

Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos

Assessment of delivery and childbirth care in the maternity units of *Rede Cegonha*: the methodological paths

Maria Esther de Albuquerque Vilela (<https://orcid.org/0000-0002-6454-4248>)¹

Maria do Carmo Leal (<https://orcid.org/0000-0002-3047-515X>)²

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz (<https://orcid.org/0000-0003-4156-4067>)³

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes (<https://orcid.org/0000-0001-5908-1763>)⁴

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (<https://orcid.org/0000-0003-2466-1797>)²

Silvana Granado Nogueira da Gama (<https://orcid.org/0000-0002-9200-0387>)²

Luiza Beatriz Ribeiro Acioli de Araújo Silva (<https://orcid.org/0000-0001-7095-0659>)⁴

Zeni Carvalho Lamy (<https://orcid.org/0000-0002-9332-0542>)³

Abstract *This article describes the methodology used to evaluate delivery and childbirth care practices in maternity hospitals that belong to the Rede Cegonha, according to scientific evidence and rights guarantee. It shows the maternity selection criteria, the evaluated guidelines, their devices and check items, the method used to collect information and the treatment of data to obtain the results. It discusses the chosen guidelines and the strategy of returning results to managers and services and discusses their potential to foster management qualification processes and obstetric and neonatal care. This is a study of delivery and childbirth care practices of 606 maternity hospitals selected for the second evaluation cycle of the Rede Cegonha. The methodological paths stood out for the construction of tripartite co-responsibility for the process and the evaluation results, with an emphasis on its usefulness for the decision-makers and the hospital institutions involved.*

Key words *Health assessment, Maternity hospital, Health management, Childbirth care model*

Resumo *Este artigo descreve o método utilizado na avaliação de práticas de cuidado ao parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. Apresenta os critérios de seleção das maternidades, as diretrizes avaliadas, seus dispositivos e itens de verificação, o método utilizado para coleta das informações e o tratamento dos dados para obtenção dos resultados. Dialoga a respeito das diretrizes escolhidas e da estratégia de devolutiva dos resultados aos gestores e serviços, e discute seu potencial para fomentar processos de qualificação da gestão e atenção obstétrica e neonatal. Trata-se de estudo das práticas de atenção ao parto e nascimento de 606 maternidades selecionadas para o segundo ciclo avaliativo da Rede Cegonha. Os caminhos metodológicos primaram pela construção de corresponsabilidade tripartite para com o processo e os resultados da avaliação, com ênfase na sua utilidade para os tomadores de decisão e instituições hospitalares envolvidas.*

Palavras-chave *Avaliação em saúde, Maternidade, Gestão em saúde, Modelo de atenção ao parto e nascimento*

¹ Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. R. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ Brasil. mariaesther.vilela@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão. São Luís MA Brasil.

⁴ Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

O Brasil lançou a Estratégia Rede Cegonha (RC) em 2011¹ com ações voltadas a assegurar atenção qualificada e pautada em direitos às mulheres e crianças no ciclo gravídico-puerperal até os dois anos de idade, somando-se aos programas e propostas já instituídos a nível nacional²⁻⁴. A RC, em consonância com reivindicações dos movimentos de mulheres relativas à violência obstétrica, assumiu a necessidade de mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento e de redução da morbimortalidade materna e neonatal, trazendo, no rol de ofertas, o apoio institucional amplo a gestores e a serviços estratégicos.

Neste sentido, os estados foram convidados a aderir a esta iniciativa, constituir um grupo condutor e elaborar Planos de Ação Regionais. Como proposta de qualificação do cuidado, a RC tem como diretrizes: (i) acolhimento e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; (ii) vinculação da gestante à unidade de referência e transporte seguro; (iii) boas práticas na atenção ao parto e nascimento segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS); (iv) atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolubilidade; e (v) acesso às ações do planejamento reprodutivo¹.

A mudança de modelo de atenção obstétrica e neonatal é fomentada ao se discutir o desenho regional da rede, firmando compromisso com os gestores de alteração das práticas de atenção ao parto e nascimento, especialmente nos serviços hospitalares aderidos a esta iniciativa, para um modelo de cuidado centrado na mulher e na família e baseado nas evidências científicas disponíveis⁵⁻⁷.

Recursos financeiros foram alocados às maternidades de alto risco aderidas à RC a título de incentivos por cumprimento de metas alcançadas. Também foram investidos recursos em obras para implantação de centros de parto normal, casas de gestante, bebê e puérpera e mudança na ambiência dos centros obstétricos em consonância com a RDC nº 36/2008 da Anvisa^{1,8}.

A RC é organizada por quatro componentes: (i) Pré-Natal; (ii) Parto e Nascimento; (iii) Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e (iv) Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

A avaliação periódica desses componentes nos estados, regiões de saúde e serviços é preconizada na RC¹ e constituiu metodologia indissociável ao processo de sua implementação, possibilitando a ampliação da capacidade de re-

flexão e ação de gestores do SUS e de serviços de obstetrícia e neonatologia^{9,10}. Desta forma, foram realizados dois ciclos avaliativos; o primeiro em 2013-2015 e o segundo em 2016-2017.

Na ausência de um sistema nacional de informação com registro sistemático de dados referentes às práticas de atenção ao parto e nascimento, a coleta de dados foi realizada *in loco*.

No primeiro ciclo avaliativo, 2014-2015, três diretrizes e seus respectivos dispositivos foram avaliadas quanto ao grau de implantação: (i) acolhimento e classificação de risco em obstetrícia; (ii) acompanhante de livre escolha e tempo integral; e (iii) contato pele a pele entre mãe e recém-nascido (RN). Para aferição dessas diretrizes, foram constituídas em cada estado equipes de caráter tripartite (representantes do MS, Secretaria Estadual de Saúde e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS)¹¹.

No segundo ciclo avaliativo, 2016-2017, houve ampliação das diretrizes e de maternidades a serem avaliadas, contemplando cinco diretrizes: (i) acolhimento em obstetrícia; (ii) boas práticas na atenção ao parto e nascimento; (iii) monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal; (iv) gestão participativa e compartilhada; e (v) ambiência.

De 250 maternidades avaliadas no primeiro ciclo passou-se a 606 maternidades e 20 serviços de retaguarda para internação de RN em UTI neonatal, no segundo ciclo. Ampliou-se o olhar avaliativo para todos os serviços hospitalares localizadas em região de saúde com plano de ação da RC pactuados até 2015. Esse acréscimo no número de diretrizes e de maternidades trouxe a necessidade de firmar parcerias com instituições de pesquisa para sua realização. A Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) foram selecionadas para o desenvolvimento do processo avaliativo. A escolha dessas instituições se deu por suas experiências anteriores em processos avaliativos no SUS: Nascer no Brasil e Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade na Atenção Básica-PMAQ/AB, respectivamente.

Devido à importância da parceria interfederativa na implementação da RC e das responsabilidades gestoras pactuadas¹, a participação dos gestores locais e representante do COSEMS foi mantida em todo o processo do segundo ciclo avaliativo, incluindo a presença de representantes da gestão do SUS nas visitas *in loco*.

É sobre o projeto de avaliação da atenção ao parto e nascimento em maternidades vinculadas à RC no seu segundo ciclo – sua concepção, ob-

jetivos e desenho metodológico –, que trata este estudo. As informações sobre o processo avaliativo dos vinte estabelecimentos de retaguarda para RN de risco, que não atendem ao parto e nascimento, não foram contemplados no artigo.

O projeto de avaliação das maternidades: dilemas, desafios e proposições

Maternidades são um locus de destaque na qualificação do cuidado a mulheres e seus filhos, e no enfrentamento da mortalidade materna e neonatal¹². Para tanto, a RC investiu na mudança de modelo de atenção ao parto e nascimento nos hospitais, local de ocorrência de 98% dos partos no Brasil¹³, onde ainda prevalece o modelo biomédico, com altas taxas de cesariana¹², cuja noção é de “controle” sobre os processos naturais e fisiológicos da mulher^{7,14,15}.

Construído ao longo de décadas, este modelo é baseado na ideia de que o corpo da mulher é defeituoso e necessita de correções¹⁴, sendo produzido um excesso de intervenções e aumento dos riscos. Neste paradigma um conjunto de práticas foi incorporado na assistência ao parto, muitas delas sem comprovação científica de sua eficácia¹⁶.

Recomendações sobre intervenções na assistência ao parto foram publicadas, ao longo das últimas décadas, de modo a orientar gestores e profissionais^{6,7,17,18}. A maioria destas recomendações reafirma o potencial fisiológico do parto e reforça a ideia de que as ações de cuidado são essenciais para se alcançar bons resultados^{6,7,17}.

Há, porém, um descompasso entre as evidências e a sua incorporação aos serviços, apontando para o desafio de ampliar, nos hospitais, a capacidade de alterar seus processos de trabalho e as práticas cotidianas a que estão habituados, para produzir mais e melhor saúde¹⁸. Ainda permanecem, nos serviços de atenção obstétrica, práticas não recomendadas, deletérias à saúde da mulher e do bebê, e baixa incorporação do que é preconizado como um bom cuidado¹⁸⁻²⁰.

O projeto de avaliação das maternidades vinculadas à RC abarcou o desafio de contribuir com a mudança neste cenário complexo, criando oportunidades para envolver os sujeitos do trabalho (gestores e trabalhadores), buscando a sua corresponsabilização, trazendo metodologia dialógica que fuja da perspectiva de simples aferição e enquadramento dos serviços a partir de um olhar externo⁹.

Para além de aferir o grau de implementação das diretrizes e dispositivos da RC, este processo avaliativo atentou para a possibilidade de acionar

coletivos, de modo a colocar em análise suas práticas e seus modos de organização do trabalho⁹.

Uma premissa no processo de elaboração e implementação da avaliação das maternidades foi a de que o valor de uma avaliação está na relação direta da sua utilidade para a melhoria da prática cotidiana das políticas e da aprendizagem organizacional, com ganhos para os resultados pretendidos. Portanto, a avaliação tomou como base o que Figueiró et al.²¹ destacam: a avaliação com foco na sua aplicabilidade, com o envolvimento dos interessados (*stakeholders*), gerando mudanças de pensamento e comportamento, nas práticas e cultura institucionais, como resultado da aprendizagem durante o processo avaliativo. Adotar o pressuposto de foco na utilidade requer a necessária coerência entre os propósitos e os procedimentos da avaliação.

Levando em conta a importância da sinergia e sintonia entre os formuladores e os gestores de políticas que vêm atuando no mundo real, mais os pesquisadores sociais, voltados para a reflexão teórica e a validação dos seus estudos entre pares, foi constituído um grupo coordenador ampliado de avaliadores com representantes da coordenação geral de saúde das mulheres e das crianças do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/MS, da ENSP/Fiocruz e da UFMA.

No bojo dos objetivos desta avaliação foram envolvidas questões caras para o SUS: (i) aferir o grau de implantação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento; (ii) reconhecer as potencialidades das equipes das maternidades e gestores locais; (iii) identificar as fragilidades na implementação das boas práticas; e (iv) promover articulação local e ampliar a capacidade de reflexão e ação de gestores do SUS e equipes das maternidades.

O modelo de avaliação adotado partiu do pressuposto de que a valorização dos diferentes sujeitos e dos coletivos, assim como a indissociabilidade entre os modos de gerir e cuidar, produzem maior autonomia e capacidade de transformar a realidade do trabalho⁹. Desta forma, questões relacionadas ao modelo de gestão da instituição foram consideradas, com o intuito de estimular a reflexão sobre a existência ou não de dispositivos que tornam a gestão mais ou menos participativa, com inclusão de trabalhadores e usuárias. Diante da complexidade do tema várias, dimensões da assistência ao parto e nascimento foram examinadas, a saber: acesso e qualidade dos serviços, modelo de atenção e gestão do cuidado, acolhimento, resolubilidade, boas práticas e intervenções desnecessárias no parto e nasci-

mento, tendo como referência a Política Nacional de Humanização^{5-7,20,22,23}, a RC¹, as Normas das Boas Práticas ao Parto e Nascimento^{24,25}, Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana²⁶ e Diretrizes de Atenção à Gestante: parto normal¹⁷, a RDC nº 36/2008 da Anvisa⁸ e a RDC nº 50/2002 da Anvisa²⁷. Buscou-se elaborar instrumentos capazes de captar mudanças nos serviços para aprimorar os seus processos de trabalho.

Estas dimensões se traduziram nos instrumentos da avaliação, em diretrizes, dispositivos e itens de verificação. Diretrizes traduziram os eixos de investimentos necessários para a qualificação da atenção e gestão ao parto e nascimento. Dispositivos foram a aplicação das diretrizes em arranjos de processos de trabalho visando a promover mudanças nos modelos de atenção e de gestão, que podem ser concretos (ex.: uma reforma arquitetônica, um manual de instruções) e/ou imateriais (ex.: conceitos, valores, atitudes). Os itens de verificação deram objetividade aos dispositivos de modo a possibilitar a identificação das ações concretas para consolidar cada dispositivo²³. O conjunto de questões estudadas foi relacionado às diretrizes da RC (Quadro 1).

O desenho metodológico

Tipo de estudo

Foi realizada Estimativa Rápida Participativa²⁸⁻³⁰, recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) para orientar o processo de diagnóstico de uma situação de saúde. Esta técnica consiste em uma abordagem simples e rápida para se obter informações que reflitam as condições locais, a partir da ótica dos diferentes atores sociais envolvidos com os problemas. O método, ao se apoiar no planejamento participativo, concilia o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar ao gestor desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço.

Local e período do estudo

Foram incluídos os hospitais públicos e mistos (privados conveniados ao SUS) que, em 2015, preenchem os seguintes critérios: ter realizado 500 ou mais partos em região de saúde com Plano de Ação da RC, independente da liberação de recursos (n = 582); ter realizado menos de 500 partos, em região de saúde com plano de ação da RC e com liberação de recursos. Do total de es-

tabelecimentos de saúde investigados, 351 (58%) eram públicos e o restante misto, distribuídos em 408 municípios (Figura 1), estando 176 (29%) localizados em capitais e 430 (71%), no interior.

Todas as unidades da federação foram incluídas, sendo 86 maternidades na Região Norte, 174 na Nordeste, 224 na Sudeste, 81 no Sul e 41 no Centro-oeste. Este conjunto de hospitais foi responsável por quase 50% dos partos realizados no país e 61,2% dos partos do SUS em 2017 (Sinasc). Na Tabela 1 pode-se observar a distribuição das maternidades por natureza jurídica e volume de partos para o ano de 2017. A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e outubro de 2017.

Participantes, técnicas e instrumento de coleta de dados

Para refletir todos os aspectos das diretrizes, várias estratégias metodológicas foram empregadas, possibilitando a análise a partir de diversos pontos de vista. Foram utilizadas três diferentes técnicas de coleta de dados: 1 – entrevista estruturada; 2 – análise documental; e 3 – observação in loco.

As entrevistas foram realizadas com três informantes-chave: gestores; profissionais de saúde e puérperas. O intuito foi verificar a percepção dos mesmos quanto ao modelo de gestão e atenção ao parto e nascimento.

Para os gestores das maternidades, coordenadores/chefes (médico e enfermeiro) da Obstetrícia e da Neonatologia, a entrevista foi coletiva. Para os demais informantes-chave, as entrevistas foram individuais. Ao todo foram realizadas 606 entrevistas coletivas envolvendo 2.504 gestores.

O quantitativo de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) entrevistados individualmente por maternidade foram selecionados de forma intencional, a qual variou segundo o volume de partos em 2015. Em maternidades com até 1.000 partos/ano foram entrevistados cinco trabalhadores: um médico e um enfermeiro lotados na Obstetrícia e o mesmo número na Neonatologia/Pediatra, e um técnico de enfermagem. Nas maternidades com 1.000 partos ou mais foram entrevistados dez profissionais: dois médicos, dois enfermeiros e um técnico de enfermagem lotados na Obstetrícia, e o mesmo número na Neonatologia/Pediatria. O conjunto correspondeu a 5.132 profissionais de saúde. Foram excluídos do estudo gestores e profissionais com menos três meses de atuação na maternidade.

Quadro 1. Caracterização das cinco Diretrizes norteadoras deste processo avaliativo.

Diretriz	Descrição
1 – Acolhimento em Obstetrícia	Enfatiza que o acolhimento nas maternidades possui peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. Tem como objetivo garantir o acesso e a resolubilidade do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos RN durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais ³¹ . Nesse sentido, o Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco visa reorganizar a porta de entrada e todo o atendimento nas maternidades. O Acolhimento e Classificação de Risco (A&CR) leva à tomada de decisão do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente, potencializando o trabalho em equipe, através de uma comunicação institucional sistematizada ³² .
2 – Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento	Baseou-se no que a Obstetrícia produziu em termos de revisão de estudos científicos analisando um conjunto de práticas empregadas na assistência ao parto e nascimento. Seguindo a metodologia que busca recolher as melhores evidências científicas disponíveis a OMS publicou recomendações, denominadas de Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento ^{5,7,21,22} . Estas recomendações foram atualizadas no documento publicado pela Comissão Nacional de incorporação de Tecnologia (CONITEC/MS) “Diretrizes Nacionais de assistência ao parto normal” ¹⁷ . São baseadas no princípio do direito à informação e do protagonismo e autonomia da mulher em todos os aspectos dessa atenção. Destacam a necessidade de incorporação das dimensões sociais e emocionais na atenção pré-natal e no parto e recomendam a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas consideradas inadequadas, não benéficas e prejudiciais na assistência ao parto, ressaltando a importância de incluir boas práticas de atenção ao parto e nascimento e assegurar, no momento do parto, a integridade e privacidade da mulher. Dentre as boas práticas estão a oferta de dieta durante o trabalho de parto, a deambulação, o apoio contínuo, o acesso aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, as posições verticalizadas no parto, o contato pele a pele e o clampeamento oportuno do cordão umbilical. Estão também descritas no documento práticas que devem ser abolidas ou reduzidas, entre elas o uso rotineiro de venóclise e ocitocina na aceleração do trabalho de parto, a amniotomia de rotina, a restrição no leito e a imposição da posição de litotomia no parto, a episiotomia e a manobra de Kristeller ^{5,7,17,21,22} . Para a OMS ⁷ , as mudanças no acesso e oferta de serviços só serão alcançados quando as mulheres estiverem fortalecidas em seu protagonismo e os seus direitos humanos, incluindo ter respeitado o seu direito a serviços de qualidade no parto.

continua

Por fim, foram selecionadas todas as puérperas cujo nascimento tivesse ocorrido no estabelecimento desde as 00:00h do primeiro dia de permanência da equipe no campo até as 23:59h do último dia. Foram excluídas puérperas com transtorno mental grave, que não compreendiam o português, com deficiência auditiva, internadas por aborto ou na Unidade de Terapia Intensiva no pós-parto.

O tamanho amostral mínimo de puérpera em cada macrorregião foi calculado com base em uma taxa de parto vaginal de 50%, para detectar diferenças de 5%, com nível de significância de 5% e poder de 80%, totalizando um mínimo

de 1.800 puérperas para cada macrorregião. Para que a amostra tivesse tamanho proporcional ao número de nascimentos na macrorregião estabeleceu-se um número fixo de dias de inclusão de puérperas em cada macrorregião, de acordo com o tamanho da população: dois dias nas regiões Sudeste e Nordeste, quatro dias na região Norte, cinco dias na região Sul e sete dias na região Centro-Oeste. Esta estratégia possibilitou a captação entre 1.800 e 2.500 puérperas por macrorregião, com inclusão total de 10.665 puérperas distribuídas nos 606 estabelecimentos.

A análise documental teve por objetivo obter informações sobre a gestão dos serviços, proces-

Quadro 1. Caracterização das cinco Diretrizes norteadoras deste processo avaliativo.

Diretriz	Descrição
3 – Monitoramento do cuidado e vigilância da mortalidade materna e neonatal	<p>Aponta para o fato de que o monitoramento, através de indicadores, permite a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e a programação de ações de melhoria, sendo, portanto, uma ação fundamental para a qualificação dos serviços^{33,34}.</p> <p>Ao mesmo tempo, a vigilância da mortalidade materna e neonatal proporciona o conhecimento, detecção ou prevenção de fatores determinantes dessas mortes, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção de novas mortes.</p> <p>O monitoramento do cuidado e a vigilância do óbito materno e neonatal possibilitam aos profissionais de saúde e gestores identificar fragilidades no processo de trabalho, promover discussão, reavaliação e reorganização da atenção, de fluxos e processos da assistência^{33,34}.</p>
4 – Gestão participativa e compartilhada	<p>Discorre sobre a ideia que tradicionalmente, os serviços de saúde organizam seu processo de trabalho baseando-se no saber das profissões e categorias e não em objetivos comuns. Esse tipo de organização não tem garantido que as práticas dos diversos trabalhadores se complementem, ou que haja solidariedade no cuidado, nem que as ações sejam eficazes no sentido de oferecer um tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Isso tem acarretado falta de motivação dos trabalhadores e pouco incentivo ao envolvimento dos usuários nos processos de produção de saúde. Por isso, a gestão participativa é um valioso instrumento para a construção de mudanças nos modos de gerir e cuidar em saúde. Este modelo de gestão é de construção coletiva (planeja quem executa) e em espaços coletivos que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas conjuntamente³⁵.</p> <p>Mecanismos que garantam a participação ativa de usuários e familiares no cotidiano das unidades de saúde são essenciais neste modelo, tanto para a manutenção dos laços sociais dos usuários internados quanto para sua inserção e a de seus familiares no tratamento.</p>
5 – Ambiência	<p>Pontua que os ambientes destinados ao cuidado à mulher e ao RN durante o parto e o nascimento podem favorecer ou dificultar a sua fisiologia. Desde a porta de entrada até o alojamento conjunto estes ambientes devem ser acolhedores e organizados de modo a incluir o acompanhante da mulher em todo o processo. As boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendam que deve ser assegurado ambiente privativo e confortável durante o trabalho de parto e parto, com área para deambulação e acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, especialmente o chuveiro de água morna e/ou banheira. A RDC 36/2008 da ANVISA⁸ regulamenta os ambientes de assistência ao parto e nascimento considerando que são acontecimentos de cunho familiar, social, cultural e preponderantemente fisiológico. Estabelece mudanças do modelo tradicional de pré-parto e sala de parto para o modelo de Quarto PPP (onde a mulher fica no mesmo ambiente durante o trabalho de parto, parto e pós-parto), garantindo liberdade e condições de escolha de diversas posições no parto.</p> <p>Caso o bebê de risco necessite ser internado, deverá ser assegurado o livre acesso e permanência dos pais na unidade neonatal, pessoas fundamentais no cuidado. Conforto, controle de ruídos e luminosidade deverão ser assegurados, de modo a reduzir o stress inerente a esta situação.</p> <p>Para além das diretrizes, questões relativas à saúde sexual e reprodutiva foram incluídas na avaliação com a finalidade de ampliar o olhar e induzir mudança nas práticas das maternidades. Assim, também foram analisadas questões importantes para a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres – PNAISM³⁶ como: ações de planejamento reprodutivo e atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e de violência sexual.</p>

dos mesmos. Também foram obtidos os seguintes dados do prontuário das puérperas: tipo de parto, trabalho de parto espontâneo ou induzido, analgesia no trabalho de parto, dieta, uso de partograma, ocitocina, amniotomia, episiotomia, re-

tos de trabalho e organização do cuidado, bem como verificar a disponibilidade de indicadores de processo e resultados da assistência ao parto e nascimento. Foram solicitados protocolos, normas e rotinas, e avaliada a disponibilidade

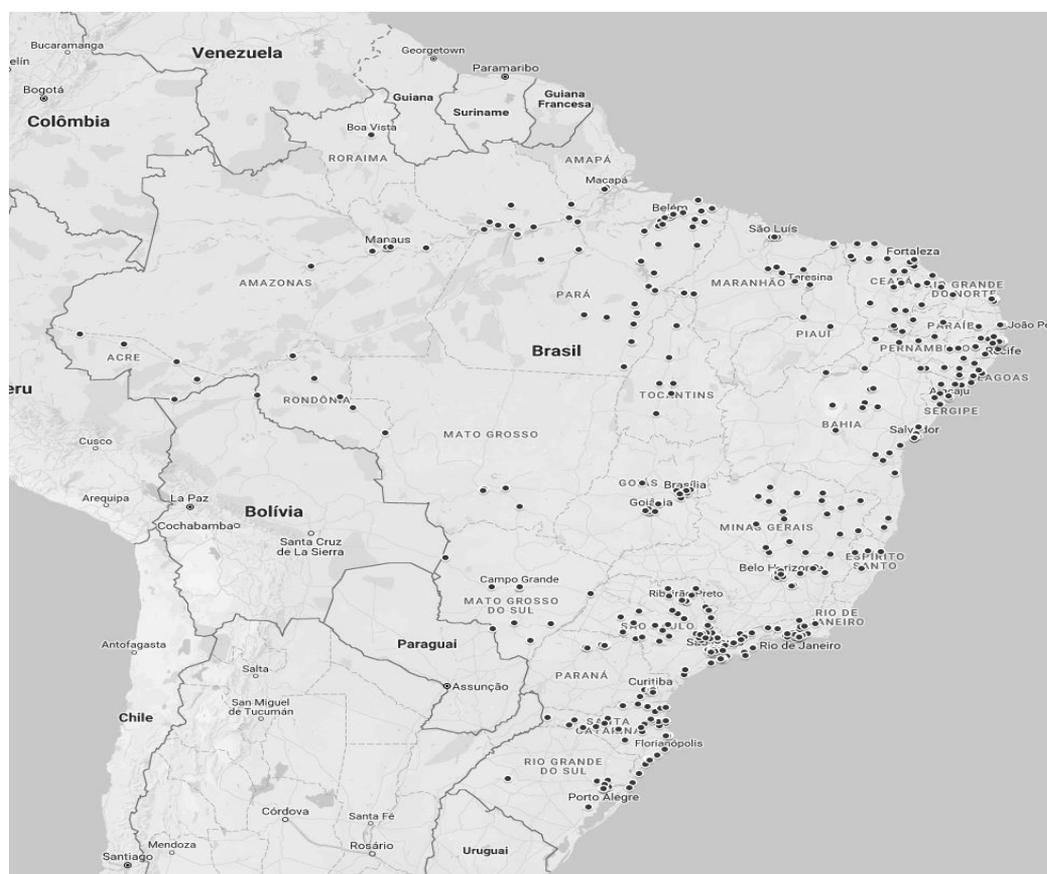


Figura 1. Municípios com estabelecimentos avaliados.

Tabela 1. Distribuição das maternidades por natureza jurídica e volume de partos (número de nascidos vivos), Brasil 2017.

Esfera Jurídica	até 299		300 a 499		500 a 999		1000 a 2999		3000 e mais		Total de Maternidades		Total de NV	
	at	%	at	%	at	%	at	%	at	%	at	%	at	%
Entidades sem fins lucrativos	0	0	2	0,9	47	20,4	128	55,7	53	23	230	38	510.821	35,1
Municipal	1	0,6	3	1,7	46	25,4	82	45,3	49	27,1	181	29,9	395.380	27,2
Estadual	0	0	2	1,3	18	12	71	47,3	59	39,3	150	24,8	452.464	31,1
Entidades empresariais	0	0	0	0	6	24	11	44	8	32	25	4,1	55.658	3,8
Federal	0	0	1	5	3	15	12	60	4	20	20	3,3	41.146	2,8
Total	1	0,2	8	1,3	120	19,8	304	50,2	173	28,5	606	100	1.455.469	100

Fonte: Sinasc 2017, Cnes 2017.

alização de manobra de Kristeller; e do RN: índice de Apgar, peso ao nascer, idade gestacional, uso de oxigênio, admissão em UTI Neonatal, aleitamento materno e condições de alta ou óbito.

A observação *in loco* teve a finalidade de avaliar processos de cuidado e condições de infraestrutura, planta física, equipamentos, materiais, insumos e contagem de leitos obstétricos e neonatais do hospital. Essa observação foi feita percorrendo o estabelecimento com o acompanhamento de funcionário indicado pela direção e, sempre que possível, de representante da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde.

No total foram utilizados sete instrumentos de campo: questionário do gestor; questionário do trabalhador; questionário da puérpera; análise de prontuário; roteiro de observação; roteiro de análise de documentos e de contagem de leitos.

Os dados coletados foram registrados em formulário eletrônico, na plataforma web - REDCap (*Research Electronic Data Capture*). Após a coleta foi realizada a análise crítica e a limpeza das bases de dados para garantir a completude, a cobertura e a consistência.

Trabalho de campo

O trabalho de campo, realizado por meio de visitas em cada maternidade, contou com equipe constituída por um supervisor e por avaliadores para cada estado. Foram selecionados profissionais de saúde com experiência de trabalho em maternidades, disponibilidade de tempo e habilidades em comunicação e informática.

Com a finalidade de garantir a padronização das equipes e o bom desenvolvimento do trabalho de campo foi realizada capacitação teórica e prática com carga horária mínima de 40h para supervisores e avaliadores, sob a responsabilidade da coordenação regional da avaliação e de técnicos do MS. Também participaram da capacitação representantes das instituições parceiras – SES, SMS e COSEMS – que, sempre que possível, acompanharam a aplicação do instrumento análise documental e a observação *in loco*. Os diretores foram contatados por correio eletrônico com explicação da avaliação e, após o consentimento, a visita era agendada.

Análise dos dados

São inúmeras as possibilidades de abordagens e desenhos analíticos que podem ser construídos

a partir das bases de dados do estudo. Para avaliar o grau de implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas do Brasil foi construída uma matriz de julgamento atendendo ao que está estabelecido nos documentos e na legislação que norteiam a RC³⁷. O modelo de avaliação escolhido considerou a especificidade de diferentes contextos, a característica multifacetada da assistência ao parto e nascimento e incorporou ferramentas participativas, que a partir da percepção de distintos ângulos – usuárias, profissionais de saúde e gestores sobre a assistência ao parto e nascimento prestada pela maternidade, produziu um resultado mais aproximado da realidade.

A matriz de julgamento foi composta pelas cinco diretrizes da RC, que se desdobraram em dezessete dispositivos que, por sua vez, se concretizam em sessenta itens de verificação. Estes foram selecionados de modo a refletir o que é essencial na qualificação do cuidado a todas as mulheres e bebês, aquilo que precisa ser alterado ou potencializado, refletindo o modelo de atenção apontado pelas políticas públicas. O cumprimento dos critérios estabelecidos consistiu na combinação e no cruzamento dos pontos de vista dos informantes – chaves e nas informações obtidas através análise documental e observação *in loco*. A validação da matriz contou com a participação de técnicos do Ministério da Saúde da Coordenação Geral da Saúde das Mulheres e da Criança e Aleitamento Materno, e do Departamento de Ciência e Tecnologia, professores do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão e pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública e do Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente, da Fiocruz.

Além de constituir um instrumento de avaliação da política pública implantada, o conjunto de variáveis que compõem as diversas bases de dados permite conhecer o perfil sociodemográfico e de saúde das mulheres e neonatos, a estrutura, o processo e os resultados das maternidades avaliadas, assim como correlacionar os agravos e os problemas de saúde deste grupo populacional com as condições sociais, o uso, o acesso e a qualidade da atenção prestada, permitindo a descrição e a quantificação das iniquidades em saúde. Também possibilita avaliar o grau de satisfação da mulher usuária do SUS, quanto a atenção recebida durante a internação para o parto.

Os dados foram processados em software estatístico (Stata versão 14 e R; SPSS versão 21).

Devolutiva dos resultados

Em concordância com os objetivos da avaliação das maternidades da Rede Cegonha, a devolutiva aos estados e serviços foi planejada de modo a incluir de forma ampla, nas oficinas estaduais, o MS, as instituições parceiras, os gestores, os trabalhadores e as instituições executoras da avaliação (ENSP/UFMA).

Relatórios avaliativos foram elaborados para cada estado brasileiro, divididos em três partes: (i) características das maternidades, dos gestores, dos trabalhadores e das puérperas participantes, (ii) resultados por diretriz, dispositivo e item de verificação por estado e maternidades, (iii) resultados estaduais de itens não pontuados. Os itens não pontuados se referem àqueles incluídos nas entrevistas com gestores e trabalhadores com efeito indutor.

A elaboração dos relatórios específicos por maternidade teve como critério norteador favorecer a reflexão coletiva e compartilhada sobre a situação atual dos serviços, posto que a informação produzida, além de representar uma situação do ano anterior, tinha o pretexto de ser utilizada como ferramenta para dialogar com os sujeitos envolvidos⁹. Dessa forma, o retrato encontrado no momento da avaliação pôde ser discutido à luz da situação atual, convocando os serviços a exercitarem o olhar avaliativo sobre seu próprio fazer em saúde⁹. O relatório de cada maternidade foi construído de modo a permitir esta análise comparativa entre a situação encontrada e a situação atual em cada item de verificação³⁸.

Nessa perspectiva, a devolutiva mostrou-se um dispositivo de fortalecimento do espaço gestor de produção de responsabilização para com os achados da avaliação e de elaboração de estratégias para superação das fragilidades encontradas.

O feedback positivo dos gestores estaduais ao MS sobre a adequação e a compatibilidade dos resultados das maternidades, por ocasião da reunião preparatória para a devolutiva aos serviços, reafirmou a consistência do escopo do processo avaliativo e dos resultados apresentados. Nada foi novidade, mas propiciou dar mais luz, consistência e evidência científica para reafirmar os focos de investimento necessários à mudança de práticas de atenção e gestão nas maternidades.

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão e da Escola Nacional de

Saúde Pública Sérgio Arouca, em 14 de dezembro de 2016. Todas as mulheres puérperas entrevistadas concederam suas entrevistas e a cessão das informações por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), do qual receberam uma cópia.

Considerações finais

Avaliar as práticas de gestão e atenção ao parto e nascimento mostrou-se um desafio diante da complexidade do tema, da prática insuficiente de monitoramento e avaliação nas maternidades, além da ausência de sistemas nacionais de informação que registrem as ações de cuidado obstétrico e neonatal.

Durante a elaboração e a validação dos instrumentos observou-se a dificuldade de mensuração dos processos de trabalho e arranjos de gestão por meio de instrumentos estruturados de forma quantitativa. Desafio que merece um novo olhar para um próximo ciclo avaliativo.

Alguns limites metodológicos foram observados. Contar com a análise subjetiva de gestores e trabalhadores traz em si nuances de posicionamentos mais ou menos críticos diante das questões avaliadas. Hospitais em processo ainda incipiente de incorporação das boas práticas, evidenciado pelas respostas negativas das puérperas, tinham uma tendência à supervalorização da resposta ao item pelos gestores e/ou trabalhadores. O inverso também foi observado em hospitais mais avançados na implementação das boas práticas que, de modo geral, foram mais rigorosos nas suas críticas e se autoclassificaram mais negativamente. Isto foi superado, em parte, com atribuição de maior valor para a resposta da puérpera no item avaliativo, e tratado de forma crítica e reflexiva no momento das devolutivas aos serviços.

Quando não era possível obter informação da puérpera, foi atribuído valor global menor ao item, por se entender que ali não estavam inscritas as perspectivas de todos os envolvidos.

As diferenças de porte, número de partos e a tipologia assistencial das maternidades (baixo e alto risco), foram relatadas nas devolutivas de alguns estados como fatores dificultadores para a implementação de determinados processos de trabalho. A explicação sobre a metodologia empregada para a obtenção dos resultados trouxe clareza às discussões sobre o que é essencial para a qualificação da atenção ao parto e nascimento para toda e qualquer parturiente, de baixo ou

alto risco. O debate oportunizou identificar as dificuldades dos serviços para mudar o modo tradicional de assistência e incorporar práticas novas, recomendadas cientificamente. Considerando que os hospitais representam uma das instituições contemporâneas mais impermeáveis a mudanças, as discussões favoreceram a reflexão sobre a necessidade de novas atitudes e posicionamentos.

Ainda que difíceis de mensurar, os cruzamentos dos resultados entre os diversos itens avaliados propiciaram uma leitura mais aproximada de questões complexas da organização dos processos de trabalho nos serviços.

Dentre os objetivos da avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha ressalta-se a desafiante tarefa de se fazer movimento, promovendo articulação local e ampliando a capacidade de reflexão e ação de gestores do SUS e equipes das maternidades. Nesse sentido pode-se afirmar que, enquanto ação transformadora em serviços de cuidado obstétrico e neonatal, o projeto de avaliação das maternidades abriu novas perspectivas e produziu aprendizados. A importância de trazer a

avaliação para o campo da reflexão conjunta se traduziu em metodologias e instrumentos com potencial de ampliar, junto aos trabalhadores e gestores das maternidades a capacidade de análise na rotina dos serviços.

O que se evidenciou como resultado foi um movimento coletivo potente na maioria dos estados, traduzido na participação ativa de gestores e trabalhadores nos diversos momentos, desde a preparação para a entrada em campo, reuniões iniciais com gestores do SUS local, até o momento da avaliação *in loco* e oficinas de devolutiva. Este último ponto se mostrou particularmente potente quanto ao envolvimento dos participantes (gestores e trabalhadores) na análise dos resultados, bem como sua corresponsabilização na construção de estratégias para tratar de situações que precisam ser mudadas até alcançar os resultados pretendidos.

Este parece ser o maior legado do processo avaliativo das maternidades da Rede Cegonha: uma experimentação que possibilitou ampliar, nas equipes, o potencial de ação por meio do exercício de trazer o âmbito avaliativo para o dia a dia do trabalho em saúde.

Colaboradores

MEA Vilela, MC Leal, EBAF Thomaz, MASM Gomes, SDA Bittencourt, SGN Gama, LBRAA Silva e ZC Lamy participaram da concepção, análise e redação do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 3 out.
2. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saude Publica* 2004; 20(5):1281-1289.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: documentos fundamentais*. [acessado 2020 Maio 16]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-31769>
4. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Pacto pela redução da mortalidade infantil no Nordeste e Amazônia Legal, 2009-2010*. Brasília: Editora MS; 2010.
5. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vanconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis* 2013; 23(4):1297-1316.
6. Leal MDC, Bittencourt AS, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica* 2019; 35(7):e00223018.
7. Andrade MAC, Lima JBMC. O Modelo Obstétrico e Neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: *Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento*. Brasília: Editora MS; 2004. v. 4. p. 437-443.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução nº 36, de 3 de Junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União* 2008; 3 jun.
9. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4):999-1010.
10. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2004; 4(3):317-321.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Relatório Técnico interno do DAPES/SAS/MS*. Brasília: MS; 2015.
12. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas*. Geneva: OMS; 10 de abril de 2015. [acessado 2020 Mar 16]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=AC135600EF51DB191C8E25171ABCA-BE6?sequence=3
13. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011*. Brasília: MS; 2011.
14. Diniz CSG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *J Human Growth Dev* 2009; 19(2):313-326.
15. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cien Saude Colet* 2005; 10(3):627-637.
16. Silva F, Nucci M, Nakano AR, Teixeira L. “Parto ideal”: medicalização e construção de uma roteirização da assistência ao parto hospitalar no Brasil em meados do século XX. *Saude Soc* 2019; 28:171-184.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diretriz Nacional de Atenção ao parto normal*. Brasília: Editora MS, 2016.
18. Pasche DF, Vilela MEA, Martins CP. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. *Tempus - Actas Saude Coletiva* 2010; 4(4):105-117.
19. World Health Organization (WHO). *Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO; 2018.
20. Leal MC, Esteves-Pereira AP, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):17-32.
21. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2095-2105.
22. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Cien Saude Colet* 2011; 16(11):4541-4548.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Humanização (PNH): HumanizaSUS - Documento-Base*. 3ª ed. Brasília: Editora MS; 2006.
24. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Geneva: WHO; 1996.
25. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: OMS; 1996.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana*. Brasília: Editora MS; 2015.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução nº 50, de 21 de Fevereiro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. *Diário Oficial da União* 2002; 21 fev.
28. Notarbartolo di Villarosa F. A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário: manual de instruções. In: Notarbartolo di Villarosa F. *A estimativa rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário: manual de instruções*. Brasília: OPS/OMS; 1993. p. 54.
29. Piovesan MF, Padrão MVV, Dumont UM, Gondim GM, Flores O, Pedrosa JI, Lima LFM. Vigilância Sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. *Rev Bras Epidemiol* 2005; 8(1):83-95.
30. Carneiro FF, Hoefel MG, Silva MAM, Nepomuceno AR, Vilela C, Amaral FR, Carvalho GPM, Batista JL, Lopes PA. Mapeamento de vulnerabilidades socioambientais e de contextos de promoção da saúde ambiental na comunidade rural do Lamarão, Distrito Federal, 2011. *Rev Bras Saude Ocup* 2012; 37(125):143-148.

31. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Editora MS; 2010.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: relatório de recomendação*. Brasília: Editora MS; 2017.
33. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Editora MS; 2018.
34. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União* 2018; 13 ago.
35. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: gestão participativa e cogestão*. Brasília: Editora MS; 2009.
36. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: Editora MS; 2004.
37. Bittencourt DAS, Vilela MEA. Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades da Rede Cegonha: avaliação do grau de implantação das ações. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):801-822.
38. Silva LBRAA, Augusto LCR, Minoia N, Silva CKRT. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3): 931-940.

Artigo apresentado em 19/04/2020

Aprovado em 10/06/2020

Versão final apresentada em 12/06/2020

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva