variável indicadora do tempo visando a adequação do modelo (q28). Também foram identificadas correlações entre as dimensões qualidade técnica, estrutura física e tempo. E por fim, foram estruturadas correlações entre as variáveis indicadoras a partir da análise do AMOS. O modelo final, tem os índices de ajustamento na tabela 5.3.3, e o modelo final é melhor apresentado e discutido na próxima seção (seção 5.4). Na tabela 5.3.6 é possível visualizar que todas as dimensões tiveram consistência interna, confiabilidade composta e variância explicada dentro dos níveis esperados, exceto pela estrutura física que apesar de estar com a VE um pouco abaixo de 0,5, os índices de ajuste de modelo sugerem que o modelo está adequado.

Tabela 5.3.6 - Consistência Interna, Confiabilidade Composta e Variância Explicada do Modelo Final (N = 450)

Dimensão	Consistência Interna (alfa de Cronbach)	Confiabilidade Composta	Variância Extraída
Estrutura Física	0,749	0,785	0,479
Qualidade Técnica	0,917	0,923	0,531
Tempo	0,684	0,696	0,537
Pré-Natal	0,803	0,830	0,501

5.4 ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA DA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS BASEADA NA SATISFAÇÃO

5.4.1 Introdução

O cuidado à gestante durante o pré-natal, e principalmente, o parto e nascimento, vem em um processo de mudança nas últimas décadas, ganhando força em vários países as boas práticas de cuidado, reduzindo intervenções desnecessárias e humanizando o nascimento. Em 2014, o National Institute for Health and Care Excellence recomendou para as gestantes de baixo risco que tivessem o parto em centros de parto normal ou em casa com assistência, e reacendeu a discussão sobre o melhor lugar para o nascimento (Delgado Nunes et al., 2014; Shah, 2015). No Brasil, ainda tem-se uma atenção centrada no hospital, com um modelo obstétrico tradicional, entretanto nos últimos anos tem ganho força o movimento pela

humanização do parto (De Melo et al., 2015). Neste sentido, e ampliando o olhar para a organização das redes de atenção, o governo brasileiro vem desde 2011 com um programa que incentiva a qualificação do cuidado materno-infantil (Ministério da Saúde, 2011). O programa tem como objetivo diminuir a mortalidade materna e infantil, destacam-se as diretrizes de disponibilização dos exames pré-natais em tempo oportuno, o incentivo de centros de parto normal, e o fomento as boas práticas de parto. Como o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços da rede de cuidado ao pré-natal, parto e nascimento, foi construído e validado um modelo de avaliação a partir da satisfação da mulher utilizando a abordagem da modelagem de equações estruturais.

5.4.2 Método

Desenho de pesquisa

Realizou-se um estudo transversal utilizando modelagem de equações estruturais (MEE) para identificar as dimensões relacionadas com a qualidade dos serviços de cuidado ao pré-natal e parto, através da satisfação da mulher.

Instrumento

A estruturação do questionário foi feita a partir de uma revisão da literatura sobre o tema e aprimorado a partir de entrevistas a gestores, usuárias e profissionais de saúde realizadas no período de abril e maio de 2015. Ao final do processo, o instrumento estava composto por 26 atributos. Foi realizado um pré-teste com o instrumento, e realizadas as modificações apontadas. Além da MEE, mensurou-se sobre a satisfação geral com o parto e o pré-natal. Utilizou-se uma escala likert de 11 pontos.

Amostra e critérios de inclusão

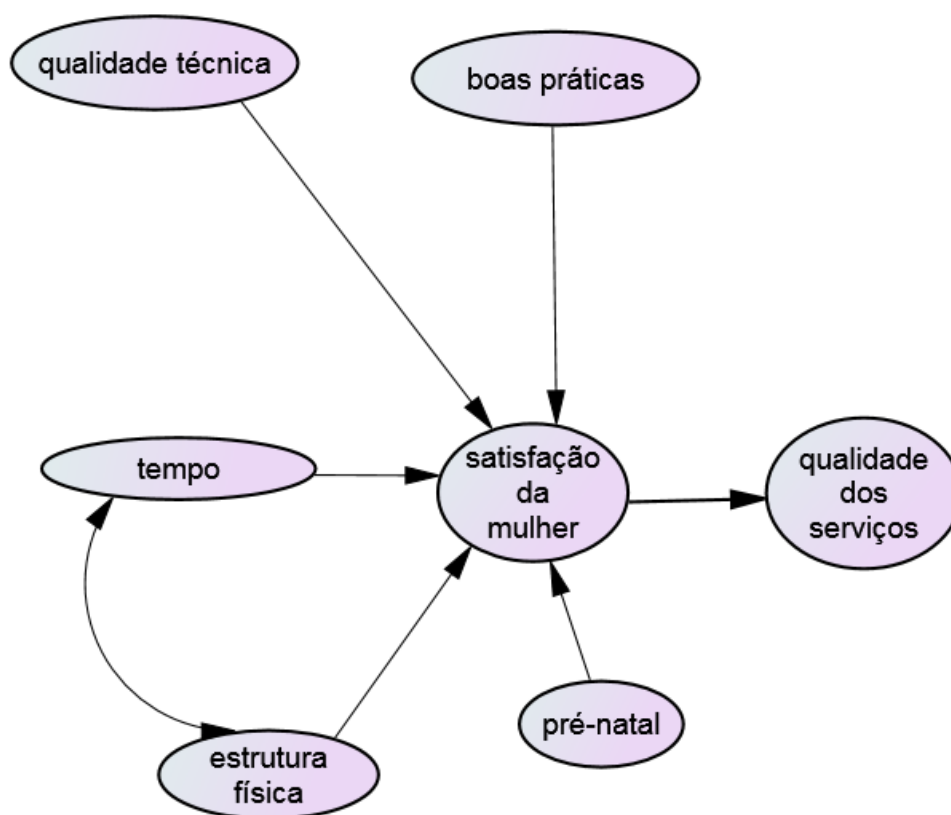
A amostra foi construída por 463 mulheres, selecionadas aleatoriamente, entrevistadas no puerpério imediato, em uma maternidade pública de grande porte referência para parto de risco habitual e alto risco, em uma capital do nordeste do Brasil. O tamanho da amostra foi determinado considerando o critério que a amostra deve ser maior ou igual a dez vezes o número de questões do instrumento, sendo este o número mínimo necessário para a validação

do modelo (Hair et al., 2009). O instrumento foi aplicado entre julho de 2015 e março de 2016 tendo como critérios de inclusão: mulheres com mais de 18 anos, gestação e parto de baixo risco, pré-natal realizado em unidades de atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde

Análise Estatística

Os dados foram analisados com o IBM SPSS (v.22) e AMOS (v.23). Antes da realização da análise confirmatória, executou-se uma análise fatorial exploratória com o objetivo de verificar a validade dos construtos originalmente propostos. Ao final da análise fatorial exploratória, confirmou-se as cinco dimensões previamente propostas: qualidade técnica, estrutura física, tempo, pré-natal e boas práticas. O modelo estrutural proposto com seu respectivo diagrama de caminhos é apresentado na Figura 5.4.1, o modelo de mensuração foi composto por 26 atributos ou variáveis indicadoras. Deste modo, prosseguiu-se com a análise efetuando-se a análise fatorial confirmatória com o objetivo de validar os construtos identificados na etapa exploratória e identificar o modelo estrutural. Nesta etapa, verificou-se que a dimensão boas práticas não era adequada segundo os critérios utilizados e que as quatro dimensões restantes: qualidade técnica, estrutura física e tempo explicavam a satisfação ao parto adequadamente, e esta por conseguinte a qualidade dos serviços. Na satisfação ao parto e pré-natal, considerou-se como insatisfeitas as mulheres que responderam de 0 a 6, moderadamente satisfeitas 7 e 8, e muito satisfeitas 9 e 10.

Figura 5.4.1 - Modelo Estrutural da Avaliação da Qualidade Baseada na Satisfação



Foram excluídos 13 *outliers* para um melhor ajuste do modelo, ficando uma amostra final de 450 mulheres. Foram utilizadas estatísticas descritivas para os dados demográficos, sociais, tipo de parto e satisfação ao pré-natal e parto. Utilizou-se o método da máxima verossimilhança na análise fatorial confirmatória, uma vez que a amostra satisfaz a normalidade multivariada, pelos parâmetros de kurtose (<10) e skewness (< 3) (Marôco, 2014; Kline, 2016). A validade do construto foi medida através do alfa de Cronbach, variância extraída (VE), confiabilidade composta (CC), e pela significância e valor das cargas fatoriais. Foram utilizados índices de qualidade do ajustamento: absolutos: qui-quadrado (X^2), qui-quadrado normado ($X^2/g.l.$), RMR, índice de bondade de ajuste (IGF); relativos: índice de ajuste normalizado (NFI), CFI, Índice de Turkey-Lewis (TLI); de parcimônia (PCFI, PGFI, PNFI); e de discrepância populacional: raiz média quadrática dos erros de aproximação residual (RMSEA).

5.4.3 Resultados

A amostra do modelo final foi composta por 450 mulheres entre 18 e 47 anos de idade, sendo que 46% com menos de 25 anos. A raça predominante é de negras e pardas (64%). Quanto a escolaridade, a maioria das mulheres (51,8%) estudaram até o ensino fundamental, e 42,5% concluíram o ensino médio, 64,9% não possuem ocupação remunerada atualmente, e 61,3% declararam renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos. 65,2% das mulheres tiveram parto vaginal, e a taxa de cesarianas foi de 34,8%. A tabela 5.4.1 apresenta os dados sociais, demográficos, tipos de parto e satisfação geral da mulher. Sobre a satisfação ao parto, obteve-se 339 das mulheres muito satisfeitas (75,3%), 81 satisfeitas (18%), e 30 insatisfeitas (6,7%). Em relação ao pré-natal, foram 258 mulheres muito satisfeitas (57,3%), 108 satisfeitas (24%) e 84 insatisfeitas (18,7%).

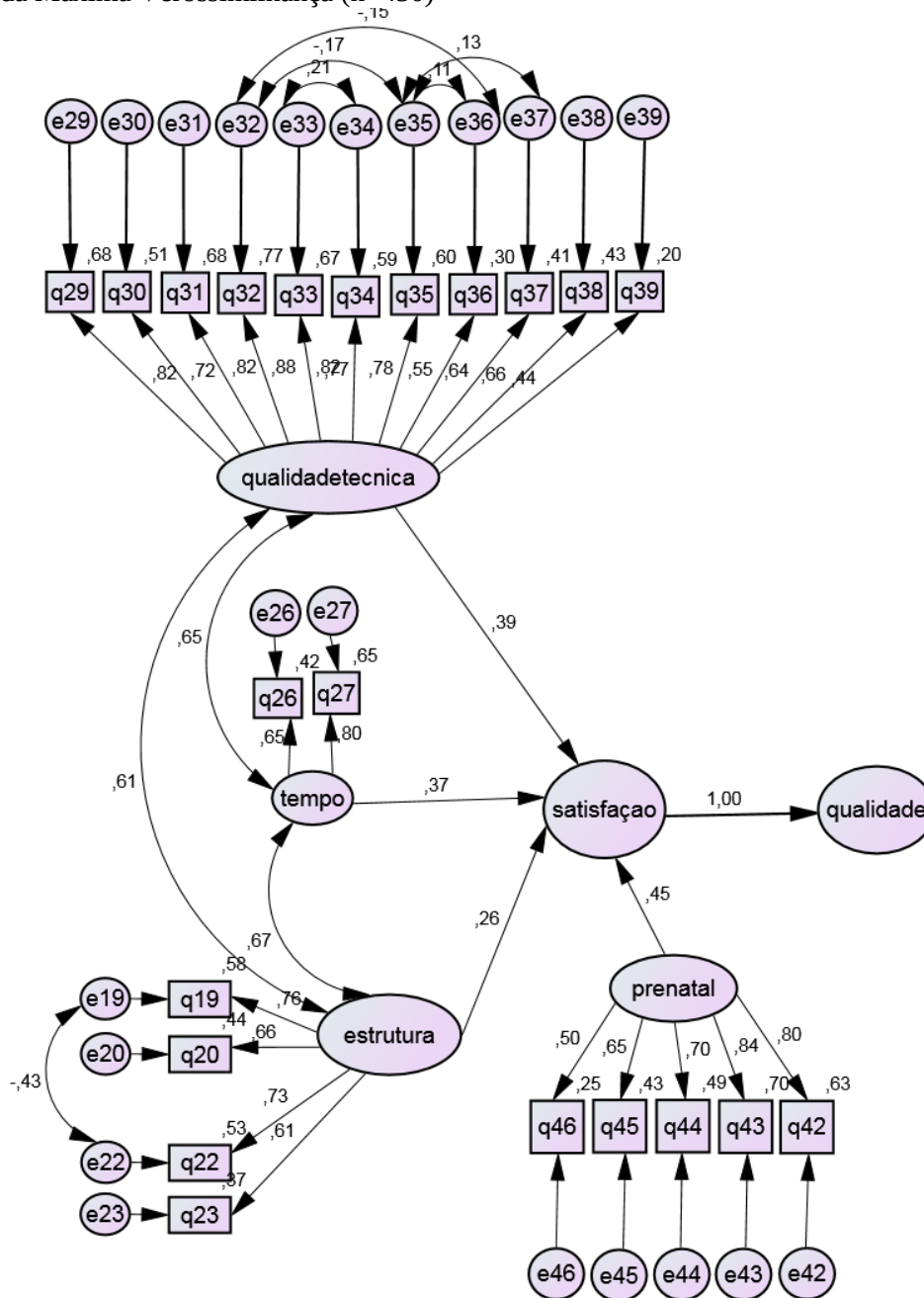
Tabela 5.4.1 - Aspectos demográficos, tipo de parto, e satisfação geral (N = 450)

Características	Categorias	N (%)
Idade (anos)	< 25 anos	207 (46)
	26-30 anos	123 (27,3)
	30-35 anos	80 (17,8)
	> 35 anos	40 (8,9)
Raça	Branca	149 (33,1)
	Negra/Parda	288 (64)
	Outras	13 (2,9)
Escolaridade	Analfabeta	4 (0,9)
	Ensino Fundamental Incompleto	111 (24,7)
	Ensino Fundamental Completo	122 (27,1)
	Ensino Médio Completo	190 (42,2)
Ocupação	Ensino Superior Completo ou Pós-Graduação	23 (5,1)
	Sim	158 (35,1)
	Não	292 (64,9)
Religião	Católica	196 (43,5)
	Afro-Brasileira	4 (0,9)

Características	Categorias	N (%)
	Evangélica	140 (31,1)
	Não Possui	106 (23,6)
	Outras	4 (0,9)
Renda Familiar	Menos de 1 Salário Mínimo	86 (19,1)
	De 1 a 2 Salários Mínimos	276 (61,3)
	De 2 a 3 Salários Mínimos	63 (14,0)
	3 ou mais Salários Mínimos	25 (5,6)
Tipo de Parto	Vaginal	295 (65,6)
	Cesariana	155 (34,4)

O construto boas práticas de cuidado não obteve valores adequados da confiabilidade composta (0,29) e variância extraída (0,29), considerando como referência os parâmetros de acima de 0,7 para o alfa de Cronbach e para confiabilidade composta de 0,5 para variância extraída (Hair et al., 2009). Assim, para a construção do modelo final foi excluída a dimensão boas práticas de cuidado, duas de suas variáveis indicadoras foram realocadas na dimensão qualidade técnica, e a outra excluída do modelo. Foi também excluído 1 atributos do construto estrutura física. O diagrama de caminhos com as estimativas estandardizadas do modelo final é apresentado na Figura 5.4.2. O modelo final consistiu de 22 variáveis indicadoras, agrupadas em 4 dimensões: pré-natal, qualidade técnica, tempo e estrutura física. Estas explicam a satisfação da mulher ao pré-natal, parto e puerpério, que explica a qualidade do serviço (Figura 5.4.2).

Figura 5.4.2 - Diagrama de Caminhos do Modelo Final com Análise Fatorial Confirmatória, Método da Máxima Verossimilhança (n=450)



Os construtos do modelo proposto obtiveram os seguintes resultados considerando o alfa de Cronbach (α), confiabilidade composta (CC) e variância extraída (VE), (α ; CC; VE): estrutura física (0,74; 0,78; 0,48), qualidade técnica (0,92; 0,92; 0,53), tempo (0,68; 0,70; 0,54), pré-natal (0,80; 0,83; 0,50). Obteve-se valores satisfatórios para todas as dimensões, exceto pelo construto pela VE da estrutura física, e α do tempo. Apesar de não atingir os valores recomendados considerou-se que não houve um grande distanciamento e os outros parâmetros apontavam para a validade dos construtos.

Os índices de ajustamento do MEE final atingiram valores satisfatórios, destacam-se o qui-quadrado normado 1,705, índice de qualidade de ajuste (IGF) = 0,937, e RMSEA = 0,040. Os indicadores de ajuste do modelo estão apresentados na tabela 5.4.2. O pré-natal foi a dimensão com maior efeito direto na satisfação da mulher com uma carga de 0,45. É a única dimensão que se refere ao cuidado do pré-natal, ou seja não avalia os serviços da maternidade. A estrutura física é o construto que tem a menor contribuição na explicação da satisfação (0,26). A qualidade técnica explica a satisfação com uma carga de 0,39 e o tempo está muito próximo com uma carga de 0,37. O modelo contém correlações entre as dimensões: qualidade técnica e estrutura física; qualidade técnica e tempo; estrutura física e tempo. As cargas, standardizadas e não-standardizadas de cada variável indicadora são apresentadas na tabela 5.4.3. Todas as variáveis indicadoras tiveram correlações significativas.

Tabela 5.4.2 - Indicadores de Ajuste pela Máxima Verossimilhança do Modelo Final

Indicador de Ajuste	Nível de Aceitação	Modelo Final
Função de discrepância: χ^2 (g.l.)	quanto menor, melhor*	340,955 (200)
Qui-quadrado normado (χ^2/g.l.)	ajustamento bom: 1 e 2* ajustamento muito bom: ~1*	1,705
CFI	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*, **	0,970
GFI – Índice de qualidade de ajuste	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,937
AGFI – Ajuste do GFI	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,921
NFI – Índice de ajuste normalizado	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,931
TLI – Índice de Tukey-Lewis	ajustamento bom > 0,9* ajustamento muito bom > 0,95*	0,965
PGFI	ajustamento bom > 0,6* ajustamento muito bom $\geq$ 0,8*	0,741
PCFI	ajustamento bom > 0,6* ajustamento muito bom $\geq$ 0,8*	0,840
PNFI	ajustamento bom > 0,6* ajustamento muito bom $\geq$ 0,8*	0,806
RMR	$\leq$ 0,8 *	0,393
RMSEA – Raíz média quadrática dos erros de aproximação residual	ajustamento muito bom < 0,05* ; p-valor $\geq$ 0,05	0,040 (0,032-0,047); 0,993

Tabela 5.4.3 - Estatística de Análise do Modelo Final pelo Método da Máxima Verossimilhança (n=450)

Efeitos dos Construtos		Est Não Pad	S.E	C.R	Est Pad	P-valor
q19 confortável, limpa e acolhedora	← estrutura física	1,000	-	-	0,760	-
q20 estrutura no centro obstétrico	← estrutura física	1,115	0,093	11,932	0,665	***
q22 banheiros do centro obstétrico	← estrutura física	1,504	0,131	11,490	0,727	***
q23 banheiros do alojamento conjunto	← estrutura física	1,049	0,094	11,109	0,606	***
q26 tempo de espera no atendimento de admissão	← tempo	1,000	-	-	0,652	-
q27 tempo de espera pela equipe de enfermagem no centro obstétrico	← tempo	1,083	0,099	10,941	0,804	***
q29 equipe se preocupou com bem-estar	← qualidade técnica	1,000	-	-	0,823	-
q30 profissionais cuidaram da privacidade	← qualidade técnica	0,852	0,050	17,131	0,716	***
q31 conversa com a equipe	← qualidade técnica	0,968	0,046	20,873	0,822	***
q32 compreensão das necessidades individuais	← qualidade técnica	1,131	0,049	22,990	0,880	***
q33 sentiu respeitada	← qualidade técnica	0,915	0,044	20,632	0,817	***
q34 confiança nos profissionais para resolução de problemas e reclamações	← qualidade técnica	0,794	0,042	18,927	0,771	***
q35 serviços foram de acordo com expectativas	← qualidade técnica	0,955	0,050	18,936	0,777	***
q36 médicos foram competentes	← qualidade técnica	0,430	0,036	12,004	0,545	***
q37 equipe de enfermagem foi competente	← qualidade técnica	0,615	0,042	14,791	0,641	***
q38 profissionais permitiram participar ativamente das decisões do parto	← qualidade técnica	0,992	0,065	15,306	0,657	***
q39 direito ao acompanhante	← qualidade técnica	0,617	0,064	9,584	0,442	***
q42 acesso a consulta pré-natal na US	← pré-natal	1,039	0,102	10,203	0,796	***
q43 qualidade técnica da equipe da US	← pré-natal	1,073	0,104	10,370	0,839	***
q44 acesso a exames pré-natais	← pré-natal	1,127	0,117	9,647	0,698	***

Efeitos dos Construtos		Est Não Pad	S.E	C.R	Est Pad	P-valor
q45 acesso a medicamentos	← pré-natal	0,907	0,097	9,329	0,653	***
q46 vinculação com a maternidade	← pré-natal	1,00	-	-	0,501	-

5.4.4 Discussão

A saúde materno-infantil no Brasil vem conquistando avanços importantes ao longo dos anos, como a diminuição do número de crianças desnutridas e com um efeito positivo do programa saúde da família na redução da mortalidade infantil. Entretanto, o Brasil ainda sofre com grandes taxas de mortalidade materna e na medicalização do nascimento com altas taxas de cesarianas (Victora et al., 2011). A inadequação do pré-natal e a não utilização de boas práticas de trabalho de parto e parto estiveram associadas a mortalidade neonatal, apontando para uma necessidade de mudança no modelo obstétrico, e portanto, é necessário a avaliação da atenção hospitalar e as mudanças no programa de cuidado ao pré-natal e parto do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2011; Lansky et al., 2014). Não existe um consenso sobre o melhor modelo de avaliação do cuidado a mulher na gestação, parto e puerpério, sendo que a maioria deles parte da análise das unidades prestadoras de serviço. O modelo de avaliação validado nesta tese traz uma perspectiva diferente pois analisa a qualidade dos serviços no pré-natal nas unidades de cuidados primários, e no parto e puerpério imediato, na maternidade, propondo um modelo de avaliação da qualidade a partir da satisfação da mulher. Um dos construtos validados está relacionado com o cuidado ao pré-natal (realizado nas unidades de cuidados primários), e os outros três (estrutura física, qualidade técnica, tempo) se remetem à maternidade.

Uma referência bastante utilizada nos estudos de satisfação é o Servqual e Servperf, uma das vantagens é por ter sido amplamente utilizado em outras áreas. Utilizou-se o instrumento para a construção de algumas das variáveis indicadoras validadas nas dimensões estrutura física e qualidade técnica neste estudo. Alguns autores adaptaram o Servqual para a avaliação do cuidado na maternidade e em centro de parto normal nas suas dimensões tangibilidade, confiança, empatia, receptividade e compreensão, reforçando a importância da percepção da satisfação na qualidade (Martins, A. et al., 2014; Oliaee et al., 2016).

A qualidade técnica foi a dimensão com maior quantidade de variáveis de mensuração, e que dentre os construtos relacionados aos cuidados na maternidade teve a maior relação

direta com o a satisfação da mulher (0,39). Incorporou nestas, duas variáveis da dimensão boas práticas que não foi validada mas que foram significativas no construto qualidade técnica, a saber, as variáveis q38 e q39, referentes a participação da mulher nas decisões ao parto e o direito ao acompanhante de livre escolha. Estas são fundamentais na avaliação da humanização do cuidado e de modificações da política estudada (Ministério da Saúde, 2011).

As questões relativas a empatia, comunicação, relacionamento interpessoal e competência técnica que estão contemplados na dimensão qualidade técnica são relevantes para a satisfação da mulher em diferentes modelos de satisfação. Um estudo qualitativo reforça a ideia da multidimensionalidade da satisfação aos cuidados perinatais, e no destaque para a estrutura física, competência técnica, relacionamento interpessoal e comunicação (Matejić et al., 2014). Em uma pesquisa sobre satisfação ao parto, os autores trabalharam com as variáveis sentimentos em relação a gravidez, expectativas em relação ao parto, número de partos, informação em relação ao parto, informação recebida durante o trabalho de parto e parto, relação com a equipe que prestou assistência (Domingues et al., 2004). A qualidade da comunicação e relação com a equipe, e a percepção da participação da mulher surgiram como fatores que influenciaram positivamente a satisfação em outro estudo (Heatley et al., 2015).

Em uma pesquisa realizada no Brasil, as barreiras de acesso, incluindo dificuldades para agendar consultas, problemas com horário de atendimento e com profissionais de serviços, estiveram relacionadas com a não realização do pré-natal ou com início tardio. Além disso, foi também identificado que muitas gestantes não tinham sido orientadas quanto a maternidade de referência (Viellas et al., 2014). No modelo construído o pré-natal foi a dimensão que teve o maior efeito direto sobre a satisfação (0,45), e todas as suas variáveis indicadoras foram estatisticamente significativas, indicando a importância destas na satisfação, que incluem o acesso a consulta pré-natal, exames e medicações, vinculação e referência à maternidade, e qualidade técnica da equipe, este último obteve a maior carga padronizada (0,839) (tabela 5.4.3). Quanto a satisfação geral ao pré-natal identifica-se uma taxa de 81,3% de mulheres satisfeitas (18,7% insatisfeitas), bem menor do que a taxa geral de satisfação ao parto de 93,3%.

Em um estudo em uma maternidade no Rio de Janeiro foi identificado que 70% das mulheres acharam o parto bom ou muito bom. Fatores como pouca dor e sofrimento, o cuidado pela equipe, e a presença de acompanhante foram relacionados a uma maior satisfação. Os autores reforçam a importância de se identificar os componentes da satisfação como uma forma de humanização do cuidado ao tentar aproximar o serviços das necessidades

das usuárias (Domingues et al., 2004). Um outro estudo brasileiro mostra, entre outros aspectos, uma menor satisfação associada a raça negra ou parda, e uma maior relação com a satisfação local de parto nas regiões sul e sudeste, e no setor privado. Também foi evidenciada a importância da relação profissional-paciente para uma maior satisfação da mulheres ao parto (D'orsi et al., 2014). Como vimos, a satisfação geral ao parto neste estudo foi maior (93,3%) entretanto destacamos que os estudos utilizaram métodos de mensuração diferentes o que dificulta a comparação.

A construção do modelo de satisfação ao pré-natal e parto revelou as relações entre as dimensões envolvidas na satisfação da mulher, e representas as percepções sobre o serviço no momento da pesquisa. Compreender a satisfação nos diferentes pontos da rede de cuidados perinatais nos possibilitou validar um modelo que analise a integralidade do cuidado e as mudanças na política, e aponta caminhos para a qualificação dos serviços a partir das necessidades dos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da implementação da Rede Cegonha em João Pessoa, serviu para uma melhor compreensão da política nacional e suas implicações na realidade local e no cotidiano de utilização dos serviços pelas mulheres. O modelo de cuidado ao parto em João Pessoa ainda é tradicional e com dificuldades de implementar as boas práticas de parto e nascimento. No ICV, assim como nos demais hospitais de João Pessoa, predomina uma atenção influenciada pelo modelo obstétrico tradicional, mas tem avançado na garantia do direito ao acompanhante, no acolhimento com classificação de risco, na redução de episiotomias e cesarianas, e na inserção de doulas voluntárias no serviço. Algumas destas ações em consonância com os objetivos e ações da Rede Cegonha. Algumas equipes já têm tido avanços importantes no sentido de um cuidado singular e humanizado, respeitando a mulher e sua decisão no parto, evitando procedimentos e intervenções desnecessárias. Ainda existe uma grande dificuldade de acesso a exames o que prejudica o pré-natal e aumenta os riscos de desfechos desfavoráveis na gestação, podendo influenciar nas taxas de mortalidade materna e infantil. A inexistência de centros de parto normal em João Pessoa é outro aspecto de destaque, e mostra também as dificuldades de mudança no modelo de atenção e na implantação das boas práticas de cuidado. Compreender e discutir a experiência da pessoa no serviço, bem como a visão dos gestores e profissionais sobre o cuidado, pode ser uma maneira de socializar desconfortos e expectativas, e disparar mudanças nas práticas de saúde.

Estudar a implantação da Rede Cegonha, ajudou o processo de construção do instrumento de avaliação da satisfação, o que permitiu uma avaliação que contemplasse os diversos aspectos do cuidado a mulher na gestação, parto e nascimento, e uma adequação a realidade brasileira. Os resultados da pesquisa de avaliação da qualidade dos serviços baseada na satisfação parecem coerentes com a realidade dos serviços. O pré-natal é a dimensão que tem uma maior relação direta com a satisfação, e parece ser uma área que precisa ser bastante qualificada na rede municipal. A qualidade técnica dos profissionais foi o construto diretamente relacionado ao cuidado na maternidade que obteve uma maior relação direta com a satisfação da mulher, destacando variáveis que abordam aspectos da relação profissional de saúde - paciente, como o respeito a privacidade e a possibilidade de dialogar e participar nas decisões. O Modelo de Avaliação construído e validado representa uma inovação para avaliação da satisfação da mulher no pré-natal e parto utilizando modelagem de equações estruturais, e preenche uma lacuna na literatura na avaliação materno-infantil, e mais especificamente, incorporando alguns pontos do programa Rede Cegonha.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. et al. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: GOMES, M. P. C. e MERHY, E. E. (Ed.). Pesquisador IN-MUNDOL um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.
- ALMEIDA, R. S. D.; BOURLIATAUX-LAJOINIE, S.; MARTINS, M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, p. 11-25, 2015. ISSN 0102-311X.
- AMORIM, L. D. A. F. et al. Structural equation modeling in epidemiology. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2251-2262, 2010. ISSN 0102-311X.
- AMORIM, L. D. A. F. et al. Modelos de Equações Estruturais em Epidemiologia. In: (Ed.). *Epidemiologia & saúde: fundamentos, métodos, aplicações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- ARCIA, A. US nulliparas' perceptions of roles and of the birth experience as predictors of their delivery preferences. *Midwifery*, v. 29, n. 8, p. 885-894, 2013. ISSN 0266-6138. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.10.002> >. Acesso em: 2016/10/14.
- ATUN, R. et al. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health policy and planning*, v. 25, n. 1, p. 1-14, 2010. ISSN 0268-1080. Disponível em: < <http://heapol.oxfordjournals.org/content/25/1/1.full.pdf> >.
- BERG, G. M. et al. Patient satisfaction with surgeons in a trauma population: testing a structural equation model using perceptions of interpersonal and technical care. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, v. 72, n. 5, p. 1316-1322, 2012. ISSN 2163-0755.
- BEYER, A. P. et al. Assessing the reliability and validity of a newly developed insomnia treatment satisfaction questionnaire (ITSAT-Q). *Sleep medicine*, v. 11, n. 8, p. 766-771, 2010. ISSN 1389-9457.
- BITTENCOURT, S. D. D. A. et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S208-S219, 2014. ISSN 0102-311X.
- 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, p. e1001847, 2015. ISSN 1549-1676. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/pdf/pmed.1001847.pdf> >.
- BRANDÃO, A. L. D. R. B. D. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, p. 103-114, 2013. ISSN 1413-8123.
- BRASIL. Lei 11.634, de 27 de Dezembro de 2007.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.

_____. Sala de Situação de Saúde. 2015. Disponível em: < <http://189.28.128.178/sage/> >.

BREI, V. A.; LIBERALI NETO, G. O Uso da técnica de modelagem em equações estruturais na área de marketing: um estudo comparativo entre publicações no Brasil e no exterior. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 10, p. 131-151, 2006. ISSN 1415-6555.

CAMPANA, A. N.; TAVARES, M. C.; SILVA, D. Modelagem de Equações Estruturais: Apresentação de uma abordagem estatística multivariada para pesquisas em Educação Física. *Motricidade*, v. 5, p. 59-80, 2009. ISSN 1646-107X.

CARLIN, C. S. et al. Chronic Illness and Patient Satisfaction. *Health Services Research*, v. 47, n. 6, p. 2250-2272, 04/19 2012. ISSN 0017-9124 1475-6773. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523374/> >.

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 17, p. 49-59, 2013. ISSN 1414-3283. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&nrm=iso >.

CAVALCANTI, P. C. D. S. et al. Um Modelo Lógico da Rede Cegonha. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CECILIO, L. C. D. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, p. 469-478, 1997. ISSN 0102-311X.

CERIOLO, D. *et al.* ANÁLISE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DE CLÍNICAS MÉDICA E CIRÚRGICA EM UM HOSPITAL DO SUDOESTE DO PARANÁ. *RAHIS*, v. 11, n. 2, 2014. ISSN 1983-5205.

CHAILLET, N. et al. A Cluster-Randomized Trial to Reduce Cesarean Delivery Rates in Quebec. *New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 18, p. 1710-1721, 2015. Disponível em: < <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1407120> >.

CHALMERS, B. et al. Rates of interventions in labor and birth across Canada: findings of the Canadian Maternity Experiences Survey. *Birth*, v. 39, n. 3, p. 203-210, 2012. ISSN 1523-536X.

COLUCI, M. Z. O.; ALEXANDRE, N. M. C.; MILANI, D. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 925-936, 2015. ISSN 1413-8123.

CORMIER, S. et al. Expectations predict chronic pain treatment outcomes. *PAIN*, v. 157, n. 2, p. 329-338, 2016. ISSN 0304-3959. Disponível em: < http://journals.lww.com/pain/Fulltext/2016/02000/Expectations_predict_chronic_pain_treatment.8.aspx >.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S154-S168, 2014. ISSN 0102-311X.

DA CRUZ, W. B. S.; MELLEIRO, M. M. Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 1, p. 147-153, 2010. ISSN 1980-220X.

DANG, B. N. et al. Examining the link between patient satisfaction and adherence to HIV care: a structural equation model. *PloS one*, v. 8, n. 1, p. e54729, 2013. ISSN 1932-6203.

DATASUS. Indicadores e Dados Básicos 2012 2015.

DAWSON, B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Washington, Organización Panamericana de la Salud, publicación científica, n. 93, 1964.

DE MELO, M. C. P.; DOS SANTOS, R. A. A.; CRUZ, D. D. TRAJETÓRIA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. *Cadernos de Cultura e Ciência*, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. ISSN 1980-5861.

DE PAULA BAPTISTA, P.; DA SILVA, W. V.; GOSS, L. P. Qualidade Percebida e seus Impactos sobre a Satisfação, Confiança e Lealdade: um estudo com varejistas eletrônicos de serviços de download gratuito. *Revista de Ciências da Administração*, v. 13, n. 30, p. 249-277, 2011. ISSN 1516-3865.

DELGADO NUNES, V. et al. Intrapartum care of healthy women and their babies: summary of updated NICE guidance. 2014. Disponível em: <
<http://www.bmj.com/bmj/349/bmj.g6886.full.pdf>
<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g6886> >.

DIAS, O. V. et al. As dimensões da satisfação dos usuários do Programa Saúde da Família: confiabilidade e empatia. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 24, p. 225-231, 2011. ISSN 0103-2100.

DINIZ, C. S. G. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S140-S153, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&nrm=iso >.

DITZ, E. D. S.; CALDEIRA, K. A.; MADEIRA, L. M. Plano de Qualificação das Maternidades: A Participação do Hospital Sofia Feldman. In: SAÚDE, B. M. D. (Ed.). *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, v.IV, 2014.

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. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S101-S116, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300017&nrm=iso >.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M. D.; LEAL, M. D. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. S52-S62, 2004. ISSN 0102-311X.

ELLIOT, L. G.; HILDENBRAND, L.; BERG, G. M. Questionário. In: ELLIOT, L. G. (Ed.). *Instrumentos de avaliação e pesquisa: caminhos para construção e validação*. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2012. cap. Questionário,

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais User satisfaction assessment: theoretical and conceptual concerns. *Cad. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600016&lng=en&nrm=iso&tlng=en >.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1869-1878, 2015. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601869&nrm=iso >.

FRANCO, T. B. M., EMERSON ELIAS. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: (Ed.). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. ISBN 978-85-64806-86-3.

FURTADO, J. P. Avaliação de Programas e Serviços. In: CAMPOS, G. W. D. S.; MINAYO, M. C. D. S., et al (Ed.). *Tratado de saúde coletiva*: Hucitec; Fiocruz, 2006. ISBN 852710704X.

GAY, B. Repenser la place des soins de santé primaires en France—Le rôle de la médecine générale. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, v. 61, n. 3, p. 193-198, 2013. ISSN 0398-7620. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762013002095> >.

GOUVEIA, G. C. et al. Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 12, p. 281-296, 2009. ISSN 1415-790X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2009000300001&nrm=iso >.

GUNGOR, I.; BEJI, N. K. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*, v. 28, n. 3, p. 348-357, 2012. ISSN 0266-6138. Disponível em: < [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(11\)00040-4/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(11)00040-4/abstract) >.

HAIR, J. F. et al. Análise multivariada de dados. 6ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2009. ISBN 8577805344.

HAIR JR, J. F.; GABRIEL, M. L. D. D. S.; PATEL, V. K. Modelagem de Equações Estruturais Baseada em Covariância (CB-SEM) com o AMOS: Orientações sobre a sua aplicação como uma Ferramenta de Pesquisa de Marketing. *Revista Brasileira de Marketing*, v. 13, n. 2, p. 43-53, 2014. ISSN 2177-5184.

HEATLEY, M. L. et al. Women's perceptions of communication in pregnancy and childbirth: influences on participation and satisfaction with care. *Journal of health communication*, v. 20, n. 7, p. 827-834, 2015. ISSN 1081-0730.

HENNEGAN, J.; REDSHAW, M.; MILLER, Y. Born in another country: Women's experience of labour and birth in Queensland, Australia. *Women and Birth*, v. 27, n. 2, p. 91-97, 2014. ISSN 1871-5192. Disponível em: < [http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(14\)00028-6/abstract](http://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(14)00028-6/abstract) >.

HÖLZEL, L. P.; KRISTON, L.; HÄRTER, M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC health services research*, v. 13, n. 1, p. 231, 2013. ISSN 1472-6963.

HSIEH, H.-L. et al. Factors affecting success of an integrated community-based telehealth system. *Technology and Health Care*, v. 23, n. s2, p. S189-S196, 2015. ISSN 0928-7329.

HUNG, C. H. et al. Maternal satisfaction with postpartum nursing centers. *Research in nursing & health*, v. 33, n. 4, p. 345-354, 2010. ISSN 1098-240X.

KHUDAIR, I. F.; RAZA, S. A. Measuring patients' satisfaction with pharmaceutical services at a public hospital in Qatar. *International journal of health care quality assurance*, v. 26, n. 5, p. 398-419, 2013. ISSN 0952-6862.

KLINE, R. B. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. Fourth Edition. New York / London: The Guilford Press, 2016.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S192-S207, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&nrm=iso >.

LEAL, M. D. C. et al. Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 15, p. 91-104, 2015. ISSN 1519-3829. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292015000100091&nrm=iso >.

LEI, P.; JOLIBERT, A. A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. *BMC health services research*, v. 12, n. 1, p. 436, 2012. ISSN 1472-6963.

LICHAND, C. C. et al. Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Saúde Coletiva*, v. 9, n. 57, p. 82-88, 2012. ISSN 1806-3365.

LOBO, A. et al. The Association of Equity, Accessibility, and Price With Primary Healthcare User's Satisfaction. *Western Journal of Nursing Research*, v. 36, n. 2, p. 191-208, February 1, 2014. Disponível em: < <http://wjn.sagepub.com/content/36/2/191.abstract> >.

MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. *RAE*, v. 41, n. 4, p. 57, 2001.

MARÔCO, J. *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. 2ª Edição. ReportNumber, Lda, 2014. ISBN 9899676314.

MARTINELLI, K. G. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *CEP*, v. 29040, p. 090, 2014.

MARTINS, A.; CRESPO DE CARVALHO, J.; RAMOS, T. Assessing obstetrics perceived service quality at a public hospital. 2014. ISSN 1307-6205.

MARTINS, C. P. et al. Humanização do Parto e do Nascimento: pela gestação de formas de vida das quais possamos ser protagonistas. In: BRASIL (Ed.). *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

MATEJIC, B. et al. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 14, n. 1, p. 14, 2014. ISSN 1471-2393. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-14.pdf> >.

MCLELLAN, J.; LAIDLAW, A. Perceptions of postnatal care: factors associated with primiparous mothers perceptions of postnatal communication and care. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 13, n. 1, p. 227, 2013. ISSN 1471-2393. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-227.pdf> >.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 ISBN 978-85-7967-075-6.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceito e elementos constitutivos*. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 61-85, 2011.

MIGUEL, P. A. C.; SALOMI, G. E. Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços. *Revista Produção*, v. 14, n. 1, p. 12-30, 2004.

MILAN, G. S.; TONI, D. D. A construção de um modelo sobre a retenção de clientes e seus antecedentes em um ambiente de serviços. *REAd. Revista Eletrônica de Administração (Porto Alegre)*, v. 18, p. 433-467, 2012. ISSN 1413-2311. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112012000200006&nrm=iso >.

MINAYO, M. C. D. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 569 de 1 de junho de 2000. Brasília: Ministério da Saúde 2000.

_____. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAÚDE, M. D. Brasília 2010.

_____. Portaria Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde, nº 1.459, de 24 de Junho de 2011. Institui, no âmbito do SUS a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde 2011.

_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade: Instrumento para Avaliação Externa da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. ESTRATÉGIAS, M. D. S. S. D. A. À. S. D. D. A. P. Brasília: Ministério da Saúde 2014.

_____. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: DATASUS. Ministério da Saúde. 2015.

MOREIRA, A. C.; SILVA, P. M. The trust-commitment challenge in service quality-loyalty relationships. *International journal of health care quality assurance*, v. 28, n. 3, p. 253-266, 2015. ISSN 0952-6862.

MOREIRA, M. E. L. et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S128-S139, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&nrm=iso >.

MUMTAZ, Z.; O'BRIEN, B.; HIGGINBOTTOM, G. Navigating maternity health care: a survey of the Canadian prairie newcomer experience. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 14, n. 1, p. 4, 2014. ISSN 1471-2393. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-14-4.pdf> >.

OETZEL, J. et al. Patient-provider interaction, patient satisfaction, and health outcomes: testing explanatory models for people living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, v. 27, n. 8, p. 972-978, 2015/08/03 2015. ISSN 0954-0121. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2015.1015478> >.

OLIAEE, Z.; JABBARI, A.; EHSANPOUR, S. An investigation on the quality of midwifery services from the viewpoint of the clients in Isfahan through SERVQUAL model. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, v. 21, n. 3, p. 291, 2016.

OLIVEIRA, M.; FREITAS, H. Focus group: instrumentalizando o seu planejamento. In: GODOI, C. K.;BANDEIRA-DE-MELLO, R., et al (Ed.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. 2ª edição. São Paulo: Saraiva, 2010.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. ISSN 0140-6736.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador / Rio de Janeiro: EDUFBA / Editora Fiocruz, 2008. 356 ISBN 978-85-232-0529-4.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

QUASCHNING, K.; KÖRNER, M.; WIRTZ, M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient education and counseling*, v. 91, n. 2, p. 167-175, 2013. ISSN 0738-3991. Disponível em: < [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(12\)00520-4/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(12)00520-4/abstract) >.

REDSHAW, M. et al. Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 13, n. 1, p. 174, 2013. ISSN 1471-2393. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-174.pdf> >.

RIBAS, J. R.; VIEIRA, P. R. D. C. *Análise multivariada com o uso do SPSS*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

ROCHA, J. A.; NOVAES, P. B. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. *Femina*, v. 38, n. 3, 2010. ISSN 0100-7254.

ROSS-DAVIE, M. C.; CHEYNE, H.; NIVEN, C. Measuring the quality and quantity of professional intrapartum support: testing a computerised systematic observation tool in the clinical setting. *BMC pregnancy and childbirth*, v. 13, n. 1, p. 163, 2013. ISSN 1471-2393. Disponível em: < <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-13-163.pdf> >.

SANTOS, R. A. A. D.; MELO, M. C. P. D.; CRUZ, D. D. Trajetória da Humanização do Parto no Brasil a Partir de uma Revisão Integrativa de Literatura. *Cadernos de Cultura e Ciência*, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015. ISSN 1980-5861.

SANTOS, T. M. M. G. D. et al. Tendências da produção científica sobre avaliação em saúde no Brasil. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, v. 11, n. 3, 2012. ISSN 2175-6783.

SCHNECK, C. A. et al. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal perihospitalar e hospital. *Revista de Saúde Pública*, v. 46, p. 77-86, 2012. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000100010&nrm=iso >.

SHAH, N. A NICE Delivery — The Cross-Atlantic Divide over Treatment Intensity in Childbirth. *New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 23, p. 2181-2183, 2015. Disponível em: < <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501461> <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1501461> >.

SILVA, C. M. T. D. Escalas de Mensuração. In: ELLIOT, L. G. (Ed.). Instrumentos de avaliação e pesquisa: caminhos para construção e validação. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2012.

SILVEIRA, M. F. et al. Impact of oral health on physical and psychosocial dimensions: an analysis using structural equation modeling. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. 1169-1182, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000601169&nrm=iso >.

SMITH, L. F. Postnatal care: development of a psychometric multidimensional satisfaction questionnaire (the WOMBPNSQ) to assess women's views. *British Journal of General Practice*, v. 61, n. 591, p. e628-e637, 2011. ISSN 0960-1643. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3177131/pdf/bjgp61-e628.pdf> >.

SOARES, J.-B. et al. Assessing overall patient satisfaction in inflammatory bowel disease using structural equation modeling. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, v. 27, n.8, p.941-950, 2015. ISSN 0954-691X. Disponível em: < http://journals.lww.com/eurojgh/Fulltext/2015/08000/Assessing_overall_patient_satisfaction_in.11.aspx >.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gaceta Sanitaria*, v. 26, p. 20-26, 2012. ISSN 0213-9111.

SUN, X. et al. Integrated care: a comprehensive bibliometric analysis and literature review. *International journal of integrated care*, v. 14, 2014.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde The role of evaluation in decision-making in the management of health services. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. ISSN 1413-8123.

TESSER, C. D. et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. 2015, v. 10, n. 35, p. 12, 2015-06-24 2015. ISSN 2179-7994. Disponível em: < <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013> >.

TINGSTIG, C. et al. Satisfaction with a Modified Form of In-Hospital Birth Center Care Compared with Standard Maternity Care. *Birth*, v. 39, n. 2, p. 106-114, 2012. ISSN 1523-536X. Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1523-536X.2012.00533.x/asset/birt533.pdf?v=1&t=i7naqw5c&s=d090c38f3940cd1677036a9a1b7295ac0d0394a4> >.

TINOCO, M.; RIBEIRO, J. Uma nova abordagem para a modelagem das relações entre os determinantes da satisfação dos clientes de serviços. *Revista Produção*, v. 17, n. 3, p. 454-470, 2007.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. D. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, p. 599-613, 2005. ISSN 1413-8123. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300017&nrm=iso >.

VALENTIJN, P. P. et al. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International journal of integrated care*, v. 13, 2013.

VASCONCELOS, M. D. F. F. D.; MARTINS, C. P.; MACHADO, D. D. O. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, n. ahead, p. 00-00, 2014. ISSN 1414-3283.

VEDEL, I. et al. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. *International journal of integrated care*, v. 11, n. Special 10th Anniversary Edition, 2011.

VERASZTO, E. V. et al. Concepções de tecnologia de graduandos do estado de São Paulo e suas implicações educacionais: breve análise a partir de modelagem de equações estruturais. *Ciência & Educação (Bauru)*, v. 19, p. 761-779, 2013. ISSN 1516-7313. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132013000300015&nrm=iso >.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011. ISSN 0140-6736.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S85-S100, 2014. ISSN 0102-311X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300016&nrm=iso >.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S. D.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, p. 304-313, 2014. ISSN 0034-8910. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200304&nrm=iso > <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4206134/pdf/rsp-48-02-0304.pdf> >.

WATANABE, E. A. D. M.; LIMA-FILHO, D. D. O.; TORRES, C. V. Store Image Attributes and Customer Satisfaction in Supermarkets in Campo Grande-MS. *Revista Brasileira de Marketing*, v. 12, n. 4, p. 85-107, 2013. ISSN 2177-5184.

WHO. Care in normal birth: a practical guide. TECHNICAL WORKING GROUP, W. H. O. 1996.

ZAREI, E. et al. Understanding patients' behavioral intentions: Evidence from Iran's private hospitals industry. *Journal of health organization and management*, v. 28, n. 6, p. 795-810, 2014. ISSN 1477-7266.

Apêndice A – Questionário Aplicado as Puérperas – PDF exportado do google docs

Avaliação da Satisfação da Mulher

Antes de preencher o questionário:

* Lembrar de estar de camisa branca ou jaleco, e crachá com sua identificação

1. Se apresente para a mulher. Diga seu nome, que é uma pesquisa da ufpb, e que é facultativa a participação.

2. Pergunte os critérios de inclusão, deve preencher todos os critérios:

- ter mais de 18 anos;
- fez o pré-natal em algum psf de João pessoa;
- a criança nem a mulher devem estar com gravidade clínica no momento da coleta;
- o nascimento ocorreu na maternidade.

3. Caso preencha os critérios e aceite participar, leia o consentimento informado, e colete a assinatura em duas vias. Assine como testemunha. Entregue uma via para a mulher, guarde outra.

4. Solicite a carteira da gestante para ajudar a pegar algumas informações, se necessário

***Obrigatório**

1. Entrevistador

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Elaine
- ☐ Aline
- ☐ Aysla
- ☐ Danilo
- ☐ Desiree
- ☐ Érika
- ☐ Fátima
- ☐ Guilherme
- ☐ Melissa
- ☐ Raymara
- ☐ Ricardo
- ☐ Taciane
- ☐ Outro:

Informações Sócio-demográficas

colete essas informações perguntando diretamente a mulher, ou utilizando o cartão da gestante como auxílio. Confirme com a respondente sempre que necessário.

2. 1. Nome do Entrevistado

.....

3. 2. Data de Nascimento

.....
Exemplo: 15 de dezembro de 2012

4. 3. Número de Prontuário

.....

5. 4. Raça

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Branca
☐ Negra
☐ Amarela
☐ Parda
☐ Indígena
☐ Outro:

6. 5. Religião

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Católica
☐ Evangélica
☐ Espírita
☐ Não Possui
☐ Outro:

7. 6. Escolaridade

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Analfabeto
☐ Ensino Fundamental Incompleto
☐ Ensino Fundamental Completo
☐ Ensino Médio Incompleto
☐ Ensino Médio Completo
☐ Ensino Superior Incompleto
☐ Ensino Superior Completo
☐ Pós Graduação

8. 7. Renda Familiar*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Menos de 1 salário Mínimo
- ☐ De 1 a 2 Salários Mínimos
- ☐ De 2 a 3 Salários Mínimos
- ☐ De 3 a 4 Salários Mínimos
- ☐ 4 ou mais Salários Mínimos

9. 8. Você exerce um trabalho remunerado?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

10. 9. Se sim, qual trabalho remunerado você exerce?

.....

11. 10. Qual foi o meio de transporte casa a maternidade? **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ ônibus
- ☐ carro
- ☐ a pé
- ☐ Outro:

Informações sobre o cuidado na maternidade

Estas são informações sobre o cuidado prévio ao modelo de avaliação.

12. 11. Tipo de parto deste nascimento **Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Vaginal
- ☐ Cesárea

13. 12. Foi lhe oferecido e garantido o direito a acompanhante?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

14. 13. Se sim,*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Nas consultas na entrada da maternidade
- ☐ Sala de parto (se normal)/bloco cirúrgico se cesariana
- ☐ No pré-parto, durante o trabalho de parto
- ☐ Após o parto no alojamento conjunto
- ☐ Não quis ou não pude ter acompanhante

15. 14. Se sim, quem foi o acompanhante?*Marque todas que se aplicam.*

- ☐ Pai
- ☐ Irmão
- ☐ Irmã
- ☐ Mãe
- ☐ Marido/namorado(a)/companheiro(a)/parceiro(a)
- ☐ Doula (não conta aqui as do hospital, próxima questão)
- ☐ Profissional pago por ela/família
- ☐ Outro:

16. 15. Se sim: de 0 a 10, o acompanhante foi de grande ajuda no trabalho de parto e parto*Marcar apenas uma oval.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. 16. Foi assistida por uma doula (da maternidade)?*Marcar apenas uma oval.*

- ☐ Sim
- ☐ Não

18. 17. Se sim, de 0 a 10, a participação da doula foi de grande ajuda no trabalho de parto e parto*Marcar apenas uma oval.*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

19. 18. Foi oferecido medicamento ou outra medida pra dor do trabalho de parto?

Marque todas que se aplicam.

- ☐ Sim, anestesia
- ☐ Sim, medicamento no soro
- ☐ Sim, massagem com óleos
- ☐ Sim, medicamento
- ☐ não
- ☐ Outro:

Modelo de Avaliação

As perguntas dessa seção deverão ser respondidas, concordando totalmente com a afirmativa em 10, ou discordando completamente em 0.

20. 19. De um modo geral, a maternidade apresenta uma estrutura física confortável, limpa e acolhedora *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. 20. O pré-parto tem uma estrutura física boa *

explicar que o pré-parto é o local que ela fica antes de ter o parto
 Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. 21. sala de parto (no caso de parto normal) ou sala de cirurgia (na cesária) tem uma estrutura física boa. *

explicar que a sala de parto, é a sala onde foi na hora do parto. Considerar cama PPP ou outro se o parto normal não foi na sala de parto.
 Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

23. 22. Os banheiros do pré-parto são suficientes e possuem qualidade e limpeza *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

24. **23 Os banheiros do alojamento conjunto são suficientes e possuem qualidade e limpeza ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

25. **24. O serviço disponibiliza boas informações visuais, tais como cartazes ou placas de informações e orientações ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

26. **25. Foi fácil e rápido chegar de casa até a maternidade ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

27. **26. O tempo de espera no acolhimento e admissão na maternidade (incluindo recepção, enfermagem e médico) foi bom ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

28. **27. O tempo de espera para o atendimento pela equipe de enfermagem na enfermaria pré-parto foi bom ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

29. **28. O tempo de espera para o atendimento médico na enfermaria pré-parto foi bom ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

30. **29. A equipe genuinamente se preocupou com seu bem estar o tempo todo ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

31. **30. Os profissionais cuidaram de sua privacidade ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

32. **31. Foi fácil conversar com a equipe ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

33. **32. Os funcionários compreenderam suas necessidades e lhe deram atenção individual ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

34. **33. Você se sentiu respeitada ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

35. **34. Teve confiança com os profissionais na resolução de problemas e reclamações ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

36. **35. Os serviços aconteceram de acordo com suas expectativas ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

37. **36. Os profissionais médicos foram competentes ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

38. **37. A equipe de enfermagem tinha profissionais competentes ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

39. **38. Os profissionais conversaram com você e lhe permitiram participar ativamente das decisões sobre o parto ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

40. **39. Recebeu informações adequadas e teve direito a acompanhante de livre escolha no trabalho de parto e parto. ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

41. **40. Teve contato satisfatório com o bebê após o nascimento, incluindo contato pele a pele imediato e amamentação na primeira hora ***

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

42. **41. Recebeu orientação sobre amamentação e outros cuidados com o bebê ***
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Esta parte do questionário refere-se ao pré-natal das mulheres

43. **42. Teve acesso rápido às consultas na unidade de saúde (com médico e enfermeiro) ***
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

44. **43. A equipe do pré-natal da unidade de saúde tinha boa qualidade técnica ***
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

45. **44. Durante o pré-natal teve acesso a exames no tempo certo conforme solicitado ***
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

46. **45. Durante o pré-natal, teve acesso em tempo hábil as medicações passadas pela enfermeira ou médico ***
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

47. **46. Durante o pré-natal recebeu informações sobre o parto e local de realização, com possibilidade de conhecer a maternidade ***
Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

48. 47. De 0 a 10, qual sua satisfação geral em relação ao cuidado pré-natal?

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

49. 48. De 0 a 10, qual sua satisfação geral em relação ao cuidado parto? *

Marcar apenas uma oval.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Antecedentes obstétricos e informações do parto

COLETAR NO PRÉ-TESTE. FAREMOS CONFIRMAÇÃO COM O SISTEMA.

Estas informações serão obtidas pelo sistema de informações.

50. 49. Número de gestações

.....

51. 50. Abortos

.....

52. 51. Nascidos Vivos

.....

53. 52. Nascidos Mortos

.....

54. 53. Filhos Vivos

.....

55. 54. Número de filhos que morreram na 1ª semana de vida:

.....

56. 55. Número de filhos que morreram após 1ª semana de vida:

.....

57. 56. Número de semanas gestacional com que iniciou o pré-natal

.....

58. 57. Números de semanas a qual pariu

.....

59. 58. Quantos quilos nasceu o seu bebê

.....

60. 59. Qual o apgar (1' e 5')

.....

61. 60. Foi feita episiotomia?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

62. 61. Foi feito forceps?

Marcar apenas uma oval.

☐ Sim

☐ Não

63. 62. Rua

.....

64. 63. Bairro

.....

65. 64. Naturalidade

.....

66. 65. CEP

.....

67. 66. Telefone 1

.....

68. 67. Telefone 2

.....

69. 68. Estado Civil

Marcar apenas uma oval.

☐ Solteira

☐ Casada

☐ Divorciada

☐ União Estável

☐ Outro:

.....

Powered by
 Google Forms

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Rede Cegonha no Hospital Cândida Vargas: análise da qualidade e satisfação utilizando modelagem de equações estruturais” e está sendo desenvolvida pelos pesquisadores da Universidade Federal da Paraíba: Ricardo de Sousa Soares, Desireé Louise Souza Santos Batista, Elaine Cristina Moreira Marques, Danilo Queiroga Gadelha Batista e Melissa Toscano Montenegro de Moraes, I

Os objetivos do estudo são construir um modelo para analisar a qualidade e a satisfação sobre o cuidado ao pré-natal e parto de baixo risco, a partir do olhar de mulheres do município de João Pessoa que tiveram o parto no Instituto Cândida Vargas, além de construir um modelo de decisão para avaliar a qualidade e satisfação da usuária na Rede Cegonha utilizando modelagem de equações estruturais; conhecer as percepções dos gestores, profissionais e usuários sobre a Rede Cegonha em João Pessoa e conhecer o perfil das mulheres que utilizam o Instituto Cândida Vargas para o cuidado materno-infantil.

A finalidade deste trabalho é contribuir com a pesquisa, de modo que se possa avaliar a Rede Cegonha e assim, contribuir com o aperfeiçoamento do sistema, observando pontos relevantes que se mostrem divergentes ou convergentes ao que vem sendo feito, de modo a auxiliar os profissionais de saúde e gestores na tomada de decisão, para melhoria da rede em questão.

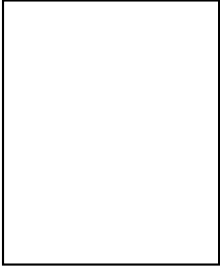
Solicitamos a sua colaboração para responder o questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica, se necessário. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde, de acordo com a Resolução 466/12 da CONEP/MS.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Espaço para impressão
dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Ricardo Sousa Soares.

Endereço (Setor de Trabalho): Cidade Universitária - João Pessoa - PB – Brasil CEP: 58051-900

Telefone: 32167242

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba
Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

Apêndice C – Redário Poético

Modelagens e Cuidado

Sistêmico como as redes
preciso como o navegar,
doravante necessário

desenhando imaginárias fronteiras
suspirando contornos indefinidos
que como a vida
refaz-se repleta de variações

e como não variar, se buscamos pessoas
e no cuidado seus desejos e satisfações
teias intrincadas, onde tristeza e felicidade
compõem juntas as mais belas canções

mas é preciso, esquadriar seus nós.
analisar, contar
desvendá-los
e olhar com outros olhos
e sentir, e experienciar
e recontar

nas emendas de um multicolor labirinto
enganchei meu pé, na improvável cosida
dos números com os contos e histórias

Sonhos e Flores

Após uma prolongada sístole,
a descontração
sobrevive-se a angústia no peito
supera-se a dor, o odor, e o desassossego
almeja abrigo e apego, a mais pura solidão

desespero-me perdido pelo tempo e sua lucidez
olho, respiro, ares de sensatez
e me embriago imerso
agridoces sabores de realidade

que o tédio se dissolva em romance
e que no mar de flores
inconsciente atravessado
amorteça a queda e absorva o passado

ao me ver de outro lado, despedaçado
não havia medo, ou gotas arrependimento
apenas as marcas felizes das refazendas
ensopados de profundos desejos de mudança

Sonhar -|

quando (?)

... de olhos abertos!

[] É despejar no mundo

um suspiro sincero

da alma

Apprentissage

Inconnu, immergé,
dans une mer de vociférations
voix, travailleurs du labyrinthe
rire à rien, sur le bord, un abîme

Tomber, comme bois de feu
compagnon, fausse, couche
débris dans mon autre visage

Fibrillation cette recherche
que regarde les mots
éradique mes entrailles
et me transforme
 en une nouvelle personne

25 Mardi 2014

Impressionnisme

chemins nébuleux, vos voyages
plus vrai que la traduction précise
devant mes yeux à la contours du monde
belle et sensuelle danse que les mots font la vie
est maladroite, spontanée et sincère
comme la couleur de vos yeux disperser dans l'iris
et comment j'oublie la mer de vos courbes

15 août 2014

Canção de Encontro

I

O balanço dessa rede é como as ondas do mar
É no balanço dessa rede que eu vou te encontrar

o encontro é o prelúdio da mudança
enquanto eu te ouvia mudo, eu já outro seria
e ao virar a esquina, esbarrei
de novo, nos teus novos lábios

e de encontro em encontro eu vou
me tecendo nessa rede, viva
um pouco de tantos e muito de mim
que me fez outro, que me fez eu mesmo

E é nos encontros que se sente
a vida pulsar, atravessar, fluir
rizoma que não se entende
não sabe aonde vai
mas se descobre durante o ir

a chuva acalma a alma
como um suspiro anseia o sono
E nesse entrelaçado mundo, eu sigo meu passo
mudo
e o melhor...
ainda estar por vir
é nessa vida não tem dono
que te reencontro
nas teias do se-perder-sem-fim

II

Quando eu te vi não foi estranho
te conhecia de um outro lugar
como um tempero que apanho
a memória da infância ao saborear

faço essa rima por você atravessado
acho que sobrou um pouco de mim em ti
e é assim a vida de encontros e olhares
um apego meio assim, desapegado

e foi num samba sem rima que revi
tua melodia executada assim a toa
e num sorriso que me desperta
as lembranças de teu bem-te-vi

A Saudade e os Encontros

I

As mãos lentamente se afastam
em um prenúncio de saudade
O vazio ocupado pela luz do luar
Notívaga perseguidora dos amantes

Transpiro lembranças desenham o entardecer
sofrimento e felicidade se misturando, paleta
impressionista
vida Severina nas mãos de um louco artista

quisera lembrar de teus olhos
traços, sorrisos e traquejos
mas fotografias não revelam sua completude
viajo no tempo nas penumbras do passado
enquanto me lanço ao futuro
a saudade transcende o vil apego físico, impregna
minha alma na imersão invisível de tua ausência
como um abraço envolvente nas sábias tolices do cotidiano

II

Nas esquinas escorrem estranhos encontros
novos e velhos companheiros, desconhecidos
transfigurados pelo tempo, inevitável
e ainda assim, a identificação ingênua das crianças
nos atravessam
cruzam vidas, cidades, e histórias
passam pela dor e pelos mesmos semblantes sofridos
passam por ruas que desconhecidas e inimagináveis
passam pelos mártires que sangraram mas que perduram
brilhando o nosso navegar como estrelas aos navegantes

imprecisa vida, igual incerta e necessária
é certo que nos campo verde que percorro
um pouco de mim morre lentamente e se refaz
da história e dos pensamentos de tantos outros
de belos encontros e de pequenos momentos
do deboche, do trabalho, das lágrimas e do suor
ah as lágrimas...

escorrem dos olhos e se perdem nos rios das lembranças
as mãos podem não voltar a se reencontrar
mas já sou um outro, impregnado
por tantas afetações fragmentadas de amigos
de tantos bons corações

A noite já caiu, se prepara a lua para o eclipse
e nesse mar momentaneamente vermelho
mergulho feliz rumo a um novo amanhecer

Domingo em Havana

I

Sem querer eu revi os teus olhos
parte desgarrada de algo de puro desconhecido em minha alma
a saudade escorreu pelos olhos meus
escapando
um suspiro profundo do coração

Imobilizado nesse golpe
viajei
na cinza melancolia deste dia, tarde
ensolarada
 contraditória
 rejuvenesce
meus nunca adormecidos sonhos

II

O tempo tardou em aparecer
eternizou-se no prazer do ébrio saborear
do encontro, da luz e dos encantos
de novos e velhos companheiros

O tempo voltou neste instante
na foto digital em um carro velho
nas redes que atravessam nossas vidas
nas revoluções que nunca pararam de acontecer

III

O tempo vai voltar a caminhar na intensidade de teus olhos
Mas promete-me, Havana
Leva-me de voltas nos portais de tua história
e enquanto procuro
estrelas
 constelações
 ou gotas de saudade
traz-me um rum, e me embriaga de poesia

Havana, 17 de Janeiro de 2016

Belas Artes

Quando a sombra de teu olhar
Atravessou o vasto campo de meu pranto
Encontrou uma estranha melancolia
E eram apenas lágrimas
Regando no jardim de poesias
minha solidão
cobria o belo sorriso de meus lábios

Deitada, cruzando a primavera
Transborda do rio imaginário
Emoções eternizadas de uma paleta
Distorce a realidade refazendo vida

21 de Janeiro de 2016

Prenúncio de Primavera

Aquela flor vermelha, desprendeu-se
caoticamente, voou
Ao amanhecer a luz de cheia lua
a esperar-te ver desordenadamente flutuar...
...e cair
aos pés de um poeta qualquer

Hão de desprender-se tantas outras flores
e navegar pelos fortes ventos do mar
Hão de se espalhar pelas terras distantes de meu país
e repousar nos braços de meu povo

Sem querer sentirão o samba
E talvez sintam séculos de saudades
Mais imensas e encantadoras que as que sinto
E os que voam
os que se deixam voar
sempre encontram, o sabor
de um conforto amigo, um soneto
de felicidade

E as flores que desprendem e voam
Diferentes, sempre, sabem
que nós, flores flutuantes
partilhamos os mesmos céus e mares
rumo a sonhos, luta e amorosidade

Havana, 25 de Janeiro de 2016

Fotografia

Ao abrir a porta, domingo
Abraçarei meu filho
Reencontrando um cotidiano singular

É sempre um prazer imenso, um voltar pra casa
É sempre um aroma muito peculiar
daqueles não se sentiria se não se tivesse partido
Ou talvez seja apenas um outro eu que retorna

Afetado
Pela vida que tantos outros produziram em mim
pelo encontro, pelo tanto, pelo conto
belo e bravo encanto que teu semblante produziu em mim

Os caminhos se descruzam, as vidas seguem
a felicidade persiste nos pequenos atos de amor
E talvez algum dia desses te reveja
Numa foto disforme
que brotou em meu jardim

Um pouco de tempo e de vida

Do tempo que as mãos se perdiam nas teclas e a mente nas nuvens
talvez tivesse perdido uma corrida ou uma manhã matinal
Das horas de escritas, deixei de ter carinhos e afetos
De uma rosa que não te comprei, floresceu dados em desalento

Daquela seção de cinema cancelada, vieram outras tantas cortesias
Daquele clarão no céu, que já não fico tantos minutos a mirar
perdeu-se um desejo
E às vezes nas lutas se perdem um tanto de suas utopias
que se reconfiguram num confuso concretizar

E assim se perdem nas coisas, o dinheiro
Neste que se fez, trabalho
que se fez de tempo
que se derramou amor

E nas gotas que nos sobram,
embriagamos-nos de vida
nas capturas e memórias
nas dobras de espaço
de tempo
de sonhos

E ainda assim não percebia
enquanto esse volátil e versátil amigo
tempo, transfigurava-se em
estudo
trabalho
choro
riso
e vida
desnudavam-se
eternos instantes de felicidade

Anexo 1 – Artigos Publicados

1. Analysis on the Doula's Influence in Childbirth Care at a Maternity

International
Medical Society
<http://imedicalsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: GLOBAL HEALTH & HEALTH POLICY
ISSN: 1755-7682

2016

Vol. 9 No. 269
doi: 10.3823/2140

Analysis on the Doula's Influence in Childbirth Care at a Maternity

ORIGINAL

Ricardo de Sousa Soares¹, Aysla de Albuquerque Santana²,
Ulisses Umbelino dos Anjos³, Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna⁴,
Luciano Bezerra Gomes⁵, Waglania de Mendonça Faustino e Freitas⁶,
Juliana Sousa Soares de Araújo⁷, Juliana Sampaio⁸,
Dandara Barbosa Palhano⁹, Adernanda De Rocco Guimarães¹⁰,
Alexandre José de Melo Neto¹¹, Luiza Soares Guerra¹²

Abstract

Background: Childbirth and labor, in the past decades, have been suffering modifications towards the increasing necessity of humanization at labor and childbirth practices. The doulas have been presenting a important role in women's support with good results in some countries. This article intends to analyze the implementation of a voluntary doula's program at a large maternity in Brazil's public health system.

Methods: A quantitative, cross-sectional study was realized between June, 2015, and March, 2016. The presence or absence of the doula's support was considered along side the labor type, pain medications use, oxytocin use and skin-to-skin contact between mother and child. It was also analyzed women's satisfaction and the correlation with the doula's support. Pearson's chi-squared test and a 0.05 statistical significance was used.

Findings: A statistic association between the doula's support and a decrease in cesarean sections number was found. Considering women with vaginal deliveries, a statistic association between the presence of the doulas and a increase in skin-to-skin contact and women satisfaction was reported. No significant correlation between the doulas and the use of pain medications, oxytocin use and episiotomy was found.

Conclusions: The results tend to related the presence of the doulas with some good practices indicators, matching researches in other countries. Regardless of the cross-sectional study limitations, the presence of the voluntary doula's program is perceived as satisfactory.

- 1 Student in Health Decision Models, Federal University of Paraíba. Professor at Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba,*.
- 2 Medical student. Federal University of Paraíba,*.
- 3 PhD in Statistics. Department of Statistics, Federal University of Paraíba,*.
- 4 PhD in Public Health. Department of Nutrition, Federal University of Paraíba,*.
- 5 PhD in Clinical Medicine. Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba,*.
- 6 PhD in Public Health. Department of Nursing, Federal University of Paraíba,*.
- 7 Master in Health Decision Models. Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba,*.
- 8 PhD in Public Health. Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba,*.
- 9 Master in Health Decision Models. Federal University of Paraíba.
- 10 Sanitarian,*.
- 11 Family's Doctor Specialist. Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba,*.
- 12 Medical student. Federal University of Paraíba,*.

*: João Pessoa, Paraíba, Brazil

Contact information:

Ricardo de Sousa Soares.

✉ ricardosousasoares@gmail.com

Keywords

Humanizing Delivery;
Parturition; Labor, Obstetric;
Doula.

2. Analysis of Changes in Maternal and Child Health Policy in a Capital of Northeastern Brazil

International
Medical Society
<http://imedicalsociety.org>

INTERNATIONAL ARCHIVES OF MEDICINE
SECTION: OBSTETRICS & GYNECOLOGY
ISSN: 1755-7682

2016

Vol. 9 No. 279
doi: 10.3823/2150

Analysis of Changes in Maternal and Child Health Policy in a Capital of Northeastern Brazil: Dilemmas and Challenges for Care

ORIGINAL

Ricardo de Sousa Soares¹, Ulisses Umbelino dos Anjos²,
Rodrigo Pinheiro Toledo Vianna³,
Adernanda De Rocco Guimarães⁴, Luciano Bezerra Gomes⁵,
Juliana Sousa Soares de Araújo⁶, Lucas Henrique Paupitz Mendes⁷

Abstract

Background: The care to women's health in pregnancy, childbirth and puerperium has been changing with the development of Brazil's health policies. To discuss the implementation of the changes in perinatal care policy in a capital of the Northeast, analyzing the changes in the care and in organization of health services.

Methods: We used a qualitative approach with data collection between May and December 2015, with weekly visits in a Maternity, document review of municipal government, semi-structured interviews with users of the service, municipal managers, local managers of the federal government, professionals and managers of a municipal maternity. We conducted a focus group with volunteer doula.

Findings: Prenatal stands out difficulties in accessing some routine tests in primary care. It is still in the design phase to build a normal delivery centers in the city. Realize humanization of care initiatives as the introduction risk classification and the volunteer doulas program in a maternity, despite being hegemonic traditional obstetric model. There is no state regulation obstetric reflecting in the demand for care of parturient in obstetric emergency.

Conclusions: We perceive an incipient implementation of some key aspects of the perinatal care policy in the city, however, also identified several experiments in the routine of services pointing to the qualification of humanized care during labor and childbirth.

1 PhD Student in Health Decision Models, Federal University of Paraíba. Professor at Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.

2 PhD in Statistics. Department of Statistics, Federal University of Paraíba. João Pessoa, Brazil.

3 PhD in Public Health. Department of Nutrition, Federal University of Paraíba. João Pessoa, Brazil.

4 Sanitarian. João Pessoa, Paraíba, Brazil.

5 PhD in Clinical Medicine. Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.

6 Master in Health Decision Models. Department of Health Promotion, Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.

7 Medical student. Federal University of Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Contact information:

Ricardo de Sousa Soares.

Address: Federal University of Paraíba, Cidade Universitária, Castelo Branco, João Pessoa, Paraíba, Brazil.

Tel: +558332167242.

✉ ricardosousasoares@gmail.com

Keywords

Health Evaluation; Delivery of Health Care, Integrated; Maternal and Child Health; Perinatal Care; Humanization of Assistance.

Anexo 2 – Certidão de Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 3ª Reunião realizada no dia 23/04/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“REDE CEGONHA NO HOSPITAL CÂNDIDA VARGAS: ANÁLISE DA QUALIDADE E SATISFAÇÃO UTILIZANDO MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS”**, do pesquisador Ricardo de Sousa Soares. Protocolo 089/15. CAAE: 42538515.4.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB