



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Célia Adriana Nicolotti

Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento

Florianópolis
2022

Célia Adriana Nicolotti

Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.
Orientadora: Prof^a. Josimari Telino de Lacerda, Dr^a

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Nicolotti, Célia Adriana

Avaliação da assistência hospitalar ao parto e
nascimento / Célia Adriana Nicolotti ; orientadora,
Josimari Telino de Lacerda, 2022.

271 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Parto. 3. Assistência Hospitalar.
4. Avaliação em Saúde. I. Lacerda, Josimari Telino de . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

Célia Adriana Nicolotti

Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^a Tatiane Baratieri, Dr^a
Universidade Estadual do Centro-oeste

Prof^a Carmem Regina Delziovo, Dr^a
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Prof^a. Patrícia Maria de Oliveira Machado, Dr^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutora em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof^a Josimari Telino de Lacerda, Dra.
Orientadora

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado à memória dos meus pais Alcides Nicolotti e Maria Geni Belló Nicolotti, com todo meu amor e gratidão.

AGRADECIMENTOS

A experiência do doutorado foi, para mim, um tempo de muitas transformações pessoais e profissionais, com erros, acertos e muitos aprendizados. Muita gente participou, de diferentes maneiras, dessa trajetória e sou imensamente grata:

À Professora Josimari Telino de Lacerda, por me aceitar como orientanda, por me ajudar a realizar deslocamentos necessários para a prática da pesquisa, pelas incansáveis sugestões e paciência com minhas limitações, pela compreensão e apoio nos momentos difíceis que vivenciei nesse período. Contar com sua orientação foi um privilégio.

À professora Josefina Goberna Tricas, pela acolhida na Universidade de Barcelona durante o estágio pré-doutoral e por suas orientações.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade em contribuir com o aprimoramento deste trabalho.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC), aos parceiros do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS), aos servidores do PPGSC.

Às amigas que o doutorado me presenteou, Tatiane Baratieri, Maria Cristina Willeman, Soraia de Camargo Catapan, Jéssica Macena e Maria Simone Pam, sou grata pelos laços de afeto construídos e pelas trocas realizadas.

Às minhas irmãs Berna, Marga e Iva pelo apoio e incentivo.

À Ana Flavia Leão Pereira por tudo que compartilhamos e pela amizade que construímos durante um duro período de confinamento, incertezas e medos diante de uma pandemia.

Às minhas parceiras distantes, mas sempre presentes: Taiacu Melo, Juliana Fernandes Vieira e Maria Cláudia Souza Matias. Obrigada pela amizade e por serem inspiração!

À todas as mulheres puérperas, profissionais da gestão e assistência que participaram deste estudo e aos participantes da construção e validação do modelo avaliativo.

À todas as pessoas que já pesquisaram e escreveram sobre este assunto.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, pela concessão de bolsa de estudos e ao Programa Institucional de Internacionalização CAPES-PRINT/UFSC, que possibilitou realizar o estágio pré-doutoral na Universidade de Barcelona.

À Universidade Federal de Santa Catarina pela oportunidade de cursar o doutorado, por meio do ensino público, de qualidade, em um ambiente diverso, acolhedor e enriquecedor.

RESUMO

A assistência ao parto e nascimento é uma questão relevante para a saúde coletiva devido à sua magnitude, complexidade e singularidade e ao seu significado, seja no âmbito individual, familiar ou social. Deve orientar-se pelo cuidado humanizado, evidências científicas e direitos. As condições estruturais, organizacionais e o desenvolvimento das ações devem assegurar acesso, qualidade e satisfação das mulheres. O objetivo deste estudo foi avaliar a assistência hospitalar ao parto e nascimento em três hospitais localizados no estado de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa avaliativa realizada em duas etapas: estudo de avaliabilidade (EA) e estudo de casos. Na primeira etapa foram elaborados o Modelo Teórico e o Modelo Lógico, com base em revisão de literatura e de documentos, entrevistas, seminários de discussão em disciplinas e grupo de pesquisa em avaliação, e oficina de consenso utilizando-se o Método Delphi. O modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento é composto pelos modelos teórico e lógico e pela Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) que apresenta duas dimensões, seis subdimensões, 30 indicadores com suas respectivas medidas. A dimensão Político-Organizacional apresenta as subdimensões: mecanismos de gestão, infraestrutura e pessoal. A dimensão Tático-Operacional as subdimensões: organização da assistência, cuidado ao parto e nascimento e acompanhamento no pós-parto. Na segunda etapa foi realizado um estudo de casos em três hospitais catarinenses, utilizando como fonte de evidências: análise documental, observação direta e entrevistas com profissionais da gestão e assistência hospitalar e puérperas. A análise das informações foi orientada pela MAJ. A assistência ao parto e nascimento foi parcialmente satisfatória nos casos 2 e 3 e insatisfatória no Caso 1. A dimensão Político-Organizacional foi classificada como insatisfatória e a Tático-Operacional parcialmente satisfatória nos três casos. Conclui-se que a assistência hospitalar ao parto e nascimento é avaliável e o modelo avaliativo pode ser aplicado em outros contextos, adaptado de acordo com as necessidades; algumas práticas assistenciais se mantêm subordinadas às concepções dos profissionais de saúde em detrimento dos critérios científicos e orientações institucionais; existem inadequações tanto em relação aos hospitais quanto à gestão do sistema de saúde; as mudanças no modelo assistencial na perspectiva do cuidado humanizado, orientado por evidências científicas e direitos ainda não estão consolidadas nos hospitais analisados.

Palavras-chave: Parto. Assistência Hospitalar. Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Childbirth care is a relevant issue for collective health due to its magnitude, complexity and uniqueness, and meaning in the individual, family, or social scope. It must be guided by humanized care, scientific evidence, and rights. Structural, organizational conditions, and actions' development must ensure access, quality, and satisfaction for women. The study aimed to evaluate hospital care during childbirth in three hospitals located in the state of Santa Catarina. It is evaluative research carried out in two stages: Evaluability Assessment (EA) and case study. In the first stage, the Theoretical and Logical Models were based on a literature and document review, interviews, discussion seminars in disciplines, evaluation research group, and a consensus workshop using the Delphi Method. The evaluative model of hospital care during childbirth is composed of theoretical and logical models, the analysis and judgment matrix (MAJ), which has two dimensions, six sub-dimensions, and thirty indicators with respective measures. The Political-Organizational dimension presents the sub-dimensions: management mechanisms, infrastructure, and personnel. It follows the Tactical-Operational dimension, the sub-dimensions care organization, care during childbirth, and postpartum. In the second stage, a case study was carried out in three hospitals in Santa Catarina using as a source of evidence: document analysis, direct observation, and interviews with professionals in hospital management and care. The MAJ guided the information analysis. Childbirth care were partially satisfactory in Cases 2 and 3 and unsatisfactory in Case 1. The Political-Organizational dimension was non-satisfactory and the Tactical-Operational partially satisfactory in all three cases. It is concluded hospital childbirth care is evaluable, and the assessment model can be applied in other contexts adapted according to needs. Some care practices remain subordinate to the conceptions of health professionals, scientific criteria detriment, and institutional guidelines. There are some inadequacies regarding hospitals and health system management. The changes in the care model from the humanized care perspective, guided by scientific evidence and rights, are not yet consolidated in the analyzed hospitals.

Keywords: Parturition. Hospital Care. Health Evaluation.

LISTA DE FIGURAS

REVISÃO DE LITERATURA

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos 56

RESULTADOS – ARTIGO 1

Figura 1 - Principais marcos da assistência ao parto e nascimento, 2021 82

Figura 2 - Representação esquemática do modelo teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020 87

Figura 3 - Representação esquemática do modelo lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020 89

RESULTADOS – ARTIGO 2

Figura 1 - Assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses segundo os indicadores da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). Santa Catarina, 2020 110

RESULTADOS – ARTIGO 4

Figura 1 - Mapa conceitual das experiências das mulheres puérperas sobre a assistência ao parto e nascimento 158

APÊNDICE B

Figura 1 - Modelo teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020 204

Figura 2 - Modelo lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020 206

LISTA DE QUADROS

REVISÃO DE LITERATURA

Quadro 1 - Princípios dos modelos tecnocrático, humanista e holístico (Davis-Floyd, 2001)	21
Quadro 2 - Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos	47
Quadro 3 - Políticas, normativas e estratégias voltadas à saúde das mulheres no Brasil	49
Quadro 4 - Descrição dos artigos selecionados que abordam avaliação do parto e nascimento	59
Quadro 5 – Documentos e artigos científicos utilizados para construção do modelo avaliativo	68

RESULTADOS - ARTIGO 1

Quadro 1 – Documentos e artigos científicos utilizados para construção do modelo avaliativo	79
---	----

RESULTADOS - ARTIGO 2

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento da assistência hospitalar ao parto e nascimento, com parâmetros e fontes de evidência	101
Quadro 2 - Principais características dos casos em Santa Catarina, 2020	108

RESULTADOS - ARTIGO 4

Quadro 1 - Roteiro de entrevista	155
---	-----

APÊNDICE B

Quadro 1 - Síntese da Matriz Avaliativa. Florianópolis, 2020	206
---	-----

LISTA DE TABELAS

REVISÃO DE LITERATURA

Tabela 1 - Categorização das intervenções para alívio da dor (JONES et al., 2012)34

RESULTADOS - ARTIGO 2

Tabela 1 - Assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses segundo subdimensões e dimensões da matriz de análise e julgamento (MAJ). Santa Catarina, 2020..... 109

RESULTADOS - ARTIGO 4

Tabela 1 - Características das participantes do estudo 157

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEDAW	Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPN	Centros de Parto Normal
CGBP	Casa da Gestante Bebê e Puérpera
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
EA	Estudo de Avaliabilidade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus T-Linfotrófico Humano
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MAJ	Matriz de Análise e Julgamento
NEPAS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS
PO	Pontuação Obtida
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RN	Recém-nascido
ReHuNa	Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UN	United Nations
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VME	Valor Máximo Esperado
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	OBJETIVOS	19
1.1.1	Objetivo Geral.....	19
1.1.2	Objetivos Específicos.....	19
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
2.1	MODELOS ASSISTENCIAIS	20
2.2	HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO.....	24
2.2.1	Práticas de assistência ao parto e nascimento baseadas em evidências.....	30
2.2.1.1	<i>Práticas que devem ser estimuladas.....</i>	32
2.2.1.2	<i>Práticas que não devem ser utilizadas</i>	39
2.2.1.3	<i>Práticas que devem ser utilizadas com cautela e/ou que requerem mais estudos</i>	42
2.2.2	Direitos e Saúde.....	45
2.3	ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL	48
2.3.1	Assistência ao parto e nascimento em Santa Catarina.....	52
2.4	ESTUDOS AVALIATIVOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO	55
2.4.1	Análise descritiva.....	57
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	66
3.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	66
3.2	ESTUDO DE AVALIABILIDADE	66
3.3	ESTUDO DE CASOS	70
3.3.1	Seleção dos casos.....	70
3.3.2	Participantes do estudo e da coleta de dados	71
3.3.3	Análise dos dados.....	72
3.4	ASPECTOS ÉTICOS	73
4	RESULTADOS	75
4.1	ARTIGO 1: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE.....	76
4.2	ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASOS.....	97
4.3	ARTIGO 3: ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO	126
4.4	ARTIGO 4: VIVÊNCIAS DE MULHERES PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO.....	151
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	179

REFERÊNCIAS181

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ENTREVISTA COM PARTICIPANTES DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE	201
APÊNDICE B – MODELO AVALIATIVO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO	202
APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA ..	220
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	221
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO	222
APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA COM GESTORES HOSPITALARES	223
APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA ASSISTÊNCIA	231
APÊNDICE H – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA COM PUÉRPERAS	242
APÊNDICE I - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO.....	245
APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTA EA	252
APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PARTICIPANTES DELPHI	254
APÊNDICE L - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA GESTORES E TRABALHADORES ASSISTENCIAIS.....	256
APÊNDICE M - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA PUÉRPERAS.....	258
ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA – ESTUDO DE AVALIABILIDADE	260
ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA – ESTUDO DE CASOS.....	263
ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA – EMENDA ESTUDO DE CASOS	268

APRESENTAÇÃO

O contato com o tema desta tese teve início durante minha atuação no Ministério da Saúde como parte da equipe da então Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, que coordena a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que tem como um dos seus eixos a atenção obstétrica, do qual a rede materna e infantil, ora denominada Rede Cegonha, faz parte. Tive o privilégio de compartilhar o trabalho com profissionais experientes e comprometidas com a temática e, dentre minhas funções, pude atuar no apoio a gestores do SUS na implantação do eixo obstétrico de norte a sul do país. Essa experiência permitiu iniciar uma reflexão, ainda que superficial, sobre o como se dá o processo de cuidado no momento do parto e nascimento nos hospitais, e despertou o interesse em conhecer mais sobre o que influencia este processo.

Esta tese está dividida em seis partes. Na introdução é delineada a assistência hospitalar ao parto e nascimento no Brasil e as justificativas.

Na sequência são apresentados os objetivos do estudo e a revisão de literatura organizada em quatro seções abordando: os modelos assistenciais ao parto e nascimento, a humanização com práticas orientadas por evidências científicas e direitos de mulheres, as políticas públicas brasileiras, a assistência ao parto e nascimento em Santa Catarina e estudos avaliativos relacionados ao tema.

No item percurso metodológico são apresentados os procedimentos realizados para a execução do estudo de avaliabilidade e do estudo de casos.

Os resultados são apresentados no formato de quatro artigos. O primeiro deles aborda a realização do estudo de avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento. O segundo analisa aspectos de gestão e assistência desde a admissão hospitalar das mulheres para o parto até o pós-parto. O terceiro aborda fatores que influenciam a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, a partir da contribuição de profissionais da gestão e assistência hospitalar e, o quarto artigo, aborda as vivências das mulheres puérperas em relação à assistência recebida.

A parte textual desta tese encerra-se com a apresentação das considerações finais e, na sequência, são apresentadas as referências, apêndices e anexos.

1 INTRODUÇÃO

O parto é considerado um evento social e cultural em que têm lugar processos fisiológicos espontâneos, psicológicos e sociais e se ancora na vida das pessoas e famílias (GIL, 1998). Reflete o desenvolvimento social e científico de seu contexto, a posição da mulher, da sexualidade, da reprodução, das desigualdades e hierarquias sociais (DINIZ; AGUIAR; NIY, 2021).

Ao longo da história, o parto passou por diversas modificações influenciado pelas mudanças sociais, como a industrialização; pelos conhecimentos tradicionais; pelas pesquisas científicas; pela medicina; pela indústria farmacêutica e pelos movimentos sociais, configurando modelos de atenção em relação ao parto e nascimento com características peculiares nos diferentes países (DAVIS-FLOYD, 2009). Uma importante modificação foi o deslocamento do local de ocorrência dos domicílios para os hospitais e da assistência por outras mulheres, membros do círculo social ou familiar mais próximo da gestante ou reconhecidas pela comunidade por sua experiência e conhecimentos tradicionais médicos (CARNEIRO, 2015).

A experiência do parto e nascimento é um momento único na vida de mulheres e famílias, que, no Brasil, na maioria das vezes, é vivenciado por dentro de uma política pública institucionalizada e regionalmente organizada. As diferentes ações em curso voltadas à saúde das mulheres, em especial ao parto e nascimento, têm buscado impulsionar que os serviços instituam novas atitudes e práticas pautadas em processos de trabalho que sejam orientados pela humanização do cuidado, evidências científicas e garantia de direitos. Entretanto, a realidade vivenciada nos serviços hospitalares brasileiros apresenta desafios (DINIZ et al., 2018; LEAL et al., 2019).

No cenário brasileiro, em 2018, 98% dos partos foram realizados em hospitais, em sua maioria (96%) foram assistidos por profissionais habilitados (BRASIL, [s.d.]). Dados oficiais indicam um percentual de cesáreas de 57% (BRASIL, [s.d.]). O excesso dessas se constitui como um importante problema de saúde pública. De acordo com Boerma et al. (2018), o aumento na taxa de cesáreas tem ocorrido em nível mundial, passando de 12% a 25% entre 2000 e 2015. A América Latina é a região com as maiores taxas e o Brasil figura entre os países com as maiores taxas de cesáreas do mundo.

O inquérito nacional sobre parto e nascimento, realizado entre 2011 e 2012, estimou que apenas 5% das mulheres que não possuíam patologias prévias ou gestacionais identificadas tiveram partos vaginais espontâneos, ou seja, sem qualquer tipo de intervenção. Essa proporção

foi ainda menor entre as primíparas (3,2%) (LEAL et al., 2014). A maioria das intervenções foram consideradas desnecessárias e utilizadas como rotina, apontando para um modelo de atenção ao parto e nascimento com uso excessivo de intervenções, por exemplo, a manobra de Kristeler realizada em 37% dos partos; a episiotomia em 56%; partos em posição litotômica em 92% e, no caso dos recém-nascidos, da aspiração de vias aéreas superiores em 72% e a aspiração gástrica em 40% dos recém-nascidos (LEAL et al., 2014).

Por outro lado, a adesão às práticas recomendadas durante a assistência ao trabalho de parto e parto mostrou não ser muito frequente no país. Estimou-se que 25% das mulheres se alimentaram durante o trabalho de parto, 28% usaram métodos não farmacológicos de alívio da dor e 46% se movimentaram durante o primeiro estágio do trabalho de parto (LEAL et al., 2014).

A redução da mortalidade materna no Brasil ainda se apresenta como um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade. A mortalidade materna é considerada um marcador do desenvolvimento dos países, que pode evidenciar desigualdades sociais, problemas socioeconômicos e desigualdades no acesso aos serviços de saúde (SCARTON et al., 2019). Conforme afirma Drezett (2013), há na mortalidade materna um drama violento, evitável, inaceitável e um bom indicador do respeito da nação pela saúde e pelos direitos humanos e reprodutivos das mulheres.

Nos países desenvolvidos a razão de mortalidade materna (RMM)¹, em 2015, foi de 12 por 100.000 Nascidos Vivos (NV), enquanto em países em desenvolvimento chegou a 239 (WHO, 2015). Embora o Brasil tenha reduzido o número de óbitos maternos entre 1990 e 2015, chegando a uma RMM de 62/100.000 NV (BRASIL, 2018), a quinta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que era de 35/100.000 NV, não foi atingida (WHO, 2015; ALKEMA et al., 2016).

Com a pactuação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, o compromisso com a redução da mortalidade materna foi renovado e espera-se que, até 2035, a razão de mortalidade materna global seja reduzida em dois terços e as disparidades em saúde sejam eliminadas ou reduzidas (SOUZA, 2015).

Os óbitos representam apenas uma parcela do problema. A análise centrada nas estatísticas de mortalidade não permite dimensionar o número de mulheres e crianças que passaram por adoecimento grave nesse momento da vida e que conseguiram sobreviver. O *near*

¹Razão de mortalidade materna: número de óbitos de mulheres por causas ligadas à gravidez, ao parto e ao puerpério/número de nascidos vivos x 100.000. Não é considerada morte materna a que é provocada por fatores acidentais ou incidentais (BRASIL, 2009).

*miss*² é considerado um dado sensível à qualidade assistencial. Estudo realizado por Dias et al., (2014), utilizando dados de 2011 e 2012, estimou a incidência de *near miss* materno no Brasil de 10,2 casos para cada 1.000 NV. Os autores alertaram para a subestimação deste dado, pois não foram incluídos abortamentos, complicações ocorridas no puerpério após a alta hospitalar, partos domiciliares e partos em hospitais com menos de 500 nascimentos por ano. Neste estudo, as maiores incidências foram encontradas entre as mulheres que tiveram parto com o uso de fórceps (40,7 casos/1.000 NV) e cesariana sem trabalho de parto (18 casos/1.000 NV) ou passaram por indução do trabalho de parto (8,6 casos/1.000 NV).

A não realização de pré-natal, complicações durante a gravidez, passar por mais de um hospital até conseguir atendimento, o uso de fórceps e a realização de cesárea foram fatores associados ao *near miss* materno identificados em outro estudo brasileiro (DOMINGUES et al., 2016).

Apesar de a taxa de mortalidade materna brasileira não ter sido reduzida conforme os compromissos pactuados nos ODM, a taxa de mortalidade infantil melhorou nos últimos anos. O país atingiu o objetivo de reduzir em 2/3 a mortalidade infantil entre os anos de 1990 e 2015, embora o componente neonatal da mortalidade infantil ainda seja elevado (LEAL et al., 2018).

A prematuridade influencia o componente neonatal da mortalidade infantil, em especial, no caso dos bebês que tiveram seus nascimentos antecipados sem indicação clínica (BARROS et al., 2018). Resultados de um estudo nacional indicaram um maior número de óbitos de bebês que nasceram por cesariana e por partos com uso de práticas não recomendadas, como a manobra de Kristeller (LANSKY et al., 2014).

Além da prevenção da morbimortalidade materna e neonatal, a assistência ao parto e nascimento deve envolver o respeito aos direitos humanos das mulheres. Entretanto, há desrespeito e abuso no momento da assistência obstétrica e neonatal, inclusive nos países mais ricos (WINDAU-MELMER, 2013). Pesquisa realizada no Brasil revelou uma situação preocupante: uma em cada quatro mulheres brasileiras declarou haver sofrido violência no parto (VENTURI; BOKANY; DIAS, 2010). De acordo com Bohren et al. (2015), os maus-tratos podem ocorrer tanto na interação entre a mulher e o profissional de saúde quanto por falhas sistêmicas nas unidades de saúde e no sistema de saúde. A tolerância em relação à existência de desrespeito e abuso na assistência ao parto denota um sistema que desvaloriza as mulheres e que falha em sua responsabilidade frente às usuárias e aos profissionais que emprega (FREEDMAN; KRUK, 2014). A OMS (2014) reconhece a violência como um problema de

²*Near Miss* materno: uma mulher que quase morre, porém sobrevive à complicação ocorrida na gravidez, no parto ou em até 42 dias após o fim da gestação (WHO, 2009).

saúde pública e tem recomendado que governos e instituições de pesquisa deem visibilidade a esse tipo de violência e atuem na sua prevenção.

Cabe destacar que o desenvolvimento de tecnologias na área da saúde tem contribuído para melhorar as condições de saúde das pessoas. Entretanto, no caso da assistência ao parto e nascimento, muitas vezes tem sido associado à desumanização dos cuidados (TESSER et al., 2015). Apesar da garantia de assistência hospitalar por profissionais habilitados, no Brasil ainda persistem taxas elevadas de morbimortalidade materna e infantil, descrito por Diniz (2009) como paradoxo perinatal, em que mais acesso a serviços e à tecnologia não significa, necessariamente, mais qualidade na assistência e mais saúde materna e neonatal. A autora argumenta que, no caso brasileiro, se convive com “o pior dos dois mundos: o adoecimento e a morte por falta de tecnologia apropriada e o adoecimento e a morte por excesso de tecnologia inapropriada” (DINIZ, 2009, p. 316).

O cenário epidemiológico aqui descrito, somado ao aparente descompasso entre as práticas recomendadas e as práticas identificadas nos serviços em alguns estudos, sugere que é necessário ampliar o conhecimento sobre as questões pertinentes às problemáticas do atendimento ao parto e nascimento no Brasil. Nesse sentido, a avaliação em saúde pode ser útil para ajudar a identificar dificuldades e contribuir para a incorporação de práticas sanitárias e a ampliação da compreensão sobre os efeitos das ações implementadas (HARTZ; SILVA, 2005; SILVA, 2014).

Fica evidenciada a necessidade de desenvolver processos de avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, compreendendo todo o período de internação hospitalar para o parto, ou seja, desde admissão até o pós-parto, bem como aspectos da gestão e da assistência. Foi encontrado um número reduzido de estudos avaliativos com esse foco, sendo a maioria voltada para aspectos específicos da assistência (OLIVEIRA et al., 2015; PAZANDEH et al., 2015; SERBANESCU et al., 2017; ARAÚJO et al., 2019; SILVA et al., 2020).

Justifica-se a escolha do cenário de estudo, o estado de Santa Catarina, uma vez que esse possui a rede de saúde materna e infantil (Rede Cegonha) implementada em todas as regiões de saúde do seu território e uma das melhores taxas de mortalidade materna e infantil do país (BRASIL, 2018). Apesar desses aspectos favoráveis, o percentual de cesarianas é considerado alto (57%) (BRASIL, [s.d.]) e persistem dificuldades quanto ao modelo assistencial ao parto e nascimento (VELHO et al., 2019).

O presente estudo busca responder aos seguintes questionamentos: quais são os elementos, contextos e atores a serem contemplados em uma avaliação da assistência ao parto e nascimento pautada em humanização, evidências científicas e direitos? Quais são as

condições da assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses? Que fatores influenciam a assistência hospitalar ao parto e nascimento na perspectiva dos profissionais? Qual a percepção das puérperas sobre a assistência vivenciada?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Avaliar a assistência hospitalar ao parto e nascimento em hospitais de Santa Catarina.

1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Identificar elementos, contextos e atores a serem contemplados em um plano avaliativo e sua viabilidade.
- b) Conhecer as condições da gestão e assistência, desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto, em hospitais catarinenses.
- c) Identificar os fatores que influenciam a assistência hospitalar ao parto e nascimento na perspectiva de profissionais da gestão e da assistência.
- d) Sistematizar a percepção das puérperas sobre a experiência assistencial no parto e nascimento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura apresenta, inicialmente, aspectos relacionados aos modelos assistenciais voltados ao parto e nascimento. Na sequência aborda-se a humanização da assistência, o que envolve as práticas baseadas em evidências científicas e direitos. Dando seguimento, são abordadas as políticas públicas voltadas à assistência ao parto e nascimento no Brasil e em Santa Catarina e, ao final, estudos avaliativos relacionados com a assistência ao parto e nascimento.

2.1 MODELOS ASSISTENCIAIS

A partir do resgate das formulações teóricas acerca do tema ‘modelo assistencial’, concluiu-se que esse é um termo polissêmico, utilizado para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. Entretanto, o seu uso comumente se refere ao modo como, “em um determinado contexto histórico-social, são organizados os serviços de saúde, como são realizadas as práticas, os valores que orientam o modo como a sociedade define saúde e os direitos dos seres humanos em relação à vida” (FERTONANI et al., 2015).

De acordo com Paim (2001), modelos de atenção à saúde são arranjos estruturados para atender às necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas, e solucionar problemas. Eles podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências do campo técnico-científico, no intuito de orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos, como uma lógica que orienta a ação. Portanto, refletir sobre modelos de atenção é refletir sobre as políticas públicas que se desdobram em planos, programas, projetos, bases de dados, sistema de informação e pesquisas.

Nesse sentido, a atenção integral às mulheres, o que inclui a assistência ao parto e nascimento, deve se pautar pela universalidade, integralidade e equidade, que são pressupostos da Reforma Sanitária incorporados ao SUS. Além disso, o modelo de atenção ao parto e nascimento deve se orientar pela humanização do cuidado, com o uso de evidências científicas, baseadas nos direitos das mulheres (AQUINO, 2014).

O modelo de atenção à saúde e o modelo de atenção ao parto se articulam em uma relação não de causalidade, mas de interdependência e de legitimação. Na condição de processos paralelos, que se dão em um contexto histórico, cultural, social e econômico complexo, ambos os modelos estão conectados de modo a se realimentarem (MAIA, 2010).

Destacam-se dois pensadores sobre os modelos assistenciais ao parto e nascimento, internacionalmente reconhecidos: Robbie Davis-Floyd, antropóloga norte-americana, que incorpora a antropologia e a categoria gênero nas suas proposições, e Marsden Wagner, pediatra norte-americano, com atuação na OMS na área de saúde das mulheres e das crianças, que inclui as evidências científicas e a retomada do controle dos partos pelas mulheres em suas proposições.

A antropóloga americana Robbie Davis-Floyd (2001) estabeleceu uma divisão didática de três paradigmas de cuidado que exercem forte influência sobre o parto contemporâneo, mais particularmente no Ocidente, mas cada vez mais presentes em todo o mundo: os modelos tecnocrático, humanista e holístico, apresentados no Quadro 1. A autora descreveu 12 princípios de cada modelo.

Quadro 1 - Princípios dos modelos tecnocrático, humanista e holístico (Davis-Floyd, 2001)

MODELO TECNOCRÁTICO	MODELO HUMANISTA	MODELO HOLÍSTICO
Separação corpo-mente	Conexão corpo-mente	Unicidade de corpo-mente e espírito
Corpo como máquina	Corpo como organismo	Corpo como sistema de energia interligado com outros sistemas de energia
Paciente como objeto	Paciente como sujeito	Paciente integrado ao processo de cura
Distanciamento do profissional em relação ao paciente	Conexão entre médico e paciente	Unidade entre médico e paciente
Diagnóstico e tratamento de fora para dentro	Diagnóstico e cura de fora para dentro e de dentro para fora	Diagnóstico e cura de dentro para fora
Organização hierárquica e padronização dos cuidados	Equilíbrio entre os desejos da instituição e do indivíduo	Individualização da assistência
Autoridade e responsabilidade são do profissional	Informação, tomada de decisões e responsabilidade compartilhadas entre profissional e paciente	Autoridade e responsabilidade inerente ao indivíduo
Valorização excessiva da ciência e da tecnologia	Ciência e tecnologia em equilíbrio	Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo
Intervenções com ênfases em resultados em curto prazo	Foco na prevenção	Foco na cura
Morte como fracasso	Morte é aceitável	Morte entendida como um processo, uma etapa essencial no processo de vida
A condição hegemônica é mantida e reforçada pelo rendimento que gera	Cuidado orientado pela empatia	Consciência de que o dinheiro é necessário para a sobrevivência, mas não se deixar guiar por ele, e sim pelo processo de cura
Intolerância para com outras modalidades	Abertura para outras modalidades, desde que também se incluam modalidades convencionais	A visão do corpo como um campo de energia permite incorporar diversas modalidades de cura

Fonte: Adaptado de Davis-Floyd, 2001.

O modelo tecnocrático pode ser caracterizado como um modelo que prevê a institucionalização do parto; a utilização acrítica de novas tecnologias; a incorporação de intervenções, muitas vezes consideradas desnecessárias, e por se organizar de maneira conveniente aos profissionais de saúde, e não para as mulheres (RATTNER, 2009). Aquele modelo apresenta relação com o modelo biomédico norte-americano, o qual é “centrado na doença e no hospital, assistência individual, positivista, curativista, biologicista e fragmentada” (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O modelo humanista consiste na conexão entre corpo e mente, compreende o corpo como um organismo e a utilização de tecnologia de maneira equilibrada, por considerar que a assistência deve ser menos invasiva possível. Ele privilegia o bem-estar das mulheres e dos bebês., privilegiando o bem-estar da desses e buscando ser o menos invasivo possível (DAVIS-FLOYD, 2001). Nessa concepção, o parto pode ocorrer tanto em casas de parto quanto em ambulatórios, sendo que o hospital é o local para os casos em que comprovadamente são esperadas complicações como forma de reduzir o tempo de transferência, caso seja necessário um parto cirúrgico (RATTNER, 2009).

Na classificação proposta por Davis-Floyd (2001), o modelo humanista não rompe com a lógica do modelo tecnocrático, embora apresente avanços. A ruptura inovadora seria a do modelo holístico (MAIA, 2010).

Esse dá ênfase à unidade do corpo, da mente e do espírito, compreende o corpo como energia em interação com outros campos de energia e a tecnologia enquanto ferramenta a ser colocada a serviço dos indivíduos (DAVIS-FLOYD, 2001). Preconiza a “individualização do cuidado e incorpora, além do entendimento do parto como evento biológico, social, cultural e sexual, o enfoque do nascimento e do parto como eventos da vida espiritual” (RATTNER, 2009).

De acordo com Davis-Floyd (2001), os obstetras contemporâneos têm uma oportunidade única de combinar elementos dos diferentes modelos e estabelecer um sistema de cuidados mais eficaz. Há uma variedade de informações disponíveis sobre diversas práticas de partos de diferentes culturas, algumas, como massagem e posições eretas para o parto, são altamente benéficas e devem ser incorporadas.

Há muitas informações disponíveis por meio de estudos científicos que dizem muito sobre a fisiologia do nascimento e existem tecnologias para apoiar todo tipo de escolha. Em sua perspectiva de análise, ao se aplicar tecnologias apropriadas, combinadas com os valores do humanismo e a abertura espontânea à individualidade e à energia fretada pelo holismo, poder-se-ia de fato criar o melhor sistema obstétrico que o mundo já conheceu (DAVIS-FLOYD,

2001). Entretanto, o modelo dominante na sociedade americana é o modelo tecnocrático, amplamente difundido no Brasil (MAIA, 2010).

Marsden Wagner (2001) realiza uma crítica ao sistema norte-americano. Reflete sobre por que “peixes não veem a água na qual eles nadam”, ou seja, profissionais de saúde, sejam eles médicos, obstetrites ou enfermeiras obstetras, com inserção no modelo tecnocrático hospitalar, muitas vezes, não conseguem enxergar o profundo efeito de intervenções rotineiras que realizam e acabam perpetuando práticas arraigadas que já poderiam ter sido modificadas e que podem causar iatrogenias (WAGNER, 2001).

Este autor (WAGNER, 2001) descreve a existência de três modelos de assistência ao parto: medicalizado, humanizado e intermediário. O modelo medicalizado, encontrado nos EUA, na Irlanda, na Rússia, na República Tcheca, na França, na Bélgica e no Brasil urbano, apresenta uso excessivo de tecnologia, intervenções invasivas, decisões centradas no profissional médico, retirada do protagonismo das mulheres no momento do parto, sem reconhecimento da atuação de obstetrites e enfermeiras.

O modelo humanizado, hegemônico na Holanda, Nova Zelândia, Dinamarca, Noruega, Suécia, Finlândia e Islândia, se caracteriza pela atuação harmônica de obstetrites, enfermeiras e médicos, baixas taxas de intervenção, serviços baseados em evidências científicas. O modelo intermediário, que combina características dos dois modelos citados, está presente na Inglaterra, no Canadá, na Espanha, na Alemanha, no Japão e na Austrália (WAGNER, 2001; MAIA, 2010).

Wagner (2001) alerta para a importância de se fazer uso das evidências científicas, utilizar as tecnologias de maneira harmoniosa com os processos fisiológicos e centrar o cuidado nas necessidades da mulher e do bebê, e não nos interesses de categorias profissionais e de empresas farmacêuticas.

O autor refere que a implementação do modelo medicalizado ocidental de maneira generalizada para países em desenvolvimento é considerada perigosa, pois gera desperdício de recursos financeiros, humanos e materiais e pode ser uma tragédia, dependendo do contexto. Quando os países em desenvolvimento adotam práticas obstétricas ocidentais não baseadas em evidências, outras mulheres nesses lugares podem estar morrendo de câncer porque não foram diagnosticadas cedo o suficiente devido à falta de recursos (WAGNER, 2001).

Há necessidade de se redirecionar os cuidados obstétricos, considerando a natureza biológica, social, cultural e espiritual do nascimento humano. Adotar estratégias que coloquem as mulheres e suas famílias de volta ao controle do nascimento de suas crianças e que deem

poder à mulher para acreditar em si mesma e no que seu corpo é capaz de fazer (WAGNER, 2001).

“As pessoas têm nadado no mar primordial fisiológico, social e cultural por um longo, longo tempo, podem ver a água, sabem onde estão os tubarões e são capazes de encontrar eventualmente seu caminho para a reivindicação da humanização do parto” (WAGNER, 2001, p. 36).

Para se avançar na qualificação da assistência ao parto e nascimento, o estudo dos diferentes modelos e a identificação de suas características podem contribuir para a oferta de uma assistência que utilize a tecnologia de forma adequada e em tempo oportuno.

2.2 HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO

Os modelos de assistência ao parto e nascimento coexistem e podem ser encontrados em estado puro ou mesclados, a depender do país, do profissional e do contexto local (DAVIS-FLOYD, 2001). Um dos motivos da existência de diferentes modelos se situa na medicalização do parto e nascimento, o que passou a ocorrer mais fortemente a partir da segunda metade do século XX, com o parto passando dos domicílios assistido por mulheres para os hospitais (GOBERNATRICES et al., 2008).

No século XX, o desenvolvimento industrial influenciou todos os setores da atividade humana e, na saúde, o componente técnico foi privilegiado em detrimento do componente cuidado, e a racionalidade mecânica ou industrial foi aplicada ao entendimento dos muitos aspectos da assistência à saúde (RATTNER, 2009). Para Gaitán-Duarte e Eslava-Schmalbach (2017), a falta de confiança na natureza e o excesso de confiança médica na tecnologia levaram à utilização de práticas que caracterizaram a obstetrícia moderna e influenciaram o distanciamento do parto de sua essência natural.

De acordo com Rattner (2009), os avanços na antibioticoterapia, meios tecnológicos para diagnósticos e terapêuticas, e a melhoria nas condições de vida contribuíram para a redução da mortalidade materna e neonatal. No Brasil também houve melhoria da qualidade da informação, ampliação do acesso ao pré-natal por meio da Estratégia Saúde da Família e ao parto hospitalar, mesmo assim há dificuldades na redução da mortalidade materna, o que pode estar relacionado a problemas no acesso a serviços com qualidade para a assistência à gestação, ao parto e ao pós-parto. De acordo com estudos de análise da mortalidade materna em países em desenvolvimento, mais de 90% dessas mortes seriam evitáveis (RATTNER, 2009).

O modelo tecnocrático da assistência, no sentido atribuído por Davis-Floyd (2003), tem sido apontado como um fator de influência das altas taxas de mortalidade materna e infantil em vários países. A autora argumenta que aquele modelo desrespeita os direitos reprodutivos e sexuais das mulheres e reduz o parto a um fenômeno patológico, médico e fragmentado, em que o excesso de cesáreas é um exemplo paradigmático da excessiva intervenção tecnológica sobre corpo das mulheres (TORNQUIST, 2003; TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018). Rattner (2009) alerta que essa visão tem sido adotada acriticamente na academia e detalhada em livros tradicionais da obstetrícia.

Já na década de 1990 um estudo sobre a construção do conhecimento médico alertava que os estudantes de medicina ao iniciarem sua trajetória acadêmica têm o desejo de praticar uma medicina que integra cuidado e competência técnica. Entretanto, no decorrer da graduação, a formação técnica passa a ser mais valorizada e entendida como algo que precisa ser aprendido enquanto o cuidado seria uma qualidade inata, que não precisa ser ensinada (GOOD; GOOD, 1993).

No contexto brasileiro o desenvolvimento da competência técnica se tornou uma tradição na formação médica, sendo a realização de procedimentos uma expectativa dos internos, em geral incentivada pelos seus supervisores e pela própria proposta educacional de treinamento em serviço (HOTIMSKY, 2009).

De acordo com MATIAS et al. (2019), a partir da consolidação do modelo biomédico na formação, as perspectivas psicossocial e coletiva do processo saúde-doença-atenção não foram incluídas nos currículos, o que levou a um distanciamento das necessidades da população e da organização dos sistemas de saúde.

Um estudo que trata da origem da ginecologia e obstetrícia, realizado por Rohden (2002), identificou uma relação entre patologia e a natureza das mulheres, pois sua fisiologia patológica era inata, o que demandou a criação de uma ciência específica. Segundo Davis-Floyd (2003), na perspectiva tecnocrática, que embasa a formação médica, o corpo humano é visto como uma máquina que necessita de conserto por meio de tecnologias assistenciais. E, no caso do corpo feminino, esta máquina é mais imprevisível levando à maior necessidade de intervenção e controle.

A medicalização e tecnificação da assistência sanitária tem se centrado no útero das mulheres, algumas vezes esquecendo a sua subjetividade. Centrar-se somente na segurança e na evidência científica não garante a humanização do cuidado (GOBERNA-TRICAS et al., 2008; GOBERNA-TRICAS, 2012).

Em que pese as contribuições do desenvolvimento da medicina para a resolução ou amenização de problemas de saúde, estudos têm demonstrado que há uso abusivo de técnicas, o que nem sempre tem resultado em mais saúde e satisfação (LEAL et al., 2014; MOREIRA et al., 2014; VELHO, 2016).

Há algumas décadas, têm surgido iniciativas nacionais e internacionais, que objetivam modificar o modelo de cuidados de saúde desde o nascimento. A partir da década de 1980, surgem mais vozes críticas e movimentos sociais que influenciaram mudanças nas ideias dominantes e na conceituação do cuidado de qualidade, levando Estados e organizações internacionais a iniciarem modificações legislativas nesta linha (GOBERNA-TRICAS, 2011).

Em 1985, em Fortaleza, Brasil, os escritórios regionais da OMS na Europa e nas Américas e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) promoveram uma conferência sobre tecnologia apropriada para o parto, em que a OMS reviu o modelo de atenção à gravidez, parto e nascimento por considerar que a medicalização não respeitava o direito das mulheres de receber uma atenção adequada e não levava em conta suas necessidades e expectativas, limitando sua autonomia (BIURRUN-GARRIDO; GOBERNA-TRICAS, 2013).

Como produto desta conferência, foi elaborada a Carta de Fortaleza, que foi publicada na revista *The Lancet* (WHO, 1985), em que se recomenda: participação das mulheres na construção e avaliação dos programas, respeito à liberdade de escolha de posições no parto, presença de acompanhante, supressão de enemas, raspagens e amniotomia, abolição do uso rotineiro da episiotomia e da indução do parto.

Este documento refere que países com as menores taxas de mortalidade perinatal possuem percentual de cesárea abaixo de 10% e que não há justificativa para taxas maiores que 10% a 15% (WHO, 1985; DINIZ, 2005). Sobre as taxas de cesáreas, atualmente não há um consenso sobre o percentual ideal em nível populacional (BETRAN et al., 2015; OMS, 2015). Entretanto, taxas maiores que 10% não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal (YE et al., 2014).

Segundo Diniz (2005), em 1996, a OMS publicou uma síntese de uma revisão exaustiva que incluiu mais de 40.000 artigos e 275 práticas de assistência perinatal, classificadas quanto à sua efetividade e segurança. Esta publicação ficou conhecida como as Recomendações da OMS e, no Brasil, foi publicada pelo Ministério da Saúde, sob o título *Assistência ao Parto Normal: um Guia Prático*.

No caso brasileiro, a implementação das políticas públicas voltadas à assistência ao parto e nascimento foi evoluindo ao longo do tempo e a humanização fez parte desse processo de evolução. Desde a década de 1970 foram identificadas experiências voltadas a modificar a

assistência ao parto e nascimento na direção da humanização, experiências dos médicos Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Paraná, ambos inspirados nas práticas de parteiras tradicionais e de povos indígenas; a experiência do Hospital Pio X em Goiás e grupos voltados à assistência humanizada à gravidez e ao parto, como os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco (DINIZ, 2005).

A implementação de iniciativas se intensifica no Brasil, a partir da década de 1990 com a instituição do Sistema Único de Saúde (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009). Além disso, a sociedade civil também tem desempenhado um papel importante, como é o caso da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), fundada em 1993, cujos participantes têm entre suas grandes preocupações “a difusão de informações sobre como deveria se dar a atenção à mulher e ao bebê durante a gestação e o parto” (RATTNER et al., 2010).

O termo humanização tem sido utilizado há pelo menos quarenta anos e assume sentidos diversos (DAVIS-FLOYD, 2001, 2009; WAGNER, 2001; DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; CARNEIRO, 2011, 2015).

A Conferência Internacional sobre Humanização do Parto realizada em Fortaleza, Brasil, nos anos 2000, foi promovida pela Agência de Cooperação Internacional do Japão e organizada por integrantes do movimento brasileiro pela humanização e reuniu cerca de 2.000 participantes de mais de 23 países, (RATTNER, 2009).

Nela foi formulado o conceito de ‘humanização’, entendido como um processo de comunicação e cuidado entre as pessoas que conduz à autotransformação e compreensão do espírito fundamental da vida e a um sentido de compaixão e unidade com o universo, o espírito e a natureza, os membros da família, comunidade, país e sociedade global e com outras pessoas no futuro, bem como com as gerações anteriores (UMENAI, 2001). A partir daí, diversos autores começam a utilizar este conceito em seus estudos.

No decorrer do processo de construção do SUS, o tema da humanização aparece em diversas iniciativas visando melhorar a qualidade assistencial aos usuários e as condições de trabalho e de formação para os trabalhadores do SUS. A humanização fez parte da XI Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, e que tinha como temática: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. No mesmo ano foram lançados o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, o Método Canguru: atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, entre outras iniciativas (SOUZA; MENDES, 2009).

No ano de 2003 foi criada a Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão no SUS (PNH). Ela tinha como objetivo produzir mudanças de práticas de saúde, qualificando modos de cuidado e modos de gerir no SUS (BRASIL, 2004).

A PNH relaciona a humanização à autonomia e ao protagonismo dos sujeitos envolvidos com a produção de saúde; ao estabelecimento de vínculos solidários; à participação nos processos de gestão, tendo como foco as necessidades dos cidadãos; à qualificação da ambiência; à melhoria das condições de trabalho; ao respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas e ao fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional e do controle social (BRASIL, 2004; RATTNER, 2009).

Diniz (2005), a partir de um estudo realizado em maternidades de São Paulo apresenta alguns sentidos que o termo pode assumir e ressalta que pode haver superposição entre eles:

- Humanização referida à legitimidade científica da medicina baseada ou da assistência baseada em evidências: está orientada pelo uso da tecnologia apropriada e de respeito à fisiologia. Considerada padrão-ouro, ou seja, a prática orientada por meio de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e não orientada pela opinião e pela tradição, contrapondo a ideia da intervenção como moderno.

- Humanização referida à legitimidade política e defesa dos direitos de mulheres, crianças e famílias: com foco na assistência segura e não violenta, relacionada aos direitos humanos. O termo humanização também é um termo considerado menos acusatório para abordar a violência institucional.

- Humanização referida ao resultado da tecnologia adequada na saúde da população: essa adequação resultaria em melhores resultados com menos agravos iatrogênicos maternos e perinatais e, além de melhores resultados individuais, traria melhoras em nível populacional.

- Humanização como legitimidade profissional e corporativa de um redimensionamento dos papéis e poderes na cena do parto: mudança nos papéis e poderes exercidos pelos profissionais envolvidos com a cena do parto e reconhecimento da atuação de enfermeiras obstetras.

- Humanização referida à legitimidade financeira dos modelos de assistência, da racionalidade no uso dos recursos: busca refletir sobre o financiamento público.

- Humanização referida à legitimidade da participação da parturiente nas decisões sobre sua saúde, à melhora na relação médico-paciente ou enfermeira-paciente: ênfase no diálogo; inclusão do acompanhante e negociação sobre procedimentos de rotina.

- Humanização como direito ao alívio da dor: inclusão para pacientes do SUS no consumo de procedimentos tidos como humanitários.

Um estudo espanhol identificou 15 artigos publicados entre 1997 e 2012 que explicavam e que esclareciam o conceito de humanização do parto. A partir da análise do conjunto de artigos selecionados, as autoras concluíram que o conceito de humanização do parto é complexo e polissêmico, devendo ser definido a partir de um conjunto de aspectos técnicos, éticos e atitudinais. A humanização do parto segue sendo um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e para a sociedade (BIURRUN-GARRIDO; GOBERNA-TRICAS, 2013).

De acordo as autoras supracitadas, a bibliografia define o cuidado humanizado como aquele que coloca a mulher no centro do cuidado (DAVIS-FLOYD, 2001; MISAGO; KENDALL, 2001; BEHRUZI et al., 2010; BEHRUZI, 2011). e não se limita à aplicação técnica dele. Além do cuidado orientado por evidências científicas, faz parte do conceito de humanização do parto a oferta de informações que auxiliem a mulher a ser protagonista e a tomar suas próprias decisões (HARRISSON et al., 2003). Sendo assim, a capacidade de escuta dos profissionais, a empatia e a oferta de suporte emocional são fundamentais (HODNETT, 2000; KUO, 2005). De acordo com Wagner (2007), os profissionais de saúde devem construir uma relação de respeito entre si para que possam utilizar conhecimentos médico-sanitários e tecnologias corretas no momento da assistência (BIURRUN-GARRIDO; GOBERNA-TRICAS, 2013).

Biurrun-Garrido e Goberna-Tricas (2013) concluíram que, para que o cuidado humanizado seja realizado, os profissionais devem basear seus conhecimentos e suas práticas em evidências, lançar mão de competências ético-atitudinais, tais como respeito, empatia e escuta ativa, para respeitar a autonomia da mulher na tomada de decisões e, assim, colocá-la no centro do cuidado.

Em 2018 foi publicado um estudo brasileiro que analisou 11 trabalhos (quatro dissertações e sete teses), produzidos entre 1987 e 2012, sobre o discurso científico de humanização do parto e nascimento no Brasil. Nesse estudo a polissemia do termo humanização também foi evidenciada (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

As autoras concluíram que a humanização faz uma crítica à prática médica convencional, sem negar a instituição hospital, mas com uma aposta na mudança por dentro dessa instituição; opõe-se ao modelo de assistência ao parto dominante no país; está associada à defesa de direitos humanos, com enfoque nos direitos reprodutivos; considera o parto um

evento único e singular para uma pessoa singular; está embasada em evidências científicas; relaciona-se a um movimento social, que advoga pelo protagonismo da mulher, e pauta a inserção de outros profissionais, sobretudo, de enfermeiras obstétricas, na assistência ao parto vaginal (BOURGUIGNON; GRISOTTI, 2018).

É possível identificar que existe diálogo entre os sentidos de humanização adotados. Parece haver convergência, em especial, quando se trata das práticas orientadas por critérios científicos, uso racional de tecnologias, defesa de direitos, autonomia e participação das mulheres nas decisões assistenciais.

Autonomia e atenção personalizada são conceitos chave para a humanização do cuidado nas maternidades. Tornquist (2003) alerta que o ideário do parto humanizado contém paradoxos e que mesmo diante de iniciativas com o discurso da humanização está presente o risco da prescrição de práticas de forma generalizada, desconsiderando as diferentes situações que as mulheres vivem, as diferentes conformações de famílias, as distintas vivências de sexualidade, bem como as singularidades das mulheres.

2.2.1 Práticas de assistência ao parto e nascimento baseadas em evidências

A assistência ao parto e nascimento, baseada em evidências, considera o uso das melhores pesquisas sobre segurança e efetividade de exames, procedimentos, tratamentos e outras intervenções para ajudar a tomada de decisões no momento do cuidado. De acordo com Sackett (1997), as decisões em saúde mais eficientes relacionam a evidência científica atual, os recursos de saúde disponíveis, as circunstâncias clínicas e as preferências das pessoas. Envolve ainda serviços de saúde e as demais profissões da área, ampliando o espectro para além da medicina e adotando o termo cuidados ou práticas de saúde baseados em evidências (GRAY, 2009).

A biblioteca virtual *Cochrane Library* é considerada uma referência para a área da saúde e produz revisões sistemáticas da produção científica internacional. A obstetrícia formou um grupo de colaboração internacional no intuito de reunir pesquisas para se definir as práticas necessárias e as desnecessárias em cada caso e quando elas seriam prejudiciais (MENDONÇA, 2015). No tripé da prática baseada em evidências científicas, são considerados a expertise/prática clínica dos profissionais, as melhores evidências científicas disponíveis e os valores e as crenças de usuários, que devem ter participação ativa no processo decisório do melhor cuidado ou tratamento. A integração desses três componentes nas decisões clínicas pode

ampliar a chance de se obter melhor resultado e qualidade de vida, uma vez que as evidências devem extrapolar as características individuais de cada paciente (VELHO, 2016).

A partir de revisões sistemáticas publicadas na Biblioteca *Cochrane*, de recomendações orientadas por evidências e preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e pelo Ministério da Saúde brasileiro, além de referências reconhecidas na área, Velho (2016) apresentou as recomendações para as principais práticas na assistência ao parto e nascimento e os desfechos maternos e neonatais.

Foi realizada uma atualização e complementação da revisão construída por Velho (2016) no intuito de verificar se novas revisões *Cochrane* haviam sido publicadas ou atualizadas, bem como se OMS, Organização Panamericana da Saúde (OPAS), Ministério da Saúde brasileiro e SBP haviam publicado novas recomendações. Além disso, foram incluídas quatro práticas: clampeamento do cordão umbilical, primeiro banho do recém-nascido, profilaxia da oftalmia neonatal de rotina e aspiração das vias aéreas e gástrica de recém-nascidos.

Realizou-se busca no site da *Cochrane Library* utilizando-se os termos: “*continuous support*” and labour; “*maternal positions*” and labour; “*pain management*” and labour; “*restricting oral fluid*” and food and labour; midwife; “*skin-to-skin contact*”; breastfeeding; “*umbilical cord clamping*”; Kristeller; “*perineal shaving*”; enema and labour; amniotomy; episiotomy and “*vaginal birth*”; induction of labour; “*intravenous oxytocin*” and labour; caesarean; bathing and newborn; ophthalmia and newborn; suction and newborn; “*suction gastric*” and newborn.

Em setembro de 2021 se procedeu à nova verificação na biblioteca *Cochrane*, OMS, OPAS, Ministério da Saúde e SBP para verificar a existência de atualização em relação às práticas listadas. Foi encontrada atualização na revisão sistemática sobre indução do trabalho de parto, que será apresentada a seguir no item correspondente.

As práticas de assistência ao parto e nascimento descritas nesta atualização foram agrupadas considerando as conclusões das revisões e as recomendações das diretrizes nacionais e internacionais em três categorias, a partir de uma adaptação da classificação da OMS (1996):

Práticas que devem ser estimuladas: apoio à mulher durante o trabalho de parto, liberdade de posição materna e movimentação durante o trabalho de parto, liberdade de posição no período expulsivo para mulheres sem analgesia epidural, manejo da dor para mulheres em trabalho de parto, ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, assistência ao parto por enfermeiras obstetras e/ou obstetrias, contato pele a pele, amamentação na primeira

hora de vida e clampeamento oportuno do cordão umbilical e retardamento do banho do recém-nascido e da profilaxia da oftalmia neonatal.

Práticas que não devem ser utilizadas: manobra de Kristeller, tricotomia, enema, amniotomia e episiotomia de rotina e aspiração das vias aéreas e gástrica de rotina.

Práticas que devem ser utilizadas com cautela e/ou que requerem mais estudos: indução do trabalho de parto, uso de ocitocina e cesárea.

2.2.1.1 Práticas que devem ser estimuladas

a) Apoio à mulher durante o trabalho de parto: historicamente, as mulheres eram atendidas e apoiadas por outras mulheres durante o trabalho de parto. Com a migração do parto para os hospitais, o apoio contínuo durante o trabalho de parto, muitas vezes, se tornou a exceção, e não a rotina (BOHREN et al., 2017).

O apoio contínuo no trabalho de parto pode melhorar vários resultados para a mãe e o bebê sem a existência de desfecho adverso (BOHREN et al., 2017).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o Parto Normal publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), as parturientes devem ter apoio contínuo e individualizado durante o trabalho de parto e o parto, de preferência por pessoa que não seja membro da equipe hospitalar. Este apoio não dispensa o oferecido pelo pessoal do hospital. O documento afirma ainda que mulheres em trabalho de parto não devem ser deixadas sozinhas, exceto por curtos períodos de tempo ou por sua solicitação, e que devem ter acompanhantes de sua escolha durante o trabalho de parto e no momento do parto, o que não invalida ou substitui o apoio por pessoa de fora da rede social da mulher, como é o caso das doulas.

Esta recomendação também está referendada pela OMS (WHO, 2018).

b) Posição materna e movimentação durante o trabalho de parto: a orientação às mulheres para que permaneçam deitadas no leito durante o trabalho de parto é comum em serviços de diferentes países. A opção por essa posição parece estar mais ligada à conveniência do profissional que atende as mulheres do que a benefícios para essas e/ou para os bebês. Estudos observacionais alertam que nessa posição podem ocorrer efeitos adversos sobre as contrações uterinas que impeçam o progresso do trabalho de parto e, em algumas parturientes, ocorre redução do fluxo sanguíneo placentário (LAWRENCE et al., 2013).

É recomendável que as gestantes de risco habitual em trabalho de parto sejam informadas sobre os benefícios das posições verticais, estimuladas e apoiadas para assumir qualquer posição de sua escolha (LAWRENCE et al., 2013).

A recomendação sobre escolha da posição e movimentação está presente nas diretrizes para o Parto Normal (BRASIL, 2017) e nas recomendações da WHO (2018).

c) Liberdade de posição no período expulsivo para mulheres sem analgesia epidural: a escolha por dar à luz na posição supina parece ter sido adotada por conveniência dos profissionais que assistem os partos. Entre as mulheres, são comuns os relatos de dor, dificuldade e desconforto em parir naquela posição. Por outro lado, acredita-se que dar à luz em posições verticais é mais fácil, pois a pelve é capaz de se expandir à medida que o bebê desce; a gravidade também pode ser útil e o bebê pode se beneficiar porque o peso do útero não pressionará os principais vasos sanguíneos da mãe, que fornecem oxigênio e nutrição para o bebê (GUPTA et al., 2017).

De maneira geral, as mulheres devem ser encorajadas a dar à luz em qualquer posição que achem confortável (GUPTA et al., 2017).

De acordo com as diretrizes para o Parto Normal, a mulher deve ser incentivada a adotar qualquer outra posição que ela achar mais confortável incluindo as posições de cócoras, lateral ou quatro apoios (BRASIL, 2017). Essa indicação também está presente nas recomendações da WHO (2018).

d) Manejo da dor para mulheres em trabalho de parto: a percepção da dor experimentada durante o trabalho de parto varia entre as mulheres e é afetada por fatores fisiológicos e psicossociais. É comum que as mulheres em trabalho de parto solicitem alívio da dor (JONES et al., 2012).

As intervenções para alívio da dor foram categorizadas entre o que funciona, o que pode funcionar e intervenções com evidências insuficientes (Tabela 1) (JONES et al., 2012).

Tabela 1 - Categorização das intervenções para alívio da dor (JONES et al., 2012)

Intervenções que funcionam:	analgesia epidural, analgesia combinada raquiperidural, analgesia inalatória
Intervenções que podem funcionar:	imersão em água, relaxamento, acupuntura, massagem, bloqueios anestésicos locais, medicamentos não opioides
Intervenções com evidências insuficientes:	hipnose, biofeedback, injeção de água estéril, aromaterapia, TENS ou opioides parenterais

Fonte: Adaptado de Jones et al., 2012.

É importante a utilização de intervenções para o manejo da dor no trabalho de parto em conformidade com o desejo, a necessidade e a circunstância de cada mulher, levando-se em consideração a duração prevista para o trabalho de parto, a condição fetal e qualquer intervenção que esteja sendo utilizada para acelerar ou induzir o trabalho de parto (JONES et al., 2012).

No que se refere aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, de acordo com as diretrizes para o Parto Normal publicadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), há recomendação de que os profissionais de saúde apoiem as escolhas das mulheres quanto ao uso de métodos não farmacológicos, tais como técnicas de massagem, relaxamento, acupuntura (se houver profissional habilitado), músicas, aromaterapia. Sempre que possível deve ser ofertada imersão em água. Também é recomendado que os métodos não farmacológicos de alívio da dor devem ser oferecidos à mulher antes da utilização de métodos farmacológicos.

Quanto aos métodos farmacológicos as principais recomendações das diretrizes para o Parto Normal (BRASIL, 2017) são o uso de analgesia inalatória e analgesia regional, sendo que, em qualquer situação, a mulher deve ser informada dos riscos, benefícios e efeitos. A analgesia no parto deve visar ao controle adequado da dor com o menor comprometimento possível das funções sensoriais, motoras e autonômicas para que as parturientes se mantenham em movimento.

As recomendações da WHO (2018) orientam que a pedido das mulheres saudáveis em trabalho de parto pode ser oferecido, por exemplo, uso de relaxamento, respiração, música, meditação atenção plena (*mindfulness*), massagens, compressas dependendo da preferência da mulher. Quanto aos métodos farmacológicos, as principais recomendações da WHO (2018) são o uso de anestesia peridural e opioides para gestantes saudáveis, dependendo da preferência da mulher.

e) Ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto: a restrição de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto ainda é comum em muitos serviços. Essa orientação está relacionada a um estudo publicado em 1940 por um obstetra norte-americano chamado Mendelson, que afirmou que, durante a anestesia geral, existia maior probabilidade de vômito e aspiração do conteúdo gástrico em parturientes submetidas à anestesia geral (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Desde 1940, a anestesia obstétrica avançou tanto nas técnicas de anestesia geral quanto no maior uso da anestesia regional. Esses avanços e os relatos de mulheres que acharam a restrição desagradável têm levado a estudos que avaliaram essas restrições. Além disso, o desequilíbrio nutricional pode estar associado a trabalhos de partos mais longos e dolorosos, e o jejum não é garantia de estômago vazio ou menos acidez (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

As evidências não mostram benefícios ou malefícios da restrição da ingestão de líquidos ou alimentos durante o trabalho de parto, portanto não há justificativa para que seja realizada no caso mulheres com baixo risco de complicações (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

As recomendações publicadas nas diretrizes para o Parto Normal (BRASIL, 2017) orientam que mulheres em trabalho de parto podem ingerir líquidos, de preferência soluções isotônicas, ao invés de somente água; mulheres em trabalho de parto que não estiverem sob efeito de opióides ou não apresentarem fatores de risco iminente para anestesia geral podem ingerir uma dieta leve.

A WHO (2018) também recomenda a ingestão de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto.

f) Assistência ao parto por obstetras e/ou enfermeiras obstétricas: de acordo com Sandall et al. (2016), ficou evidente maior satisfação materna com o cuidado contínuo por obstetra e/ou enfermeira obstetra, menor número de intervenções e tendência a redução de custos. Mais pesquisas são necessárias para explorar conclusões da menor proporção de nascimentos prematuros, perdas fetais com idade gestacional menor do que 24 semanas e média de perda fetal ou óbito neonatal associada com o modelo de cuidado contínuo pela obstetra e/ou enfermeira obstetra (SANDALL et al., 2016).

No que se refere ao profissional, de acordo com as diretrizes para o Parto Normal (BRASIL, 2017), a assistência ao parto e nascimento de baixo risco, que se mantenha dentro dos limites da normalidade, pode ser realizada tanto por médico obstetra quanto por enfermeira

obstétrica e/ou obstetrix. É recomendado que os gestores de saúde proporcionem condições para a atuação da enfermeira obstétrica e/ou obstetrix na assistência ao parto de baixo risco por apresentar vantagens em relação à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.

g) Clampeamento oportuno do cordão umbilical: essa prática faz parte do terceiro estágio do trabalho de parto (nascimento do bebê até a dequitação da placenta) e o tempo pode variar de acordo com as políticas e as práticas clínicas. As políticas para cronometragem do clampeamento do cordão umbilical variam. O clampeamento precoce é geralmente realizado nos primeiros 60 segundos após o nascimento, enquanto o clampeamento posterior geralmente envolve o clampeamento do cordão umbilical em mais de um minuto após o nascimento ou quando a pulsação cessou (MCDONALD et al., 2013).

Retardar o clampeamento do cordão umbilical em bebês saudáveis, a termo, se justifica e está relacionado ao aumento das concentrações iniciais de hemoglobina e aos estoques de ferro em lactentes (MCDONALD et al., 2013).

Segundo recomendações publicadas nas diretrizes para o Parto Normal, o clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado entre 1 e 5 minutos ou de forma fisiológica quando cessar a pulsação, exceto se houver alguma contraindicação em relação ao cordão ou necessidade de reanimação neonatal (BRASIL, 2017). As diretrizes brasileiras para a cirurgia cesariana também recomendam o clampeamento tardio do cordão umbilical para bebês com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial. O clampeamento deve ser imediato no caso de mães isoimunizadas ou portadoras de vírus HIV ou HTLV (Vírus T-Linfotrópico Humano) (BRASIL, 2016).

O documento publicado pela OPAS e pelo Ministério de Saúde brasileiro indica que momento ideal para pinçar o cordão umbilical de todos os recém-nascidos é quando a circulação do cordão cessou (aproximadamente 3 minutos ou mais depois do nascimento), de acordo com técnicas estritas de higiene e limpeza (BRASIL, 2013a). O clampeamento tardio do cordão umbilical, o contato imediato pele a pele e o início da amamentação exclusiva são três práticas que proporcionam benefício instantâneo ao recém-nascido e podem impactar a longo prazo a nutrição, a saúde da mãe e a do bebê e o desenvolvimento da criança (BRASIL, 2013a).

AWHO (2018) também recomenda o clampeamento tardio do cordão umbilical para melhores resultados em termos de saúde e nutrição para mulheres e bebês.

h) Contato precoce pele a pele: deve iniciar ao nascimento e continuar até o final da primeira mamada. O bebê deve ser colocado seco e nu, de bruços, sobre o peito nu da mãe,

geralmente coberto com um cobertor aquecido. Esse momento imediatamente depois do parto é um “período sensível” para a programação da fisiologia e do comportamento futuro do bebê (MOORE et al., 2016).

Os efeitos do contato pele a pele apresentados por Moore et al. (2016) indicam que as mulheres que fizeram contato pele a pele tiveram maior probabilidade de estar amamentando entre o primeiro e o quarto mês pós-parto, de haver aumento no tempo de amamentação; as que passaram por cesárea tiveram maior probabilidade de amamentar do primeiro ao quarto mês pós-parto e de amamentar com sucesso e os bebês tiveram pontuações gerais mais altas na estabilidade do sistema cardiorrespiratório, sugerindo melhor estabilização de parâmetros fisiológicos, apresentaram níveis de glicose sanguínea mais elevados e temperaturas parecidas com os bebês que receberam cuidados usuais. Segundo os autores, as evidências apoiam o uso do contato pele a pele para promover a amamentação.

De acordo com as diretrizes para o Parto Normal (BRASIL, 2017), as mulheres devem ser estimuladas a terem contato pele a pele imediato com o bebê logo após o nascimento (BRASIL, 2017). Nos casos de cesariana, é recomendado o cuidado térmico para o recém-nascido e o contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém-nascido é indicado e deve ser facilitado (BRASIL, 2016).

As recomendações da WHO (2018) também corroboram a prática de contato pele a pele para recém-nascidos sem complicações para prevenir a hipotermia e promover o aleitamento.

De acordo com recomendações da OPAS e do Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2013a), na medida do possível, o bebê deve ser mantido em contato pele a pele com a mãe por pelo menos uma hora após o nascimento, postergando os procedimentos de rotina e realizando supervisão frequentemente.

i) Amamentação na primeira hora de vida: em muitos hospitais este processo único na vida, que é o nascimento, é rotineiramente interrompido para se realizar ações com o recém-nascidos que poderiam esperar até que ele tenha tempo de se adaptar à vida fora do útero nos braços da mãe, depois que ele e os pais tiverem tempo para se conhecer. Esta experiência não deveria ser interrompida a menos que o bebê ou a mãe esteja instável e exija intervenção médica. É um tempo “sagrado”, que deve ser valorizado e protegido sempre que possível (PHILLIPS, 2013).

Bebês saudáveis nascem com habilidade instintiva e motivação para a amamentação e são capazes de encontrar a mama e autoanexar sem assistência quando em contato pele a pele. Podem ser observados nove comportamentos do recém-nascido que levam à primeira

amamentação, geralmente dentro da primeira hora após o nascimento: choro; relaxamento; despertar; atividade; descanso; pequenos esforços com os pés ou deslizamento do corpo em direção a um dos seios da mãe; familiarização; amamentação e sono (PHILLIPS, 2013).

O início do aleitamento na primeira meia hora após o nascimento demanda que haja estímulo ao contato precoce pele a pele ainda na sala de parto (WHO, 2009).

De acordo com Moore et al. (2016), as evidências apoiam o uso do contato pele a pele para promover a amamentação.

O estímulo ao início precoce do aleitamento materno, idealmente na primeira hora de vida, é indicado por diretrizes e normativas nacionais e internacionais (BRASIL, 2013a, 2014, 2016, 2017; WHO, 2009, 2018).

j) Retardamento do banho do recém-nascido: a função de proteção da pele passa por mudanças significativas no período neonatal. As funções que dependem da maturação ideal da barreira cutânea incluem a prevenção de infecções e da penetração de irritantes e alérgenos e a regulação do controle térmico. A tendência atual é adiar o primeiro banho do recém-nascido por um período entre 6 e 24 horas de vida, sempre que não houver contraindicação clínica ou questões culturais envolvidas. A principal preocupação é proteger contra a hipotermia, promover o contato pele a pele e aumentar a amamentação exclusiva na alta hospitalar (LUND; KULLER; DURAND, 2020).

Conforme Mardini et al. (2020), retardar o primeiro banho do recém-nascido até 24 horas de vida está associado a benefícios, como a redução da hipotermia e do choro vigoroso, benefício da vernix caseosa na pele, tempo adequado de contato pele a pele e participação da mãe no banho do filho ou da filha.

De acordo com as diretrizes brasileiras para o parto normal, deve-se evitar a separação mãe-filho na primeira hora após o nascimento para procedimentos de rotina, tais como dar banho, a não ser que sejam solicitados pela mulher ou realmente necessários imediatamente (BRASIL, 2017).

A OMS recomenda que o primeiro banho do recém-nascido seja realizado após as primeiras 24 horas quando os sinais vitais se tornam estáveis e o vernix residual se mantém intacto. Se isso não for possível, o banho deve ser adiado pelo menos 6 horas após o nascimento (WHO, 2017).

A SBP, por meio do consenso de cuidado com a pele do recém-nascido (CARVALHO et al., 2015), também recomenda que o primeiro banho ocorra depois que houver estabilidade térmica e cardiorrespiratória e que não deve ocorrer antes de 6 horas de vida.

k) Retardamento da profilaxia da oftalmia neonatal: a conjuntivite ou oftalmia neonatal é uma conjuntivite purulenta do recém-nascido que se manifesta nas primeiras quatro semanas de vida, frequentemente adquirida durante o nascimento, a partir do contato com secreções genitais maternas contaminadas durante a passagem do feto pelo canal vaginal (BRASIL, 2006).

Essa infecção pode levar à cegueira, especialmente se for causada por *Neisseria gonorrhoeae*. Como forma de prevenção, são utilizados medicamentos antissépticos ou antibióticos administrados nos olhos dos recém-nascidos ou de forma sistêmica (KAPOOR; EVANS; VEDULA, 2020).

A relação entre a profilaxia da conjuntivite neonatal e o impedimento de resultados, como a cegueira ou qualquer resultado visual adverso, não está confirmada, havendo poucas evidências sobre qual é a melhor forma de prevenção da oftalmia neonatal (KAPOOR; EVANS; VEDULA, 2020).

De acordo com a SBP (2020), ainda que alguns estudos, oriundos de países de renda alta, sugiram que a prevenção da oftalmia neonatal com colírios não seja a melhor forma de prevenção, esses resultados devem ser interpretados com cautela no contexto brasileiro em função dos desafios para a qualificação do pré-natal e recomenda que sejam seguidas as orientações do Ministério da Saúde.

As diretrizes nacionais para o Parto Normal (BRASIL, 2017) recomendam a profilaxia da oftalmia neonatal como rotina nos cuidados com o recém-nascido. Entretanto, indicam que pode ser administrada em até 4 horas após o nascimento, e não no momento do nascimento.

As diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (BRASIL, 2014) recomendam postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido na primeira hora de vida, entre estes, profilaxia da oftalmia neonatal.

A WHO (2017) recomenda a profilaxia da oftalmia neonatal.

2.2.1.2 Práticas que não devem ser utilizadas

a) Manobra de Kristeller: a realização dessa manobra durante o segundo estágio do trabalho de parto consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero direcionada ao canal do parto. Esta prática está associada a complicações maternas e neonatais, como a ruptura uterina, fraturas neonatais e danos cerebrais. Além disso, a demonstração da sua eficácia é questionável (HOFMEYR et al., 2017).

Não há evidências suficientes sobre os efeitos benéficos ou prejudiciais da pressão do fundo de útero, nem para mostrar se é um método que encurta o estágio de trabalho de parto e evita partos cirúrgicos e se são técnicas seguras, logo não há evidências suficientes para apoiar o uso de pressão de fundo de útero, com qualquer método, na segunda fase do trabalho de parto (HOFMEYR et al., 2017).

As diretrizes nacionais para o Parto Normal (BRASIL, 2017) e as recomendações da WHO (2018) indicam que a manobra de Kristeller não deve ser realizada.

b) Tricotomia de rotina: a raspagem dos pelos pubianos ou perineais (tricotomia perineal) foi realizada de forma rotineira antes do parto durante muito tempo. Acreditava-se que esse procedimento poderia diminuir o risco de infecção em decorrência de laceração perineal espontânea ou de episiotomia (BASEVI; LAVENDER, 2014).

Não existem evidências suficientes para recomendar a tricotomia perineal para as mulheres no momento da admissão do trabalho de parto (BASEVI; LAVENDER, 2014).

No que se refere a intervenções e medidas de rotina no primeiro período do parto, as diretrizes para o Parto Normal indicam que a tricotomia pubiana e perineal não deve ser realizada de forma rotineira durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017).

Esta recomendação também está presente em diretrizes da WHO (2018).

c) Enema de rotina: a realização de enema tem sido utilizada em função da preferência do profissional, entretanto, pode causar desconforto para as mulheres (REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013). Tem sido utilizada como justificativa para o uso rotineiro do enema a possibilidade de contribuir para a redução da duração do trabalho de parto e a contaminação da região perineal. Entretanto, sua eficácia tem sido questionada por não haver evidência científica que sustente a contribuição atribuída a este procedimento (POSSATI et al., 2017).

Segundo Reveiz, Gaitán e Cuervo (2013), as evidências demonstram que o enema não possui efeito benéfico significativo sobre as taxas de infecção, tais como infecção da ferida perineal ou outras infecções neonatais e, tampouco, sobre a satisfação das mulheres. Esses achados falam contra a realização rotineira de enema durante o trabalho de parto e essa prática deve ser desencorajada.

De acordo com as diretrizes para o Parto Normal, o enema não deve ser realizado de forma rotineira durante o trabalho de parto (BRASIL, 2017), o que também é recomendado pela WHO (2018).

d) Amniotomia de rotina: a ruptura artificial das membranas (amniotomia) durante o trabalho de parto é um dos procedimentos mais realizados em obstetrícia e tem como objetivo acelerar as contrações e reduzir a duração do trabalho de parto. Entretanto, existem preocupações sobre os efeitos adversos para mulheres e bebês e não há evidências sobre os benefícios do seu uso rotineiro. Sendo assim, não se deve recomendar a realização da amniotomia como rotina padrão durante o trabalho de parto (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013).

De acordo com as recomendações das diretrizes para o Parto Normal (BRASIL, 2017), a amniotomia precoce, associada ou não à ocitocina, não deve ser realizada de forma rotineira em mulheres em trabalho de parto que estejam progredindo bem.

Essa orientação também está presente nas recomendações da WHO (2018).

e) Episiotomia de rotina: há evidências de que o uso rotineiro da episiotomia não previne lacerações perineais graves e aumenta a taxa de infecção, além de causar desconforto e aumentar o tempo de recuperação da mulher no pós-parto (DENGO et al., 2016). Apesar de ainda ser muito usada, sua realização rotineira tem sido questionada.

Segundo Jiang et al. (2017), não há evidências para a realização de episiotomia de rotina para prevenir trauma perineal grave e não se identificou nenhum benefício da episiotomia de rotina para o bebê ou para a mãe.

De acordo com as diretrizes para o Parto Normal publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) e com as recomendações da WHO (2018), a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira durante o parto vaginal espontâneo.

f) Aspiração das vias aéreas e gástrica de rotina: em mais de 90% dos nascimentos, a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina ocorre de maneira fisiológica, atingindo a estabilização sem precisar de intervenções (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

A aspiração das vias aéreas é um procedimento que tem sido utilizado como rotina para remover secreções da orofaringe e nasofaringe em neonatos vigorosos e não vigorosos no momento do parto, em que pese não haver associação entre aspiração e nenhuma aspiração oral/nasofaríngea para mortalidade, necessidade de ressuscitação, admissão em unidade neonatal e pontuação do Apgar aos 5 minutos. Sendo assim e, devido à preocupação com os efeitos adversos, a aspiração não é mais recomendada para recém-nascidos vigorosos (FOSTER et al., 2017).

Assim como a aspiração das vias aéreas, a aspiração gástrica ainda é realizada em recém-nascidos na sala de parto. Não há evidência de efeito benéfico da eliminação do líquido amniótico do estômago em recém-nascidos na sala de parto e foram observados efeitos negativos com respeito aos parâmetros fisiológicos, o que sugere que a aspiração gástrica não é útil e pode até ser prejudicial para recém-nascidos saudáveis (KIREMITCI et al., 2011).

De acordo com recomendações do Ministério da Saúde brasileiro e da OPAS, se o recém-nascido apresenta movimentos respiratórios rítmicos e regulares, tônus muscular adequado e frequência cardíaca maior que 100 batimentos por minuto, não há necessidade de realizar tais procedimentos (BRASIL, 2013a).

As diretrizes para o parto normal (BRASIL, 2017) também não recomendam a aspiração orofaríngea nem nasofaríngea sistemática do recém-nascido saudável.

A OMS recomenda que, no caso de recém-nascidos que apresentam líquido amniótico claro e começam a respirar sozinhos ao nascer, a aspiração das vias aéreas não deve ser realizada (WHO, 2017, 2018).

2.2.1.3 Práticas que devem ser utilizadas com cautela e/ou que requerem mais estudos

a) Indução do trabalho de parto: em gestações que se prolongam para além da idade considerada o risco de óbito fetal intrauterino ou óbito do recém-nascido no período perinatal é maior (MIDDLETON; SHEPHERD; CROWTHER, 2018).

A indução do trabalho de parto comparada com a conduta expectante está associada à redução da mortalidade perinatal, à menor taxa de cesarianas sem aumento da taxa de partos vaginais operatórios e a menos internações em UTIN. Deve ser oferecido aconselhamento personalizado às mulheres para que possam fazer uma escolha informada entre a indução do parto, especialmente a partir da 41^a semana, ou esperar pelo início espontâneo do trabalho de parto e/ou esperar mais antes de induzir o parto (MIDDLETON et al., 2020).

As diretrizes brasileiras para o parto normal (BRASIL, 2017) recomendam a indução do trabalho de parto dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas. Até o início da indução ou se a conduta expectante for escolhida pela gestante, para além de 24 horas, é importante aconselhar a mulher a aguardar em ambiente hospitalar, a medir a temperatura a cada 4 horas durante o período de observação e a observar qualquer alteração na cor ou cheiro das perdas vaginais; se a mulher optar por aguardar no domicílio ofertar orientações necessárias para essa situação.

b) Ocitocina: a progressão lenta do primeiro estágio do trabalho de parto espontâneo está associada a um aumento na taxa de cesárea e de morbidade materna e fetal. A ocitocina é um agente de indução do trabalho de parto que pode ser utilizada isoladamente, combinada com amniotomia, ou seguida da dilatação cervical por outros métodos farmacológicos ou não farmacológicos. O uso da ocitocina tem sido defendido como tratamento para o lento progresso do trabalho de parto. Entretanto, não está claro até que ponto pode melhorar os resultados e se reduz a taxa de cesárea ou a morbidade materna e fetal (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2011).

A ocitocina é um hormônio associado à aceleração do processo de contrações uterinas acelerando o trabalho de parto, que o próprio corpo é capaz de produzir. O uso indiscriminado da ocitocina sintética, sem indicação adequada, aplicada no soro da parturiente, tem sido relatado pelas mulheres como causa do aumento das dores durante as contrações (SAUAIA; SERRA, 2016).

Segundo Alfirevic, Kelly e Dowswell (2009), a administração de ocitocina em comparação com prostaglandinas (intravaginal ou intracervical) indica aumento nas chances de conseguir um parto vaginal em 24 horas. Entretanto, pode aumentar a taxa de intervenções no trabalho de parto.

De acordo com Bugg, Siddiqui e Thornton (2011), para as mulheres que apresentam um lento progresso no trabalho de parto espontâneo, o tratamento com ocitocina em comparação com nenhum tratamento ou tratamento com ocitocina adiado não resulta em diferença perceptível no número de cesáreas realizadas.

Segundo as diretrizes para o parto normal (BRASIL, 2017), a administração de ocitocina após analgesia regional não deve ser feita de forma rotineira. Frente à confirmação de falha de progresso no primeiro estágio do médico obstetra, uma revisão deverá ser realizada diagnosticando a falha de progresso e decidindo sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina.

Diante de falha de progresso no segundo período do parto, se as contrações forem inadequadas, considerar o uso de ocitocina e a realização de analgesia regional. Um médico obstetra deve avaliar a mulher com prolongamento confirmado do segundo período do parto antes do uso de ocitocina (BRASIL, 2017).

De acordo com as recomendações da WHO (2018), não se orienta o uso precoce de amniotomia com uso de ocitocina em função do atraso no trabalho de parto. Também não é recomendado o uso de ocitocina para mulheres que receberam analgesia peridural.

c) Cesárea: as taxas de cesáreas seguem crescendo em todo o mundo e vários fatores contribuem para esse fenômeno; em parte esse aumento pode ser causado por motivos clínicos. Entretanto, outros fatores também podem ser responsáveis, tais como a comodidade dos médicos e o medo das mulheres (CHEN et al., 2018).

Lavender et al. (2012) afirmam que a cesariana eletiva apresenta benefícios, como maior segurança para o recém-nascido, menos trauma para o assoalho pélvico da mulher, prevenção da dor do parto e conforto. Por outro lado, apresenta risco aumentado de morbidade ou mortalidade significativa para a mãe, sequelas psicológicas adversas e problemas em gestações posteriores, tais como cicatriz uterina rompida, risco aumentado de natimortalidade e morbidade neonatal e aumento do risco de comprometimento da saúde do bebê a curto e longo prazo.

Chen et al. (2018) referem maior risco de sangramento, infecção na mulher e problemas respiratórios no bebê. Os autores de um estudo realizado em 24 países da América, África e Ásia, concluíram que, em comparação com o parto vaginal espontâneo, todas as outras modalidades de parto apresentaram associação com o aumento do risco de morte, admissão em UTI, transfusão de sangue e histerectomia (SOUZA et al., 2010).

Trata-se de uma cirurgia que pode salvar vidas quando indicada de maneira criteriosa e realizada com qualidade e segurança. Deve ser realizada sob indicações clínicas, ou seja, quando existe um risco significativo de resultado adverso para mãe ou bebê se a operação não for realizada em um determinado momento (LAVENDER et al., 2012).

Quando a taxa de cesáreas é muito baixa, isso indica falta de acesso ao cuidado adequado, podendo ocorrer mortes e sequelas pela falta dela. A cesárea deve ser realizada por motivos clínicos quando realmente é necessária e taxas acima de 10% não estão associadas à diminuição da mortalidade materna e neonatal (BETRAN et al., 2015; OMS, 2015).

Não há evidências, a partir de ensaios clínicos controlados, para a prática de cesariana planejada por motivos não médicos (LAVENDER et al., 2012).

Segundo as diretrizes brasileiras (BRASIL, 2016), a população do país apresenta um elevado número de cesarianas anteriores, o que, somado a outros fatores específicos, sugere que a taxa de referência ajustada para a população brasileira, utilizando-se um instrumento desenvolvido para este fim pela OMS, seria próxima de 25-30%.

É recomendado que sejam oferecidas às gestantes informações baseadas em evidências atualizadas e de boa qualidade. Devem ser abordados os benefícios e os riscos sobre as diferentes formas de parto e nascimento, incluindo a gestante no processo de decisão. Além disso, recomenda-se que seja obtido termo de consentimento livre e esclarecido no caso de

cesárea programada com registro dos fatores que interferiram na tomada de decisão sobre realização de cesárea e, quando possível, qual foi o fator mais influente (BRASIL, 2016).

2.2.2 Direitos e Saúde

A Carta das Nações Unidas (ONU, 1945) prevê como um direito fundamental a igualdade de gêneros. Entretanto, a efetivação desse direito não está garantida e têm sido necessárias diversas estratégias de governos e organismos internacionais com vistas a buscar a sua consolidação (FIGUEIREDO, 2016; PINHEIRO, 2020).

O artigo 12 da Declaração Universal dos Direitos Humanos determina que "ninguém deve ser sujeito à interferência arbitrária em sua vida privada, família, casa ou correspondência, ou ataques à sua honra ou reputação" (UN, 1948).

Os direitos humanos incluem:

O direito de receber tratamento digno e respeitoso nos serviços de saúde reprodutiva e cuidados obstétricos, sem serem submetidas a discriminação ou violência, sexismo ou qualquer outro tipo de violência psicológica, tortura, tratamento desumano ou degradante ou coerção. Na área de assistência à saúde reprodutiva e parto, os sistemas de saúde devem ter os recursos orçamentários necessários para fornecer assistência à saúde materna e reprodutiva acessível e de qualidade, para garantir que as necessidades e direitos sejam atendidos (ONU, 2019).

O direito à saúde é um direito humano fundamental e inclui o direito a acessar o mais alto nível de saúde física e mental possível durante os serviços de saúde reprodutiva e parto, sem submissão a abusos ou violência. A provisão adequada de produtos relacionados à saúde, desde fatores, como garantia de alimentação, moradia e higiene, até fornecimento de informações de saúde e educação, é dever dos países (WHO, 2017a; ONU, 2019).

Ao longo dos anos têm sido realizadas diversas conferências internacionais e assumidos compromissos internacionais relacionados à saúde e ao combate da violência contra a mulher, entre os quais, são considerados os mais importantes: a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, também chamada de CEDAW, que foi ratificada pelo Brasil em 1984; a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção do Belém do Pará, ratificada pelo Brasil em 1995, e a Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher Beijing, realizada em 1995 pela Organização das Nações Unidas em Pequim (PINHEIRO, 2020).

No Brasil, no bojo das discussões políticas, sociais e econômicas a partir da redemocratização, foram realizadas em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Neste evento foi elaborada a “Carta das Mulheres Brasileiras aos Constituintes”, com proposições para a saúde da população brasileira, que, mais tarde, fizeram parte do capítulo sobre a saúde da Constituição Federal de 1988 (COSTA; BAHIA; CONTE, 2007).

O direito ao acesso universal, gratuito e integral à saúde é uma das principais mudanças ocorridas com o processo de redemocratização na década de 1980. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, prevê que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

No âmbito da saúde materna, neonatal, sexual e reprodutiva é fundamental a garantia de acesso à assistência digna e respeitosa à gestação, ao parto e nascimento, ações para o exercício da sexualidade e a reprodução livres de discriminação, imposição e violência, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, acesso a métodos anticoncepcionais, prevenção de abortos inseguros, assim como o direito de indivíduos e/ou casais de poder decidir livremente e com responsabilidade se desejam ter filhos, o número de filhos, o espaçamento dos nascimentos, entendendo a reprodução como uma possibilidade e um exercício de autonomia (BRASIL, 2013b; WHO, 2020).

Entretanto, em muitos países, as mulheres ainda são vulneráveis quanto às garantias de direitos humanos e direitos à saúde (BOHREN et al., 2015; LEE et al., 2018). Com base em uma proposta de Bowser e Hill (2010), Tesser et al. (2015) elencaram categorias de violência nas instituições de saúde relacionadas à assistência ao parto e as associaram aos direitos correspondentes e exemplos (Quadro 2).

Quadro 2 - Categorias de violência obstétrica, direitos e exemplos

CATEGORIA	DIREITO CORRESPONDENTE	SITUAÇÕES EXEMPLARES
Abuso físico.	Direito a estar livre de tratamento prejudicial e de maus tratos.	Procedimentos sem justificativa clínica e intervenções “didáticas”, como toques vaginais dolorosos e repetitivos, cesáreas e episiotomias desnecessárias. Imobilização física em posições dolorosas, prática da episiotomia e outras intervenções sem anestesia, sob a crença de que a paciente “já está sentindo dor mesmo”.
Imposição de intervenções não consentidas. Intervenções aceitas com base em informações parciais ou distorcidas.	Direito à informação, ao consentimento informado e à recusa e respeito pelas escolhas e preferências, incluindo acompanhantes durante o atendimento de maternidade.	Mulheres que verbalmente e por escrito não autorizam uma episiotomia, mas essa intervenção é feita à revelia da sua desautorização. Recusa à aceitação de planos de parto. Indução à cesárea por motivos duvidosos, tais como superestimação dos riscos para o bebê (circular de cordão, “pós-datismo” na 40ª semana, etc.) ou para a mãe (cesárea para “prevenir danos sexuais”, etc.). Não informação dos danos potenciais de longo prazo dos modos de nascer (aumento de doenças crônicas nos nascidos, por exemplo).
Cuidado não confidencial ou privativo.	Confidencialidade e privacidade.	Maternidades mantêm enfermarias de trabalho de parto coletivas, muitas vezes sem sequer um biombo separando os leitos, e ainda usam a falta de privacidade como justificativa para desrespeitar o direito a acompanhantes.
Cuidado indigno e abuso verbal.	Dignidade e respeito.	Formas de comunicação desrespeitosas com as mulheres, subestimando e ridicularizando sua dor, desmoralizando seus pedidos de ajuda. Humilhações de caráter sexual, como “quando você fez você achou bom, agora está aí chorando”.
Discriminação baseada em certos atributos.	Igualdade, não discriminação, equidade da atenção.	Tratamento diferencial com base em atributos considerados positivos (casadas, com gravidez planejadas, adultas, brancas, mais escolarizadas, de classe média, saudáveis, etc.) depreciando as que têm atributos considerados negativos (pobres, nãoescolarizadas, mais jovens, negras e as que questionam ordens médicas).
Abandono, negligência ou recusa de assistência.	Direito ao cuidado à saúde em tempo oportuno e ao mais alto nível possível de saúde.	Estudos mostram o abandono, a negligência ou a recusa de assistência às mulheres que são percebidas como muito queixosas, descompensadas ou demandantes, e, nos casos de assistência ao aborto incompleto, frequentemente são deixadas por último, com riscos importantes à sua segurança física.
Detenção nos serviços.	Liberdade, autonomia.	Pacientes podem ficar retidas até que saldem as dívidas com os serviços. No Brasil e em outros países, começam a ocorrer detenções policiais.

Fonte: Tesser et al. (2015) elaborado a partir de Bowser e Hill (2010).

O abuso e a violência nos serviços de saúde reprodutiva e de parto ocorrem devido a um contexto de desigualdade estrutural, discriminação e patriarcado e à falta de educação, de formação e de respeito pelas condições de igualdade e direitos entre as pessoas. Além disso, condições e limitações dos sistemas de saúde são causas subjacentes de desrespeito aos direitos durante a assistência (ONU, 2019). Os governos devem trabalhar para garantir esses direitos por meio da implementação de políticas e programas, não somente no sentido do combater

enfermidades, mas incorporando a perspectiva de gênero, os critérios científicos, os direitos humanos e os cuidados apropriados em todos os momentos da vida.

2.3 ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL

A assistência ao parto e nascimento no Brasil passou por diferentes orientações no âmbito das políticas públicas. Nas décadas de 1930 a 1970, o foco das políticas de saúde voltadas às mulheres era materno-infantil e a visão sobre a mulher era baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe, dona de casa e como responsável pela criação, educação e cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (BRASIL, 2011).

A partir da publicação, em 1984, do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fruto de reivindicações do movimento de mulheres, o escopo das ações propostas ampliou e incluiu a perspectiva da integralidade assistencial, por meio de estratégias que envolviam todo o ciclo de vida das mulheres, no intuito de superar a perspectiva materno-infantil que orientava os programas para a saúde das mulheres até então. Entretanto, o PAISM não chegou a ser efetivado em todo o território nacional (CASTILHOS, 2006).

No ano de 2004, o programa foi transformado em Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) também a partir de demandas do movimento de mulheres. A PNAISM fortaleceu o enfoque de gênero, incorporou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ações de planejamento reprodutivo, cuidado ao abortamento inseguro, combate à violência doméstica sexual e tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids ganharam relevância e ampliaram-se as ações voltadas às necessidades de mulheres negras, em situação de privação de liberdade, residentes e trabalhadoras de áreas rurais (BRASIL, 2004a).

Diversas políticas, normativas e estratégias voltadas à saúde das mulheres foram implementadas, a partir dos anos 2000, no âmbito SUS (Quadro 3).

Quadro 3 - Políticas, normativas e estratégias voltadas à saúde das mulheres no Brasil

ANO	DOCUMENTO	OBJETIVO
2000	Portaria nº 569	Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento que objetiva desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, ampliação do acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal
2004b	Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal	Reduzir a mortalidade materna e neonatal a partir da proposição de uma política de Estado, baseada em ações construídas coletivamente e que respeitem os Direitos Humanos de Mulheres e Crianças
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos	Garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva
2005a	Lei nº 11.108	Garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS
2007	Lei nº 11.634	Garantir o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS
2008	Resolução nº 36	Regulamentar o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal
2011	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - atualizou os princípios do PAISM, incorporando ações para a saúde de mulheres lésbicas, idosas e indígenas	Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina; ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS
2011a	Política Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher	Estabelecer ações de prevenção, assistência e garantia de direitos às mulheres em situação de violência
2011b	Portaria nº 2.836	Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), que objetiva promover a saúde integral desta população, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a redução das desigualdades
2011c	Portaria nº 1.459, revogada por consolidação à Portaria de Consolidação 3/2017 que dispõe sobre as redes de atenção à saúde do SUS (2017a)	Institui a Rede Cegonha que objetiva implantar um modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto e nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança (0 a 24 meses); organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal
2014a	Portaria Interministerial nº 210	Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação e Egressas do Sistema Prisional que objetiva reformular as práticas do sistema prisional, contribuindo para a garantia dos direitos das mulheres
2016	Portaria nº 306	Aprova a Diretriz de Atenção à Gestante: a operação cesariana que contém as recomendações que devem utilizadas pelos entes federados na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes
2017	Portaria nº 353	Aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal que objetiva fornecer subsídios e orientação no intuito de promover, proteger e incentivar o parto normal
2017b	Projeto para Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia	Objetiva qualificar a atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situações de violência sexual e de abortamento e aborto legal, em hospitais com atividades de ensino

Fonte: Elaborado pela autora.

A atenção à saúde das mulheres está incorporada ao SUS como uma política específica, orientada pelas diretrizes e pelos princípios do sistema presentes na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988) e na Lei Orgânica 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990).

Objetiva promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres por meio da garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, tendo a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores. Busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e direitos reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2011).

A assistência ao parto e nascimento está estabelecida por meio da organização de uma rede de cuidados para assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada ao pré-natal, ao parto, ao puerpério e a situações de abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade com vistas ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2017a).

A assistência pré-natal é de responsabilidade municipal e é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal e essa prática está associada a melhores desfechos perinatais (VIELLAS et al., 2014). Na Atenção Básica (AB), por meio da equipe multiprofissional, ocorre o acompanhamento das mulheres com gestações que iniciam e evoluem sem complicações e a assistência puerperal.

A assistência pré-natal deve estar orientada para garantir a captação precoce da gestante e a qualificação do cuidado pré-natal. Deve ocorrer por meio da incorporação de condutas acolhedoras; de acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, para detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional, bem como da garantia de acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno, assim como a realização dos exames de pré-natal, com acesso aos resultados em tempo oportuno. Devem ser desenvolvidas ações educativas e preventivas relacionadas à saúde sexual e à saúde reprodutiva, bem como ao estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto por meio da vinculação da gestante e realização de visita prévia ao local de referência para realização do parto (VIELLAS et al., 2014; BRASIL, 2017b).

No que se refere ao local de parto, no âmbito do SUS, a responsabilidade pela gestão se dará de acordo com o ente responsável pela gestão dos serviços, podendo ser municipal, estadual ou federal. Está prevista a assistência hospitalar e em Centros de Parto Normal (CPN), que podeseer intra ou peri-hospitalares. Os CPNs são ambientes seguros para a assistência

exclusiva ao parto vaginal de risco habitual assistidos por enfermeira obstetra ou obstetriz (BRASIL, 2015).

No âmbito hospitalar ocorrem tanto partos de risco habitual quanto de alto risco. A gestação é um fenômeno fisiológico e, na maioria dos casos, evolui sem intercorrências. Entretanto, há uma parcela de gestantes que, por serem portadoras de alguma doença e sofrerem algum agravo ou desenvolverem problemas durante a gestação, apresentam maiores probabilidades de evolução desfavorável tanto para o feto como para a mãe e os serviços hospitalares também devem estar preparados para essas situações (BRASIL, 2012).

São consideradas ações prioritárias para a assistência ao parto e nascimento: a adoção de práticas baseadas em evidências científicas; a garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; a realização de acolhimento com classificação de risco; o estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado; o estímulo à implementação de dispositivos de cogestão e a suficiência de leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva, Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional e Canguru) de acordo com as necessidades regionais e a adequação da ambiência das maternidades (BRASIL, 2017a). Não há referência a estratégias de qualificação dos profissionais envolvidos na assistência.

A participação social, por meio da instituição de Fóruns, é uma estratégia prevista para contribuir para a sustentabilidade da rede de cuidados. Além disso, a pactuação deve ser regional com contratualização dos pontos de atenção e instituição de Grupos Condutores da rede para acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução das ações (BRASIL, 2017a).

Em que pese as diversas iniciativas de mudança da assistência ao parto e nascimento, o modelo brasileiro ainda se caracteriza pelo uso inadequado de tecnologias e de intervenções desnecessárias (LEAL et al., 2014). Ele pode refletir em desfechos negativos, tais como as altas taxas de cesáreas e a alta razão de mortalidade materna.

O estabelecimento de uma rede integrada de referência e contrarreferência, com garantia de leitos de internação, é essencial para a assistência oportuna e para evitar a peregrinação das gestantes em busca de atendimento (VIELLAS et al., 2014). Assim como a garantia, nas situações de urgência, de transporte seguro para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco, também é considerada condição essencial (BRASIL, 2017a).

No âmbito da assistência à mulher no puerpério, após a alta hospitalar, as ações na AB devem ser realizadas, primordialmente, por meio do uso de tecnologias leves e de baixo custo e são fundamentais para contribuir para a redução da morbimortalidade materna, por meio do

aconselhamento e apoio para a recuperação das mulheres, da identificação precoce e da gestão adequada das necessidades de saúde física e emocional (BARATIERI; NATAL, 2019).

O foco da assistência no puerpério enfatiza a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, o acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, a busca ativa de crianças vulneráveis, a implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva, a prevenção e o tratamento das ISTs/HIV/Aids e hepatite e a orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2017a).

A política brasileira para organização da atenção obstétrica e neonatal recebeu importantes críticas do movimento de mulheres, que a entendeu como um retrocesso aos avanços conquistados no PAISM por tomar como ponto inicial a gestação estabelecidas em questionar as condições em que ocorreu nem as expectativas quanto a sua evolução por não problematizar a maternidade como identidade feminina essencial (SALLY et al., 2017).

Além disso, houve o entendimento de que seria um retorno ao chamado ‘materno-infantilismo’ e representaria o encolhimento da agenda feminista e, em função do nome adotado, relacionar-se simbolicamente à dessexualização da reprodução, conferindo ênfase ao conceito (AQUINO, 2014). Por outro lado, num país em que 55% das gestações não foram planejadas (LEAL et al., 2014), com altas taxas de cesáreas e com RMM de 56/100.000 NV (BRASIL, [s.d.]a) modificar esse cenário segue sendo um importante desafio e a implementação de políticas públicas pode contribuir para sua melhoria.

Faz-se necessário que as políticas sejam organizadas considerando-se a atenção integral à saúde, os direitos reprodutivos e os direitos sexuais, a equidade de gênero e que a assistência às necessidades das mulheres, em qualquer idade e em qualquer momento da vida, seja orientada por evidências científicas, com base no cenário epidemiológico e com respeito às singularidades e às diferentes vivências pessoais, colocando as mulheres no centro do cuidado.

2.3.1 Assistência ao parto e nascimento em Santa Catarina

O estado apresentou, em 2018, uma RMM de 36/100.000 nascidos vivos, o que é considerado uma das mais baixas do país (BRASIL, [s.d.]a). Em relação à realização de cesáreas, o percentual catarinense foi de 57% (BRASIL, [s.d.]).

Desde o ano de 2013, o estado implementou, em todas as regiões de saúde, a proposta nacional de rede de atenção materna e infantil, denominada Rede Cegonha, o que abrange quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e sistema logístico: transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2017a). Diversas estratégias estão em curso no estado no intuito de organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil; garantir acesso, acolhimento e resolutividade; implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e criança, no cuidado ao parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança até os dois anos e de zero aos vinte e quatro meses reduzir a mortalidade materna e infantil, em especial, o componente neonatal (BRASIL, 2017a).

No que se refere à capacidade instalada para o cuidado hospitalar foi ampliado o número de leitos habilitados para o cuidado intensivo, materno e neonatal, e para o cuidado intermediário neonatal (BRASIL, [s.d.])b). Já a implantação de Centros de Parto Normal (CPN), que são serviços de saúde intra ou peri-hospitalares para o atendimento ao parto vaginal de baixo risco com atuação de enfermeiras obstetras, não avançou no estado e, atualmente, não há nenhum CPN habilitado (BRASIL, [s.d.])b).

A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é outro ponto de atenção da rede. São serviços peri-hospitalares vinculados a hospitais de referência para o alto risco. As CGBP atendem aos casos com dificuldade de deslocamento e que necessitam de atenção frequente em regime ambulatorial devido às condições de saúde; recém-nascidos clinicamente estáveis em recuperação nutricional que necessitem de atenção diária sem exigência de que seja em ambiente hospitalar; puérpera com bebê internado em UTI neonatal ou Unidade de Cuidado Intermediário e/ou que necessitam de adaptação para os cuidados específicos com o bebê a serem realizados posteriormente no domicílio ou situações de vulnerabilidade (BRASIL, 2017a). Em Santa Catarina há duas CGBPs habilitadas (BRASIL, [s.d.])b).

Destaca-se a proposição da Linha de Cuidado Materno-Infantil (SANTA CATARINA, 2019) e a Política Hospitalar Catarinense (SANTA CATARINA, 2021). A primeira é um conjunto de ações, desde o pré-natal até o puerpério, que envolvem: a captação precoce da gestante para início do pré-natal; a realização de no mínimo 7 consultas de pré-natal; a realização dos exames preconizados; a estratificação do risco das gestantes e das crianças na AB, com proposição de um instrumento de classificação; o atendimento em ambulatório especializado e a vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

A Linha de Cuidado busca também fortalecer o cuidado centrado na mulher e, para tanto, foi proposto às UBSs um modelo de plano de parto a ser elaborado com a gestante, durante o pré-natal e levado consigo à maternidade quando da internação para o parto. Nesse

documento são registrados os desejos das mulheres sobre o modo como gostariam de parir e ele deve ser entregue à equipe da maternidade (SANTA CATARINA, 2019).

No âmbito da Política Hospitalar Catarinense (SANTA CATARINA, 2021), foram definidas as referências regionais para o parto, sendo elencadas 59 unidades hospitalares como referência regionalizada para assistência ao parto e nascimento (41 exclusivos para atendimento de baixo risco e 18 atendem baixo e alto risco), aptas a receber incentivo financeiro por parte do estado.

Os incentivos para os hospitais de referência para partos de baixo risco variam de acordo com a taxa de partos vaginais (valor de referência 60%) realizados no ano de 2019. No caso dos hospitais de referência para o alto risco, além do percentual de partos vaginais, a oferta de ambulatório de gestação de alto risco por meio do sistema de regulação e ter casa de gestante, bebê e puérpera também são critérios para o recebimento de incentivos estaduais (SANTA CATARINA, 2021).

De acordo com a Política Hospitalar Catarinense (SANTA CATARINA, 2021) os hospitais de referência regionalizada para o parto devem:

- Manter atendimento presencial médico e de enfermagem 24 horas, todos os dias da semana, com obstetra, pediatra e anestesista, no caso de referência para partos de alto e baixo risco.
- Manter atendimento presencial de médico e de enfermagem 24 horas, todos os dias da semana, dispondo de médico obstetra, pediatra e anestesista de sobreaviso, no caso de referência exclusiva para partos de baixo risco.
- Desenvolver seu projeto assistencial seguindo as diretrizes estaduais da Secretaria de Estado da Saúde.
 - Realizar triagem neonatal.
 - Realizar habilitação junto ao Ministério da Saúde, no caso dos hospitais de referência para o alto risco, de acordo com a pactuação regional aprovada no Plano de Ação da Rede Cegonha.
- Manter médicos e enfermeiros capacitados para urgência e emergência obstétrica e reanimação neonatal.
- Inserir enfermeiras obstetras na equipe.

2.4 ESTUDOS AVALIATIVOS ACERCA DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO

Nesta seção, com o objetivo de ampliar o entendimento sobre como a assistência ao parto e nascimento tem sido estudada por meio de perspectivas avaliativas e identificar a produção de conhecimento sobre o tema, será apresentada uma busca sistematizada de artigos científicos. A questão de pesquisa que orientou a busca foi: como a assistência ao parto e nascimento tem sido abordada nos estudos avaliativos?

A busca de artigos científicos foi realizada em julho de 2018 e atualizada em março de 2021, nas bases PubMed, Scopus e Lilacs. As palavras-chave utilizadas foram selecionadas por meio do DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e foram as seguintes para a busca na base de dados Lilacs: *midwifery* OR *partería* OR “assistência ao parto” OR (*Birth* AND *parturition*) OR (Parto AND nascimento) OR (*parto* AND *nacimiento*) OR “*obstetric labor*” OR “trabalho de parto” OR “*trabajo de parto*” OR parto OR “*obstetric delivery*” AND “*evaluation studies*” OR “estudos de avaliação” OR “*estudios de evaluación*”. A busca na base de dados PubMed e Scopus utilizou somente as palavras em inglês.

Foram incluídos artigos científicos publicados entre janeiro de 2013 e março de 2021 nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram localizados 490 artigos.

Na primeira etapa da seleção foram considerados critérios de exclusão artigos repetidos e estudos cujo tema não estava relacionado ao parto e nascimento. Após a leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 182 artigos. O idioma predominante desse conjunto de artigos foi o inglês, prevaleceram os estudos de cunho epidemiológico, observacionais e de abordagem quantitativa. Em relação aos assuntos, identificou-se que estavam mais relacionados à assistência do que a gestão e/ou formação, abordando temas, como cesariana, indução do trabalho de parto, trabalho de parto espontâneo prematuro, incentivo financeiro para o cuidado à gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto institucional, hemorragia pós-parto, lacerações, saúde mental e morbidade materna grave.

Na segunda etapa foram excluídos 159 artigos que não apresentaram juízo de valor, eram estudos de avaliação clínica ou estudos epidemiológicos. Foram selecionados 23 artigos científicos e, após a leitura na íntegra, foram excluídos mais nove:

- Dois artigos que utilizaram modelos estatísticos, sendo um para analisar o impacto orçamentário das cesarianas sem indicação clínica em comparação ao parto vaginal para

gestantes de risco habitual no SUS e outro para analisar o impacto das transferências de recurso financeiro na diminuição da mortalidade materna;

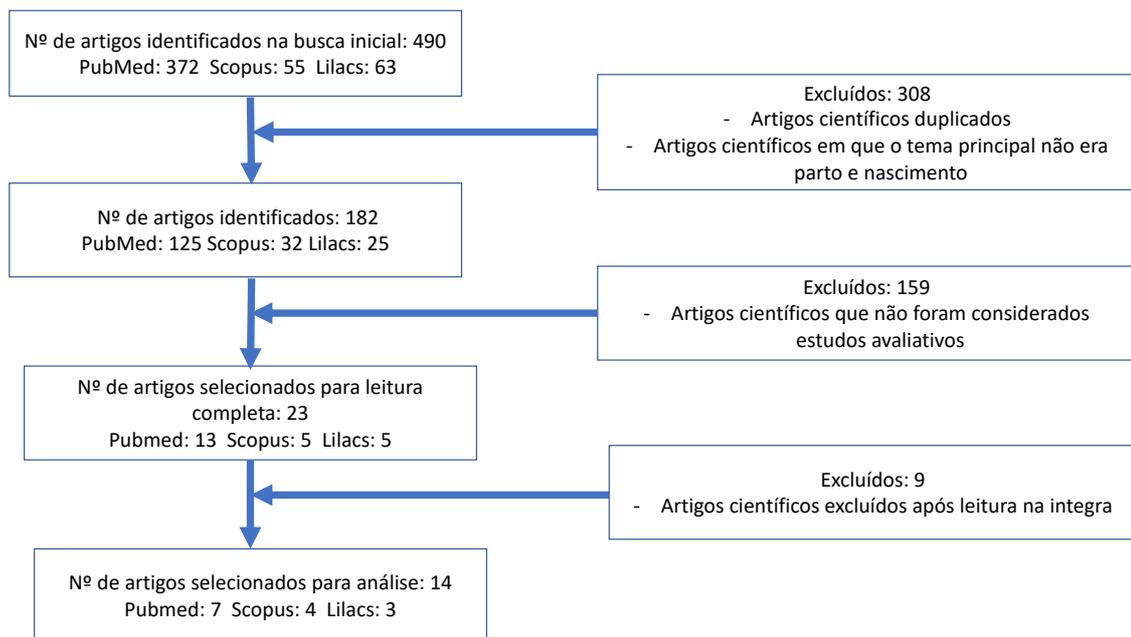
- Dois artigos que avaliaram instrumentos, sendo uma avaliação psicométrica de um instrumento de medida de fatores associados ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e outro a análise da confiabilidade de um instrumento para medir a adesão de profissionais às práticas obstétricas recomendadas;

- Três artigos que avaliaram ferramentas eletrônicas, sendo um partograma eletrônico, um aplicativo para análise de causa raiz de eventos adversos e uma plataforma eletrônica para triagem de saúde mental perinatal;

- Dois artigos relacionados à avaliação de métodos de ensino, sendo que um avaliou o uso de animação para o desenvolvimento de atividades de qualificação e outro a adaptação de um método para ser utilizado em ambiente de parto domiciliar.

Ao final foram selecionados 14 artigos científicos para leitura completa e análise (Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos



Fonte: Elaborado pela autora.

No Quadro 4 estão listados os artigos analisados nesta seção, contemplando as seguintes informações: identificação do estudo (autoria, ano e país de realização do estudo),

objetivo do estudo, características metodológicas (técnicas, instrumentos, abordagem metodológica, principais indicadores e/ou critérios avaliados), conclusões e recomendações.

2.4.1 Análise descritiva

Metade dos estudos foi publicada nos anos de 2017 e 2019 e o idioma predominante foi o inglês. Em relação à localização geográfica dos estudos, cinco foram realizados no continente americano, três no continente asiático, três no continente africano, dois no continente europeu e um na oceania. O Brasil foi o país com mais artigos analisados (4).

A maioria dos estudos utilizou abordagem quantitativa (9), seguida da mista (4), e um estudo usou abordagem qualitativa.

Quando analisado o tipo de estudo, os estudos de avaliação de impacto (4) avaliaram a qualidade da assistência ao parto e o impacto nos indicadores de saúde da criança, impacto de um protocolo de recuperação pós-cesárea eletiva nos resultados maternos, impacto de um programa sobre sobrevivência materna no cuidado a complicações e impacto do serviço de qualificação sobre a cultura de aprendizagem no trabalho (MCARA-COUPER et al., 2017; ARAÚJO et al., 2019; PEDRANA et al., 2019; KLEIMAN et al., 2020).

Entre as avaliações realistas (3), foi analisado o serviço de doula voluntária em relação aos resultados psicossociais e saúde das mulheres que fizeram uso desse apoio; uma política de subsídio para que mulheres acessassem cuidados obstétricos institucionais e o contexto, processo e resultado de um programa de aprendizagem pela ação e sua relevância para a prática (MACHIN; PEARSON, 2014; DARWIN et al., 2016; GANABA et al., 2016).

No âmbito das avaliações de programa (3), foi avaliada a assistência ao parto e nascimento em maternidades de risco habitual, os resultados de um programa de redução da mortalidade materna e a qualidade da assistência ao parto e pós-parto nos aspectos relativos à humanização (OLIVEIRA et al., 2015; SERBANESCU et al., 2017; SILVA et al., 2020).

Em relação aos demais estudos, foi analisada uma avaliação de efeito com foco na eficácia de um *checklist* sobre parto seguro na melhoria das práticas em um hospital (NABABAN et al., 2017), uma avaliação de processo que analisou as mudanças nas práticas profissionais após a participação em um treinamento (ELLARD et al., 2014) e uma avaliação normativa que analisou a assistência ao parto e nascimento em comparação com diretrizes nacionais do Irã (PAZANDEH et al., 2015).

Foi incluído, ainda, um estudo descritivo que analisou os resultados preliminares de dois processos avaliativos da assistência ao parto e nascimento (LEAL et al., 2019).

Em síntese, identificou-se que o foco dos estudos está nos processos assistenciais. Os principais objetos de estudo foram o processo de assistência ao parto e nascimento e os cuidados obstétricos de emergência. Três estudos tiveram como objeto a qualificação profissional e um o incentivo financeiro como facilitador da realização do parto em serviços de saúde.

A análise dos estudos selecionados possibilitou identificar que aspectos relacionados ao componente de gestão da assistência ao parto e nascimento, tais como a gestão da informação, ambiência e trabalho em rede, e aspectos organizacionais, de estrutura e gestão colegiada, não foram abordados, assim como alguns aspectos relacionados à assistência, como a comunicação entre profissionais e usuárias a preparação para a alta e a integração com os demais pontos de atenção.

A avaliação em saúde pode contribuir para identificar como a assistência ao parto e nascimento está estruturada e vem sendo desenvolvida, identificar fragilidades, potencialidades e aspectos a serem melhorados, uma vez que contribui para tomada de decisões e para o aperfeiçoamento ou modificação de políticas, programas, serviços ou ações avaliadas (HARTZ; SILVA, 2005; SILVA, 2014).

Quadro 4 - Descrição dos artigos selecionados que abordam avaliação do parto e nascimento

(continua)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Apoio financeiro para utilização de serviços	GANABA et al., 2016	Burkina Faso	Avaliar a política de subsídio para partos e cuidados obstétricos de emergência em instalações públicas	Avaliação realista/abordagem mista/entrevistas, dados de pesquisa, dados do hospital e registros médicos/análise estatística, análise do conteúdo e cálculo da implementação	Implementação e financiamento da política de subsídios; efeitos na utilização de serviços, na qualidade do atendimento, sobre os custos domésticos, na equipe, nas instalações e interações com o sistema de saúde; satisfação das usuárias	Houve aumento na taxa de partos em hospitais, em especial entre as mulheres mais pobres. Os hospitais com maior nível de implantação do subsídio tiveram maior qualidade de atendimento. Foi identificada a necessidade de atuar para garantir equidade, garantindo que as mulheres mais pobres e vulneráveis sejam beneficiadas, pois as mais ricas utilizaram mais os serviços e a política de isentar indigentes de qualquer pagamento não havia sido efetivada. Também foi identificada necessidade de melhorar a gestão nas unidades com maior controle dos custos, racionalizar o uso de medicamentos, diminuir a carga horária de trabalho, melhorar a qualificação dos profissionais e os equipamentos. Os autores concluíram que a política de subsídios deveria ser mantida devido aos resultados positivos alcançados e que as melhorias apontadas na direção da equidade deveriam ser implementadas

(continuação)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Cuidados obstétricos de emergência	NABABAN et al., 2017	Bangladesh	Verificar a eficácia do checklist de parto seguro na melhoria das práticas em um hospital de um distrito de Bangladesh	Estudo de avaliação pré e pós-implementação/ Abordagem Quantitativa/ Observação, dados dos serviços/ Análise estatística	Uso do partograma; manejo apropriado da infecção materna, da eclampsia, da infecção perinatal; higiene das mãos; acompanhante; auxiliar de parto de emergência; reanimação para recém-nascidos; avaliação e tratamento da perda de sangue materno; amamentação e contato pele a pele; aconselhamento pós-parto e alta; avaliação da alimentação do recém-nascido; planejamento familiar	A implementação do checklist de verificação da segurança no parto tem potencial de melhorar a prática do parto em ambientes de baixa renda. Recomenda-se o uso do partograma, cuidados essenciais ao recém-nascido, ter força de trabalho, infraestrutura e suprimentos disponíveis, fortalecer o papel de liderança e do sistema de saúde em geral
	PEDRANA et al., 2019	Indonésia	Avaliar a associação do programa "Expandindo a Sobrevivência Materna e Neonatal" à maior eficácia no cuidado de complicações	Estudo avaliativo/Abordagem Quantitativa/Dados de um estudo de avaliação do programa/Análise estatística	Proporção de mães encaminhadas ao hospital devido à pré-eclâmpsia/ eclâmpsia grave que recebeu sulfato de magnésio antes do encaminhamento. Proporção de recém-nascidos com suspeita de infecção grave que recebeu antibiótico antes do encaminhamento	O programa contribuiu para melhorias na gestão de complicações obstétricas e neonatais, incluindo comunicação, transporte, preparação de gestantes com necessidade de encaminhamento, prontidão para emergências hospitalares e preparação da equipe

(continuação)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Cuidados obstétricos de emergência	SERBANE SCU et al., 2017	Zâmbia e Uganda	Apresentar os principais resultados para o ano 1 do programa "salvando mães, dando vida" para a redução da mortalidade materna	Avaliação pós-implantação/Abordagem quantitativa/Dados dos processos de monitoramento e avaliação da iniciativa, linha de base sobre os resultados maternos e perinatais/Análise estatística	Indicadores de monitoramento de processos e resultados sobre emergências maternas e neonatais, taxa de mortalidade materna em instalações, mortalidade materna baseada na população, instalações de saúde	Abordagens semelhantes podem ser utilizadas para reduzir rapidamente as mortes maternas evitáveis em locais de baixa e média renda
Processo de assistência ao parto e nascimento	DARWIN et al., 2016	Inglaterra	Verificar os impactos psicossociais e na saúde das mulheres que usaram o serviço voluntário de doula	Avaliação realista/Abordagem Mista/Questionário e entrevistas/Análise de conteúdo e Análise estatística	Momento e a natureza do apoio, impacto, relação com a doula e experiências negativas	Apoio de doula voluntária é potencialmente benéfico para as mulheres financeiramente desfavorecidas no Reino Unido. Este apoio deve ser considerado, especialmente, porque coincide com um momento de pico de incidência de depressão pós-parto. Uma abordagem baseada na construção de confiança deve ser fortalecida apoiando o envolvimento da família, incluindo parceiros
	KLEIMAN et al., 2020	EUA	Avaliar o impacto da implementação do protocolo de recuperação em resultados maternos após cesárea eletiva programada	Estudo avaliativo pré e pós implementação/Abordagem Quantitativa/Dados coletados em prontuários, base de dados/Análise estatística	Consumo de opióides, pontuação da dor, tempo de internação, complicações e reinternações	A implementação do protocolo está associada a melhorias significativas no uso de analgésicos na recuperação, foi associada a uma diminuição do tempo de permanência, sem aumento de reinternações ou complicações pós-operatórias, e deve ser considerado nos casos de cesárea eletiva

(continuação)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Processo de assistência ao parto e nascimento	ARAÚJO et al., 2019	Brasil	Avaliar a qualidade da assistência do parto e a correlação com os indicadores de saúde da criança	Estudo avaliativo/Abordagem Quantitativa/Entrevista/Análise e estatística	Realização de pré-natal, peso ao nascer, qualidade do atendimento no parto, criança colocada no peito após o nascimento, mãe e bebê juntos no quarto após o parto, vacinas, realização do teste do pezinho, internação no primeiro mês de vida, visita de profissional de saúde no domicílio na primeira semana após o parto	Assistência ao parto acontece de forma adequada e satisfatória, atendendo a necessidades da maioria das entrevistadas e gerando um impacto positivo nos indicadores da saúde da criança. Há necessidade de conscientização e qualificação dos profissionais de saúde para que não ocorram situações indesejáveis e para que diminuam as taxas de morbidade e mortalidade materna e neonatal, principalmente, no que se diz respeito às visitas domiciliares
	PAZANDE H et al., 2015	Irã	Investigar os cuidados durante o parto e nascimento em comparação com diretrizes nacionais em quatro hospitais públicos de Teerã	Avaliação descritiva-normativa/Abordagem Quantitativa/Observação e entrevistas/Análise estatística	Bem-estar da mulher e do bebê durante o trabalho de parto, liberdade para beber e comer dieta leve, liberdade de posição, contato pele a pele, gestão ativa do terceiro estágio de parto, início precoce da amamentação. Uso rotineiro de enema, raspagem, infusão intravenosa de rotina, amniotomia precoce, ocitocina no trabalho de parto, pressão do fundo do útero, episiotomia de rotina	As práticas não atendem aos padrões de cuidado baseado em evidências científicas. O uso de diferentes estratégias de melhoria da qualidade, como intervenções organizacionais, e para mudar as atitudes dos provedores em relação à cultura do nascimento como um processo fisiológico podem ser importantes para o contexto nacional. Recomenda-se uma análise econômica do uso de intervenções em hospitais públicos do Teerã

(continuação)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Processo de assistência ao parto e nascimento	LEAL et al., 2019	Brasil	Descrever os primeiros resultados de dois estudos avaliativos; identificar possíveis melhorias nos indicadores obstétricos em comparação ao inquérito Nascer no Brasil	Descritivo/Abordagem Quantitativa/Dados secundários de três estudos/Análise estatística	Acompanhante, atendimento por enfermeira obstétrica, preenchimento do partograma, uso de métodos não farmacológicos, deambulação, alimentação. Uso de cateter venoso periférico, analgesia, posição da mulher para o parto, episiotomia e manobra de Kristeler	Políticas públicas bem conduzidas podem mudar o cenário da atenção ao parto e nascimento, promovendo a redução de desfechos maternos e neonatais negativos
	SILVA et al., 2020	Brasil	Caracterizar e avaliar a assistência prestada no parto e pós-parto a partir da visão de mães, usuárias dos serviços da APS, e a qualidade dessa assistência com enfoque nos aspectos relativos à humanização	Pesquisa avaliativa, exploratória e descritiva/ Abordagem Quantitativa/ Entrevistas/Análise estatística	Idade da mãe, idade da criança, sexo da criança, escolaridade da mãe, parto no serviço indicado durante o pré-natal, tipo de serviço de saúde do parto, parto realizado no primeiro serviço de saúde procurado, pagamento pelo parto, tipo e qualidade de parto, acompanhante, mãe e filho juntos após o parto	Assistência prestada à mulher no parto e pós-parto foi satisfatória do ponto de vista da maioria das entrevistadas. Faz-se necessário expandir a implementação da Lei do acompanhante, promover a humanização na assistência prestada à puérpera para proporcionar o vínculo com o recém-nascido e fornecer informações necessárias para a adequada continuidade do cuidado

(continuação)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Qualificação de profissionais	ELLARD et al., 2014	Malawi	Avaliar a implementação de um programa de qualificação de pessoal quanto ao uso de tecnologias apropriadas para a sobrevivência materna e neonatal na África Subsaariana, a implementação e as mudanças na prática dos participantes	Avaliação de processo/ Abordagem Mista/Entrevistas, dados de contexto/Análise temática, Análise estatística	Implementação de habilidades e conhecimento, uso das habilidades de liderança para melhorar a prática, uso de partograma, tratamento da pré-eclâmpsia e eclâmpsia, atenção pós-aborto, sepse neonatal, hemorragia pós-parto	O programa tem potencial para melhorar a saúde de mães e bebês na África. Os participantes fizeram mudanças positivas na prática profissional e houve aprimoramento do profissionalismo do grupo. O impacto sobre a redução da mortalidade materna e neonatal precisa ser mais estudado
	MACHIN; PEARSON, 2014	Escócia	Investigar questões de contexto, processo e resultado em relação a experiências dos participantes e facilitadores do programa de aprendizagem pela ação e sua relevância para a prática	Avaliação realista/ Abordagem Qualitativa/ Questionário <i>online</i> , grupo focal/Análise temática	Informações demográficas e de trabalho, dados relacionados ao contexto, percepções sobre os pontos fortes e desafios dos diferentes componentes do programa (mecanismos) e sua eficácia em facilitar seu desenvolvimento (resultados)	Para a maioria a experiência foi muito positiva. Uma facilitação qualificada pode melhorar a experiência dos participantes; o programa deve ser renomeado para evitar confusão na metodologia de aprendizagem e ser focado no resultado para evidenciar o impacto na prática

(continuação)

TEMA	AUTORIA/ ANO	LOCAL DE REALIZAÇÃO	OBJETIVO	TÉCNICAS/ INSTRUMENTOS/ ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAIS INDICADORES E/OU CRITÉRIOS AVALIADOS	CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES
Qualificação de profissionais	MCARA- COUPER et al., 2017	Nova Zelândia	Avaliar o impacto do Serviço de Educação para o Desenvolvimento da Obstetrícia sobre a cultura de educação na unidade de parto	Estudo avaliativo/Abordagem Mista/Questionário <i>online</i> , entrevistas e grupos focais/Análise dos dados qualitativos como suporte aos achados quantitativos e análise estatística	Satisfação, aprendizagem no trabalho, suporte e tempo da obstetriz educadora, cultura da aprendizagem no trabalho, integração com universidade	Os participantes estão satisfeitos com o programa. O programa impacta a cultura de aprendizagem em serviço da maternidade, garante tanto o aprendizado quanto a assistência em obstetrícia de qualidade. Recomenda-se a expansão do programa para outras maternidades, a ampliação da integração das obstetrias educadoras com a universidade, com mais tempo para o envolvimento com o programa

Fonte: Elaborado pela autora.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa avaliativa (HARTZ; SILVA, 2005; CHAMPAGNE et al., 2011), com abordagem qualitativa e quantitativa, tendo como objeto avaliativo a assistência hospitalar ao parto e nascimento no âmbito de hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS de Santa Catarina, realizada no período de outubro de 2018 a janeiro de 2020. Foram utilizados dados primários e secundários.

A tese foi realizada em duas etapas sequenciais: (1) Estudo de Avaliabilidade (EA) para construção e validação do modelo avaliativo com a participação de interessados na avaliação e especialistas; (2) a realização de estudo de casos possibilitou conhecer as condições da gestão e assistência ao parto e nascimento, desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto, em hospitais catarinenses. Propiciou, ainda, identificar aspectos que influenciam a assistência na perspectiva dos profissionais da gestão e assistência e a percepção das puérperas sobre a experiência vivenciada na assistência.

O estudo de casos foi considerado uma estratégia metodológica adequada por possibilitar que um fenômeno seja estudado em profundidade e em seu contexto da vida real de modo que obtenha um amplo e detalhado conhecimento (YIN, 2018), possibilitando compreender mais sobre como a assistência é realizada e sobre os fenômenos que interferem na sua implementação.

3.2 ESTUDO DE AVALIABILIDADE

O EA foi proposto com objetivo de analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento e identificar elementos, contextos e atores a serem contemplados em um plano avaliativo e a sua viabilidade. Esse tipo de estudo permite um entendimento aprofundado sobre o objeto de pesquisa, bem como identificar possibilidades para sua avaliação (THURSTON; RAMALIU, 2005). Demanda que sejam consideradas opiniões e percepções de envolvidos e os resultados da avaliação, podendo ser útil para formuladores de políticas, avaliadores e para o próprio programa a ser avaliado (SOURA et al., 2016).

Trata-se de um EA de abordagem exploratória e qualitativa, desenvolvido de outubro de 2018 a novembro de 2019. A condução deste EA seguiu os pressupostos de Thurston e

Ramaliu (2005) e de Trevisan e Walser (2015), assumindo um processo dinâmico, não estanque, em que os elementos podem ser revisitados.

Os elementos do EA incluíram:

- Descrição do programa: este elemento tem como foco delimitar o programa e identificar suas ações, seus objetivos ou suas metas do programa e identificar a percepção dos interessados acerca desses aspectos.

- Revisão dos documentos: por meio da análise de documentos relacionados à intervenção é possível identificar suas características, sua estrutura e sua função. Possibilita, ainda, identificar a coerência entre o programa e os documentos.

- Construção do modelo lógico: objetiva identificar os recursos, as atividades, os objetivos e os efeitos esperados (resultados parciais e finais) e compreender os papéis de cada componente do programa, seus efeitos e suas conexões.

- Entendimento preliminar: tem como objetivo obter um primeiro reconhecimento sobre como o programa opera.

- Desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação: visa representar como o programa deve funcionar para alcançar seus objetivos, identificar fatores de contexto que interferem no funcionamento, bem como as relações entre contexto, ações e resultados e a racionalidade que orienta o programa.

- Identificação e envolvimento de interessados no processo avaliativo: possibilita a realização de mudanças na delimitação do programa e favorece a ampliação da interpretação dos resultados e a reorientação das ações para alcançar os objetivos da intervenção.

- Consenso quanto aos elementos do procedimento de avaliação: os produtos de um EA são a descrição abrangente do programa e a elaboração da pergunta avaliativa e de um plano avaliativo. Este elemento objetiva que o plano seja acordado entre os interessados para prosseguir com uma avaliação.

Com o objetivo de realizar a descrição do programa e, posteriormente, elaborar o modelo avaliativo, foi realizada a análise de documentos técnicos e artigos científicos. Os documentos selecionados foram as publicações mais recentes da Organização Mundial da Saúde, do Ministério de Saúde brasileiro e de outros países que possuem modelos de assistência ao parto e nascimento considerados de excelência e artigos científicos relacionados ao objeto do EA (Quadro 5). Para complementar o conjunto de materiais, foram utilizados artigos

considerados de referência na temática da assistência humanizada ao parto e nascimento, tais como Davis Floyd (1994, 2001, 2003, 2009); Diniz (2005, 2009); Hotimsky e Schraiber (2005); Rattner (2009); Tornquist (2002, 2003); Wagner (2001, 2006), Biurrun-Garrido e Gobernadoras (2013), entre outros.

Quadro 5 – Documentos e artigos científicos utilizados para construção do modelo avaliativo

TÍTULO	AUTORIA	ANO
<i>Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud</i>	Ministerio de Sanidad y Consumo, España	2007
<i>Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones</i>	Ministerio de Sanidad y Política Social, España	2009
<i>Intrapartum care for healthy women and babies</i>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom	2014
<i>Intrapartum care</i>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom	2015
<i>Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines – Chapter 4 Care during labour and birth</i>	Public Health Agency of Canada, Canada	2018
<i>WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience</i>	World Health Organization	2018
Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças	Ministério da Saúde, Brasil Organização Panamericana de Saúde	2013
Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana	Ministério da Saúde, Brasil	2016
Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal	Ministério da Saúde, Brasil	2017
Portaria de consolidação nº 3/2017 – anexo II Rede Cegonha	Ministério da Saúde, Brasil	2017a
<i>Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews</i>	JONES, L. et al.	2012
<i>Caesarean section for non-medical reasons at term</i>	LAVENDER, T. et al.	2012
<i>Maternal positions and mobility during first stage labour</i>	LAWRENCE, A. et al.	2013
<i>Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes</i>	MCDONALD, S. J. et al.	2013
<i>Enemas during labour</i>	REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G.	2013
<i>Restricting oral fluid and food intake during labour</i>	SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L.	2013
<i>Routine perineal shaving on admission in labour</i>	BASEVI, V.; LAVENDER, T.	2014
<i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants</i>	MOORE, E. R. et al.	2016
<i>Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women</i>	SANDALL, J. et al.	2016
<i>Continuous support for women during childbirth</i>	BOHREN, M. A. et al.	2017
<i>Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia</i>	GUPTA, J. K. et al.	2017
<i>Fundal pressure during the second stage of labour</i>	HOFMEYR, G. et al.	2017
<i>Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth</i>	JIANG, H. et al.	2017

Fonte: Elaborado pela autora.

Com base na leitura e síntese dos artigos e documentos, foram elaboradas as versões preliminares dos modelos teórico e lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, tendo como eixo transversal práticas orientadas pela humanização do cuidado e baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos.

O processo de construção do modelo avaliativo contou, na sequência, com ampla discussão realizada com professores e estudantes de diversas áreas, em nível de mestrado e doutorado em Saúde Coletiva, integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) e da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As discussões ocorreram em seminários realizados na disciplina e contribuíram para aprimorar a versão preliminar do modelo avaliativo.

Ainda nesta etapa foram coletados mais dados para aprofundar o conhecimento sobre o objeto e identificar outros elementos do funcionamento da assistência hospitalar ao parto e nascimento, bem como fatores que influenciam sua implementação. Para tanto, foram realizadas seis entrevistas individuais com informantes-chave, considerados interessados na avaliação por sua atuação no âmbito da gestão em saúde das mulheres e/ou crianças em nível federal ou estadual (2); reconhecida atuação em maternidades de referência na assistência ao parto e nascimento no Brasil (2) e atuação no movimento de mulheres em âmbito nacional e/ou local (2). As entrevistas foram realizadas presencialmente e a distância, entre os meses de fevereiro e abril de 2019, com apoio de um roteiro semiestruturado (Apêndice A) contendo perguntas sobre o contexto envolvido na implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, seus objetivos, suas ações e seus resultados.

Os dados coletados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014) a partir das quatro categorias definidas previamente nas questões do roteiro de entrevista: contexto, objetivos, ações e resultados.

Na sequência o modelo avaliativo foi submetido a um processo de validação de conteúdo e consenso por especialistas por meio do método Delphi, que possui entre suas características o anonimato entre os participantes, o feedback fornecido de maneira estruturada e a possibilidade de os participantes ajustarem suas avaliações iniciais (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2006; HSU; SANDFORD, 2007).

Os participantes do Delphi foram identificados por sua atuação na gestão em saúde das mulheres e crianças em nível federal, estadual ou em maternidade (3), reconhecida experiência acadêmica na área de saúde das mulheres e/ou crianças e avaliação em saúde (6) e reconhecida atuação em maternidades de referência brasileiras nas áreas de medicina e enfermagem

obstétrica e neonatologia (5). Entre os 14 especialistas convidados, onze participaram (78,5%), dois não responderam ao convite e um aceitou, mas não efetivou sua participação.

O modelo avaliativo foi disponibilizado por meio da plataforma *Survey Monkey*®. Foram realizadas duas rodadas, na primeira foram apresentados 101 itens a serem analisados pelos participantes, com pedido de retorno dentro de 30 dias, considerando se tinham concordância plena, parcial ou discordância quanto aos modelos lógico e teórico e matriz avaliativa, seus *rationales* e pertinência dos elementos. Nos casos de concordância parcial e/ou discordância foi solicitada justificativa e/ou contribuição para alteração.

As contribuições foram analisadas e compiladas informando para cada item: o percentual de concordância, a análise e as sugestões dos especialistas, a resposta das pesquisadoras e, na sequência, a proposta de alteração do texto ou a justificativa, em caso de proposição da manutenção do texto anterior. Este material foi reapresentado aos especialistas com solicitação de retorno dentro de 30 dias, sendo que na segunda rodada o número de itens a serem analisados diminuiu para 86. O modelo avaliativo (Apêndice B) foi considerado validado na segunda rodada quando obteve 90% de concordância dos especialistas participantes. As duas rodadas do Método Delphi foram realizadas entre os meses de maio e novembro de 2019.

Ao final foram definidas abordagem, participantes, métodos e técnicas de coleta de dados para realização do estudo de casos.

3.3 ESTUDO DE CASOS

Foi realizado um estudo de casos (YIN, 2018) em três hospitais localizados em Santa Catarina, tendo como objeto a assistência hospitalar ao parto e nascimento. O processo de modelagem e de construção da matriz avaliativa permitiu ampliar a apreensão sobre o objeto avaliativo e orientou a elaboração dos instrumentos de coleta de dados.

3.3.1 Seleção dos casos

Para definição dos casos, foi utilizado o resultado do processo avaliativo de maternidades da Rede Cegonha realizado pelo Ministério da Saúde em 2017. Além de conhecer a situação da implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, esse processo avaliativo também objetivou promover a repactuação de compromissos junto aos gestores do SUS (BRASIL, 2016a). Foram selecionados os hospitais com melhor classificação

na diretriz boas práticas e, na sequência, os que obtiveram maior número de diretrizes classificadas como adequadas e nenhuma classificada como incipiente ou não adequada.

Foram identificados quatro hospitais que atenderam a esses critérios. Os serviços foram convidados para participar da pesquisa e assinar o termo de autorização institucional para pesquisa (Apêndice C). Um dos hospitais informou não ter interesse em participar da pesquisa. Os casos foram denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3.

3.3.2 Participantes do estudo e da coleta de dados

Foram utilizadas diferentes estratégias e fontes de evidências para a coleta de dados: análise documental, observação direta e entrevistas individuais com gestores, profissionais de saúde e puérperas. A coleta foi realizada *in loco*, permanecendo a pesquisadora por sete dias em cada local, durante uma semana típica de atendimento, no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020. Os instrumentos de coleta foram elaborados a partir do modelo avaliativo e foi realizado um teste piloto em um serviço que não participou do estudo.

a) Análise de documentos: para verificar a existência de pactuação de metas e de indicadores e tempos de espera (Apêndice D). Os documentos dos hospitais foram solicitados à coordenadora da enfermagem, durante a semana de coleta de dados a análise ocorreu no local. Os documentos referentes à gestão estadual foram cedidos pela Coordenadora da Rede Cegonha.

b) Observação direta: realizada durante a semana de coleta de dados de cada caso a partir de um roteiro (Apêndice E) que focou aspectos de acessibilidade e estruturais dos ambientes de cada serviço e a publicização de informação sobre indicadores acompanhados pelos serviços. As informações foram registradas em um diário de campo.

c) Entrevistas: foram realizadas 43 entrevistas entre os meses de novembro de 2019 e janeiro de 2020. Os participantes foram profissionais da gestão hospitalar, profissionais das equipes assistenciais e mulheres puérperas de cada caso selecionado.

Participaram do estudo profissionais com atuação nas chefias da obstetrícia, enfermagem e neonatologia e profissionais assistenciais das mesmas áreas, com mais de um ano de atuação ininterrupta no local. Excluíram-se profissionais de férias ou de licença. Os

profissionais que atendiam aos critérios de inclusão e atuavam na assistência foram indicados pelo serviço, considerando os que melhor poderiam fornecer as informações. Os que atuavam na gestão foram selecionados devido à função ocupada. Ao final foram entrevistados 18 profissionais das maternidades, sendo nove gestores (coordenação de obstetria, de enfermagem e de neonatologia de cada caso) e nove trabalhadores assistenciais (um médico obstetra, um médico neonatologista e uma enfermeira obstétrica de cada caso).

As entrevistas foram realizadas no local e momento mais conveniente para os participantes a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndices F e G). Duas entrevistas foram realizadas por videochamada. As entrevistas tiveram a duração média de 01 hora e 20 minutos

Foram entrevistadas também puérperas que pariram no serviço e se encontravam no alojamento conjunto com doze horas ou mais transcorridas após o parto, independentemente de terem tido parto vaginal ou cesárea. A enfermeira do turno listava as puérperas do dia que cumpriam os critérios de inclusão, sendo realizadas entrevistas até a ocorrência de saturação dos dados. Ao final foram entrevistadas 25 puérperas (oito – Caso 1, oito – Caso 2 e nove – Caso 3). Cinco puérperas se recusaram a participar e uma não finalizou a entrevista.

Elas foram entrevistadas no alojamento conjunto e, para manter a privacidade, não foram realizadas entrevistas nos momentos de visita, assistência, alimentação ou amamentação e buscou-se ajustar a intensidade sonora da conversa. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos e foram realizadas a partir de um roteiro semiestruturado (Apêndice H). Constavam do roteiro de entrevista perguntas relacionadas ao processo de orientação para a alta. As entrevistadas concordaram em ser contatadas por aplicativo de conversa em até uma semana após a alta. Das 25 mulheres entrevistadas no hospital, dezenove responderam ao contato após a alta, quatro não responderam e com duas não foi possível contato.

3.3.3 Análise dos dados

Os dados coletados por meio das entrevistas gravadas em áudio foram transcritos. Com auxílio do software ATLAS.ti, versões 8.4.4 e 9.0.7, foi realizada análise temática dos dados das entrevistas a partir de uma lista predefinida de códigos correspondentes às medidas da MAJ. Posteriormente, foram incluídos os dados da análise documental e observação.

Foi realizada a triangulação dos dados das entrevistas, da observação e dos documentos (YIN, 2018) e se buscou identificar padrões de convergência e divergência entre os casos, bem como aspectos favoráveis e desfavoráveis para a implementação do programa a partir dos elementos da MAJ.

Quando foram consideradas diferentes fontes de evidência e houve discordância entre as informações, a decisão final foi orientada pelos critérios:

- a) convergência de 100% quando os respondentes variavam de 1 a 3 por serviço;
- b) convergência de, no mínimo, 75% quando os respondentes variavam de 4 a 9 por serviço.

Os elementos avaliativos foram ajuizados de acordo com os parâmetros definidos na MAJ (Apêndice I), orientados por padrões normativos, conhecimento científico e ponderações dos especialistas consultados na construção do modelo avaliativo, pactuados entre duas pesquisadoras.

Foi atribuído o mesmo peso às duas dimensões da MAJ. A pontuação das subdimensões foi distribuída igualmente entre os indicadores que as compõem. Para cada medida, foram estabelecidos escores e, para os indicadores com apenas uma medida, esta recebeu a pontuação máxima do indicador (3,0 pontos).

O julgamento dos indicadores orientou-se pelo resultado do somatório dos escores e sua correspondência percentual de alcance do Valor Máximo Esperado (VME). Assumiu-se **Satisfatório** quando o somatório dos escores atingiu valor igual ou acima de 75% do VME, **Insatisfatório** para pontuação abaixo de 50% do VME e **Parcialmente Satisfatório** para as demais situações. O mesmo procedimento orientou o ajuizamento das subdimensões e das dimensões.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Para realização do estudo, foi respeitado o disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo de avaliabilidade e o estudo de casos foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (pareceres nº 3.121.213, 3.344.848 e 3.437.199) (Anexos A, B e C). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados por todos os participantes, que receberam explicação sobre os objetivos da pesquisa, eles foram informados que os dados seriam anônimos e confidenciais, que a participação era voluntária e que a recusa de participação não lhes causaria nenhum tipo de prejuízo (Apêndices J, K, L e M).

Para preservar a identidade dos participantes, os nomes foram substituídos pelas letras e/ou números. No caso das puérperas, foi utilizada a letra P seguida do número referente à

sequência da entrevista; no caso dos gestores e trabalhadores da assistência foram utilizadas letras referentes à sua profissão e função exercida (GO-A: médico obstetra assistencial; NEO-A: médico neonatologista assistencial; EO-A: enfermeira obstetra assistencial; NEO-G: gestão neonatologia; ENF-G: gestão de enfermagem e GO-G: gestão ginecologia e obstetrícia).

4 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa são apresentados no formato de artigos científicos de acordo com as normas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (PPGSC/UFSC).

O primeiro artigo, intitulado “Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um estudo de avaliabilidade”, tem como objetivo analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento e identificar elementos, contextos e atores a serem contemplados em um plano avaliativo e sua viabilidade. Será submetido ao periódico Saúde em Debate, Qualis B2 para a área de Saúde Coletiva.

O segundo artigo, intitulado “Avaliação da assistência ao parto e nascimento em hospitais de Santa Catarina: um estudo de casos”, tem como objetivo avaliar a assistência hospitalar ao parto e nascimento, analisando aspectos de gestão e assistência desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto. Este artigo será submetido ao periódico Cadernos de Saúde Pública, Qualis A2 para a Saúde Coletiva.

O terceiro artigo, intitulado “Aspectos que influenciam a implementação da assistência ao parto e nascimento em hospitais do sul do Brasil: um estudo qualitativo”, tem como objetivo identificar fatores que influenciam a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento em três hospitais localizados no estado de Santa Catarina, Brasil, a partir da perspectiva de profissionais que atuam na gestão e assistência hospitalar. Será submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva, Qualis B1 para a Saúde Coletiva.

O quarto artigo, intitulado “Vivências de mulheres puérperas sobre a assistência ao parto e nascimento em hospitais do sul do Brasil: um estudo qualitativo”, tem como objetivo analisar as vivências de mulheres puérperas em relação às práticas de saúde e a relação de cuidado durante o processo de parto e nascimento. Foi elaborado em coautoria com a Professora Doutora Josefina Goberna Tricas da Escola de Enfermagem da Faculdade de Medicina e Ciências da Saúde da Universidade de Barcelona durante o período de doutorado sanduíche CAPES/PRINT/UFSC realizado nessa universidade sob acompanhamento da referida professora. Será submetido à revista *Qualitative Health Research*, Qualis A2 para Enfermagem.

4.1 ARTIGO 1: ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Célia Adriana Nicolotti
Josimari Telino de Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento, identificar elementos, contextos e atores a serem contemplados em um plano avaliativo e sua viabilidade. Estudo de avaliabilidade com abordagem exploratória e qualitativa. Foram realizadas revisão bibliográfica, documental e entrevistas com *stakeholders* cujos resultados orientaram a modelização da assistência hospitalar ao parto e nascimento. O modelo avaliativo foi submetido a consenso pelo Método Delphi em conjunto com especialistas da área e definidas estratégias para o desenvolvimento de estudo avaliativo. A assistência ao parto e nascimento deve observar o cuidado humanizado, evidências científicas e direitos. As condições estruturais, organizacionais e o desenvolvimento das ações devem assegurar acesso, qualidade e satisfação das mulheres. A avaliação deve contemplar o olhar dos diferentes atores envolvidos no processo. Concluiu-se que a assistência hospitalar ao parto e nascimento é avaliável e o estudo de avaliabilidade contribuiu para a delimitação do recorte da avaliação e ampliação do conhecimento acerca do objeto e para a definição das estratégias metodológicas e instrumentos de coleta do estudo de avaliação a ser desenvolvido na sequência. O modelo avaliativo pode ser utilizado em outros contextos, com adaptação de acordo com cada realidade.

Palavras-chave: Saúde das mulheres. Tocologia. Parto. Avaliação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) é uma política pública que faz parte do SUS e se orienta por seus princípios e suas diretrizes. A PNAISM tem, entre um dos seus eixos, a atenção obstétrica que está organizada como uma rede de atenção à saúde, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011, 2017).

O país se destaca no cenário internacional por excessiva intervenção cirúrgica na assistência ao parto e nascimento. Em 2019 ocorreram cerca de 3 milhões de nascimentos, 98% realizados em hospitais, a maioria assistida por médicos, sendo 57% cesarianas (BRASIL,

[s.d.]), número superior ao limite de 15% proposto por organismos internacionais (OMS, 2015). Estudos alertam que a assistência ao parto e nascimento no país caracteriza-se pelo uso excessivo de intervenções e pela existência de violência no momento do parto, o que expressa desafios à sua qualificação (LEAL et al., 2014; MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018).

Apesar dos avanços técnicos e científicos na área da saúde e os benefícios alcançados, ainda persistem taxas elevadas de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Aspecto esse descrito como “paradoxo perinatal” quando mais tecnologia não significa, necessariamente, mais qualidade na assistência e mais saúde materna e neonatal, tampouco satisfação das mulheres com o atendimento, uma vez que estas reivindicam um tratamento mais digno e respeitoso durante a assistência (DINIZ, 2009).

A assistência ao parto e nascimento é uma questão relevante para a saúde coletiva devido à sua magnitude, complexidade e singularidade, pois se trata de um momento único na vida de mulheres, bebês e famílias. Para a garantia de resultados favoráveis, ela deve ser centrada nas necessidades de saúde, fundamentada em práticas baseadas em evidências científicas e considerar a evolução fisiológica do parto (BRASIL, 2017a; WHO, 2018), o que demanda a articulação de diferentes áreas e profissionais dos serviços e o desenvolvimento de inúmeras ações assistenciais e gerenciais.

Nesse sentido, é relevante estudar a assistência hospitalar ao parto e nascimento de maneira ampliada, enquanto um processo que abrange diferentes momentos, desde a admissão até a alta hospitalar, a partir de diferentes aspectos do objeto. Identificar como a assistência hospitalar ao parto e nascimento está estruturada e vem sendo desenvolvida, fragilidades, potencialidades e aspectos a serem melhorados, contribuindo para tomada de decisões e para o aperfeiçoamento de políticas, programas, serviços ou ações avaliadas (HARTZ; SILVA, 2005; SILVA, 2014).

A realização prévia de um estudo de avaliabilidade contribui para uma avaliação mais assertiva, uma vez que possibilita identificar a construção lógica e teórica do programa; compreender mais sobre a cultura, o contexto, a complexidade e a evolução do programa; facilitar o envolvimento dos interessados na avaliação; aprofundar o conhecimento sobre o objeto como um todo; descrever um plano avaliativo e analisar a sua viabilidade (THURSTON; RAMALIU, 2005; PADILHA; OLIVEIRA; FIGUEIRÓ, 2015; TREVISAN; WALSER, 2015).

A assistência ao parto e nascimento tem sido objeto de estudos com distintos enfoques metodológicos. Estudos avaliativos são escassos e destacam-se os que abordam o tema a partir da perspectiva da assistência com foco em um assunto específico, por exemplo, assistência ao parto normal e cuidados obstétricos de emergência (OLIVEIRA et al., 2015; PAZANDEH et

al., 2015; SERBANESCU et al., 2017). Não foram encontrados estudos de avaliabilidade relativos ao parto e nascimento, publicados em inglês, português ou espanhol, em uma pesquisa bibliográfica realizada em sites de busca por periódicos, com o uso de descritores correspondentes e sem limitação do período.

Considerando-se o exposto, este estudo buscou analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento, identificando elementos, contextos e atores a serem contemplados em um plano avaliativo e sua viabilidade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um Estudo de Avaliabilidade (EA) de abordagem exploratória e qualitativa que tem como objeto a assistência hospitalar ao parto e nascimento, desenvolvido de outubro de 2018 a novembro de 2019.

A condução deste EA seguiu os pressupostos de Thurston e Ramaliu (2005) e de Trevisan e Walser (2015), assumindo um processo dinâmico, não estanque, em que os elementos podem ser revisitados. Os elementos do EA incluíram: (1) descrição do programa; (2) revisão dos documentos; (3) construção do modelo lógico; (4) entendimento preliminar sobre como a intervenção funciona; (5) desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação; (6) identificação e envolvimento de interessados no processo avaliativo e (7) consenso quanto aos elementos do procedimento de avaliação.

Para a descrição do programa e construção do modelo avaliativo, foram analisados documentos técnicos da OMS, do Ministério de Saúde brasileiro e de outros países que possuem modelos de assistência ao parto e nascimento de excelência e artigos científicos relacionados ao objeto do EA (Quadro1).

Quadro 1 – Documentos e artigos científicos utilizados para construção do modelo avaliativo

TÍTULO	AUTORIA	ANO
<i>Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud</i>	Ministerio de Sanidad y Consumo, España	2007
<i>Maternidad Hospitalaria: Estándares y Recomendaciones</i>	Ministerio de Sanidad y Política Social, España	2009
<i>Intrapartum care for healthy women and babies</i>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom	2014
<i>Intrapartum care</i>	National Institute for Health and Care Excellence (NICE), United Kingdom	2015
<i>Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines – Chapter 4 Care during labour and birth</i>	Public Health Agency of Canada, Canada	2018
<i>WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience</i>	World Health Organization	2018
Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças	Organização Panamericana de Saúde Ministério da Saúde, Brasil	2013
Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana	Ministério da Saúde, Brasil	2016
Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal	Ministério da Saúde, Brasil	2017
Portaria de consolidação nº 3/2017 – anexo II Rede Cegonha	Ministério da Saúde, Brasil	2017
<i>Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews</i>	JONES, L. et al.	2012
<i>Caesarean section for non-medical reasons at term</i>	LAVENDER, T. et al.	2012
<i>Maternal positions and mobility during first stage labour</i>	LAWRENCE, A. et al.	2013
<i>Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes</i>	MCDONALD, S. J. et al.	2013
<i>Enemas during labour</i>	REVEIZ, L. et al.	2013
<i>Restricting oral fluid and food intake during labour</i>	SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L.	2013
<i>Routine perineal shaving on admission in labour</i>	BASEVI, V.; LAVENDER, T.	2014
<i>Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants</i>	MOORE, E. R. et al.	2016
<i>Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women</i>	SANDALL, J. et al.	2016
<i>Continuous support for women during childbirth</i>	BOHREN, M. A. et al.	2017
<i>Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia</i>	GUPTA, J. K. et al.	2017
<i>Fundal pressure during the second stage of labour</i>	HOFMEYR, G. et al.	2017
<i>Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth</i>	JIANG, H. et al.	2017

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Além disso, foram utilizados artigos considerados de referência na temática da assistência humanizada ao parto e nascimento, tais como Davis-Floyd (1994, 2001, 2003, 2009); Diniz (2005, 2009); Hotimsky e Schraiber (2005); Rattner (2009); Tornquist (2002, 2003); Wagner (2001, 2006), Biurrun-Garrido e Goberna-Tricas (2013), entre outros.

Com base na leitura e síntese dos artigos e documentos, foram elaboradas as versões preliminares dos modelos teórico e lógico e da matriz avaliativa, analisadas e discutidas com integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) e da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, docentes e discentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

Para aprofundar o conhecimento sobre o objeto e identificar outros elementos do funcionamento da assistência hospitalar ao parto e nascimento, bem como fatores que influenciam sua implementação, foram realizadas seis entrevistas individuais com *stakeholders*. Os participantes foram selecionados por sua atuação no âmbito da gestão em saúde das mulheres e/ou crianças em nível federal ou estadual (2), reconhecida atuação em maternidades de referência na assistência ao parto e nascimento no Brasil (2) e atuação no movimento de mulheres em âmbito nacional e/ou local (2).

As entrevistas foram realizadas presencialmente e a distância, entre os meses de fevereiro e abril de 2019, com apoio de um roteiro semiestruturado contendo perguntas sobre o contexto envolvido na implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, seus objetivos, suas ações e seus resultados.

Os dados coletados nas entrevistas, documentos e artigos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014) com apoio do software ATLAS.ti versão 8.4.4, a partir das quatro categorias previamente definidas nas questões do roteiro: contexto, objetivos, ações e resultados. A partir dessa análise foi elaborada nova versão do modelo avaliativo.

Para dar continuidade à ampliação da compreensão do objeto do EA e validar o modelo avaliativo, foi realizada uma oficina de consenso utilizando-se o Método Delphi, com apoio de formulário eletrônico na plataforma *Survey Monkey*. O Delphi é um método reconhecido por ser versátil, uma vez que usa informações tanto da experiência como do conhecimento dos participantes de um grupo de especialistas. Contribui para o aumento da confiabilidade, pois supera as limitações de análise de um único indivíduo e permite que se baseie no julgamento intersubjetivo (REGUANT-ÁLVAREZ; TORRADO-FONSECA, 2016).

Os participantes do Delphi foram identificados por sua atuação na gestão em saúde das mulheres e crianças em nível federal e estadual ou em maternidade (3), reconhecida experiência acadêmica na área de saúde das mulheres e/ou crianças e avaliação em saúde (6) e atuação em maternidades de referência brasileiras nas áreas de medicina e enfermagem obstétrica e neonatologia (5). Entre os 14 especialistas convidados, onze participaram das duas rodadas (78,5%), dois não responderam ao convite e um aceitou, mas não efetivou sua participação.

Na primeira etapa do Delphi os participantes tiveram um prazo de 30 dias para responder sobre a concordância plena, parcial ou discordância quanto ao modelo avaliativo e à pertinência dos elementos. Nos casos de concordância parcial e/ou discordância, foi solicitada justificativa e/ou contribuição para alteração. Todas as contribuições foram analisadas e compiladas. O modelo com o texto ajustado foi reapresentado aos participantes para nova etapa de consenso com prazo para retorno em até 30 dias. O modelo avaliativo foi considerado validado quando obteve 90% de concordância dos especialistas participantes, o que aconteceu na segunda etapa de validação.

A partir das informações coletadas nas entrevistas e validação do modelo avaliativo, foi elaborado o plano da avaliação com definição da abordagem, participantes, métodos e técnicas de coleta de dados.

Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012, que trata de pesquisas com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 3.121.213/2019).

Para preservar a identidade dos participantes das entrevistas, foi utilizada a letra S (*stakeholder*) seguida do número referente à ordem com que ocorreram as entrevistas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora nem todos os documentos analisados apresentassem explicitamente os objetivos, as ações e os resultados, foi possível identificar esses elementos na análise, acrescido do material coletado nas entrevistas e das colaborações dos especialistas durante a validação do modelo. Também foi possível identificar aspectos de contexto internos e externos ao setor saúde e que podem influenciar a assistência ao parto e nascimento. Todos eles foram inseridos na proposição do modelo avaliativo que adotou como campo de atuação o hospital, assumindo-se como premissa a assistência ao parto e nascimento baseado na humanização do cuidado, com utilização das melhores evidências científicas disponíveis e garantia de direitos.

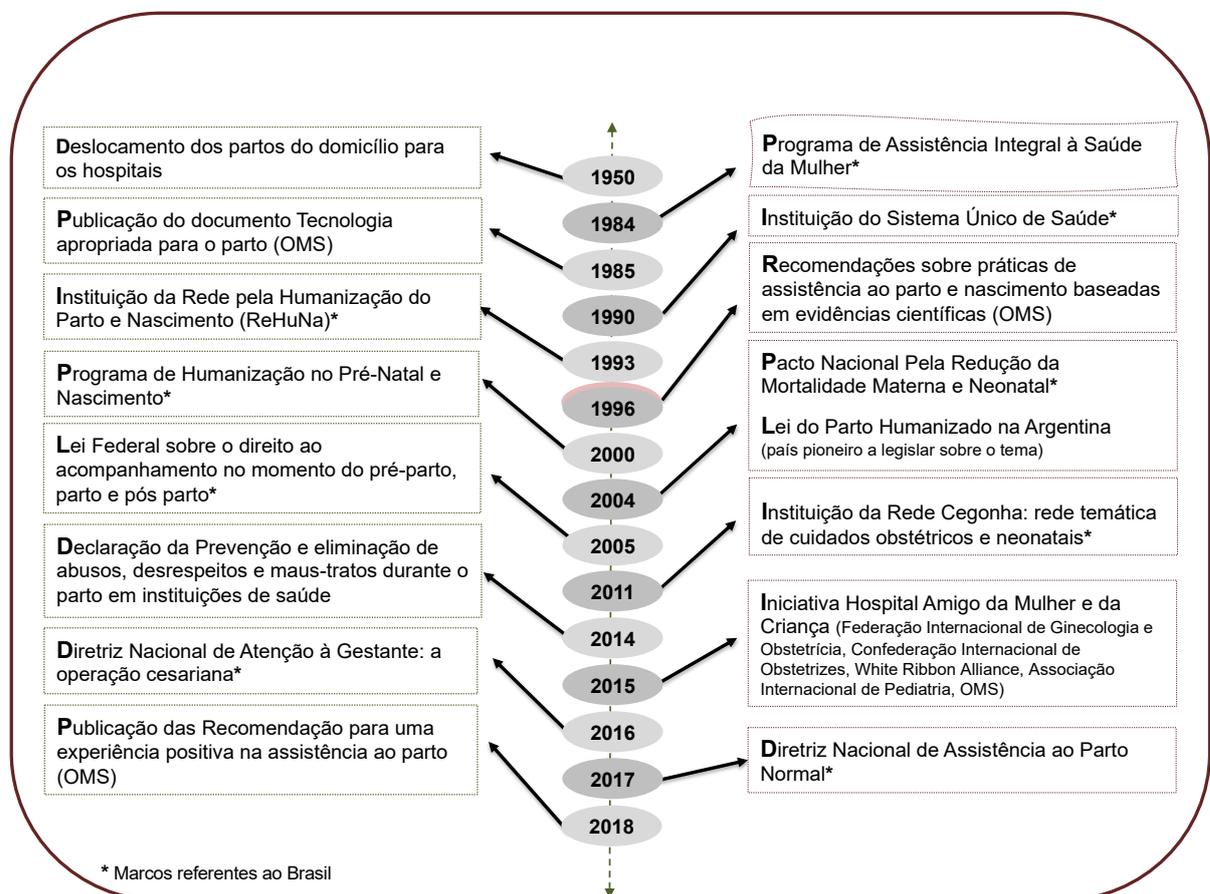
3.1 AMPLIANDO O CONHECIMENTO SOBRE O PROGRAMA (ELEMENTOS 1, 2 E 4 DO EA)

A atenção ao parto e nascimento sofreu profundas alterações e, na década de 1950, a institucionalização em âmbito hospitalar se consolidou (GOBERNATRICES, 2017). Na

Figura 1 está apresentada uma linha do tempo com os principais marcos após a institucionalização hospitalar do parto, na qual se pode observar preocupação de organismos internacionais, a partir da década de 1980, com recomendações e orientações para uma atenção humanizada, práticas baseadas em evidências científicas, o respeito aos direitos da mulher e a adoção de medidas para redução da mortalidade materna e neonatal.

No Brasil, a preocupação estava presente no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher em 1984 (BRASIL, 1984). A instituição do Sistema Único de Saúde impulsionou a adoção de políticas e programas nessa direção, cujos marcos mais recentes são a Rede Cegonha e as diretrizes de atenção às gestantes no parto vaginal e cesariana.

Figura 1 - Principais marcos da assistência ao parto e nascimento, 2021



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Para uma maior apropriação do objeto em análise, buscou-se identificar os objetivos, as ações e os resultados esperados na assistência ao parto e nascimento no conjunto das fontes de evidências do estudo.

Propiciar uma assistência segura, melhorar a qualidade das práticas, utilizar as melhores evidências disponíveis e alcançar bons resultados para as mulheres e bebês são

objetivos descritos em todos os documentos analisados. Discutir as preferências das mulheres, com apoio das equipes para tomar decisões informadas sobre o parto, foi descrito como objetivo em documentos oficiais da Espanha e do Reino Unido (ESPAÑA, 2007; 2009; NICE, 2014, 2015).

Alcançar uma experiência positiva de parto e nascimento para as mulheres e famílias é objetivo indicado pela OMS e por documentos oficiais do Canadá e do Reino Unido (NICE, 2014, 2015; CANADA, 2018; WHO, 2018). A WHO (2018) reforça também o objetivo de garantir o apoio contínuo às mulheres, tanto prático quanto emocional, por meio de equipe qualificada. Documentos brasileiros acrescentam a necessidade do atendimento em rede, melhoria do acesso e do acolhimento (BRASIL, 2016, 2017, 2017a).

A perspectiva dos *stakeholders* sobre os objetivos converge com o indicado nos documentos, especialmente no que se refere à segurança, à autonomia das mulheres, ao uso das melhores evidências disponíveis e à qualidade assistencial.

Prestar uma assistência que preserve as dimensões deste evento familiar, cultural, sexual, afetivo, que reforce o protagonismo e autonomia dessa mulher, que inclua a família, que fortaleça o desenvolvimento da fisiologia do parto e ao mesmo tempo que tenha disponível todos os recursos da tecnologia em caso de intercorrências e/ou complicações para a mulher ou o bebê (S1).

Além disso, reforçam a assistência humanizada, a inserção da família no cuidado e o cuidado no pós-parto:

Tem que ser com segurança, com gentileza, com humanização, com a oferta das melhores práticas, com a concordância dessa mulher. (...) com a inserção da família no plano de cuidado e com assistência hospitalar com a preparação da alta e com as devidas orientações e encaminhamentos no pós-parto (S2).

...tem que ter um acompanhamento mais qualificado, tem que ter uma escuta mais qualificada, tem que ter um viés, que eu digo, assim, mais humano, entendeu?... o principal objetivo assistencial é visualizar a mulher naquele momento e poder dar uma assistência que ela se sinta à vontade durante aquele processo em si, que ela vai estar vivenciando (S4).

A operacionalização dos objetivos está expressa como diretrizes gerais na maioria dos documentos analisados. Os documentos apresentam evidências científicas para basear as práticas. Em síntese versam sobre a assistência multidisciplinar às mulheres, aos recém-nascidos e às famílias, com ênfase nos requisitos funcionais, estruturais e organizacionais, com garantia de condições adequadas de segurança, qualidade e eficiência para realização das atividades.

As maternidades devem respeitar os direitos das usuárias, recém-nascidos e familiares, promover o compartilhamento de informações e a comunicação, considerar as necessidades

individuais da mulher e família e garantir o uso de práticas recomendadas e a segurança na atenção ao parto e nascimento (ESPAÑA, 2007; 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2017a; CANADA, 2018). No contexto brasileiro se destacam também ações de acolhimento com classificação de risco, vinculação da gestante à unidade de referência e o transporte seguro nos casos necessários (BRASIL, 2017).

Os *stakeholders* ratificaram grande parte dos aspectos encontrados nos documentos e contribuíram para o detalhamento de aspectos ligados à estrutura física e abordagens em diferentes momentos da atenção, incluindo o pós-parto.

Cuidado singular centrado nas necessidades da mulher, com equipe capacitada para potencializar as competências próprias da mulher em dar à luz o seu filho, precisa vigilância constante do desenvolvimento do trabalho de parto com oferta das tecnologias leves, relacionais (...) é necessário garantir ambiente privativo, acolhedor, arejado, com acesso a chuveiro, banheira em tempo integral e área de deambulação, que é fundamental para o bom andamento do trabalho de parto (S1).

No pós-parto, eu acho que uma das coisas que a gente fala muito, mas parece que ainda falta um pouco mais esse olhar, é o olhar... no pós-parto, a gente direciona, às vezes, muito o olhar para o recém-nascido, né? E acho que a gente precisa trabalhar um pouco mais esse olhar voltado para a puérpera ali, naqueles primeiros momentos em si, até a questão dela, como ela está se sentindo...(S5).

Oferecer espaço físico, profissional capacitado e que toda estadia dessa gestante, pelo menos seria o ideal, seguisse um protocolo, um caminho até ela ir embora, chegar, ter o filho, fazer os procedimentos que tem que fazer e as orientações de higiene, amamentação e a alta (S6).

Durante a realização do Delphi, os participantes contribuíram para questões, como a importância da garantia de vaga para a gestante que chega ao hospital, a partir da articulação com a atenção básica, bem como da necessidade de deixar mais evidente a função da gestão.

Acho que a integração entre as redes de atenção é uma coisa também que atrapalha, né? Se falta essa integração, a gente vê que isso também repercute lá na frente. Então, a partir do momento que existe um... elas têm essa integração, toda essa vinculação dela já vai organizando desde o início pré-natal. Isso, com certeza, vai trazer bastante benefício (S5).

Os resultados da assistência ao parto e nascimento estavam bem expressos nos documentos. Os principais resultados identificados foram: melhorar os resultados para mulheres e bebês, com redução da morbimortalidade materna e neonatal; conservação e promoção da saúde física e mental; assistência adequada em particular nos casos de risco que apresentam ou podem apresentar complicações; aumento do percentual de amamentação exclusiva; redução de danos evitáveis e que o processo de parto e nascimento seja uma experiência positiva e que traga satisfação por meio do atendimento (ESPAÑA, 2007; 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2016, 2017, 2017a; CANADA, 2018; WHO, 2018).

Os *stakeholders* corroboraram esses resultados:

Prá mim é ter mãe e bebê saudáveis com o mínimo de intervenções, vivenciar esse momento como um momento cheio de significados positivos para a sua vida, como um momento de promoção da saúde física e mental (S1).

Humanização, segurança, diminuição da mortalidade materna e neonatal, acho que seriam os principais a serem atingidos (S2).

Além de identificar os principais aspectos da operacionalização vale ressaltar que colocar recomendações em prática pode levar tempo e sofrer influência de diferentes contextos e atores sociais. As alterações devem estar alinhadas às prioridades locais e serem compartilhadas rapidamente com todos os atores envolvidos, tendo clareza de que as estratégias para implantação serão distintas entre os serviços.

A assistência hospitalar ao parto e nascimento pode estar organizada a partir de diferentes perspectivas, a depender dos elementos que orientam essa organização e da influência de fatores contextuais.

A maioria dos documentos analisados identificou fatores de contexto que podem influenciar a atenção, os quais foram ratificados pelos *stakeholders* e especialistas. São eles: perspectiva de gênero, orientação sexual, diversidade cultural, étnica e racial, questões sociais, econômicas, culturais, educacionais, epidemiológicas e linguagem.

Ainda é um tabu para as equipes muito grandes lidar com a questão da sexualidade, vira questão de piada, é a lésbica, a trans, as pessoas ficam conhecidas dessa forma e acreditam que essa população não é merecedora de direitos, como as mulheres pobres...a pessoa pobre ainda agradece quando é maltratada, a mulher pobre parece menos merecedora de atenção e isso é da parte de toda a equipe, não é só dos médicos (S2).

Valores e crenças também exercem influência sobre a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Eles podem, por exemplo, levar mulheres a desejarem uma cesárea sem indicação clínica por acreditarem que é um processo menos doloroso, mais seguro e rápido (CESAR et al., 2017) ou a não se sentirem seguras para expor suas opiniões frente a profissionais de saúde. Estes devem reconhecer que cada mulher possui uma cultura própria e pode atribuir significados diferentes à vivência do parto (HOTIMSKY; SCHRAIBER, 2005).

... ter essa visão mais diferenciada para as mulheres de cor, étnicas, negras, como eu, indígenas, quilombolas, que a nossa realidade é diferente. Entendeu? As vezes eu sofro muito ao falar isso, acho que você já está percebendo, né? Porque foram muitos anos assim. Agora eu já entendo um pouco mais o meu corpo, já consigo entender o que está acontecendo. Mas eu tive que aprender isso sozinha...(S4).

Ademais, políticas e normas estabelecidas, o modelo de atenção obstétrica e a formação dos profissionais de saúde podem exercer influência sobre o cuidado. Os modos de

formar em saúde, comumente calcados em paradigmas conservadores, muitas vezes contribuem para perpetuar as desigualdades na assistência em saúde e seguem na contramão da assistência orientada à humanização, de evidências científicas e de direitos (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; MATIAS et al., 2019).

...o médico é formado para intervir em situações onde a normalidade saiu do rumo. Pode aprender, mas hoje a maioria não sabe, nem quer e a academia também não quer ensinar isso, quer ensinar a fazer toque, episiotomia, cesárea (S1).

Os objetivos, as ações e os resultados foram contemplados no modelo lógico. Os fatores de contexto foram considerados na proposição do modelo teórico. Uma importante contribuição dos especialistas foi a diferenciação do contexto interno e externo ao Sistema de Saúde, que será apresentada no próximo item.

3.2 DESENVOLVIMENTO DO MODELO AVALIATIVO (ELEMENTOS 3 E 5 DO EA)

Com base nos principais aspectos da descrição da assistência hospitalar ao parto e nascimento, foram elaborados os modelos teórico e lógico, apresentados nas figuras 2 e 3, respectivamente.

3.2.1 Modelo teórico

No modelo teórico destaca-se o papel da gestão do SUS e dos hospitais na garantia de condições estruturais e organizacionais para a execução das ações de assistência no pré-parto, parto e nascimento e pós-parto.

O enfoque da assistência hospitalar ao parto e nascimento deve ser pautado nas melhores evidências disponíveis e na redução de intervenções não recomendadas, na promoção da assistência digna e respeitosa, com empatia, escuta ativa e diálogo a partir de saberes distintos e respeito à autonomia das mulheres na tomada de decisões, localizando-as no centro da assistência (DINIZ, 2005; BIURRUN-GARRIDO; GOBERNA-TRICAS, 2013).

Como resultado pode haver ampliação do acesso e qualificação da assistência e aumento da satisfação das mulheres com a experiência do parto e como impacto espera-se o alcance dos melhores desfechos maternos e neonatais e a contribuição para a redução da mortalidade materna e neonatal. A Figura 2 apresenta a síntese dos elementos do modelo teórico.

O processo de assistência ao parto e nascimento é fortemente influenciado pelo contexto externo e interno ao sistema de saúde em cada país. No âmbito do SUS considerou-se que o modelo assistencial que orienta a organização da assistência, as diretrizes para a assistência integral à saúde das mulheres e a organização da rede assistencial interfere na implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Estes fatores são decisivos para os tempos de atendimento e a abrangência das ações, além de interferirem na maneira como as mulheres serão atendidas desde o acolhimento até a alta hospitalar (BRASIL, 2017; VIANA et al., 2018).

Figura 2 - Representação esquemática do modelo teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020



Fonte: Elaborado pelas autoras.

3.2.2 Modelo lógico

No campo da avaliação, a ideia que operacionaliza o objeto-modelo é a expressão modelo lógico (MEDINA et al., 2005) que, entre outras vantagens, possibilita a comunicação do objetivo principal do programa, com seus produtos e efeitos desejados (CHAMPAGNE et al., 2011). O fluxograma deste modelo lógico (Figura 3) dá ênfase aos resultados (RUSH; OGBORNE, 1991 apud HARTZ; SILVA, 2005).

Os objetivos validados pelos especialistas durante o Delphi, no momento da discussão do modelo lógico, assumiram a seguinte redação: garantir condições para acesso oportuno das

gestantes, das puérperas e dos recém-nascidos às ações de assistência ao parto e nascimento; garantir condições adequadas de trabalho; realizar assistência ao parto e nascimento no momento oportuno segundo classificação de risco e com uso adequado de tecnologias. Os dois primeiros foram assumidos na dimensão Político-Organizacional e o último na dimensão Tático-Operacional.

As práticas orientadas pela humanização da assistência e baseadas em evidências científicas e na garantia de direitos foram incluídas no eixo transversal de todo o modelo avaliativo, pois entende-se que são uma premissa e, nessa perspectiva, a autonomia das mulheres está contida. O envolvimento da família/acompanhante e o acompanhamento no pós-parto foram incorporados no modelo avaliativo como indicadores. A satisfação das mulheres com a experiência de parto e nascimento foi inserida como um dos resultados intermediários.

Ainda por sugestão dos especialistas na validação do modelo, os resultados foram classificados como proximais, intermediários e finais ou impacto.

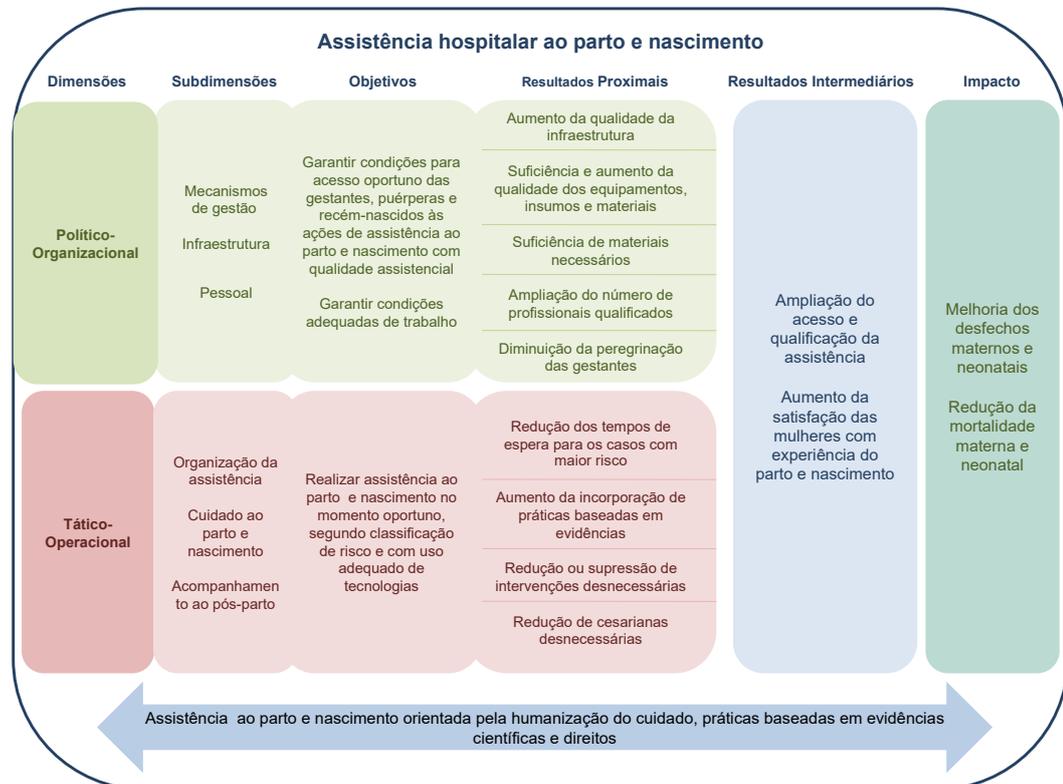
O modelo lógico é composto por duas dimensões e seis subdimensões. A dimensão Político-Organizacional agrupa as ações técnico-administrativas e articulação política. Na subdimensão *Mecanismos de Gestão*, estão contempladas estratégias de escuta e compartilhamento das decisões, o uso de informação qualificada e a pactuação de trabalho em rede (BRASIL, 2010; CAMPOS, 2013; DORICCI; GUANAES-LORENZI, 2021). Na subdimensão *Infraestrutura* espera-se estrutura física que garanta acessibilidade e ambiência, insumos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos para atendimento qualificado. Equipes qualificadas, em número suficiente e compostas por profissionais que atuam na assistência direta, e equipe multiprofissional são os componentes da subdimensão *Pessoal*.

A dimensão Tático-Operacional engloba todos os elementos da assistência direta, realizada pelos profissionais no âmbito hospitalar. A *Organização da Assistência* caracteriza-se por ações que dão suporte às atividades desenvolvidas pelos profissionais e que devem ser padronizadas, devidamente registradas, realizadas pela equipe multiprofissional, com compartilhamento das informações e decisões com mulheres e acompanhante. Na subdimensão *Cuidado ao Parto e Nascimento* estão práticas que favoreçam o processo psicofisiológico do parto, a redução de intervenções desnecessárias e o uso de tecnologias oportunas e adequadas (OMS, 1996; NICE, 2015; BRASIL, 2017a; WHO, 2018). A terceira subdimensão concentra as ações voltadas ao acompanhamento da evolução e das condições de saúde das mulheres no pós-parto e dos recém-nascidos.

A gestão, ao assegurar mecanismos de gestão compartilhada, infraestrutura e pessoal adequados, oferece às equipes as condições para a realização de uma assistência ao parto e

nascimento qualificada, com garantia de acesso, contribuindo para que as mulheres possam se sentir mais satisfeitas com a experiência vivenciada, que sejam alcançados melhores desfechos e a redução da mortalidade materna e neonatal.

Figura 3 - Representação esquemática do modelo lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020



Fonte: Elaborado pelas autoras.

3.3 ENVOLVIMENTO DE INTERESSADOS NA AVALIAÇÃO E ESPECIALISTAS E DEFINIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO (ELEMENTOS 6 E 7 DO EA)

Foram considerados interessados na avaliação gestores do SUS e de maternidades, profissionais com atuação na assistência ao parto e nascimento, mulheres com participação em movimentos sociais e/ou usuárias do SUS e docentes/pesquisadores das áreas de saúde das mulheres, crianças e avaliação em saúde.

No desenvolvimento deste EA, procurou-se incluir interessados dos diferentes perfis acima relatados, os quais contribuíram para ampliar o conhecimento sobre o objeto, cujo conteúdo orientou a elaboração da modelização inicial do programa, e para a validação do modelo avaliativo. As contribuições dos *stakeholders* e especialistas foram essenciais para ampliar a compreensão sobre o programa (THURSTON; POTVIN, 2003; THURSTON; RAMALIU, 2005).

O modelo avaliativo proposto buscou possibilitar a avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento considerando a humanização do cuidado, as melhores evidências disponíveis e a garantia de direitos, incluindo elementos que permitissem dar visibilidade a esses aspectos.

O estudo evidenciou que a assistência hospitalar ao parto e nascimento é avaliável, foi possível ampliar a compreensão sobre o programa com a identificação de informações relevantes sobre o contexto que interfere na sua implementação e no alcance dos resultados desejados, seus objetivos e suas ações para operacionalização, bem como as relações existentes entre os diversos elementos do modelo avaliativo.

Foi definida a seguinte pergunta avaliativa: quais são as condições da assistência hospitalar ao parto e nascimento? Foi ratificada a intenção de realizar um estudo de casos em maternidades, utilizando diferentes estratégias de coleta e fontes de evidências: análise documental, observação direta e entrevistas, tendo como informantes-chave gestores, trabalhadores e usuárias.

De acordo com Trevisan e Walser (2015), nenhum EA está completo até que seja usado. A etapa final na condução de um EA é o uso por meio da tomada de decisão e/ou planejamento de ação.

Este estudo foi produzido a partir de uma demanda acadêmica e não institucional, o que pode ser indicado como uma limitação, pois seu uso pode ser mais limitado. O envolvimento dos *stakeholders* no processo do EA buscou minimizar esse aspecto, envolvendo atores da gestão, assistência, movimentos sociais e academia. Para superar o recorte estadual do estudo, fez-se uso de uma ampla revisão de literatura e de documentos institucionais nacionais e internacionais, visando contemplar aspectos de outras realidades.

Foram utilizadas diferentes estratégias para aumentar a validade interna e a confiabilidade como o uso das melhores evidências científicas disponíveis, diferentes fontes de evidências (entrevistas, análise documental e revisão de literatura), triangulação, envolvimento de *stakeholders* e oficina de consenso.

4 CONCLUSÃO

As diferentes estratégias e abordagens utilizadas permitiram ampliar o conhecimento sobre o objeto do EA, identificar os elementos essenciais para a operacionalização da assistência, bem como delimitar um recorte mais preciso para sua análise e avaliação.

A assistência ao parto e nascimento é avaliável e o modelo proposto tem viabilidade de aplicação envolvendo diferentes atores e abordagens metodológicas para melhor compreensão do contexto de análise. Além disso, o EA é um material que pode orientar o aprimoramento de programas e políticas direcionadas à assistência ao parto e nascimento.

Na continuidade sugere-se realizar estudo de caso do programa tendo o modelo avaliativo como orientador dos instrumentos de coleta, análise e julgamento.

Acredita-se que é viável que outros estudos utilizem o modelo avaliativo proposto, realizando-se adaptações para incorporar novos fatores que respondam a distintas realidades.

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes deste estudo de avaliabilidade por suas contribuições.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001 e Programa Institucional de Internacionalização CAPES-PrInt/UFSC.

REFERÊNCIAS

- BIURRUN-GARRIDO, A.; GOBERNATRIZAS, J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. **Matronas Profesión**, v. 14, n. 2, p. 62-66, 2013. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.
- BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC**. Portal [Internet]. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 13 set. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.
- BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 13 set. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.
- CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 4. ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.
- CANADA. Public Health Agency of Canada. **Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines** – Chapter 4 Care during labour and birth. 2018.
- CESAR, J. A. *et al.* Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, n. 1. p. 99-105, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100006>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. In: CHAMPAGNE, F. *et al.* (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 8, p. 1125-1140, apr. 1994. Disponível em: [10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3). Acesso em: 05 maio 2021.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, v. 75, n. S1, nov. 2001. Disponível em: [10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Acesso em: 05 maio 2021.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. 2. ed. University of California Press, 2003. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pndwn>. Acesso em: 05 maio 2021.

DAVIS-FLOYD, R. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano** (Spanish Edition). Edição do Kindle. 2009. Acesso em: 05 maio 2021.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: [10.1590/S1413-81232005000300019](https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019). Acesso em: 05 maio 2021.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822009000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 maio 2021.

DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 08, p. 2949-2959, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>. Acesso em: 05 maio 2021.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud**. 2007.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. **Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones**. 2009.

GOBERNADORAS, J. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. *In*: BOLADERAS, M.; GOBERNADORAS, J.(Org.). **Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario**. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona, 2017. p. 41-53.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639-649, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JwYKF9jStPdVfCPNTCyxrhx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 mar 2021.

- LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17- S32, ago. 2014. Disponível em: [10.1590/0102-311X00151513](https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513). Acesso em: 05 maio 2021.
- MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2018, v. 71, n. 3, pp. 1152-1161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>. Acesso em: 15 fev. 2022.
- MATIAS, M. C. *et al.* O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3. p. 115-127, 2019. Disponível em: [10.1590/S0104-12902019170830](https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170830). Acesso em: 15 maio 2021.
- MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline**, 2014.
- NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care: clinical guideline**, 2015.
- OLIVEIRA, F. A. M. *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe p. 177-184, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>. Acesso em: 03 mar. 2018.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 11 abr. 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 11 abr. 2021.
- PADILHA, M. A.; OLIVEIRA, C. M.; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002006>. Acesso em: 14 abr. 2021.
- PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>. Acesso em: 18 fev. 2021.

- PAZANDEH, F. *et al.* An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: the use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. **Midwifery**, v. 31, n. 11, p. 1045-1053, nov. 2015. Disponível em: 10.1016/j.midw.2015.07.003. Acesso em: 13 abr. 2021.
- RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- REGUANT ÁLVAREZ, M.; TORRADO-FONSECA, M. El mètode Delphi. **REIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació**, v. 9, n. 1, p. 87-102, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- SERBANESCU, F. *et al.* Rapid reduction of maternal mortality in Uganda and Zambia through the saving mothers, giving life initiative: results of year 1 evaluation. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 42, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1222-y>. Acesso em: 18 fev. 2021.
- SILVA, L. M. V. **Avaliação de Políticas e Programas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- THURSTON, W. E.; POTVIN, Louise. Evaluability Assessment: A tool for incorporating evaluation in social change programmes. **Evaluation**, v. 9, n. 4, p. 453-69, 2003. Disponível em: 10.1177/135638900300900406. Acesso em: 13 abr. 2021.
- THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivor of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**. v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005. Disponível em: <http://www.evaluationcanada.ca/secure/20-2-001.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.
- TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, jul. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Acesso em: 14 set. 2021.
- TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, suppl 2, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>. Acesso em: 14 set. 2021.
- TREVISAN, M. S.; WALSER, T. M. **Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use**. SAGE Publications, 2015. Disponível em: 10.4135/9781483384634. Acesso em: 14 set. 2021.
- VIANA, A. L. A. *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, 2018. Disponível em: 10.1590/1413-81232018236.05502018. Acesso em: 14 set. 2021.
- WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. S1, p. S25-S37, dec. 2001. Disponível em: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7. Acesso em: 14 set. 2021.

WAGNER, M. **Born in the USA**: how a broken maternity system must be fixed to put mothers and infants first. University of California Press, 2006. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pp0zn>. Acesso em: 14 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 14 set. 2021.

4.2 ARTIGO 2: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO DE CASOS

Célia Adriana Nicolotti
Josimari Telino de Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Objetivo: avaliar a assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, analisando aspectos de gestão e assistência desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto. **Método:** pesquisa avaliativa, de abordagem mista, com realização de estudo de casos em três hospitais catarinenses com melhor desempenho em uma avaliação nacional de boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento. A coleta de dados envolveu análise documental, observação e entrevistas com profissionais da gestão, assistência e puérperas. Foram analisados 30 indicadores, que compuseram uma Matriz de Análise e Julgamento, agrupados nas dimensões Político-Organizacional e Tático-Operacional. O julgamento orientou-se pela comparação entre a pontuação observada e pontuação máxima esperada em cada um dos componentes da matriz avaliativa. **Resultados:** a assistência ao parto e ao nascimento foi parcialmente satisfatória nos casos 2 e 3 e insatisfatória no Caso 1. A dimensão Político-Organizacional foi classificada como insatisfatória e a Tático-Operacional parcialmente satisfatória nos três casos. Nenhum caso obteve avaliação satisfatória em mais de 40% dos indicadores. **Considerações finais:** os hospitais analisados ainda não conseguiram consolidar as mudanças no modelo assistencial na perspectiva do cuidado humanizado, orientado por evidências científicas e direitos.

Palavras-chave: Parto. Assistência Hospitalar. Saúde da Mulher. Avaliação em Saúde.

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento tem sido objeto de debate em diversas partes do mundo. Tem se configurado como um objeto de luta de grupos de mulheres por meio de diversas formas de ativismo, uma preocupação para gestores públicos e um desafio para os serviços de saúde (AGUIAR; D'OLIVEIRA; DINIZ, 2020).

Mesmo com um importante conjunto de evidências científicas e diretrizes disponíveis para sua implementação, o modelo de atenção obstétrica e neonatal adotado aborda o parto e nascimento como uma questão médica, considera todas as gestações potencialmente de risco e o corpo da mulher incapaz de dar conta sozinho do nascimento, portanto, dependente de tecnologias médicas para funcionar. Tal posicionamento retira o protagonismo das mulheres e oportuniza intervenções profissionais desnecessárias, trazendo efeitos deletérios ao modo de parir e de nascer (CARNEIRO, 2015).

No Brasil, atualmente, a quase totalidade dos nascimentos (98%) ocorre em hospitais, assistidos por médicos (89%) (BRASIL, [s.d.]). A assistência apresenta um elevado percentual de cesarianas e de intervenções no parto vaginal, como episiotomia, manobra de Kristeller, litotomia, restrição da mobilidade durante o trabalho de parto, aspiração de vias aéreas superiores e gástrica de recém-nascidos saudáveis, entre outras (LEAL et al., 2014; MOREIRA et al., 2014). Desde 1996 algumas dessas práticas são classificadas como ineficazes e prejudiciais pela OMS e outras quando utilizadas rotineiramente agregam riscos para a mulher e o recém-nascido (TESSER et al., 2015; MILLER et al., 2016).

Os indicadores de mortalidade materna e infantil apresentaram comportamento de declínio entre 1990 e 2015, porém o primeiro não atingiu os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que tinha como meta uma Razão de Mortalidade Materna³ (RMM) de 35/100.000 Nascidos Vivos (NV), apresentando uma RMM de 62/100.000 NV, enquanto em países desenvolvidos esse indicador foi de 12 por 100.000 NV em 2015 (WHO, 2015; BRASIL, 2018). A redução da mortalidade infantil⁴ alcançou a meta de redução de 2/3, entretanto o componente neonatal precoce⁵ não teve uma redução expressiva e correspondeu a 54% dos óbitos infantis (LEAL et al., 2018; MARINHO et al., 2020).

A literatura e as normativas nacionais reforçam a necessidade do trabalho em rede para garantir às mulheres e aos bebês o atendimento em tempo oportuno, de maneira articulada entre os pontos de atenção visando garantir o acesso e a continuidade do cuidado (VIELLAS et al., 2014; BRASIL, 2017).

Recomendações recentes da OMS abordam a importância de práticas pautadas na perspectiva científica, no uso racional de tecnologias assistenciais, na defesa de direitos e na participação das mulheres nas decisões sobre o que será realizado no processo de parto e

³ N° de óbitos maternos diretos e indiretos/n° de nascidos vivos x 100.000 (BRASIL, 2013a).

⁴ N° de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2013a).

⁵ N° de óbitos de 0 a 6 dias de vida completos, por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2013a).

nascimento, com vistas a promover experiências positivas para as mulheres, os bebês e as famílias e alcançar melhores desfechos maternos e neonatais (WHO, 2018).

Existe consenso na literatura de que as decisões de gestão em serviços de saúde devem ser baseadas em informações confiáveis e relevantes e que a avaliação em saúde pode auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997; BEZERRA et al., 2020). Ampliar a compreensão sobre como a assistência hospitalar ao parto e nascimento está operacionalizada, em seus aspectos de gestão e suas ações desenvolvidas no cuidado, é fundamental para orientar decisões em prol da melhoria dos desfechos maternos e neonatais com impacto na redução das taxas de morbidade e mortalidade e na satisfação das mulheres com a experiência do parto (BRIZUELA et al., 2019).

Este estudo teve como objetivo avaliar a assistência hospitalar ao parto e nascimento em Santa Catarina, analisando aspectos de gestão e assistência desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto. Justifica-se pelo número reduzido de estudos avaliativos encontrados com esse foco, sendo a maioria voltada para aspectos específicos da assistência (OLIVEIRA et al., 2015; ARAÚJO et al., 2019; SILVA et al., 2020), pelo cenário no que se refere às práticas assistenciais vigentes (LEAL et al., 2014; CARVALHO et al., 2019; VELHO et al., 2019) e pela elevada mortalidade materna e neonatal (LANSKY et al., 2014; BARROS et al., 2018; LEAL et al., 2018).

O estado de Santa Catarina possui a rede de saúde materna e infantil pactuada em todas as regiões. É o único estado brasileiro com RMM abaixo da meta do ODM-5 de 35/100.000 NV e a menor taxa de mortalidade infantil (9,9/1.000 NV) (BRASIL, 2018, 2021). Entretanto, o percentual de cesarianas é considerado alto (57%) (BRASIL, [s.d.]) e, de acordo com Velho et al. (2019), persistem dificuldades quanto ao modelo assistencial vigente.

2 MÉTODO

Pesquisa avaliativa, de abordagem mista, desenvolvida de novembro de 2019 a fevereiro de 2020, por meio de um estudo de casos (YIN, 2018) em três hospitais catarinenses, tendo como objeto a assistência hospitalar ao parto e nascimento.

O modelo avaliativo composto pelos modelos teórico e lógico e pela Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) foi analisado e validado em consenso, por meio do Método Delphi, por 11 especialistas e interessados na avaliação (*stakeholders*), sendo três com atuação em gestão no âmbito de secretaria de estado da saúde ou de maternidade, três com atuação na assistência

hospitalar ao parto e nascimento e cinco docentes das áreas de saúde das mulheres ou avaliação em saúde.

A MAJ está composta por: duas dimensões, Político-Organizacional e Tático-Operacional, seis subdimensões, 30 indicadores e 70 medidas (Quadro 1).

Quadro 1 - Matriz de Análise e Julgamento da assistência hospitalar ao parto e nascimento, com parâmetros e fontes de evidência

(continua)

DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL				
	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Mecanismos de gestão	Gestão compartilhada	Existência e funcionamento de espaços de gestão com participação de gestores trabalhadores e residentes	BOM: reunião, no mínimo bimestral, participação de todos; RUIM: inexistência e/ou participação somente gestores	E-GA
		Percepção sobre a incorporação dos encaminhamentos dos espaços de gestão na reorganização do processo de trabalho	BOM: sempre/maioria das vezes; RUIM: raramente; nunca	
	Estratégias de escuta sobre a experiência no serviço	Existência de escuta e devolutiva para usuárias e/ou familiares, trabalhadores e residentes	BOM: existência	E-GA
		Uso das informações para a qualificação do trabalho	BOM: percepção positiva	
	Gestão da Informação	Monitoramento de indicadores de parto e nascimento	BOM: =>trimestral, de pelo menos 75% dos indicadores RUIM: não realizado, ou tempo > 3 meses e/ou < 50% indic.	AD
		Monitoramento de indicadores dos testes em recém-nascidos	BOM:=> trimestral, de pelo menos 75% dos indicadores, incluindo do olhinho e coraçãozinho; RUIM: não realizado, ou tempo > 3 meses e/ou < 50% indic.	
		Uso das informações do monitoramento para reorganizar práticas	BOM: percepção positiva	E-GA
		Divulgação pública dos indicadores	BOM: existência	OBS
		Acompanhamento de indicadores relacionados ao parto e nascimento definidos pela gestão do SUS	BOM: no mínimo trimestral, de pelo menos 75% dos indic.; RUIM: inexistência, temporalidade maior que três meses e/ou presença de menos de 50% dos indicadores	AD
	Monitoramento da morbidade materna grave	Discussões sobre casos de morbidade materna grave	BOM: realiza	E-GA
		<i>Feedback</i> às equipes e uso das informações	BOM: percepção positiva quanto a utilidade; RUIM: inexistência	E-A
	Monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal	Discussões sobre os óbitos ocorridos no serviço	BOM: reuniões no mínimo mensais; RUIM: inexistência	E-GA
		<i>Feedback</i> às equipes assistenciais e uso das informações	BOM: percepção positiva; RUIM: inexistência	E-A

(continuação)

DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL				
	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Mecanismos de gestão	Articulação em rede	Visita prévia das gestantes à maternidade	BOM: realizada	E-GA
		Disponibilidade de transporte para outro hospital	BOM: Sim	E-GA
		Agendamento da consulta pós-parto da puérpera e do bebê na 1ª sem. de vida na AB dos municípios de referência	BOM: realizada	E-GA
		Pactuação anual das ações com a gestão do SUS	BOM: realizado	AD
Infraestrutura	Acessibilidade	Condições de deslocamento do entorno da maternidade	BOM: favorável	OBS
		Mobilidade para pessoas com dificuldade de locomoção	BOM: 100% itens do checklist	
		Sinalização nos principais espaços do serviço	BOM: sinalização em todos os ambientes	
		Identificação dos profissionais (crachá ou outra forma)	BOM: Sim	
		Uso de estratégias para facilitar a comunicação, de acordo com as necessidades das usuárias	BOM: Sim	E-GA
	Ambiência	Adequação dos ambientes quanto à privacidade	BOM: percepção de adequação de todos os ambientes	E-GA
		Adequação dos ambientes quanto ao conforto	BOM: percepção de adequação de todos os ambientes	
		Adequação dos ambientes quanto à segurança	BOM: percepção de adequação de todos os ambientes	
	Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante no parto	Suficiência de materiais que favoreçam o parto fisiológico	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	E-GA
		Suficiência de equipamento p/ monitoramento do trab. de parto	BOM: percepção de suficiência	
		Suficiência de equipamentos e materiais para assistência ao parto instrumental e cesariana	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	
		Suficiência de poltrona para acompanhante	BOM: percepção de suficiência em todos os ambientes	E-P
	Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos	Suficiência de equipamentos e materiais para o atendimento imediato ao recém-nascido	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	
		Suficiência de equipamentos e materiais para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	E-P
Disponibilidade de medicamentos e insumos	Disponibilidade de medicamentos para gestantes e puérperas	BOM: Sem interrupção no último semestre	E-GA	
	Disponibilidade de medicamentos para recém-nascidos	BOM: Sem interrupção no último semestre		

(continuação)

DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL				
	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Infraestrutura	Suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais	Suficiência de recursos diagnósticos	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	E-GA
		Suficiência de recursos de terapia intensiva e para aleitamento materno	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	
		Suficiência de recursos hemoterápicos	BOM: percepção de suficiência da assist. hemoterápica	E-GA
Pessoal	Adequação de pessoal clínico	Suficiência de equipe básica para ao parto e nascimento	BOM: percepção de suficiência	E-GA
		Suficiência de profissionais de apoio ao parto e nascimento	BOM: percepção de suficiência	
	Suporte especializado	Suficiência de especialidades médicas	BOM: percepção de suficiência de acesso a todas	E-GA
	Equipes qualificadas	Capacitação com abordagem étnico-racial e de gênero	BOM: realização de atividades no último trimestre abordando os dois temas; RUIM: inexistência de atividades no último trimestre em qualquer um dos temas	E-GA
		Capacitações voltadas para a prática clínica	BOM: realização de atividades no último trimestre RUIM: inexistência de atividades no último trimestre	E-GA

(continuação)

DIMENSÃO TÁTICO-OPERACIONAL				
	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Organização da assistência	Padronização	Uso de protocolos de assistência ao parto e nascimento	BOM: percepção positiva; RUIM: inexistência	E-A
	Compartilhamento de informações e decisões	Orientações e inclusão de usuárias na tomada de decisões	BOM: percepção positiva	E-P
		Aceitação do plano de parto, quando existente	BOM: sim	E-A
	Trabalho em equipe	Comunicação entre as equipes	BOM: percepção positiva	E-A
		Discussões periódicas sobre os processos de trabalho com as equipes assistenciais	BOM: realização no último trimestre	
	Registro das atividades	Uso do prontuário único	BOM: sim	E-A
	Presença de acompanhante	Escolha do acompanhante pela mulher	BOM: percepção positiva	E-P
		Presença do acompanhante em todos os momentos	BOM: percepção positiva	
Cuidado ao parto e nascimento	Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia	Classificação de risco por prof. de nível superior	BOM: sim	E-GA
		Monitoramento dos tempos de espera	BOM: 100% indicadores no último trimestre RUIM: relatório >3 meses ou com menos de 2 indicadores	AD
		Solicitação de informações registradas no pré-natal	BOM: Sim	E-P
	Atuação de Enfermeiras Obstétricas	Assistência realizada por Enfermeira Obstétrica no parto vaginal de risco habitual	BOM: Sim	E-GA
	Uso de práticas recomendadas	Adoção de práticas recomendadas para as mulheres durante o trabalho de parto e parto	BOM: adoção de todas as práticas nas frequências sempre; muitas vezes/a maioria das vezes RUIM: adoção de uma ou mais práticas nas frequências poucas vezes/raramente; nunca	E-GA
		Adoção de práticas recomendadas para o recém-nascido	BOM: adoção de todas as práticas nas frequências sempre; muitas vezes/a maioria das vezes RUIM: adoção de uma ou mais práticas nas frequências poucas vezes/raramente; nunca	

(continuação)

DIMENSÃO TÁTICO-OPERACIONAL				
	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Cuidado ao parto e nascimento	Supressão de práticas não recomendadas como de rotina	Supressão de práticas não recomendadas durante o trabalho de parto e parto	BOM: não realização de kristeller e enema e/ou episiotomia como rotina	E-GA
		Supressão de práticas não recomendadas para o recém-nascido	BOM: não realização rotineira de separação da mãe, aspiração das vias aéreas e gástrica e profilaxia da oftalmia neonatal no momento do nascimento	
	Monitoramento do trabalho de parto	Registro da evolução do trabalho de parto no partograma Avaliação do bem-estar fetal intraparto	BOM: sim BOM: sim	E-A
Acompanhamento no pós-parto	Prevenção da hemorragia pós-parto	Uso de ocitocina	BOM: sim	E-A
	Prevenção da hemorragia pós-parto	Avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino	BOM: realização de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto	E-A
	Avaliação da puérpera	Realização de exame de rotina pós-parto	BOM: realização de 6 em 6 horas, passadas duas horas do parto	E-A
		Investigação sobre estado emocional	BOM: sim	
	Avaliação do recém-nascido	Realização de avaliação do recém-nascido	BOM: realização de todos os itens	E-A
		Presença da mãe ou acompanhante durante avaliação do recém-nascido	BOM: sim	E-P
		Realização dos testes de triagem neonatal	BOM: Pelo menos três dos testes, incluindo do olhinho e coraçãozinho; RUIM: não realiza olhinho e coraçãozinho	E-GA
	Condições para o seguimento da puérpera na AB	Orientações para as puérperas	BOM: realização 100% das orientações	E-P
Disponibilidade de informações sobre a assistência à mulher na maternidade		BOM: sim	E-A	
Condições para o seguimento do recém-nascido na AB	Orientações sobre os cuidados com recém-nascido	BOM: realização 100% das orientações	E-P	
	Disponibilidade de informações sobre a assistência ao recém-nascido na maternidade	BOM: sempre; muitas vezes/a maioria das vezes RUIM: poucas vezes/ raramente; nunca	E-A	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Legenda: E-GA: Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência; E-A: Entrevista com trabalhadores da assistência; E-P: Entrevista com puérperas; OBS: Observação; AD: análise documental.

Para definição dos casos, foi utilizado o resultado de uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde em 2017, que tinha como objetivo principal “conhecer a situação da implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e orientar a repactuação de compromissos” (BRASIL, 2016). Foram selecionados os hospitais que obtiveram a melhor classificação na diretriz boas práticas, com maior número de diretrizes classificadas como adequadas e nenhuma classificada como incipiente ou não adequada, sendo selecionados quatro hospitais. Destes, um informou não ter interesse em participar da pesquisa. Os casos foram denominados Caso 1, Caso 2 e Caso 3.

O modelo avaliativo orientou a elaboração dos instrumentos de coleta de dados e foi realizado teste piloto em um hospital que não participou do estudo.

Na coleta de dados foram utilizadas diferentes estratégias e fontes de evidências: análise documental, observação direta, entrevistas individuais com gestores (9), profissionais de saúde (9) e puérperas (25). A coleta foi realizada *in loco*, durante sete dias em cada local, em uma semana típica de atendimento.

A análise documental buscou informações sobre pactuações, monitoramento de indicadores e de tempo de espera. A solicitação dos documentos foi realizada no primeiro dia de coleta e disponibilizada durante o período da coleta. A observação direta focou aspectos da estrutura, acessibilidade e indicadores, foi realizada durante a semana de coleta de dados de cada caso, a partir de um roteiro. As informações foram registradas em um diário de campo.

As entrevistas foram realizadas com auxílio de um questionário semiestruturado, construído e testado previamente a partir dos componentes da MAJ e dos objetivos da pesquisa. As entrevistas foram agendadas previamente, segundo disponibilidade dos participantes, realizadas em local reservado, gravadas e posteriormente transcritas. Antes da realização delas, procedeu-se à leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo esclarecido o direito de optar por participar ou não e a preservação do anonimato.

Em cada hospital foram entrevistados três gestores (coordenação de obstetrícia, de enfermagem e de neonatologia) e três profissionais assistenciais (enfermeira obstetra, médico obstetra, neonatologista). Como critério de inclusão utilizou-se o tempo mínimo de um ano de atuação ininterrupta no local. Excluíram-se profissionais de férias ou de licença. Os profissionais que atendiam ao critério de inclusão foram identificados pelo serviço, a partir do julgamento dos que melhor poderiam fornecer as informações, e todos os contatados aceitaram participar. Duas entrevistas foram realizadas por videochamada e as demais no ambiente de trabalho e tiveram a duração média de 01 hora e 20 minutos.

Para as entrevistas com as puérperas, foram selecionadas as que pariram no serviço e se encontravam no alojamento conjunto com doze horas ou mais transcorridas após o parto, independentemente de terem tido parto vaginal ou cesárea. A enfermeira do turno listava as puérperas que cumpriam os critérios de inclusão, e as entrevistas seguiram no decorrer da semana até a saturação. No total foram entrevistadas 25 (oito – Caso 1, oito – Caso 2 e nove – Caso 3). Cinco puérperas se recusaram a participar e uma não finalizou a entrevista.

As puérperas foram entrevistadas no alojamento conjunto e, para manter a privacidade, não foram realizadas entrevistas nos momentos de visita, assistência, alimentação ou amamentação e buscou-se ajustar a intensidade sonora da conversa. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos. No caso das puérperas constavam do roteiro de entrevista perguntas relacionadas ao processo de orientação para a alta. As entrevistadas concordaram em ser contatadas por aplicativo de conversa em até uma semana após a alta. Das 25 mulheres entrevistadas no hospital, dezenove responderam ao contato após a alta, quatro não responderam e com duas não foi possível contato.

Para análise dos dados, foi realizada a triangulação dos dados coletados nas entrevistas, na observação e nos documentos (YIN, 2018) buscando-se caracterizar a assistência ao parto e nascimento em cada local e identificar padrões de convergência e divergência entre os casos, a partir dos elementos da MAJ.

Com auxílio do software ATLAS.ti versão 9.0.7, foi realizada análise temática dos dados qualitativos a partir de uma lista predefinida de códigos correspondentes às medidas da MAJ. Posteriormente, foram incluídos os dados coletados por análise documental e observação. Sempre que a aferição dos indicadores considerou diferentes fontes de evidência, havendo discordância das informações, a decisão final foi orientada pelos critérios: a) convergência de 100% quando os respondentes variavam de 1 a 3 por serviço e b) convergência de, no mínimo, 75% quando os respondentes variavam de 4 a 9 por serviço.

Os elementos avaliativos foram ajuizados de acordo com os parâmetros definidos na MAJ, orientados por padrões normativos, conhecimento científico e ponderações dos especialistas consultados na construção do modelo avaliativo, pactuados entre duas pesquisadoras. Para cada medida, foram estabelecidos escores, assumindo-se igual valor para todos os indicadores (3,0).

O julgamento dos indicadores orientou-se pelo resultado do somatório dos escores e sua correspondência percentual de alcance do Valor Máximo Esperado (VME). Assumiu-se **Satisfatório** quando o somatório dos escores atingiu valor igual ou acima de 75% do VME, **Insatisfatório** para pontuação abaixo de 50% do VME e **Parcialmente Satisfatório** para as

demais situações. O mesmo procedimento orientou o ajuizamento das subdimensões e dimensões.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina aprovou o estudo (pareceres nº 3.344.848 e 3.437.199/2019) em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS

Os três casos estão localizados em municípios com mais de 100.000 habitantes.

Quadro 2 - Principais características dos casos em Santa Catarina, 2020

CARACTERÍSTICA	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Tipo de estabelecimento	Hospital geral com maternidade	Maternidade exclusiva	Hospital geral com maternidade
Natureza jurídica	Administração pública estadual	Administração pública estadual	Entidade sem fins lucrativos
Horário de atendimento	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana
Disponibilidade de equipe médica e de enfermagem	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana
Vínculo dos profissionais	Concursados e contratados	Concursados e contratados	Contratados
Tipo de referência	Alto e baixo risco	Alto e baixo risco	Alto e baixo risco
Atividade de ensino/pesquisa	Sim	Sim	Sim
Número de partos/ano (SINASC) (BRASIL, [s.d.])	Mais de 2000	Mais de 2000	Mais de 2000

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A assistência ao parto e nascimento foi parcialmente satisfatória nos casos 2 e 3 e insatisfatória no Caso 1. Os três casos apresentaram resultado insatisfatório na dimensão **Político-Organizacional**, que analisa as condições estruturais e organizacionais para a assistência. O desenvolvimento e a execução das ações no pré-parto, parto e pós-parto, analisados na dimensão **Tático-Operacional**, foi parcialmente satisfatório nos três casos. O

detalhamento da análise simples de cada caso, segundo dimensões e respectivas subdimensões indicadas na MAJ, está apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses segundo subdimensões e dimensões da matriz de análise e julgamento (MAJ). Santa Catarina, 2020

Subdimensões	Fontes e tipos de Coleta	Valor Máximo Esperado	Pontuação Observada (%)		
			Caso 1	Caso 2	Caso 3
Mecanismos de Gestão	Entrevista com gestores, enfermeiros e médicos da obstetrícia e neonatologia; Observação Direta; Análise documental.	18	05 (26,7)	12 (68,3)	11 (60,8)
Infraestrutura		18	06 (32,2)	08 (41,9)	11 (59,4)
Pessoal		09	-	-	-
DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL		45	23,5%	44,1%	48,1%
Organização da Assistência	Entrevista com gestores, enfermeiros e médicos da obstetrícia e neonatologia; Observação Direta; Análise documental.	15	10,5 (70,0)	13,5 (90,0)	10,5 (70,0)
Cuidado ao parto e nascimento		15	07 (46,7)	9,5 (63,3)	08 (53,3)
Acompanhamento no pós-parto		15	10,5 (70,0)	8,75 (58,3)	09 (60,0)
DIMENSÃO TÁTICO-OPERACIONAL		45	62,2%	70,5%	61,1%
ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO		90	42,9%	57,3%	54,6%

Fonte: Elaborado pelas autoras.

O detalhamento segundo indicadores é apresentado na Figura 1. Ao longo da apresentação dos resultados, são indicadas, as convergências e as divergências entre os casos resultantes da análise imbricada.

Figura 1 - Assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses segundo os indicadores da Matriz de Análise e Julgamento (MAJ). Santa Catarina, 2020

Casos	Dimensão Político-Organizacional															% de indicadores com resultado "SATISFATORIO" por caso	% de indicadores com resultado "INSATISFATORIO" por caso
	Mecanismos de gestão					Infraestrutura						Pessoal					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
C1	Insatisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	6,7	66,7
C2	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	13,3	33,3
C3	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	33,3	46,7				
Casos	Dimensão Tático-Operacional															% de indicadores com resultado "SATISFATORIO" por caso	% de indicadores com resultado "INSATISFATORIO" por caso
	Organização da assistência					Cuidado ao parto e nascimento					Acompanhamento no pós-parto						
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
C1	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	40	20
C2	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	40	6,7
C3	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	40	20				

Satisfatório ■ Parcialmente satisfatório ■ Insatisfatório ■

Indicadores dimensão político-organizacional: (1) Gestão compartilhada; (2) Estratégias de escuta sobre a experiência no serviço; (3) Gestão da Informação; (4) Monitoramento da morbidade materna grave; (5) Monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal; (6) Articulação em rede; (7) Acessibilidade; (8) Ambiência; (9) Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante; (10) Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos; (11) Disponibilidade de medicamentos e insumos; (12) Suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais; (13) Adequação de pessoal clínico; (14) Suporte especializado; (15) Equipes qualificadas. **Indicadores dimensão tático-operacional:** (16) Padronização da assistência; (17) Compartilhamento de informações e decisões; (18) Trabalho em equipe; (19) Registro das atividades assistenciais; (20) Presença de acompanhante; (21) Acolhimento e classificação de risco em obstetria; (22) Atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto; (23) Uso de práticas recomendadas; (24) Supressão de práticas não recomendadas; (25) Monitoramento do trabalho de parto; (26) Prevenção da hemorragia pós-parto; (27) Avaliação da puérpera; (28) Avaliação do recém-nascido; (29) Condições para o seguimento da puérpera na Atenção Básica; (30) Condições para o seguimento do recém-nascido na Atenção Básica.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

3.2 DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL

A dimensão **Político-Organizacional** é um desafio nos casos analisados, com destaque para a *adequação de pessoal clínico, de suporte especializado e equipes qualificadas* e aspectos de *infraestrutura*. Destaque também para o Caso 1, que alcançou menos de 25% do resultado esperado e apresentou os maiores percentuais de indicadores classificados como insatisfatórios e menor percentual como satisfatórios.

Nas ações relacionadas a *pessoal*, há *insuficiência de pessoal clínico* tanto no âmbito da equipe básica quanto de apoio com destaque para profissionais de enfermagem obstétrica, anestesista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e assistente social e *insuficiência na oferta de suporte especializado*, com fragilidades nas especialidades médicas de nefrologia, neurologia e endocrinologia.

Não foram realizadas atividades recentes de *qualificação para as equipes*, seja com foco em temas amplos como abordagem étnica, racismo ou gênero ou voltadas especificamente para a prática clínica. A falta de pessoal e de adesão, em especial dos profissionais médicos, e a de recursos para custear facilitadores foram os motivos elencados para a não oferta de capacitação.

Nos aspectos analisados de *infraestrutura*, a *ambiência* destaca-se pelas fragilidades quanto à privacidade, ao conforto e à segurança nos ambientes e inexistência de quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) em todos os casos.

A *acessibilidade* apresenta como pontos frágeis o entorno das maternidades, a sinalização dos espaços, a mobilidade para pessoas com dificuldade de locomoção e as estratégias para diminuir barreiras comunicacionais entre a equipe e os usuários, sendo esta última inexistente em todos os casos.

Outro aspecto de *infraestrutura* que preocupa é a *insuficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante*, em especial, pela *insuficiência de poltrona removível e reclinável para o acompanhante*, vácuo extrator, sonar doppler e materiais para favorecer o parto fisiológico; *insuficiência de recursos diagnósticos e assistenciais*, como a estrutura Banco de Leite Humano para atender à demanda, insuficiência de exames no laboratório clínico e/ou qualidade dos laudos e insuficiência de leitos de UTI adulto e/ou neonatal.

Como aspectos positivos, ressalta-se a *suficiência de recursos hemoterápicos* nos três casos e, no Caso 3, a *disponibilidade de equipamentos e materiais para o atendimento, imediato e no alojamento conjunto, do recém-nascido e de medicamentos e insumos*.

Na análise dos *mecanismos de gestão*, dá-se destaque para as *estratégias de escuta*, presentes nos três casos.

Como desafio está o *monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal*, em particular para os casos 1 e 3. O monitoramento local não ocorre e há interesse dos profissionais de que ele venha a ser realizado. Em relação ao *monitoramento da morbidade materna grave*, o Caso 1 destaca-se por não realizar discussões acerca dos eventos ocorridos.

O Caso 3 demonstrou possuir um processo de *gestão da informação* mais avançado, com monitoramento de indicadores, tanto localmente quanto junto à gestão estadual do SUS, com divulgação dos indicadores e uso das informações para promover mudanças no trabalho no sentido da sua qualificação, embora as decisões permaneçam centralizadas no grupo diretivo.

A *articulação em rede* foi parcialmente satisfatória com fragilidades comuns aos três casos na definição de compromissos regionalizados com a gestão estadual do SUS e na pactuação de fluxos estabelecidos com a AB que garantam o agendamento da primeira consulta de puerpério nos casos 1 e 2.

Na *gestão compartilhada* foram observadas distintas configurações. Os casos 1 e 3 não possuem espaços com participação de gestores e trabalhadores para discutir o trabalho e tomar decisões compartilhadas. O Caso 2 se destacou por possuir espaço formal de reflexão sobre o trabalho, com reuniões periódicas, participação ampliada e reconhecimento do uso das

deliberações desses espaços para a melhoria do trabalho. Um fator de influência favorável foi o incentivo e o apoio da gestão para a manutenção deste espaço.

3.3 DIMENSÃO TÁTICO-OPERACIONAL

Na dimensão **Tático-Operacional** a **organização da assistência** é destaque positivo nos 3 casos, e o Caso 2 teve alcance de 70,5% do resultado esperado. É comum aos três casos o *compartilhamento de informações e decisões entre profissionais e usuárias* e a *presença de acompanhante* de escolha da mulher em todas as etapas assistenciais.

O *registro das atividades assistenciais* em prontuário único foi destaque para os casos 2 e 3 e a *padronização da assistência* com uso de protocolos para os casos 1 e 2. O *trabalho em equipe* apresentou-se como um desafio para todos os casos devido à inexistência de espaços formalizados de discussão regular sobre o trabalho.

No âmbito do **cuidado ao parto e nascimento**, como aspectos positivos, todos os casos realizam o *monitoramento do trabalho de parto* satisfatoriamente por meio do registro da evolução do trabalho de parto no partograma e da avaliação do bem-estar fetal intraparto e o Caso 2 utiliza, frequentemente, as *práticas recomendadas* tanto para mulheres quanto para recém-nascidos no momento do parto e nascimento. Nos demais casos foram relatadas fragilidades no atendimento às mulheres, caracterizadas pela falta de analgesia farmacológica e pela transferência para a sala de parto com mesa ginecológica no período expulsivo, o que impossibilita a escolha, pela mulher, da posição mais confortável para ela.

Nos 3 casos, a *supressão de práticas não recomendadas* não ocorre em relação aos recém-nascidos, devido à realização rotineira, no momento do nascimento, da profilaxia da oftalmia neonatal, o que poderia ser retardado por até quatro horas após o parto.

A *atuação da enfermagem obstétrica na assistência ao parto vaginal* é uma fragilidade do **cuidado ao parto e nascimento** evidenciada nos três casos, e o *acolhimento com classificação de risco* não é realizado no Caso 1 por falta de pessoal e os casos 2 e 3 realizam, mas não acompanham os tempos de espera.

No **acompanhamento no pós-parto** destacam-se como potencialidades, nos casos 1 e 3, a *avaliação do recém-nascido* na presença da mãe ou acompanhante com realização dos testes de triagem neonatal e *prevenção da hemorragia pós-parto*, com o uso de ocitocina no terceiro período e realização de avaliação sistemática dos sinais vitais e do tônus uterino nas primeiras duas horas após o parto.

As principais fragilidades foram a *avaliação da puérpera*, com ausência de investigação sobre seu estado emocional; *condições para o seguimento da puérpera na AB*, sendo comum aos três casos a inadequação na disponibilidade de informações sobre a assistência à mulher na maternidade para o seguimento do cuidado na AB, e *condições para o seguimento do recém-nascido na AB* sendo observadas fragilidades quanto à oferta de orientações no momento da alta sobre o cuidado com o bebê.

4 DISCUSSÃO

Estes resultados demonstram que, apesar dos avanços ocorridos na assistência ao parto e nascimento no país e a boa estruturação da rede e dos indicadores de Santa Catarina (LEAL et al., 2019; BITTENCOURT et al., 2021), há necessidade de qualificação para melhorar os desfechos maternos e neonatais.

As piores condições nos aspectos relacionados à dimensão Político-Organizacional apontam para a não garantia de questões fundamentais para a oferta assistencial. Ainda que os serviços tenham envidado esforços para implementar *mecanismos de gestão*, a ampliação da participação, em especial de trabalhadores, apresenta desafios. Resultado semelhante aos de um estudo nacional que evidenciou a inexistência de processos de gestão compartilhada implementados nas maternidades brasileiras (BITTENCOURT et al., 2021). A participação ativa de trabalhadores, gestores e usuárias tem sido considerada essencial para assegurar os cuidados necessários, pois permite emergir pautas multivariadas marcadas pelas necessidades de saúde, possibilitando que a realidade vivenciada nos serviços seja reconhecida, debatida e modificada de maneira mais contextualizada e individualizada (MILTENBURG et al., 2017; SLOMP JUNIOR et al., 2019).

A *disponibilidade e o uso das informações* em saúde são elementos fundamentais para a tomada de decisões orientada pelas necessidades de saúde e pela realidade dos serviços, contribuindo, assim, para a viabilidade das ações (TAMAKI et al., 2012). A falta de uso das informações tem implicações negativas sobre a assistência, pois não permite planejamento de serviços e avaliação dos cuidados prestados. Desafios, como o uso de sistemas de informações, encaminhamento aos serviços, coordenação e integração da rede, ainda estão presentes na realidade do sistema de saúde brasileiro (ALMEIDA et al., 2013) e foram identificados também neste estudo.

A falta de pactuação de compromissos regionalizados com a gestão do SUS e do estabelecimento de fluxos com AB traz sérias implicações para a continuidade do cuidado. A

não organização regionalizada pode expor as mulheres à peregrinação, dificultar o acesso em tempo oportuno, diminuir a satisfação com o atendimento e interferir negativamente na redução da mortalidade materna e neonatal (VIELLAS et al., 2014; MÜLLER; MELO, 2021).

É necessário que a *infraestrutura e pessoal* para o atendimento qualificado estejam assegurados, o que ainda é desafio nos casos analisados. Para o desenvolvimento das ações a existência de ambientes que tenham alguma familiaridade, que não remetam diretamente a doença, que proporcionem bem-estar, conforto, segurança e privacidade contribui para uma experiência positiva para mulheres, famílias e trabalhadores e para o encontro entre os sujeitos facilitando o processo de trabalho (PESSATTI, 2016; DIAS et al., 2019).

As normativas para o funcionamento dos serviços hospitalares de assistência ao parto e nascimento se alinham a esta perspectiva da *ambiência* dos espaços assistenciais e incluem as questões relacionadas à *acessibilidade* aos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2002, 2010). Os resultados deste estudo demonstraram a existência de inadequações relacionadas à *acessibilidade*, seja na perspectiva da estrutura física dos hospitais ou por falta de estratégias de comunicação facilitada com as mulheres. Um estudo recente concluiu que, em âmbito nacional, ainda há falta de adaptação dos hospitais para melhorar a *acessibilidade*, o que pode interferir negativamente nos indicadores de saúde materna e neonatal (THOMAZ et al., 2021).

Fragilidades em aspectos de *infraestrutura e pessoal* são consideradas barreiras que levam à perda de qualidade na assistência e podem causar complicações para a saúde das mulheres e dos recém-nascidos, insatisfação com o atendimento, bem como causar danos à confiança no sistema de saúde (BOHREN et al., 2017; MILTENBURG et al., 2017).

Um estudo de abrangência nacional demonstrou a existência de uma grande proporção de serviços que se apresentam *insuficiência em relação a equipamentos* e com *falta de profissionais* especializados, em que pese as diferenças regionais, que demonstram que o cenário da região sul/sudeste ainda é melhor que no restante do país (BITTENCOURT et al., 2014).

O desenvolvimento das atividades assistenciais de maneira segura, com suporte profissional e promoção de uma experiência positiva, requer *equipes qualificadas e em quantidade adequada*. O cenário observado neste estudo prejudica a qualidade dos serviços de assistência ao parto e nascimento, podendo levar à sobrecarga de trabalho e à maior rapidez nos atendimentos, interferir na percepção das mulheres sobre o que está sendo vivenciado e ocasionar o agravamento de situações mais complexas. Além disso, a falta de qualificação está relacionada à realização de práticas inadequadas e a barreiras à incorporação de novas práticas (WHO, 2018; OLIVEIRA et al., 2020).

A dimensão **Tático-Operacional** demonstrou que há fragilidades relacionadas, especialmente, ao *cuidado ao parto e nascimento* e ao *acompanhamento pós-parto*. No decorrer do processo assistencial a autonomia e a dignidade das mulheres devem ser respeitadas. Os serviços devem estar organizados de maneira a cumprir esta função e os profissionais devem assumir o seu papel central na promoção de cuidados respeitosos, dignos, apoiados e de alta qualidade (BOHREN et al., 2015).

A perspectiva do *trabalho em equipe* é um elemento central para a produção de melhores resultados assistenciais diante da complexidade das necessidades e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede (PEDUZZI et al., 2020). Para a efetivação do *trabalho em equipe*, o diálogo é fundamental para a construção de pactuações e de aprendizagem coletiva. Nos casos estudados há trocas entre os profissionais de mesma categoria profissional de maneira rotineira. Entretanto, não há espaço formal de reflexão coletiva e ampliada sobre o trabalho.

No âmbito da *organização da assistência*, a *presença de acompanhante* tem sido considerada uma estratégia que contribui para a melhoria da assistência e satisfação das mulheres. Os resultados encontrados são semelhantes à literatura (MONGUILHOTT et al., 2018; OLIVEIRA et al., 2020), visto que os três casos garantiam a *presença de acompanhante* de escolha da mulher e em todos os momentos da internação. Estudo recente demonstra que 90% das mulheres tiveram acompanhante, no momento do parto e pós-parto, nos hospitais do SUS de Santa Catarina. A adoção dessa prática está relacionada a uma melhor assistência, com maior realização de manobras não farmacológicas de alívio da dor, favorecimento da amamentação na primeira hora de vida do bebê, bem como mais segurança para as mulheres (TOMASI et al., 2021).

Em que pese o fato de o direito ao acompanhante estar sendo respeitado, é importante refletir sobre as condições em que isso ocorre, uma vez que, neste estudo, foi evidenciado que não há *poltrona reclinável* para que o acompanhante possa dormir com algum conforto, também houve relatos de puérperas evidenciando a falta de banheiro e restrição de alimentação para acompanhantes, demonstrando um despreparo dos serviços para recebê-los adequadamente.

O *compartilhamento de informações* entre os profissionais, a comunicação satisfatória entre estes e usuárias e/ou acompanhantes é um fator essencial para a assistência adequada (BOHREN et al., 2015). É um direito da paciente e uma obrigação dos profissionais que pode contribuir para o uso adequado de tecnologias assistenciais e para o respeito às singularidades e aos desejos das mulheres. O plano de parto, quando entendido como um instrumento flexível e equilibrado com a história clínica da parturiente, costuma ser um suporte para a tomada de

decisão compartilhada, contribuindo para os resultados obstétricos e estimulando o exercício da autonomia (BIESCAS et al., 2017). Esta prática foi observada nos três casos com oferta de orientações sobre a assistência e aceitação do plano de parto, quando existente.

Na *organização da assistência*, a *padronização* por meio do uso de protocolos assistenciais pelos profissionais também contribui para a melhoria dos resultados para as usuárias, promovendo intervenções benéficas e desencorajando aquelas que são ineficazes ou possivelmente perigosas (MEHNDIRATTA et al., 2017). Neste estudo os casos 1 e 2 indicaram que os protocolos são utilizados pelas equipes assistenciais.

O *acolhimento com classificação de risco* tem sido considerado uma estratégia para a promoção da saúde de mulheres e recém-nascidos e para a obtenção de resultados menos intervencionistas, pois, a partir de evidências científicas, apoia a identificação da situação de saúde da gestante, visando garantir atendimento rápido, seguro e relacionado ao potencial de risco identificado (BRASIL, 2017a; OPAS, 2018). Entretanto, o Caso 1 não estava realizando esta prática devido à falta de profissionais. Essa situação é preocupante, pois o atendimento estava sendo organizado por ordem de chegada podendo contribuir para agravamentos na saúde das mulheres.

O *monitoramento do trabalho de parto* com avaliação do bem-estar fetal intraparto com ausculta intermitente como rotina nos partos de risco habitual e o registro da evolução do trabalho de parto no partograma são estratégias essenciais para a avaliação da necessidade de intervenção adequada e oportuna (GUIDA et al., 2017; WHO, 2018). Os três casos realizam o *monitoramento do trabalho de parto*, em que pese os casos 1 e 2 terem relatado que há momentos em que há insuficiência de sonar doppler, evidenciando a necessidade de melhorias na infraestrutura para garantir a qualidade deste processo.

O processo de parto é dinâmico e, muitas vezes, prolongado. A prática de *registro das atividades assistenciais* em ferramenta compartilhada está associada à qualidade do cuidado, à melhora da comunicação entre os profissionais e ao aumento da segurança, podendo contribuir também para educação e pesquisa (MESQUITA; DESLANDES, 2010). Esta prática estava incorporada na rotina dos casos 2 e 3.

Compreender os processos fisiológicos do parto requer que as intervenções sejam utilizadas somente quando são realmente necessárias, justificadas e no momento adequado, o que demanda acompanhamento e o estabelecimento de relações de poder mais equilibradas entre profissionais e usuárias e/ou acompanhantes (DINIZ et al., 2016; SILVA et al., 2017).

Existem recomendações publicadas pautadas em evidências científicas, com um conjunto de *práticas recomendadas e não recomendadas* para a assistência ao trabalho de parto

e parto, com vistas a produzir bons resultados perinatais, tratamento digno e respeitoso (OMS, 1996; WHO, 2018). A adoção desta perspectiva de cuidado depende de decisão política, uma vez que interfere, por exemplo, na organização do trabalho e nas relações de poder estabelecidas. Tanto nacional quanto regionalmente há o predomínio do modelo de assistência obstétrica intervencionista (LEAL et al., 2014; CARVALHO et al., 2019; VELHO et al., 2019, BITTENCOURT, 2021).

Os casos analisados apontam a existência de desafios no que se refere às *práticas recomendadas* no atendimento às mulheres e à *supressão de práticas não recomendadas* no caso dos recém-nascidos. Na realidade brasileira, apesar de serem observados avanços, ainda persistem as intervenções que deveriam ser abolidas ou reduzidas e há pouca realização de práticas adequadas (LEAL et al., 2019; BITTENCOURT et al., 2021).

A *atuação de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto* tem sido considerada essencial para contribuir para a mudança no modelo de assistência por favorecer o cuidado humanizado, o menor número de intervenções, a maior satisfação das mulheres e a sensação de maior controle do parto, sem aumento de eventos adversos (SANDALL et al., 2016). Para tanto, o trabalho interdisciplinar no atendimento às mulheres é imprescindível e, para que isso ocorra, os saberes e a atuação das diferentes categorias profissionais devem ser valorizados visando diminuir assimetrias (OLIVEIRA et al., 2020).

Quanto à atuação sistemática de enfermeiras obstétricas no parto vaginal de risco habitual, de maneira compartilhada com a equipe médica, este estudo encontrou dados semelhantes à literatura que demonstram que essa prática não está consolidada (AMARAL et al., 2019; SANTOS et al., 2019).

O período pós-parto é um momento sensível em que são vivenciadas diversas mudanças na vida das mulheres e dos recém-nascidos, sendo essencial o cuidado qualificado, digno e respeitoso. O *acompanhamento no pós-parto* deve propiciar a identificação de dificuldades no cuidado ao recém-nascido e no cuidado consigo mesmas, no caso das puérperas, bem como a detecção de sinais precoce de doenças (REICHERT et al., 2016; GENOVESI et al., 2020).

Destaca-se o uso da ocitocina no terceiro período para a prevenção da hemorragia pós-parto, visto que essa é a segunda causa de morte materna no país (OPAS, 2018). Por outro lado, os aspectos emocionais das puérperas não são parte da rotina institucionalizada de avaliação das mulheres no pós-parto. Essa situação é preocupante considerando que a prevalência de depressão pós-parto no país é considerada alta (ABUCHAIM et al., 2016).

As estratégias para o *seguimento na AB* são mecanismos que podem melhorar a sua qualidade assistencial. Neste estudo, foram observadas inadequações nas condições de seguimento na AB relacionadas às mulheres e aos recém-nascidos. Estudos apontam que essa ainda não é uma realidade consolidada no Brasil e a continuidade do cuidado configura-se como um desafio, pois persiste uma assistência parcial e desarticulada, o que é um fator que contribui para a persistência de resultados perinatais desfavoráveis (BITTENCOURT et al., 2020; GENOVESI et al., 2020; BITTENCOURT et al., 2021).

Com base nos resultados desta pesquisa foi evidenciado que estão colocadas em prática algumas estratégias para a implementação de uma assistência hospitalar ao parto e nascimento pautada na humanização, na utilização das melhores evidências científicas disponíveis e na garantia dos direitos. Entretanto, ações isoladas inscritas em um cenário marcado pela hierarquização e assimetria das relações de poder, como é o hospital, não desencadeiam resultados satisfatórios nem rompem a lógica tecnocrática (SARGES; LOPÉZ, 2016).

A validação do modelo avaliativo por especialistas, a realização de teste piloto dos instrumentos de coleta, a triangulação das fontes de evidências e a análise alinhada à teoria do programa contribuíram para a validade interna do estudo. Ao mesmo tempo, a necessária utilização de diferentes fontes de evidência através da coleta de dados primários limita a reprodução deste estudo em um número maior de instituições ao mesmo tempo.

Não é possível generalizar os resultados aqui encontrados para o conjunto de instituições hospitalares de Santa Catarina. No entanto, cabe ressaltar que o processo de seleção buscou os hospitais com os melhores resultados de boas práticas sugerindo quadro similar ou menos favorável para as demais instituições.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu avaliar aspectos relevantes da assistência hospitalar ao parto e nascimento, pautada do cuidado humanizado, orientada por evidências científicas e direitos. Ainda que tenham sido observadas potencialidades, os hospitais aqui analisados não conseguiram consolidar as mudanças no modelo assistencial. As condições estruturais e organizacionais para a assistência não estão sendo garantidas pela gestão e os processos de trabalho em saúde não oportunizam o cuidado humanizado, orientado por evidências científicas e direitos.

Além disso, a MAJ utilizada neste estudo pode ser um instrumento que subsidie as maternidades para adequarem suas práticas, visto que foi construída baseada nas melhores evidências, tendo sido validada de forma rigorosa.

Reforça-se a necessidade de que mais estudos avaliativos sobre a assistência hospitalar ao parto e nascimento sejam realizados com o uso de outras abordagens e metodologias para que mais elementos relacionados a fragilidades e potencialidades sejam evidenciados.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais e mulheres puérperas que colaboraram para a realização deste estudo.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001e Programa Institucional de Internacionalização CAPES-PrInt/UFSC.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G. El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. *In: QUATTROCCHI, P.; MAGNONE, N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020.*
- ABUCHAIM, E. S. V. *et al.* Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 664-670, nov./dec. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600093>. Acesso em: 20 abr. 2021.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde Debate**, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.
- AMARAL, R. C. S. *et al.* The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, e20180218, 2019. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0218>. Acesso em: 12 maio 2020.
- ARAÚJO, I. C. F. G. *et al.* Qualidade do parto e impacto nos indicadores da saúde da criança. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 18-33, 5 jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17943>. Acesso em: 29 abr. 2020.
- BARROS, F. C. *et al.* Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJOpen**, v.8, e021538,2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e021538>. Acesso em: 20 mar. 2019.
- BEZERRA, L. C. A *et al.* Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 5017-5028, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.31712018>. Acesso em: 12 jul. 2021.
- BIESCAS, H. *et al.* A critical review of the birth plan use in Catalonia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 13, p. 41-50, oct. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.006>. Acesso em: 29 abr. 2020
- BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S208-S219, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fkSchnSmbLtwMBWGmY8vCfd/?lang=pt>. Acesso em: dia mês ano.
- BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Nascer no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 100, p. 1-11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>. Acesso em: 03 dez. 2021.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801-821, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>. Acesso em: 05 dez. 2021.

BOHREN, M. A. *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLoS Med.**, v. 12, n. 6, e1001847, 2015. Disponível em: [10.1371/journal.pmed.1001847](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847). Acesso em: 27 ago. 2021.

BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD003766, jul. 2017. Disponível em: [10.1002/14651858.CD003766.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6). Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC**. Portal. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 13 nov. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Indicadores e Dados Básicos – Brasil – 2013**: IDB-2013. Disponível em: <http://tabnet2.datasus.gov.br/cgi/idb2013/matriz.htm>. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no âmbito da Rede Cegonha (Documento orientador). 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação número 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2017**: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 10 out. 2021

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico nº 37. Brasília: Ministério da Saúde; 2021. p. 15. Disponível

em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_37_v2.pdf. Acesso em: 01 nov. 2021

BRIZUELA, V. *et al.* Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. **The Lancet Global Health**, v. 7, n. 5, p. e624-e632, 01 may 2019. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(19\)30033-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(19)30033-6/fulltext). Acesso em: 13 set. 2021.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARVALHO, E. M. P. *et al.* Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2135-2145, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018246.08412019>. Acesso em: 19 abr. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. p. 29-47. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2018.

DIAS, P. F. *et al.* Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, supl. 3, p. 348-359, dec. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0698>. Acesso em: 11 abr. 2021.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v. 20, n. 56, jan./mar. 2016. Disponível em: link.gale.com/apps/doc/A442535709/IFME?u=anon~9441a148&sid=googleScholar&xid=8e11cec2. Acesso em: 05 dez. 2020.

GENOVESI, F. F. *et al.* Maternal and child health care: adequacy index in public health services. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 4, e20170757, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0757>. Acesso em: 19 abr. 2021.

GUIDA, N. F. B. *et al.* Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. **Rev. RENE**, v. 18, n. 2, p. 543-550, mar-abr. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877207>. Acesso em: 01 jun. 2020.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Ss5zQXrMrGrGJvcVMKmJdqR/?lang=en&format=html>. Acesso em: 12 mar. 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. 17-32, 2014. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd/?lang=pt>. Acesso em: 07 jun. 2018.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 15 jul. 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 7, e00223018, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/grzf9kCgwKLFx8SV5DvPyJx/?lang=pt>. Acesso em: 01 abr. 2020.

MARINHO, C. S. R. *et al.* Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 10, e00191219, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00191219>. Acesso em: 01 dez. 2021.

MEHNDIRATTA, A. *et al.* Adapting clinical guidelines in India - a pragmatic approach. **BMJ Evid Based Med.**, 359, j5147, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.j5147>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MESQUITA, A. M. O.; DESLANDES, S. F. A Construção dos Prontuários como Expressão da Prática dos Profissionais de Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 664-673, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RS3pczqj7HcgZyHyDXsXPfs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2021.

MILLER, S. *et al.* Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway toward evidence-based, respectful maternity care worldwide. **Lancet**, v. 388, m. 10056, p. 2176-2192, out. 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27642019/>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MILTENBURG, A. S. *et al.* Factors influencing implementation of interventions to promote birth preparedness and complication readiness. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 17, n. 1, p. 270, 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1448-8>. Acesso em: 13 ago. 2020.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.201805200625>. Acesso em: 25 set. 2019.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>. Acesso em: 15 jul. 2021.

MÜLLER E.; MELO, J. M. Partejas tradicionais e políticas culturais: reconhecimento, hierarquia de saberes e desconstruções pertinentes. *In*: TEIXEIRA, L. A. *et al.* **Medicalização do parto**: saberes e práticas. São Paulo: Hucitec, 2021. (Saúde em debate; 323).

OLIVEIRA, F. A. M. *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe, p. 177-184, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>. Acesso em: 08 nov. 2021.

OLIVEIRA, C. F. *et al.* Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 44, e132, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.132>. Acesso em: 25 set. 2021

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34879>. Acesso em: 25 set. 2019.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em: 21 abr. 2021.

PESSATTI, M. P. A ambiência nas redes prioritárias do SUS. *In*: PASCHE, D. F; SOUZA, T. de P. (orgs) **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas**. Brasília, 2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/149420/001003312.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 março 2021.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Primeira semana saúde integral: ações dos profissionais de saúde na visita domiciliar ao binômio mãe-bebê. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 5, p. 1-6, 2016. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/27955>. Acesso em: 03 ago. 2021.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD004667, 2016. Disponível em: 10.1002/14651858.CD004667.pub5. Acesso em: 16 abr. 2021.

SARGES, R. C.; López, L. C. A assistência ao parto na perspectiva de enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública: desmedicalização e micropolíticas na linguagem de gênero. **Vivência Rev Antropol.**, n. 48, p. 133-148, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/11574/8152>. Acesso em: 03 ago.2021.

SILVA, A. L. A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102311X00175116>. Acesso em: 03 abr. 2021.

SILVA, M. J. S. *et al.* Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 1-17, 25 fev. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16292>. Acesso em: 15 ago. 2021.

SLOMP JUNIOR, H. *et al.* Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, n. 0, e170395, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170395>. Acesso em: 21 abr. 2021.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciência Saúde Colet.**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/5Vd9wFMMtTW3xxNGpzMxWkS/?lang=pt>. Acesso em: 15 ago.2021.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013/716>. Acesso em: 10 abr. 2021.

THOMAZ, E. B. A. F. *et al.* Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 897-908, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.17582020>. Acesso em: 02 dez. 2021.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2020383, mar. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>. Acesso em: 28 nov. 2021.

VELHO, M. B. *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00093118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>. Acesso em: 05 dez. 2021.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S85-S100, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 17 nov. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in Maternal mortality: 1990 to 2015**. Genebra: 2015. 92p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 23 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva, 2018. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 mar. 2021.

YIN, R. K. **Case Study Research and Applications: Design and Methods**. 6.ed. COSMOS Corporation, 2018.

4.3 ARTIGO 3: ASPECTOS QUE INFLUENCIAM A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Célia Adriana Nicolotti
Josimari Telino de Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina

RESUMO

Objetivo: identificar fatores que influenciam a implementação da assistência ao parto e nascimento em hospitais de Santa Catarina, Brasil. **Método:** estudo exploratório, abordagem qualitativa, com participação de dezoito profissionais da gestão ou assistência hospitalar no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020. Após transcrição das gravações, procedeu-se à análise de conteúdo temática. **Resultados:** foram identificadas quatro categorias temáticas 1) as mudanças no modelo assistencial em saúde para o aprimoramento/qualificação da assistência ao parto e nascimento; 2) necessidade de organização do processo de trabalho; 3) deficiências na infraestrutura como um complicador para a assistência; 4) dificuldades de pessoal e sua interferência na qualificação da assistência. Para os entrevistados, influenciam favoravelmente: a implementação de um novo modelo assistencial com suporte institucional e indução via políticas públicas, a padronização da assistência, a integração da equipe com as usuárias e a qualificação dos profissionais. Foram identificados como fatores de influência negativa aspectos da gestão do SUS, falta de espaços de compartilhamento sobre o trabalho, inadequação da estrutura física, falta de monitoramento de indicadores, equipamentos e materiais, falta de informatização, insuficiência de pessoal, falta de atividades de qualificação e perfil profissional. **Conclusões:** os resultados indicam que há avanços na implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, em direção à humanização, evidências científicas e direitos. Há indicativos de que as práticas se mantêm subordinadas às concepções dos profissionais de saúde em detrimento das estratégias institucionais e inadequações ao nível do hospital e da gestão do sistema de saúde. Tais aspectos precisam ser superados para que mulheres e recém-nascidos acessem um cuidado integral, digno e respeitoso.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa. Saúde da mulher. Parto. Gestor de saúde. Profissional da saúde.

1 INTRODUÇÃO

A assistência ao parto e nascimento deve propiciar uma vivência satisfatória desse momento particular na vida das mulheres e das famílias. É possível contar com a assistência de parteira tradicional ou de profissionais de saúde, e o local de atendimento pode ser o domicílio, o centro de parto normal, a casa de parto ou o hospital, local em que os partos ocorrem, majoritariamente, no Brasil.

Envolve o tratamento digno e respeitoso e o atendimento centrado no cuidado com o outro, que leve em conta as especificidades das diferentes mulheres, favoreça a sua autonomia e evite intervenções médicas e farmacológicas desnecessárias (JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ; PEÑA-JARAMILLO, 2018). Além disso, deve promover o acesso em tempo oportuno e o uso adequado de tecnologias assistenciais, com vistas a alcançar melhores resultados para as mulheres e os bebês e a vivência de uma experiência positiva (ESPAÑA, 2007; 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2017, 2017a; CANADA, 2018; WHO, 2018).

Diversas políticas e diretrizes voltadas para a assistência ao parto e nascimento, pautadas em critérios científicos, foram lançadas por instituições de saúde internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), e por governos de distintos países, inclusive o Brasil. No contexto brasileiro, as ações relacionadas à gestação, ao parto e nascimento e ao puerpério são realizadas nos três níveis de atenção, regionalmente organizados, conformando uma rede de cuidados (RATTNER, 2009; BRASIL, 2017).

Entretanto, isso não tem implicado na melhoria dos indicadores maternos e neonatais, sobretudo na redução da mortalidade materna e neonatal, *near miss* e na taxa de cesariana (LANSKY, 2019).

É necessário considerar o contexto da implementação de políticas e programas, as condições e os recursos disponíveis. Uma intervenção pode ser influenciada por diversos fatores, como políticos, sociais, institucionais e profissionais, que se conformam com mecanismos intervenientes à sua implementação, adequada operacionalização e sustentabilidade (NETA et al., 2015). Ampliar o entendimento sobre os fatores de influência à implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, a partir da ótica dos profissionais envolvidos com a gestão e a assistência, é fundamental para contribuir para a melhoria das condições de trabalho, da qualidade do cuidado ofertado às mulheres e aos recém-nascidos, identificando lacunas da assistência e ajudando na tomada de decisão por parte dos gestores e formuladores de políticas.

Este estudo objetivou identificar fatores que influenciam a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento em hospitais localizados no estado de Santa Catarina, Brasil, a partir da perspectiva de profissionais gestores e assistenciais.

2 METODOLOGIA

O presente estudo se caracteriza como uma investigação exploratória de abordagem qualitativa (DENZIN; LINCOLN, 2017) cujo objeto do estudo é a assistência hospitalar ao parto e nascimento, em que se buscou identificar os aspectos que influenciam a assistência a partir da percepção de profissionais da assistência e de gestores de serviços hospitalares.

Este artigo é parte dos resultados de uma pesquisa avaliativa sobre a assistência hospitalar ao parto e nascimento, realizada em duas etapas: estudo de avaliabilidade e estudo de casos.

Para definição dos casos, foi utilizado o resultado de uma avaliação nacional das maternidades que realizavam mais de 500 partos/ano, integrantes da Rede Cegonha, realizada pelo Ministério da Saúde em 2017. Essa avaliação tinha como objetivo identificar a implementação das boas práticas assistenciais e repactuar compromissos (BRASIL, 2016). Para o presente estudo foram selecionados os hospitais melhor classificados na diretriz boas práticas e que obtiveram maior número de diretrizes classificadas como adequadas e nenhuma classificada como incipiente ou não adequada, sendo selecionados quatro hospitais. Destes, um informou não ter interesse em participar da pesquisa.

Os hospitais participantes realizam mais de 2.000 partos/ano, atendem à gestação de risco habitual e alto risco e oferecem atividade de ensino para profissionais de saúde em formação. Dois são hospitais gerais com maternidade e um é maternidade exclusiva. Dois são serviços públicos e o terceiro é conveniado ao SUS.

Participaram do estudo as chefias de enfermagem, obstetrícia e neonatologia e profissionais da assistência das mesmas áreas, com mais de um ano de atuação ininterrupta no local e atuando no serviço no momento da coleta de dados. Os serviços indicaram os trabalhadores que melhor poderiam fornecer as informações. Os profissionais que atuavam na gestão foram selecionados devido à função ocupada.

Todos os profissionais contatados aceitaram participar, sendo nove gestores (três chefias em cada um dos casos) e nove trabalhadores assistenciais (um médico obstetra, um médico neonatologista e uma enfermeira obstétrica de cada caso), totalizando 18 participantes.

Foram realizadas entrevistas individuais a partir da seguinte pergunta disparadora: no seu entendimento quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, neste serviço, para a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento? As entrevistas foram realizadas entre os meses de novembro de 2019 e janeiro de 2020, no local de trabalho e no momento mais conveniente para os participantes, exceto duas, que por conveniência dos participantes foram realizadas por videochamada. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos, foram gravadas em áudio e transcritas com garantia de anonimato.

Foi realizada a análise de conteúdo temática (MINAYO, 2016) com apoio do software ATLAS.ti Versão 9.1.1. Realizou-se leitura detalhada e releitura das transcrições, identificação de códigos, correlação entre códigos, comentários dos participantes e categorias temáticas.

A base teórica utilizada para análise e discussão dos dados considerou um modelo avaliativo em que foi delineada a teoria da assistência hospitalar ao parto e nascimento orientada pela humanização, pela utilização das melhores evidências científicas disponíveis e pela garantia dos direitos e que deve estar orientado para responder ao modelo de atenção à saúde do SUS, pautado pela universalidade, equidade e integralidade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (pareceres nº 3.344.848 e 3.437.199). Os objetivos do estudo e as considerações éticas foram explicados e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 18 profissionais de saúde, sendo seis médicos/as ginecologistas e obstetras, quatro médicos/as neonatologistas, seis enfermeiras obstetras, uma enfermeira neonatologista e uma enfermeira sem especialização. Maior parte do gênero feminino (12) e todos se autodeclararam brancos. Esses profissionais exerciam suas profissões em média há 15 anos, variando entre 3 e 32 anos. Os profissionais que atuavam na gestão ocupavam essa função em média há seis anos e os que atuavam na assistência em média há nove.

3.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS DE ANÁLISE

A partir da análise do material, emergiram quatro categorias temáticas: as mudanças no modelo assistencial em saúde para o aprimoramento/qualificação da assistência ao parto e nascimento; necessidade de organização do processo de trabalho; deficiências na infraestrutura como um complicador para assistência e dificuldades de pessoal e sua interferência na qualificação da assistência.

A maioria dos aspectos identificados como fatores de influência sobre a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento foram comuns aos três casos.

Para preservação do anonimato, os participantes são identificados na forma de siglas (GO-A: médico obstetra assistencial; NEO-A: médico neonatologista assistencial; EO-A: enfermeira obstetra assistencial; NEO-G: gestão neonatologia; ENF-G: gestão de enfermagem e GO-G: gestão ginecologia e obstetrícia).

3.2.1 As mudanças no modelo assistencial em saúde para o aprimoramento/qualificação da assistência ao parto e nascimento

A atuação dos gestores é fundamental para garantir as condições de trabalho alinhadas ao modelo assistencial que se pretende institucionalizar. Sobre esta categoria temática, destacaram-se, nas contribuições dos participantes, a influência da mudança de modelo com suporte institucional e indução via políticas públicas e a influência da gestão do SUS.

As mudanças no modelo assistencial, ocorridas nos últimos anos no país, no sentido da humanização do cuidado, foram identificadas como aspectos facilitadores e contributivos para a qualificação da assistência e estiveram fortemente presentes nos relatos dos profissionais da assistência.

Principalmente na humanização do atendimento, do parto, em se preocupar mesmo mais com a paciente, não só a parte técnica, mas a parte emocional, então eu acho que mudou muito. (GO-A)

Essas mudanças aconteceram devido à indução de políticas públicas, em especial, a Rede Cegonha, que, segundo os relatos, possibilitou ampliar a compreensão sobre o modelo assistencial e as práticas vigentes, cujas diretrizes indicam, a partir de critérios científicos, o que deve ser modificado no cuidado às mulheres e aos recém-nascidos diminuindo intervenções desnecessárias e iatrogênicas e possibilitando maior satisfação com o processo de parto.

Eu relaciono com a Rede Cegonha, depois que veio para cá, que começou a falar mais em boas práticas, porque antes a gente achava que era natural, era normal fazer episio, era normal ocitocina... tinha que ter ocitocina para o trabalho de parto fluir. Nesses cinco anos eu vejo muita mudança para melhor. (ENF-G)

O suporte institucional no processo de implantação do novo modelo, com apoio da gestão do hospital, por meio de espaços para pensar o trabalho, definição de estratégias prioritárias e disponibilização de materiais atualizados sobre as diretrizes, foi referido como aspecto facilitador, em especial, por profissionais com atuação na gestão.

Mas tem coisas que a gente não precisa de dinheiro para melhorar. É o simples fato de entender e abraçar a causa, apoiar. Apoio, você ter o apoio. Você tendo o apoio, você te motiva e você vai mais, assim, em frente, em busca do melhor, sabe? (NEO-G)

A implantação do novo modelo dentro da perspectiva de uma política pública, como foi a Rede Cegonha, demanda ações que extrapolam a gestão local, em que o papel da gestão estadual do SUS é fundamental. Os relatos apontaram a ausência de concursos públicos, o que leva à rotatividade de profissionais, e falta de autonomia na gestão financeira e de apoio da gestão estadual no acompanhamento das mudanças em implementação.

Então o fato de ter processo seletivo, assim, que o funcionário fica um ano, dali entra mais um ano, aí tem todo um período de treinamento, começa tudo do zero de novo. Aí quando o funcionário está começando a entender como funciona a engrenagem, melhorando, começa tudo de novo. (NEO-G)

Na perspectiva dos gestores locais os recursos federais centralizados na Secretaria Estadual dificultam a gestão local, que não tem autonomia e agilidade no gerenciamento das suas necessidades. Esse aspecto foi referido, em especial, pelos gestores dos casos 1 e 2. Como exemplos dessa situação, a falta de poltronas para acompanhante é emblemática, assim como a utilização de recursos próprios pelas enfermeiras para custear materiais para o apoio ao parto fisiológico e a compra de cortinas para garantir alguma privacidade no pré-parto. Os gestores locais apontam que essa autonomia financeira poderia reduzir a demora na troca de equipamentos e/ou consertos de pequeno custo e, com isso, haveria melhoria nas condições de trabalho e de assistência alinhadas ao modelo assistencial que se pretende implementar.

Eu acho que cada hospital tinha que gerenciar o seu recurso. Tipo, a gente tem lá: somos hospital Amigo da Criança, somos participantes da Rede Cegonha, tudo isso que a gente participa e, teoricamente, era para viabilizar e facilitar a vinda de recurso para a unidade, né? [...] Então se a gente pudesse gerenciar essa verba que a gente conquistou por participar de várias situações, por fazer parte, eu acho que a maternidade seria muito melhor. (NEO-G)

A continuidade do apoio e do acompanhamento dos trabalhos pela gestão estadual foi destacada, especialmente, pelos profissionais da assistência. No início da implantação da Rede

Cegonha, houve espaços coletivos regionalizados e estaduais para acompanhamento e apoio da mudança de modelo, o que foi interrompido. Os profissionais entendem esse processo inicial com um suporte importante para a efetiva implantação do novo modelo e que deveria ser continuado para aprimoramento do processo e identificação de debilidades ainda persistentes.

Então a gente sentiu bastante falta disso, de ter alguém junto com a gente puxando para que conseguisse deslanchar mesmo. Mudou muita coisa, mas precisa mudar muito ainda, fortalecer muita coisa ainda. Então é isso o que eu sinto dificuldade...(EO-A)

A interação entre as diferentes instâncias da gestão e pontos de atenção é essencial para o trabalho em rede, que requer identificação de serviços de diferentes perfis com pactuação em nível regional para a garantia de acesso em tempo oportuno. Foram citadas inadequação nas pactuações e contratos de gestão e a disponibilidade insuficiente de leitos de UTI materna, pactuados com outro serviço da região de saúde, principalmente, pelos profissionais da gestão e assistência da obstetrícia do Caso 2.

Paciente com hemorragia e precisa de UTI, por exemplo. Aí você liga para o nosso hospital referenciado, não tem vaga e é aquele desespero, não tem vaga, não tem vaga, no ano passado a gente quase perdeu paciente aqui duas vezes por essa razão. Aí tem que ligar para o diretor, o diretor ligar para o diretor, para o diretor, para o diretor... e assim mesmo uma hora, duas horas, três horas, quatro horas...(GO-A)

Ainda em relação à pactuação regional, foi relatada a falta de integração com a atenção básica para o compartilhamento de informações sobre o cuidado pré-natal, a assistência ao parto e orientações sobre o pós-parto, assegurando a continuidade do cuidado, essencial na lógica do modelo humanizado e na melhoria dos desfechos maternos e infantis. Outro aspecto da falta de integração com a AB é a sobrecarga de trabalho na emergência de problemas que poderiam ter sido resolvidos no primeiro nível de atenção, o que é agravado pela falta de comunicação entre os diferentes pontos de atenção.

A gente não tem prontuário integrado, então o que acontece na rede básica a gente só fica sabendo pelo cartão de pré-natal, a gente não tem acesso às anotações dos médicos. Idem eles, então a paciente teve uma internação aqui, ela vai embora, o médico da atenção básica sabe o que aconteceu com ela pelo o que ela conta. (GO-A)

Nós temos um problema que é a porta, que acaba absorvendo tudo o que vem da atenção básica, que deveria ser resolvido nos postos de saúde, 90% do que a gente atende não deveria estar aqui, isso requer que eu tenha 2, 3 médicos atendendo lá na frente, faltando gente aqui dentro, onde é a área mais especializada, onde eu precisaria de gente o tempo todo com mais atenção. (GO-G)

3.2.2 Necessidade de organização do processo de trabalho

No âmbito da organização do processo de trabalho, foram destacados aspectos relacionados à padronização da assistência, a espaços de compartilhamento, a monitoramento de indicadores e à integração da equipe com as usuárias.

O uso dos protocolos possibilita a qualificação da assistência por meio da utilização de critérios científicos atualizados. Foi apontado como um aspecto positivo porque permite a padronização, orienta a assistência clínica e, quando se faz necessário modificar alguma conduta, esta deve ser registrada para ciência e discussão posterior.

[...] toda vez que você tem que sair fora de um protocolo, seja residente, tudo mais... o residente vai sair fora do protocolo por orientação do preceptor e vai ser escrito o porquê que saiu fora, tá? Vai ter uma justificativa dele, a enfermagem vai anotar aquilo também e depois disso a gente entra em discussão. (GO-G)

Para a sua efetiva implementação, são fundamentais mecanismos de gestão, de incentivo, de acompanhamento e de qualificação dos profissionais para o uso devido. Os profissionais da gestão de enfermagem, da obstetrícia e médicos obstetras assistenciais relataram dificuldades no uso de protocolos.

A gente tem protocolos, mas ainda cada um tem alguns detalhes que puxam para as suas vivências, sabe? Então hoje, por exemplo, a gente tem a mesa ainda, né? A gente tem gente que ainda leva paciente precocemente para a mesa, algumas situações assim. (ENF-G)

A inexistência de processos institucionais de discussão sobre o trabalho foi apontada como um aspecto que interfere na integração das equipes, em especial, da enfermagem e medicina, e no uso das informações de monitoramento para a qualificação dos processos de trabalho, destacadas, principalmente, por médicos e enfermeiras obstetras assistenciais e gestão da neonatologia. Houve relato de debilidade no monitoramento sistemático de indicadores, aspecto preocupante na implementação da assistência.

Eu acho que reuniões multiprofissionais seriam muito interessantes, aqui existe essa segmentação de enfermagem, das categorias, cada um faz o que acha que é melhor e acaba que não integra, sabe? Isso é um pouco difícil, a gente até conversa nos setores, mas não tem uma padronização, não tem um grupo gestor, assim, multi. E eu acho que isso faria completa diferença, né? Tanto para a gente enquanto trabalhador, quanto para as mulheres que recebem esses cuidados. E para o bebê também (EO-A)

Hoje se você me perguntar dados da pediatria, eu não saberia te dizer, tá? Porque a gente não tem nenhum indicador real montado, que seja feito rotineiramente, assim [...] A direção quando precisa, que a Secretaria pede alguma coisa, ela chama a informática e a informática busca nos critérios deles lá, de busca dos dados, para poder dar algum número para a Secretaria, mas nem sempre é o número real. (NEO-G)

A integração entre equipe e usuárias foi assumida como um elemento importante da assistência, mas que apresenta alguns desafios. A existência de processos de escuta das usuárias por meio de ouvidoria e o uso das informações de maneira compartilhada com as equipes favorecem a integração da equipe e, por parte das usuárias, há uma maior compreensão sobre o trabalho desenvolvido. Além disso, a institucionalização da presença de acompanhante foi identificada como um aspecto facilitador pela maioria dos entrevistados, sendo menos referido pelos médicos obstetras assistenciais. A possibilidade de contar com o apoio de acompanhante, de escolha das mulheres, durante a internação para o parto, é uma estratégia que tem sido fortemente recomendada.

O acompanhante é um aliado da assistência, assim. Primeiro que ele é apoio para a mulher, ele vai trazer tranquilidade, é alguém que ela confia, às vezes ele age até como um intermediário nessa relação do profissional com a mulher, né? (ENF-G)

A comunicação entre profissionais e mulheres durante o cuidado em saúde foi um aspecto facilitador referido por alguns profissionais médicos obstetras assistenciais, o que indica que essa prática ainda é um desafio para o conjunto das especialidades que atuam na assistência.

A questão do diálogo e a preparação para a paciente do que vai acontecer [...]. Existia uma hierarquia por causa de uma assimetria de conhecimento, onde o paciente ficava refém do que os profissionais da saúde iam determinando sem o consentimento ou sem a explicação dele. (GO-A)

A comunicação com o uso de linguagem e de informações adequadas é um aspecto que facilita a relação assistencial e coloca a mulher em condições de participar da tomada de decisões.

3.2.3 Deficiências na infraestrutura como um complicador para a assistência

As dificuldades relacionadas à infraestrutura para a assistência foram referidas por quase todos os profissionais e envolvem debilidades em estrutura física, equipamentos e materiais e informatização.

Em relação à estrutura, foi identificada incompatibilidade entre a estrutura física dos hospitais e o novo modelo assistencial adotado. Foram referidas questões, como a necessidade de adaptação dos espaços, para garantir movimentação das mulheres em trabalho de parto bem como das equipes, e falta de privacidade e conforto para a deambulação, inclusive em um dos locais as mulheres em trabalho de parto caminhavam em um corredor com movimentação de

profissionais e familiares. A distância entre os setores foi referida pelos trabalhadores como uma dificuldade que pode causar cansaço e demora nos atendimentos. A falta de conforto no alojamento conjunto foi caracterizada pela falta de poltrona para o acompanhante.

Na assistência, a estrutura física do hospital, ele é carente de ambiência...] então essa é a grande dificuldade, né? Pelo nosso pré-parto, né? É totalmente arcaico por causa da estrutura física. (GO-G)

Os profissionais referiram problemas quanto à qualidade e suficiência de equipamentos e materiais. Foram destacadas debilidades quanto a materiais para o atendimento ao parto fisiológico, sonar para o monitoramento do trabalho de parto, insumos para o atendimento ao recém-nascido. Essa situação interfere na qualidade da assistência e promove iatrogenia, além de ser um fator causador de stress para os trabalhadores no desempenho das suas funções.

Às vezes impossibilita de atender mais gente, porque não tem material suficiente, é respirador quebrado, é monitor que não passa por ajustes, essas coisas que são difíceis de lidar às vezes [...] Ai compra um PIC horroroso, que faz flebite ou que arrebenta, então para nós não adianta. Então a gente quer tentar fazer com que as coisas tenham uma melhoria na qualidade, mas também eu preciso de materiais que também me possibilitem uma melhor qualidade. (NEO-A)

A falta de um sistema informatizado integrado foi citada pela gestão de enfermagem da obstetrícia e da neonatologia e pela enfermagem obstétrica assistencial como um aspecto dificultador relacionado à estrutura para o trabalho. Na perspectiva dos profissionais, essa ausência de integração gera falta de conhecimento sobre os processos assistenciais realizados nos diferentes setores do hospital e, conseqüentemente, dificulta a continuidade do cuidado.

Tem um sistema, mas não é para todo mundo, tipo a sala de partonão usa. Quando ele veio para cá, agora foi obrigado eles usarem aqui, só que daí começa daqui, então o que aconteceu lá eu não consigo mais saber, porque na sala de parto ninguém usa o sistema. Ai depois vai lá para cima, só usa o sistema para a mãe, não usa para o bebê, é uma confusão. (NEO-G)

3.2.4 Dificuldades de pessoal e sua interferência na qualificação da assistência

Os principais aspectos destacados versam sobre a suficiência, a qualificação e o perfil profissional.

Os entrevistados referem insuficiência de profissionais cujos efeitos interferem na qualidade assistencial, sobrecarga de trabalho, impossibilidade de realização de atividades importantes, como a classificação de risco, e dificuldade de liberação para atividades de

qualificação. Por outro lado, houve relato de que a falta de profissionais possa ser reflexo da forma precária de organização das escalas.

E não adianta a gente ter leitos lindos, ter todo o material necessário para trabalharem não ter a equipe funcional. Hoje a gente tem, a gente tem os leitos que não são os adequados e já não tem funcionário (EO-A);

A qualificação dos profissionais foi abordada sob diferentes perspectivas pelos entrevistados. Um primeiro aspecto se referiu ao incentivo do serviço à qualificação profissional, seja por meio de oferta de cursos ou de liberação dos profissionais para a participação. Nos locais onde há incentivo por parte dos serviços, foi relatada falta de comprometimento da categoria médica com as capacitações ofertadas, principalmente no Caso 3, sendo relacionada à forma de contratação, que não prevê horas para atividades de qualificação.

Também não tem estímulo para que se tenha as atualizações, o funcionário não tem, não consegue verba para fazer um curso fora, se ele vai tentar fazer alguma coisa de especialização ou é feito redução de salário, desconta, outras coisas, ou teria que trabalhar compensando em outro horário...então a falta de estímulo também [breca] o funcionário. (EO-A)

A presença de atividades de ensino nos hospitais foi identificada como um aspecto de influência positiva na dinâmica hospitalar, favorecendo a qualificação da assistência e a atualização das equipes. Este aspecto foi referido, em especial, pelos médicos neonatologistas e obstetras tanto assistenciais quanto com atuação na gestão.

Os residentes têm acesso e eles são os principais agentes modificadores, porque eles estão o tempo todo aqui dentro, quando eles incorporam um treinamento, eles acabam fazendo o papel de agente multiplicador com os chefes, com os staffs. (GO-A)

A presença de profissionais especialistas foi apontada como um fator de influência positiva, em especial, pela enfermagem obstétrica, condicionada à qualidade de sua formação no âmbito da pós-graduação. A defasagem na formação profissional foi relacionada a poucas horas de prática na especialização da enfermagem obstétrica e uma orientação excessivamente intervencionista na formação médica, indicando um descompasso entre a formação e a orientação do novo modelo assistencial.

Elas pegam [o serviço] no começo, que elas saíram de uma pós teórica, muitas vezes, que não teve acesso muito a parto, sabe? (GO-G);

Assim, os médicos são muito... acho que é da formação deles de intervir, de... tudo tem que ter uma intervenção, parece que se ele só está quieto, assistindo, ele não está fazendo nada, eles têm essa... acho que é de formação mesmo. (ENF-G)

A qualificação é percebida como diretamente relacionada ao envolvimento e ao comprometimento dos profissionais com a assistência e à adesão ao novo modelo antecedendo, inclusive, a disponibilidade de equipamentos.

Olha, bom, primeiro qualidade, assim, acho que a boa qualidade dos profissionais envolvidos, isso eu já vejo como um grande passo, o pessoal envolvido em todas as áreas, eu vejo que é pessoal de ponta, pessoal bem informado, pessoal que normalmente trabalha com ensino, então são pessoas que se mantêm atualizadas, têm vontade de exercer o melhor [...]. Não adianta, às vezes, ter equipamento se as pessoas estão jogando contra o equipamento. (GO-G)

Houve relato de resistência a mudanças e incorporação de novas práticas, em especial, por parte dos médicos. Esse aspecto foi referido, especialmente, pelos gestores da neonatologia e da enfermagem e pelas enfermeiras obstetras assistenciais e parece estar relacionado a conhecimentos e práticas mais antigos, arraigados no fazer dos profissionais, mas também por falta de compreensão das evidências e dos direitos das mulheres.

É difícil, você pensa assim, principalmente o pessoal mais antigo, que passou a vida inteira tendo uma verdade absoluta e aí as coisas mudam, então nem todo mundo acompanha essas mudanças, né? (...) Mas, às vezes, uma pessoa que por 20, 30 anos passou trabalhando de um jeito e tem que mudar tem uma resistência maior, né? (GO-A)

A resistência ao trabalho compartilhado, entre médicos e enfermeiras obstetras, foi evidenciada na assistência ao parto vaginal de baixo risco. Os relatos dos profissionais que atuam na gestão e assistência em enfermagem obstétrica denotam disputa entre as categorias profissionais e pouca abertura para aproximação no sentido de compreender o trabalho da enfermagem e pactuar as responsabilidades e atuações.

Dificuldade também tem em relação à questão médica, que é eles entenderem o papel do médico e do enfermeiro [...] é um grupo fechado, eles não aceitam que ninguém entre, e a cabeça deles ainda é muito fechada para isso. Mas eles acham desnecessário o enfermeiro na assistência ao parto. Ele acha que o enfermeiro tem que atuar naquela hora: se é um trabalho de parto empacado, que a mulher não quer levantar, então o enfermeiro vem, tira da cama, leva para o banho... Isso, é, fazer o que eles não gostam de fazer, talvez, e depois que estiver nascendo o bebê, o enfermeiro sai para o médico atuar (ENF-G).

Um outro aspecto que interfere na implementação do novo modelo e na adoção de práticas recomendadas é a manutenção das relações hierárquicas entre os profissionais médicos e enfermeiros e entre estes e as mulheres sendo uma dificuldade especialmente relatada pelas enfermeiras obstetras.

Ah, que nem o contato pele a pele, tem um médico lá no centro cirúrgico que ele não faz e a gente já o fez assinar termo diretor, já deu para ele, já está colado nos setores que tem que fazer, o que é importante para [isso] e ele não faz. Ele inventa desculpa, ele diz que o bebê não está bem e o bebê está bem...(EO-A)

4 DISCUSSÃO

Os resultados da análise das entrevistas indicam fatores de influência positiva e negativa à implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Em relação à categoria **mudanças no modelo assistencial em saúde para o aprimoramento/qualificação da assistência ao parto e nascimento**, transformações no sentido da humanização do cuidado têm sido aspectos facilitadores e que contribuem para a qualificação da assistência. Elas vêm ao encontro das recomendações de organismos internacionais, do Ministério da Saúde brasileiro e do modelo incorporado por diversos países (ESPAÑA, 2007; 2009; BRASIL, 2008, 2016a, 2017a; 2017b; NICE, 2014, 2015; CANADA, 2018; WHO, 2018).

Resultados preliminares de dois estudos brasileiros recentes indicam melhorias em relação ao cuidado ao parto e nascimento com aumento no acesso às tecnologias apropriadas e redução de práticas consideradas prejudiciais no país (LEAL et al., 2019).

No cotidiano dos serviços de saúde distintos, atores - gestores, trabalhadores e usuários – interagem com intencionalidades e poderes distintos e os gestores têm um papel decisivo na direcionalidade das políticas e programas (BENET et al., 2018). Identificou-se a importância da existência de políticas públicas e do apoio da gestão local como fatores importantes para a institucionalização das mudanças.

No Brasil, ao longo do tempo, diversas políticas foram sendo incorporadas ao SUS em consonância com demandas das mulheres com o intuito de qualificar a assistência ao parto e nascimento e reduzir a morbimortalidade materna e neonatal. Recentemente, com a incorporação da Rede Cegonha (BRASIL, 2017), a perspectiva da rede regional foi fortalecida e a mudança de modelo foi induzida com aporte de recursos financeiros, mas também com oferta de apoio a gestores dos SUS e a serviços estratégicos (VILELA et al., 2021).

A regionalização é um processo de organização de ações e serviços de saúde em uma região para alcançar a alocação eficiente da assistência em saúde, a integralidade da atenção, a racionalidade dos gastos e a otimização dos recursos e a equidade (PASCHOALOTTO et al., 2018). Visando garantir acesso, acolhimento e resolutividade, a assistência obstétrica e neonatal, no Brasil, deve ser regionalmente organizada, com articulação entre os pontos de atenção a partir de pactuação intergestores (BRASIL, 2017). Neste estudo foram identificadas fragilidades na integração com a AB, pactuação de compromissos e no processo de regulação

de leitos, expressando falta de organização da rede para o atendimento às mulheres que necessitem de cuidado intensivo.

De acordo com Pasche, Vilela e Martins (2010), as mudanças nas práticas de saúde não dependem somente de aspectos de estrutura ou de políticas, mas também do âmbito da gestão para que as transformações ocorram e se sustentem. Para tanto, como apontado por Rattner desde 2009, para que o modelo assistencial que se pretende implementar seja institucionalizado, há demanda de presença e disponibilidade dos gestores locais e do SUS na garantia de condições para o trabalho, o monitoramento e o apoio às necessidades dos trabalhadores para o desempenho das suas funções e enfrentamento das resistências.

Observaram-se fragilidades em aspectos relacionados à gestão estadual do SUS indicando a existência de um certo distanciamento desse ator no acompanhamento da implementação das ações pactuadas no âmbito da rede materna e infantil.

No âmbito da categoria **necessidade de organização do processo de trabalho**, o uso de protocolos foi apontado como um fator facilitador da implementação da assistência. A literatura indica que a adoção de diretrizes ou de protocolos contribui para atualizar o conhecimento, incentivar a incorporação de evidências científicas e melhorar a qualidade do cuidado, devendo ser adaptada aos diferentes contextos (IMAMURA et al., 2016).

É importante ressaltar que essas ferramentas não contemplam todas as situações e, se não houver estratégias de implementação bem trabalhadas com as equipes, podem colocar, em especial, os médicos, num lugar de “seguidor de esquemas”, conforme alertam Uchôa e Camargo Junior (2010). Os gestores devem garantir o desenvolvimento e a utilização de padrões e referências, que devem ser documentados e atualizados sistematicamente, definindo claramente estratégias, metas, formas de operacionalização e mecanismos de monitoramento, indicando, assim, a forma de trabalho que a instituição pretende desenvolver.

A promoção de mudanças é um processo complexo que demanda corresponsabilização e, para tal, a possibilidade de reflexão coletiva sobre o trabalho é estratégica para buscar ampliar a compreensão sobre os comportamentos e motivações individuais e organizacionais (CAMPOS, 2013).

Neste estudo, a promoção de discussões sobre o trabalho foi relatada como não sendo uma prática comum nos serviços. Na perspectiva da promoção de mudanças nos serviços os processos de monitoramento também devem ser compartilhados com as equipes, assim como a implementação de novas estratégias nos serviços, na intenção de que passem a ter significado e valor de uso e sejam possíveis as transformações na realidade vivenciada (CAMPOS, 2013).

Apesar de a disponibilidade de informações sobre o trabalho ser amplamente reconhecida como um aspecto fundamental para a tomada de decisões orientada pelas necessidades de saúde e pela realidade vivenciada nos serviços (TAMAKI et al., 2012), neste estudo foi identificada ausência de monitoramento de indicadores.

A existência de processos de escuta sobre a assistência também fornece informações importantes para a qualificação do trabalho e foi um aspecto facilitador identificado neste estudo. A literatura indica que a identificação das experiências das mulheres com o atendimento recebido durante o parto e as vivências dos trabalhadores no desempenho do trabalho também é um processo de acompanhamento que pode aportar novos elementos para aprimorar o cuidado em saúde, bem como as condições de trabalho e contribuir para a tomada de decisões (ALMEIDA et al., 2018).

A utilização dos dados coletados pelos processos de escuta sugere um aumento da participação, bem como amplia o entendimento das estratégias institucionais em curso. Desta forma, pode contribuir para o alinhamento entre o cuidado produzido e o que a instituição efetivamente pretende implementar (ALMEIDA et al., 2018).

Ainda no âmbito da **necessidade de organização do processo de trabalho** a presença de acompanhante de escolha das mulheres durante a internação para o parto foi identificada como um aspecto de influência positiva na implementação da assistência. Essa estratégia é recomendada em diversos países e pela OMS (ESPAÑA 2007, 2009; NICE, 2014, 2015; BRASIL, 2017; 2017a; CANADA, 2018; WHO, 2018).

No Brasil, o apoio contínuo por um acompanhante é um direito garantido por lei (Lei Federal nº 11.108/2005). Entretanto, a incorporação dessa prática ainda não está consolidada no país como um todo, embora sejam identificados avanços. Estudo recente, também em âmbito nacional, concluiu que 50% das maternidades avaliadas respeitavam o direito das mulheres a ter um acompanhante de sua escolha em todos os momentos da internação (BITTENCOURT et al., 2021).

A literatura indica que o apoio contínuo às mulheres durante o trabalho de parto e o parto promove conforto emocional, favorece informações sobre o progresso do trabalho de parto, auxilia no uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, melhora as experiências das mulheres e não está associado a resultados adversos (BOHREN et al., 2017). Estudo realizado em Santa Catarina, Brasil, corrobora a informação de que a presença de acompanhante está associada à maior qualidade da assistência recebida pelas mulheres e identificou que 90% das mulheres contaram com acompanhante durante o parto e o pós-parto (TOMASI et al., 2021).

A tomada de decisões compartilhada é uma questão pouco desenvolvida e o diálogo adequado entre mulheres e profissionais de saúde não é uma prática hegemônica nas diferentes categorias profissionais. A literatura sugere que isso ocorre porque são pacientes e mulheres, o que as coloca numa posição de inferioridade em relação aos profissionais de saúde (GARCÍA, 2017).

Um estudo realizado com mulheres puérperas na Suécia concluiu que ser vistas e ouvidas contribuiu para o estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais, o que permitiu às mulheres se sentirem seguras para fazer o que desejassem, desde se movimentar, tomar banho até mesmo gemer durante uma contração. Além disso, referiram sentir-se confiantes quanto ao fato de elas e seus bebês terem sido prioridade no atendimento (KARLSTRÖM; NYSTEDT; HILDINGSSON, 2015).

Para que a autonomia das mulheres possa ser fortalecida, é imprescindível fornecer informações personalizadas e dar suporte, possibilitando, assim, o exercício consciente de escolha. Os serviços de saúde devem garantir o direito das mulheres a serem informadas sobre riscos e benefícios dos tratamentos sugeridos e a receber um tratamento digno e respeitoso, bem como garantir atendimento clínico de alta qualidade (BOHREN et al., 2015; WHO, 2018).

Em relação às categorias **deficiências na infraestrutura como um complicador para a assistência e dificuldades de pessoal e sua interferência na qualificação da assistência**, de acordo com Bohren et al. (2015), dificuldades relacionadas à falta de equipamentos, materiais, ambientes inadequados e à inadequações de pessoal, podem interferir na segurança e qualidade assistencial e contribuir para condutas inadequadas dos profissionais de saúde, o que pode fornecer explicações, mas não pode ser considerado justificativa para esse tipo de atitude.

Neste estudo relatos indicaram que dificuldades quanto a esses aspectos têm interferido na qualidade e segurança assistencial e gerado dificuldades aos profissionais na realização do seu trabalho.

No Brasil, a estrutura dos hospitais varia regionalmente. Nas regiões sul e sudeste os hospitais estavam mais bem estruturados, atingindo proporções satisfatórias em vários aspectos de estrutura analisados (BITTENCOURT et al., 2014). Além disso, a estrutura física também é um aspecto importante que pode contribuir para a assistência ofertada, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor, seguro e confortável (DIAS et al., 2019). Entretanto, estudo brasileiro realizado com 97 hospitais de ensino, que realizam mais de 1.000 partos/ano, demonstrou que a maioria não possuía ambiência adequada (MENDES; RATTNER, 2020).

A literatura indica que a realização de atividades de ensino nos hospitais pode indicar a existência de uma equipe mais experiente e influenciar positivamente a qualidade da

assistência (BITTENCOURT et al., 2014), o que foi referido como um fator de influência positiva neste estudo. A integração entre teoria e prática na formação de profissionais é essencial para que consigam atuar em realidades concretas (PEREIRA et al., 2018). A tendência dos profissionais é realizar a assistência da forma como aprenderam. Em especial, profissionais com longo tempo de atuação tendem a refutar propostas de mudança, portanto a transformação da formação se faz necessária para avançar na mudança de modelo assistencial (MORAIS et al., 2019).

A ausência de atividades de qualificação para os profissionais foi um aspecto dificultador da implementação da assistência. Sabe-se que as atividades de qualificação no trabalho, que considerem a realidade vivenciada e a reflexão crítica, podem contribuir para o trabalho compartilhado e a melhoria da qualidade assistencial (BRASIL, 2015).

Num estudo realizado em duas maternidades do sul do Brasil, Backes et al. (2021) identificaram que a assistência ofertada é intervencionista, não está centrada nas necessidades das usuárias, há falta de sistematização da assistência e subdimensionamento do pessoal de enfermagem. Os autores concluíram que, além dos investimentos em formação de todos os profissionais da obstetrícia, os processos sistemáticos de qualificação para o trabalho são estratégias importantes para as mudanças na assistência se efetivarem.

Neste estudo a qualificação e o envolvimento dos profissionais foram apontados como aspectos facilitadores, mas em alguns relatos houve indicação de resistência à incorporação de mudanças por parte de médicos, em especial, os mais antigos.

De acordo com a literatura, a dificuldade na incorporação de mudanças não é novidade. Um estudo qualitativo, realizado em hospitais da América Latina por Belizán et al. (2007), mostrou a existência de dificuldades no nível individual, relacionadas ao acesso e à avaliação de informações atualizadas, atitudes resistentes às mudanças, falta de habilidades e dinâmicas sociais interprofissionais, como liderança e pressão dos pares. Já no nível do sistema as dificuldades incluem questões relacionadas à educação médica e aos sistemas de trabalho de hospitais públicos, além da situação econômica dos países.

Em estudo realizado com médicos no Rio de Janeiro, foi identificada a influência da formação acadêmica na atuação mais intervencionista e na pouca permeabilidade às mudanças (NAKANO; BONAN; TEIXEIRA, 2017). Diniz (2004) aprofunda esta reflexão e acrescenta que a resistência em modificar práticas em obstetrícia possui uma dimensão política, que se refere a relações sociais desiguais de gênero e classe.

O modelo de assistência obstétrica brasileiro é centrado no médico obstetra e na atenção hospitalar e os resultados deste estudo demonstraram que há resistências ao trabalho

compartilhado entre médicos e enfermeiras obstetras na assistência ao parto vaginal de baixo risco.

Diretrizes nacionais incentivam a incorporação da enfermeira obstétrica ou obstetriz (BRASIL, 2017a), mas a sua atuação ainda é limitada. Uma avaliação realizada nos anos de 2016 e 2017 indicou que 30% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiras obstétricas no país, na região sul isso ocorreu com menor frequência, 18,5% (GAMA et al., 2021).

A atuação de obstetras e enfermeiras obstetras é influenciada por questões sociais em que a desigualdade de gênero e as questões econômicas e profissionais, como a falta de investimento em educação obstétrica de qualidade e de regulação profissional e número insuficiente de profissionais, geram conflitos ou interferências no cuidado (FILBY, MCCONVILLE, PORTELA, 2016).

A colaboração interprofissional é necessária para a segurança materna e neonatal, especialmente se o cuidado precisar ser transferido ou compartilhado com outros membros da equipe. O respeito mútuo, a comunicação e a colaboração são essenciais, observando as competências e limitações de cada profissional e reconhecendo o papel vital que cada um desempenha para ofertar um parto seguro e satisfatório (CANADA, 2018).

Ainda no âmbito da categoria **dificuldades de pessoal e sua interferência na qualificação da assistência**, a existência de relações hierárquicas foi apontada como um fator que influencia negativamente a implementação da assistência. Em um contexto em que não existe relação horizontal de poder, entre trabalhadores ou estes e usuárias, o outro é colocado num lugar passivo e práticas inadequadas e até mesmo violentas podem vir a ocorrer (BOHREN et al., 2015; AGUIAR; D'OLIVEIRA; DINIZ, 2020).

No cotidiano dos serviços de saúde as definições institucionais e as práticas privadas de cada trabalhador se correlacionam. A articulação de diferentes sujeitos é essencial para a construção ou o fortalecimento de uma política pública, contribuindo para a produção de modos de superar dificuldades e obstáculos existentes (VASCONCELOS; MARTINS; MACHADO, 2014).

Vale ressaltar que as facilidades e as dificuldades aqui apresentadas, embora encontrem similaridade com achados de outros estudos, não podem ser generalizadas, uma limitação própria do desenho metodológico assumido. Tal aspecto não compromete a qualidade dos achados. O olhar dos atores envolvidos no processo e com longo tempo de experiência no setor reforça a validade interna do estudo.

O fato de os hospitais participantes terem sido os mais bem avaliados pelo Ministério da Saúde quanto às boas práticas assistenciais preocupa, pois foram observadas dificuldades significativas, sugerindo que a situação no estado de Santa Catarina pode ser ainda mais difícil.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo analisou a percepção de trabalhadores com atuação na gestão e na assistência quanto a fatores que influenciam a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Os aspectos facilitadores referidos indicam que há avanços na implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento em direção à humanização, a evidências científicas e a direitos.

Por outro lado, há indícios de que as práticas estão subordinadas às concepções dos profissionais de saúde, e não às estratégias institucionais definidas para a mudança de modelo assistencial, o que, por vezes, impõe às mulheres e aos recém-nascidos práticas assistenciais que já poderiam ter sido revistas e que dificultam o trabalho compartilhado entre médicos e enfermeiras obstetras. De maneira geral, não foi observada uma reflexão acerca do que poderia ser qualificado a partir da prática dos profissionais, situando as dificuldades fora das suas possibilidades de resolução.

Os gestores precisam estar atentos para questões, como o aumento da carga de trabalho devido à falta de pessoal, dificuldades de infraestrutura e de gestão e falta de incentivo ao desenvolvimento profissional, pois influenciam negativamente a implementação da assistência, dificultando que mulheres e recém-nascidos acessem um cuidado integral, digno e respeitoso.

A regionalização e a governança são aspectos centrais para a organização da rede de saúde materna e infantil, que devem ser operados por meio de processos integrados de gestão dos componentes da rede, com negociação e tomada de decisão coletiva, sob liderança da gestão estadual. Para tanto, a incorporação do monitoramento de indicadores de processo, relacionados ao parto e nascimento, é uma estratégia que pode contribuir para a qualificação da assistência. É importante também que a gestão do SUS e a hospitalar atuem de maneira articulada para garantir a viabilidade e a sustentabilidade das ações que vêm sendo implementadas.

A inclusão da percepção de profissionais com atuação na gestão e na assistência contribuiu para aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam o processo de implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Espera-se que os resultados aqui relatados possam de alguma forma orientar ações de gestão em prol da melhoria da

assistência hospitalar ao parto e nascimento e estimular novos estudos com maior abrangência e representatividade.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais que colaboraram para a realização deste estudo.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior (CAPES – código de financiamento 001) e Programa Institucional de Internacionalização CAPES-PrInt/UFSC.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G. El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. *In: QUATTROCCHI, P.; MAGNONE, N. Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias.* Remedios de Escalada: De la UNLa – Universidad Nacional de Lanús, 2020.
- ALMEIDA, K. J. Q. *et al.* Active health Ombudsman service: evaluation of the quality of delivery and birth care. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. 76, p. 1-11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052017291>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- BACKES, M. T. S. *et al.* The prevalence of the technocratic model in obstetric care from the perspective of health professionals. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, suppl 4, e20200689, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0689>. Acesso em: 03 dez. 2021.
- BELIZÁN, M. *et al.* Facilitators and barriers to adoption of evidence-based perinatal care in Latin American hospitals: a qualitative study. **Health Educ. Res.**, v. 22, n. 6, p. 839-853, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17395605/>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- BENET, M. *et al.* Participation in health through the construction of encounters: a micropolitical approach. **Educational Action Research**, v. 26, n. 4, p. 550-566, 2018. Disponível em: [10.1080/09650792.2017.1374194](https://doi.org/10.1080/09650792.2017.1374194). Acesso em: 15 mar. 2021.
- BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suppl 1, S208-19, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fkSchnSmbLtwMBWGmY8vCfd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2021.
- BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.08102020>. Acesso em: 06 dez. 2021.
- BOHREN, M. A. *et al.* The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. **PLoS Med.**, v. 12, n. 6, e1001847, 2015. Disponível em: [10.1371/journal.pmed.1001847](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847). Acesso em: 13 set. 2021.
- BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD003766, 2017. Disponível em: [10.1002/14651858.CD003766.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6). Acesso em: 29 abr. 2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008.** Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O Trabalho como fonte de formação: um movimento em construção no Ministério da Saúde – Agenda 2015 de Desenvolvimento dos Trabalhadores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_fonte_formacao_movimento_construcao.pdf. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Processo avaliativo das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha – Documento orientador. 2016.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016a. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf. Acesso em: 12 abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 03 abr. 2021.

BRASIL. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal:** versão resumida. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 03 abr. 2021.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CANADA. PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines.** Chapter 4 Care during labour and birth. 2018.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **The sage handbook of qualitative research.** California, 2017.

DIAS, P. F. *et al.* Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, suppl. 3, dec. 2019. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2018-0698. Acesso em: 11 maio 2021.

DINIZ; C. S. G. **Parto normal ou cesárea?** O que toda mulher deve saber (e todo homem também). Rio de Janeiro: Editora Unesp, 2004.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud.** 2007.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. **Maternidad Hospitalaria: estándares y recomendaciones.** 2009.

- FILBY, A.; MCCONVILLE, F.; PORTELA, A. G. What Prevents Quality Midwifery Care? A Systematic Mapping of Barriers in Low and Middle Income Countries from the Provider Perspective. **PLoS One**, v. 11, n. 5, e0153391, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27135248/>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- GAMA, S. G. N. *et al.* Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil – 2017. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 919-929, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>. Acesso em: 28 abr. 2021.
- GARCÍA, E. M. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. **Dossiers Feministes**, Castellón de la Plana, v. 22, p. 87-106, 2017. Disponível em: <http://www.erevistas.uji.es/index.php/dossiers/article/view/2433/2164>. Acesso em: 31 jul. 2021.
- IMAMURA, M. *et al.* A systematic review of implementation strategies to deliver guidelines on obstetric care practice in low- and middle-income countries. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 136, n. 1, p. 19-28, 2016. Disponível em: 10.1002/ijgo.12005. Acesso em: 30 abr. 2021.
- JIMÉNEZ-HERNÁNDEZ, G. E; PEÑA-JARAMILLO, Y. M. Adherencia a las recomendaciones de la OMS en la atención del parto y nacimiento humanizado. Medellín, Colombia. **Rev. Univ. Ind. Santander Salud**, v. 50, n. 4, p.320-327, 2018. Disponível em: 10.18273/revsal.v50n4-2018005. Acesso em: 12 abr. 2021.
- KARLSTRÖM, A.; NYSTEDT, A.; HILDINGSSON, I. The meaning of a very positive birth experience: focus groups discussions with women. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 15, n. 251, 2015. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0683-0>. Acesso em: 29 set. 2021.
- LANSKY, S. E. A. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2811-2824, ago. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/66HQ4XT7qFN36JqPKNCPrjj/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jul. 2021.
- LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, e00223018, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 28 set. 2021.
- MENDES, Y. M. M. B.; RATTNER, D. Structure and practices in hospitals of the Apice ON Project: a baseline study. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 23, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001497>. Acesso em: 30 set. 2021.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis RJ: Vozes; 2016.
- MORAIS, L. O. *et al.* O Parto Humanizado no contexto atual: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, e1375, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1375>. Acesso em: 30 mar. 2021.

NAKANO, A. R.; BONAN, C.; TEIXEIRA, L. A. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03, p. 415-432, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>. Acesso em: 29 set. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care for healthy women and babies**: clinical guideline. 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care**: clinical guideline. 2015.

NETA, G. *et al.* A framework for enhancing the value of research for dissemination and implementation. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 1, p. 49-57, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25393182/>. Acesso em: 02 set. 2021.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressupostos para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p.105-117, 29 dez. 2010. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/838>. Acesso em: 06 ago. 2021.

PASCHOALOTTO, M. A. C. *et al.* A regionalização do SUS: proposta de avaliação de desempenho dos Departamentos Regionais de Saúde do estado de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 80-93, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170095>. Acesso em: 30 set. 2021.

PEREIRA, A. L. F. *et al.* Percepções das enfermeiras obstetras sobre sua formação na modalidade de residência e prática profissional. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, e-1107, 2018. Disponível em: 10.5935/1415-2762.20180035. Acesso em: 30 set. 2021.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, v.13, n. 1, p. 759-768, 2009. Disponível em: 10.1590/S1414-32832009000500027. Acesso em: 06 ago. 2021.

TAMAKI, E. M. *et al.* Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TOMASI, Y. T. *et al.* Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2020383, mar. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>. Acesso em: 28 nov. 2021.

UCHÔA, S. A. C.; CAMARGO JR, K. R. Os protocolos e a decisão médica: medicina baseada em vivências e ou evidências? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2241-2249, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000400038>. Acesso em: 29 set. 2021.

VASCONCELOS, M. F. F.; MARTINS, C. P.; MACHADO, 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**, v. 18, suppl 1, p. 997-1011, dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0335>. Acesso em: 27 set. 2021.

VILELA, M. E. A. *et al.* Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 789-800, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>. Acesso em: 28 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO, 2018.

4.4 ARTIGO 4: VIVÊNCIAS DE MULHERES PUÉRPERAS SOBRE A ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO EM HOSPITAIS DO SUL DO BRASIL: UM ESTUDO QUALITATIVO

Célia Adriana Nicolotti
Josimari Telino de Lacerda
Universidade Federal de Santa Catarina
Josefina Goberna Tricas
Universidade de Barcelona

RESUMO

A assistência ao parto e nascimento está imersa em um intenso debate. É produzida a partir de preceitos do modelo biomédico, com excessiva medicalização e intervencionismo, sob discursos para evitar risco ou dor. Por outro lado, existe um movimento social que defende um parto respeitado, digno e humanizado. Este estudo teve como objetivo analisar as vivências de puérperas sobre as práticas sanitárias e a relação assistencial durante o processo de parto e nascimento em três hospitais do estado de Santa Catarina, Brasil. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa realizado com vinte e três mulheres. Utilizou-se a entrevista semiestruturada para a coleta de dados e a análise de conteúdo temática. Foram identificadas três categorias: a organização do cuidado: facilidades e barreiras, apoio profissional para o processo de parto e as práticas e seus sentidos. Os resultados mostraram avanços em algumas práticas, enquanto outras que deveriam ter sido revisadas ainda estão ocorrendo. Também foi percebida falta ou inadequação de condições estruturais. O respeito aos direitos e à autonomia, a assistência baseada nas melhores evidências científicas e o cuidado digno e respeitoso ainda devem ser consolidados para que ocorra uma transformação mais profunda nessa direção.

Palavras-chave: Pesquisa qualitativa. Experiências de usuárias. Saúde da mulher. Parto.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a assistência ao parto e nascimento visa alcançar um parto saudável acompanhado de uma experiência positiva na qual os direitos das mulheres e de seus filhos e filhas que estão por nascer sejam respeitados. Nesse sentido, está comprovado que um cuidado humanizado baseado no respeito às opiniões

das mulheres grávidas, realizado sob os preceitos de intervir somente quando necessário e de forma justificada, favorece a fisiologia e um resultado positivo do parto tanto para a mulher quanto para seu filho ou sua filha (DINIZ, 2005; DINIZ et al., 2016).

A OMS publicou recomendações baseadas em evidências científicas que reafirmam o potencial fisiológico do parto e o entendimento de que medidas de cuidado são essenciais para alcançar bons resultados perinatais e garantir o direito das mulheres a exercerem um papel central no cuidado e a receber um tratamento digno e respeitoso durante seus partos (OMS, 1996, 2014; WHO, 2015, 2018).

Os diferentes âmbitos para tornar visíveis os problemas na assistência ao parto e nascimento atualmente são consequência de um longo debate que vem se desdobrando a partir dos movimentos sociais femininos que buscam questionar gestores e tomadores de decisão, assim como serviços de saúde e profissionais para a ampliação e o efetivo cumprimento de seus direitos (GONZÁLEZ; PRESAS; MATTIOLI, 2018).

Novos estudos fizeram emergir uma nova evidência científica (WHO, 1985, 2018; WAGNER, 2001; DAVIS-FLOYD, 2009; OMS, 2014; CARNEIRO, 2015; VELHO et al., 2019), a qual é decisiva ao apontar que o modelo de assistência obstétrica e neonatal adotado na maioria dos países e utilizado atualmente aborda o parto e nascimento como uma questão médica e considera todas as gestações como potencialmente perigosas.

A esta situação, a antropóloga Robbie Davis-Floyd (2009) acrescenta a categoria de gênero, uma vez que as gestações não são potencialmente perigosas por si só, mas sim porque o corpo da mulher, a partir do modelo biomédico, é visto como defeituoso, portanto, não pode dar à luz sem requerer intervenções externas. Davis-Floyd (2009) chamou isso de "modelo tecnocrático em saúde" e o define como um modelo no qual o corpo da mulher é visto como incompleto e defeituoso, exigindo todo um conjunto de tecnologias e intervenções biomédicas externas a fim de poder funcionar e desempenhar suas funções. Ele é dominante globalmente e se concentra na formação dos profissionais, nas questões biomédicas do parto e menos nas formas de apoiar o processo fisiológico e psicológico do parto (CARNEIRO, 2015).

Entender a mulher que está dando à luz como sujeito político e com direitos aponta para uma conduta profissional de acompanhamento, espera e pouca ou nenhuma intervenção, já que é a própria mulher que deve dirigir e conduzir seu parto (MELO, 2017). Isso implica uma reconfiguração das práticas profissionais, o estabelecimento de relações de poder mais equilibradas e uma maior abertura para compreender os processos fisiológicos a partir da perspectiva da normalidade.

Esta situação tem sido progressivamente transformada em resposta à insistência dos movimentos sociais de mulheres que defendem o parto respeitoso, digno e humanizado. Em alguns países, como a Venezuela, foram promulgadas leis que criminalizam os maus-tratos nas instituições de saúde, hoje conceituados como violência obstétrica (Lei 38.668. Art. 15, nº 13). Além disso, vários grupos sociais uniram forças com o lema de promover partos mais humanizados e respeitados, como é o caso da Espanha (*El parto es nuestro*), da Itália (*Osservatorio sulla Violenza Ostetrica*) da Europa, e, na América Latina, do México (*Nueve lunas*), da Argentina (*Las Casildas*), do Chile (*Parirnos*) e do Brasil (Rede pela humanização do parto e nascimento) (DINIZ, 2005; VILLARMEA; OLZA; RECIO, 2015; GONZÁLEZ; PRESAS; MATTIOLI, 2018; QUATTROCCHI, 2018; MUSSY; LARRAÍN; SCHLIAK, 2019).

No Brasil, têm sido feitos esforços para se avançar na direção da humanização do parto e nascimento. Com a introdução do tema no Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 2000, os programas foram gradualmente desenvolvidos (DINIZ, 2005; RATTNER, 2009; TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018). Desde então, diferentes estratégias têm procurado impulsionar os serviços a instituir novas atitudes e práticas baseadas na humanização, nas melhores evidências científicas disponíveis e na garantia de direitos (BRASIL, 2000, 2004, 2005, 2007, 2008, 2011, 2016, 2017).

Entretanto, o caso do Brasil chama a atenção em todo o mundo por sua alta taxa de cesarianas, pois excede consideravelmente a recomendação da OMS, chegando a 55,5% em 2015 (HERNÁNDEZ-ESPINOSA, 2019) e 57% em 2018 (BRASIL, [s.d.]). Além disso, ao considerar o tipo de financiamento, há uma diferença na prevalência de cesarianas, com 89% ocorrendo em instalações privadas e 43% naquelas com financiamento público (NAKAMURA-PEREIRA et al., 2016).

Cabe observar ainda que intervenções obsoletas ou prejudiciais ocorrem na assistência ao parto e nascimento (LANSKY et al., 2019). Dados de uma pesquisa de âmbito nacional realizada no Brasil (DINIZ et al., 2014; LEAL et al., 2014) mostram altos níveis de manobra de Kristeller (37%), episiotomia (56%), uso de ocitocina (40%), litotomia (92%) e restrição alimentar (74,8%).

Uma explicação possível é que existe uma falta de reconhecimento pelos serviços de saúde dos direitos das mulheres. Da mesma forma, a integridade corporal, a condição autônoma de sujeito e a discriminação são interseções que ainda estão presentes no momento de exercer violência simbólica dentro das instituições de saúde, portanto são práticas enraizadas nos discursos e na estrutura institucional (DINIZ, 2005, 2015).

É relevante conhecer as experiências vivenciadas pelas mulheres durante a assistência ao parto e nascimento, uma vez que têm um impacto significativo na saúde delas e podem contribuir para aumentar a sua autonomia durante o processo assistencial (DONATE-MANZANARES, 2021).

Embora o tema do parto e nascimento tenha sido amplamente estudado, no Brasil foram realizadas poucas investigações sobre a experiência das mulheres em diferentes aspectos e momentos do processo de parto e nascimento. Assim, o presente estudo objetiva analisar as vivências de puérperas sobre as práticas sanitárias e a relação assistencial durante o processo de parto e nascimento em três hospitais do estado de Santa Catarina, Brasil.

2 METODOLOGIA

Este artigo é parte dos resultados mais amplos de uma pesquisa avaliativa em nível de doutorado da primeira autora, denominada Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento.

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória com abordagem qualitativa (MINAYO, 2017). O estudo ocorreu em três hospitais do estado de Santa Catarina, Brasil. Foram selecionados os hospitais que obtiveram os melhores resultados no processo de avaliação nacional realizado pelo Ministério da Saúde em 2017, que tinha como objetivos identificar a implementação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e orientar a repactuação de compromissos entre os gestores do SUS (BRASIL, 2016).

Foram entrevistadas mulheres que deram à luz no serviço, que estavam internadas no alojamento conjunto passadas doze horas ou mais após o parto vaginal ou cesariana, durante sete dias de uma semana típica de atendimento. Os critérios de exclusão foram mulheres que deram à luz antes da internação para o parto e aquelas que apresentavam dificuldade de comunicação, seja por não falarem português ou por apresentarem algum problema de comunicação.

A amostragem foi de conveniência entre as mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. A enfermeira do turno listou as mulheres que atenderam aos critérios de inclusão e se buscou garantir a variabilidade entre o parto vaginal e a cesárea. Foram realizadas um total de 23 entrevistas. A saturação teórica dos dados definiu a quantidade de entrevistas quando não foram identificados novos elementos que mudassem a compreensão do fenômeno estudado.

A técnica de coleta foi a entrevista individual semiestruturada a partir de um roteiro (Quadro 1).

Quadro 1 - Roteiro de entrevista

QUESTÕES GERAIS
Explique-me sobre como está sendo sua experiência com o nascimento de seu filho ou filha nesta maternidade. O que foi bom? O que poderia melhorar?
Conte-me sobre o que aconteceu assim que você chegou a esta maternidade.
Conte-me sobre sua experiência durante o trabalho de parto e parto.
Explique-me o que aconteceu com seu bebê após o nascimento.
Como você se sente com respeito as orientações que recebeu desde que chegou a esta maternidade?
Conte-me suas impressões sobre as condições dos locais onde você recebeu atendimento nesta maternidade.
Na sua opinião, o serviço oferece condições para a presença de acompanhante? Por quê?
A partir das orientações que você recebeu, você se sente segura para cuidar de si mesma e do bebê? Por quê?

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista individual semiestruturada realizada pela primeira autora, a fim de obter informações que permitissem compreender as perspectivas das participantes sobre o fenômeno em análise. As entrevistas duraram em média 30 minutos.

Previamente à coleta de dados, foram realizadas duas entrevistas para validação do roteiro (validação interna), buscando atender aos objetivos do estudo e adequar as questões para evitar interpretações equivocadas e dúvidas.

A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020. Antes do início de cada entrevista, foram informados às puérperas os objetivos do estudo, a garantia da preservação do anonimato e o sigilo dos dados. Todas as entrevistas tiveram o consentimento livre e esclarecido assinado pelas mulheres, foram gravadas em áudio e transcritas com garantia de anonimato.

No momento das entrevistas, a pesquisadora buscou estabelecer uma relação positiva com as participantes, a fim de produzir depoimentos que abordassem o objeto de estudo. As entrevistas foram realizadas no alojamento conjunto. Para manter a privacidade, não foram realizadas entrevistas durante as visitas, a assistência ou a amamentação. Como as salas, em sua maioria, não eram individuais, foi solicitado às mulheres se concordavam com a entrevista nessas condições, a intensidade sonora da conversa foi ajustada.

Optou-se pela modalidade de análise de conteúdo temática (MINAYO, 2014). A análise compreendeu três etapas: a pré-análise com a organização e exploração do material; a exploratória quando o material é codificado, o texto é recortado, os dados são classificados e agregados, organizando-os em categorias temáticas, e o tratamento dos resultados e interpretação, com a definição dos excertos das entrevistas nas categorias temáticas e as

inferências e interpretações. Foi utilizado o software ATLAS.ti v.8.4.4 como ferramenta de apoio à organização e análise de material qualitativo.

A base teórica utilizada para análise e discussão dos dados considerou um modelo avaliativo em que foi delineada a teoria da assistência hospitalar ao parto e nascimento orientada pela humanização, pela utilização das melhores evidências científicas disponíveis e pela garantia dos direitos e que deve estar orientado para responder ao modelo de atenção à saúde do SUS, pautado pela universalidade, equidade e integralidade.

Para proteger os dados pessoais das entrevistadas, a sua participação será mencionada apenas como participante ou com a letra P e um número.

Este estudo foi realizado de acordo com as normas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 3.344.848/2019).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes tinham entre 20 e 38 anos de idade, das quais dez tinham entre 25 e 29 anos e oito entre 20 e 24 anos, 18 tinham um companheiro ou companheira. Dez se autodeclararam brancas e nove pardas. Em termos de nível educacional, dez participantes tinham concluído o Ensino Médio, cinco tinham diploma universitário ou pós-graduação e três tinham Ensino Fundamental completo ou incompleto. Entre as mulheres, 15 já tinham um ou mais filhos no momento da entrevista. Quanto ao parto, 15 mulheres tiveram parto vaginal.

Tabela 1 - Características das participantes do estudo

Características		Nº
Idade	Entre 20 e 24 anos	8
	Entre 25 e 29 anos	10
	Entre 30 e 34 anos	4
	Entre 35 e 38 anos	1
Cor de pele autorreferida ⁶	Branca	10
	Parda	9
	Negra	3
	Amarela	1
	Indígena	0
Situação conjugal	Com companheiro/a	18
	Sem companheiro/a	5
Nível educacional	Ensino fundamental completo	1
	Ensino fundamental incompleto	2
	Ensino médio completo	10
	Ensino médio incompleto	5
	Formação universitária	4
	Pós-graduação	1
Nº de filhos/as no momento da entrevista	1	8
	2	10
	3	4
	5	1
Parto	Vaginal	15
	Cesárea	8

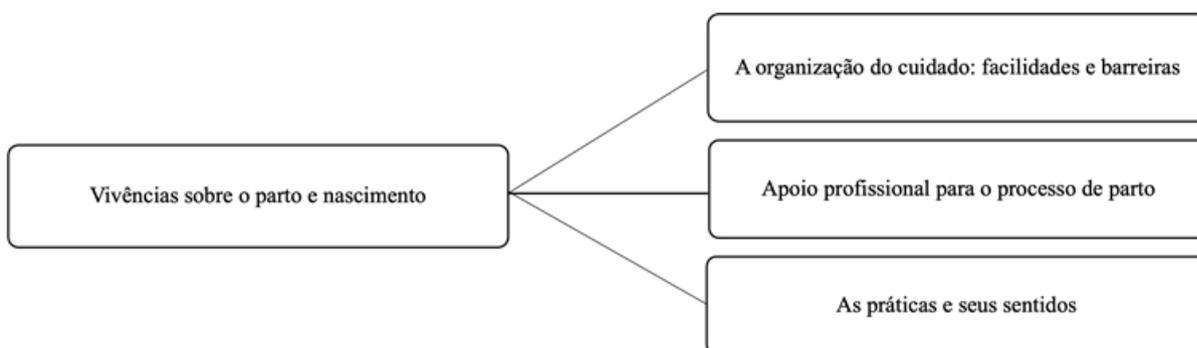
Fonte: Elaborado pelas autoras.

3.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

A partir da interpretação do material coletado, surgiram eixos de análise que foram agrupados em categorias temáticas principais de análise (Figura 1) em relação às vivências das mulheres com a assistência ao parto e nascimento nos hospitais participantes.

⁶ De acordo com a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Figura 1 - Mapa conceitual das experiências das mulheres puérperas sobre a assistência ao parto e nascimento



Fonte: Elaborado pelas autoras.

3.3 A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO: FACILIDADES E BARREIRAS

As ações de apoio às atividades realizadas pelos profissionais na assistência às mulheres no momento do parto e nascimento são elementos importantes de cuidado e podem contribuir para garantir a estrutura necessária. Da perspectiva das mulheres entrevistadas, um ambiente hospitalar com privacidade, conforto e segurança e a possibilidade de ter alguém que possa estar com ela durante a internação são elementos importantes. A maioria das mulheres entrevistadas disse que se sentia segura no ambiente hospitalar. Entretanto, aspectos como limpeza e manutenção, foram apontados como fatores negativos.

"A gente passou a noite sem luz também, porque não tinha quem botasse o bocal ali, essas são as reclamações" (P14).

Desde a perspectiva de um importante grupo de mulheres, a falta de privacidade representava uma dificuldade, destacando especialmente o desconforto ao ser examinada e caminhar, devido à presença de pessoas que não eram do seu círculo social no mesmo ambiente.

"Privacidade, eu não sei, acho que depende de cada maternidade, né? Tipo, se tivesse uma cortina dividindo cada leito até que seria bom, né? Porque às vezes a pessoa vai ser examinada, fica meio constrangida porque tem pessoas do lado, mas daí eu não sei como é que são os outros quartos..." (P8).

Por outro lado, a tentativa da equipe de minimizar o problema de privacidade no momento dos exames, solicitando que outros acompanhantes deixassem a sala, foi notada como uma tentativa de minimizar a inadequação do ambiente para garantir alguma privacidade que ajudasse as mulheres a se sentirem melhor.

“No caso tem acompanhante homem dentro do quarto com a mulher, que eles vêm te examinar, eles pedem para o pai sair para a gente poder se sentir mais à vontade” (P11).

Algumas entrevistadas apontaram a falta de privacidade acústica como um fator de preocupação e ansiedade sobre o que aconteceria com elas, o que pode gerar fragilidade emocional e medo.

“Foi assustador, na verdade. Foi assustador, porque elas berravam demais, aí como, não sei, para mim, por ser a primeira experiência, eu fiquei assustada, sabe? Com o que eu vi. Nossa, parecia que estavam morrendo, daí eu fiquei assustada, assim, só assustada, sabe? Fiquei prestando atenção” (P16).

Além da falta de privacidade, algumas mulheres afirmaram que o conforto do ambiente é importante para que os profissionais possam realizar suas atividades laborais e para as mulheres em trabalho de parto poderem se movimentar, o que mostra que não basta ter os materiais e a oferta de práticas não farmacológicas de alívio da dor se o ambiente torna difícil o seu uso.

“O que eu percebi é que é tudo muito apertado e, assim, é até ruim para as enfermeiras virem fazer algum procedimento na gente, tanto que lá na sala de parto, ela entrava com soro e tinha que tirar outra coisa do caminho. Aí, tipo assim, que nem os momentos em que eu estava lá sentindo contração, eu queria andar lá dentro, eu queria ficar de pé, respirar, e, tipo, são uns cômodos muito pequenininhos, você quase não consegue se mexer nos espaços, porque, tipo assim, é um quartinho bem menor do que esse que a gente está e tem duas camas, é todo cheio de aparelhos e coisas, então acaba ficando um pouquinho complicado” (P23).

Para Pessatti (2016), não é possível pensar na produção de espaços saudáveis e acolhedores sem o envolvimento e o protagonismo dos sujeitos que os vivenciam: trabalhadores, usuários e gestores. Além disso, um ambiente que proporcione às mulheres uma maior familiaridade e não remeta diretamente à doença pode contribuir para seu acolhimento e apropriação do espaço (SILVA, 2018a). Considerando que o ambiente extrapola o espaço físico e se refere ao encontro entre sujeitos (SILVA, 2018b) e que o espaço é uma dimensão importante na produção do cuidado em saúde, oferecer espaços que proporcionem segurança, conforto e privacidade contribuirá para a qualificação da experiência tanto para as mulheres e famílias como para os trabalhadores.

Os ambientes devem contribuir para um atendimento acolhedor, resolutivo, humanizado e a sua qualificação (DIAS et al., 2019) através de um espaço que vise ao conforto, ao encontro entre os sujeitos, e que seja uma ferramenta que facilite os processos de trabalho (PESSATTI, 2016). Entretanto, muitas mulheres ainda vivem sua experiência de parto em

ambientes sem direito ao conforto, à privacidade e a experimentar um ambiente acolhedor e facilitador para o processo de parir.

Além do ambiente facilitador, poder contar com o apoio de uma pessoa da escolha da mulher durante a hospitalização para o parto foi identificado como um fator positivo. Todas as entrevistadas relataram que tiveram a possibilidade de escolher a pessoa que as acompanharia durante a hospitalização, algumas delas por razões pessoais não puderam ter acompanhante, mas nenhuma relatou que lhes foi negado esse direito.

"Pode, ahã. Tanto é que eu achei que nem... tipo, ah, meu marido, eu perguntei para a enfermeira: "meu marido pode dormir aqui?", eu achei que não poderia, né? Por ser homem e tal, ela: "não, não tem nenhum problema, ele pode ficar", ele ficou na primeira noite, daí depois a minha mãe veio, mas bem tranquilo" (P9).

Embora a presença de um acompanhante estivesse garantida, as condições para essa estadia nem sempre foram satisfeitas e isso foi manifestado pela falta de uma cadeira adequada para dormir.

"Não, meu marido dormiu naquela cadeira ali. Bem desconfortável, né? Quer dizer, dormir ele não dormiu, né? Só sentado, né? Bem desconfortável" (P5).

Outro elemento que apareceu nas entrevistas de algumas mulheres e que interfere nas condições para a presença de acompanhante foi o intervalo entre as refeições.

"É, o horário da comida, porque daí a pessoa fica só tomando água, água, e vai enchendo a barriga de água..." (P7).

Uma mulher mencionou que aspectos burocráticos interferiam na presença de seu parceiro durante seu trabalho de parto, demonstrando um sentimento de solidão e impotência.

"E eu sozinha lá em cima. E eu estava com contração forte, necessitava dele ali para me ajudar. Estava desesperada já, e eu pensei: "meu Deus, será que ele foi embora e não voltou mais?" ...porque ele não conseguia..., mas porque ele estava lá esperando só para fazer a internação, porque aí é bem demorado lá embaixo" (P9).

Também deve ser mencionada a importância do acompanhante para garantir que o bebê não fique sozinho com a equipe durante os cuidados pós-parto, o que muitas vezes é um fator de segurança, vínculo, assim como uma oportunidade para receber orientações e informações sobre o estado de saúde dele. A maioria das entrevistadas relatou que o bebê não permaneceu sem a presença da mãe ou acompanhante durante a internação.

"Não. Toda vez que eles precisam fazer algum exame, dar alguma vacina, eles vêm até aqui, ao quarto, falam para a mãe caminhar ou pode até o acompanhante levar, às vezes a mãe não tem condições de ir..., mas eles tirarem ele daqui e levarem sozinhonão" (P11).

O momento da hospitalização para o parto muitas vezes coloca as mulheres numa condição mais vulnerável às rotinas dos serviços e o apoio de um acompanhante pode reduzir a possibilidade de intervenções e práticas que possam ser prejudiciais. Para isso, as maternidades precisam ser capazes de incluir um acompanhante em todas as etapas (MONGUILHOTT et al., 2018).

A presença de um acompanhante está relacionada à maior segurança e qualidade do atendimento e deve ser implementada como uma política de saúde. Neste sentido, as informações sobre este direito e esta presença devem ser publicizadas e fazer parte dos protocolos do serviço, assim como da formação dos profissionais, pois é responsabilidade dos serviços proteger e cumprir com os direitos das mulheres (DINIZ et al., 2014).

Foi demonstrado que este direito foi garantido em parte porque, embora a Lei Federal 11.108/2005 (BRASIL, 2005) tenha sido respeitada, muitos acompanhantes permaneceram nos serviços sem condições adequadas de alimentação e descanso.

A garantia da presença de acompanhante deve ser expressa na instituição através da possibilidade da livre escolha das mulheres de quem as acompanhará, mas é essencial que as condições sejam garantidas e que nenhum obstáculo seja colocado no caminho (BRÜGGEMANN et al., 2015). A falha em garantir essas condições pode influenciar a proteção e o apoio das mulheres, uma vez que o período de internação é longo e é um período emocional e fisicamente intenso, diminuindo a satisfação e a qualidade do atendimento.

3.4 APOIO PROFISSIONAL PARA O PROCESSO DE PARTO

Além do apoio de sua rede social expresso pela participação de um acompanhante de escolha das mulheres, o apoio dos profissionais foi destacado como fundamental na assistência a partir de aspectos, como escuta, acolhimento, monitoramento constante e orientação, para que o resultado fosse positivo. A maioria das mulheres destacou positivamente a atenção e o cuidado atento.

"Ah, tudo. É, principalmente a atenção, assim, todos eles foram muito bem atenciosos, tudo perguntavam se estava bom para mim, se era isso o que eu queria, foi bem legal, foram bem atenciosos mesmo" (P11).

Embora para a maioria a vivência desses aspectos tenha sido positiva, por outro lado algumas mulheres identificaram problemas, como atrasos no cuidado, e demandaram uma presença mais próxima e contínua dos pediatras, como pode ser visto no relato a seguir.

“Porque até a gente queria saber, porque eu estava na dúvida da amamentação aqui, né? Mas eu perguntei tudo para a enfermeira, mas a gente queria também falar com o pediatra, né? Ai ela disse que é só amanhã que vai vir. Mas fora isso, quando a gente tem alguma dúvida, a gente pergunta para as enfermeiras...” (P15).

A maioria das mulheres entrevistadas relatou que houve um acompanhamento sistemático por profissionais durante a hospitalização após o parto.

“Ah, eles olham se o útero está voltando, como está o sangramento, estão sempre cuidando. Na hora certinha, eles que trazem o remédio, tipo, não precisa: “ah, são 10h agora, você não trouxe o meu remédio ainda”, não, certinho eles já têm tudo marcadinho, eles atendem tudo certinho, todo mundo (P9).

No entanto algumas mulheres relataram que havia uma diferença neste acompanhamento dependendo do turno.

“...a enfermeira está aqui o tempo todo. De dia eles são bem atenciosos. À noite não, à noite deixam a desejar, mas de dia estão sempre vindo... Só que eu acho que o plantão da noite deixa muito a desejar, sabe? Porque as enfermeiras não veem aqui direto. Tipo, eu sou mãe de segunda viagem, mas se eu fosse de primeira e precisasse de alguma ajuda, chama e demora, sabe? Ai a pessoa quando não sabe, ela fica meio desesperada, né? Se precisar de alguma coisa, né?” (P6).

Com relação ao apoio contínuo de um profissional por mulher em trabalho de parto, algumas entrevistadas relataram que essa prática não ocorreu.

“Idas e vindas. Demorava um pouco para que voltassem. Essa foi uma parte ruim, eu acho” (P14).

Além disso, a oferta de orientações demonstrou ser um aspecto importante para o cuidado de acordo com as entrevistadas. A maioria relatou que se sentiu bem orientada e a vontade para fazer as perguntas que julgou necessárias.

“Sim, qualquer dúvida que eu tinha eu perguntava, eles esclareciam tudo bem certinho para mim. Fiquei bem à vontade para perguntar” (P8).

Por outro lado, algumas mulheres não se sentiram bem orientadas, o que pode levar a um sentimento de abandono, de insegurança e de medo devido à falta de apoio da equipe.

“Não, ela pegou a caderneta, olhou, olhou, fez o toque e foi falar com o outro médico. Ai eles ficaram para lá com a minha caderneta, pediu todos os meus ultrassons, ai quando ela voltou, ela falou que iam fazer cesárea. Só falou assim. Que iam me internar, que ia fazer cesárea. Ai dali eu já fui para a internação e aguardei mais duas horas, porque eles estavam fazendo outra cirurgia de gêmeos. Daí fiquei lá...esperando...” (P10).

De acordo com a OMS (2014), receber informações e ter acesso ao mais alto padrão de cuidados é direito das mulheres. A implementação de diretrizes e de práticas para melhorar

o atendimento é um objetivo importante para muitos trabalhadores da saúde pública que advogam por práticas centradas na mulher (TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Uma revisão sistemática sobre o apoio contínuo às mulheres durante o parto demonstrou que os resultados para as mulheres e seus filhos podem ser melhorados quando tal apoio está presente, incluindo o aumento dos partos vaginais espontâneos e a diminuição dos sentimentos negativos sobre as experiências do parto (BOHREN et al., 2017).

É importante que o profissional de saúde escute as mulheres com atenção e cuidado, que sua linguagem seja clara e permita a compreensão e que haja uma vontade de dialogar e esclarecer dúvidas (SILVA et al., 2017). É imperativo que as mulheres sejam ouvidas, recebam respostas para suas preocupações e sejam tratadas com respeito (LAFURIE-VILLAMIL; BOTERO; GUZMÁN, 2020). Informação e apoio profissional são essenciais para que elas tenham autonomia para participar das decisões sobre seus corpos. Estimular a tomada de decisão informada é valorizar o respeito pela autonomia e resgatar o atendimento centrado nas necessidades delas com uma prática ética baseada em evidências (SODRÉ; MERIGHI; BONADIO, 2012).

Foram destacados aspectos, como o fornecimento de informações e o cuidado respeitoso. Entretanto, é importante observar que o fato de ter recebido informações não garante a autonomia das mulheres, pois há relatos de práticas não autorizadas as privando da possibilidade de participar da tomada de decisões compartilhadas como pode ser visto nos relatos e nas análises da categoria seguinte.

3.5 AS PRÁTICAS E SEUS SENTIDOS

É possível identificar que uma parte dos partos ocorreram com práticas sanitárias que não levaram em conta as evidências científicas nem se basearam na garantia dos direitos e na autonomia da mulher, ocorrendo um tratamento, muitas vezes, desrespeitoso, o que destaca o fato de que a mulher não está no centro do processo.

O plano de parto pode ser um apoio importante para contribuir para a tomada de decisões compartilhadas entre mulheres e profissionais. Seu uso teve início na década de 1970 entre as mulheres europeias. O primeiro plano modelo foi desenvolvido em 1980 nos Estados Unidos e, desde 1986, a OMS recomenda seu uso (WHO, 2000; SUÁREZ-CORTÉS et al., 2015). O Ministério da Saúde brasileiro também recomenda seu uso, entretanto esta prática ainda é pouco utilizada no país (TESSER et al., 2015).

Entre as mulheres entrevistadas, apenas uma referiu que havia preparado um plano de parto. Entretanto, ele não foi entregue, o que demonstra certa falta de respeito por parte da equipe ao direito das mulheres de participar da tomada de decisões e quanto à sua autonomia, pois seguiram os procedimentos sem dialogar com a mulher.

“Porque não deu tempo, foi tudo muito rápido, eu não sabia nem para quem, assim, entregava, foi o médico, do médico já me internaram, que eu também não esperava que já ia ser internada...Não perguntaram e não tive oportunidade e o processo começou muito rápido, sabe?” (P22)

O plano de parto expressa as preferências, as necessidades, os desejos e as expectativas da mulher sobre o processo de parto e nascimento. Não é um documento estanque, pelo contrário, deve ser flexível, pois nem tudo relacionado ao parto e nascimento está sob controle. É necessário ter um vínculo de confiança com os profissionais, que haja diálogo para que as recomendações de mudança sejam compartilhadas e a experiência da mulher não seja traumática diante de uma mudança do plano anterior (GIJÓN-GARCÍA, 2016).

A possibilidade de tomada de decisões compartilhadas entre os profissionais e as mulheres parece ser uma força em tensão, em que as práticas biomédicas continuam a prescrever o parto e nascimento e os padrões de cuidados a serem seguidos mediante intervenções da equipe de saúde e decisões sobre os corpos das mulheres e suas formas de cuidar de si mesmas e do bebê. Assim, sob a perspectiva biomédica, o diálogo adequado entre mulheres e profissionais é mais difícil de estabelecer porque existe uma dupla desigualdade que dificulta, que é o fato de serem pacientes e mulheres, portanto em uma posição social entendida como de inferioridade (GARCÍA, 2017).

Uma revisão crítica sobre o conteúdo dos planos de parto identificou, a partir de outros estudos, que eles facilitam a comunicação, aumentam a confiança e o respeito, ajudam as mulheres a expor seus desejos e suas expectativas e aumentam o sentimento de controle delas sobre o processo. Por outro lado, eles também podem obstruir a comunicação com profissionais que se sentem incomodados e questionados e diminuir a satisfação das mulheres quando o plano não pode ser cumprido (BIESCAS et al., 2017).

No contexto da humanização, da garantia dos direitos e do cuidado baseado nas melhores evidências disponíveis, o uso de tecnologias apropriadas e a singularidade de cada mulher precisam ser levados em conta. Em alguns casos, as mulheres foram consultadas sobre o que gostariam de receber. A maioria delas relatou que lhes foi oferecido algo para comer, o que é considerado importante devido ao gasto de energia que ocorre durante o processo, embora existam regras para essa oferta.

“Eu me alimentei a última vez era 1h da tarde de anteontem, né? Ai eu me alimentei, como eu estava sentindo dor, depois eu não consegui mais, sabe? Ai quando foi umas 3h da manhã, eu pedi para elas para que pudesse comer alguma coisa, daí ela foi e pediu a orientação do obstetra e liberou para mim gelatina. Ai eu pude comer, o que ajudou muito, inclusive” (P18).

Entretanto, ainda houve relatos de restrição da dieta devido à possibilidade de realização de cesariana.

“Não, ela disse que era para eu ficar em jejum, porque como eu já tinha a cesárea anterior, não tinha dilatação, então se precisasse fazer cesárea...” (P1).

A suspensão de alimentos, devido a uma possível necessidade de cesárea, não é mais recomendada, pois a anestesia obstétrica avançou muito e o uso de anestesia geral no parto é muito baixo (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013). A oferta de alimentos pode ajudar as mulheres que querem comer a ter mais força no trabalho de parto.

Além da alimentação, a oferta de métodos para o alívio da dor é um apoio importante para as mulheres. Algumas delas fizeram uso de analgesia farmacológica, que foi percebida como uma ajuda importante para continuidade do trabalho de parto.

“... eu estava sentindo muita dor. Ai, no caso, eles me ajudaram com uma anestesia para poder não sentir tanta dor, aí foi onde eu consegui ter o bebê, senão não tinha conseguido” (P13).

Por outro lado, nem sempre as condições estruturais permitiram o acesso à analgesia. Houve relatos de que a analgesia farmacológica não podia ser utilizada devido à indisponibilidade de profissionais para realizá-la.

“Analgesia, né? Só que elas falaram que bem na hora as médicas que estavam, estavam fazendo uma cirurgia, uma cesárea, e só elas que podiam autorizar essa injeção. E que elas iam demorar. Ai eu fiquei ali esperando, esperando. Ai elas falaram que se desse oito dedos de dilatação, aí eu não podia mais tomar essa injeção” (P15).

O uso de analgesia farmacológica durante o trabalho de parto pode aumentar a satisfação materna com o alívio da dor sem aumentar o risco de cesárea ou efeitos adversos no recém-nascido (ANIM-SOMUAH et al., 2018). Deve-se apresentar os métodos farmacológicos e não farmacológicos de diferentes abordagens e discutir os riscos e os benefícios de cada um para que as mulheres tenham acesso a métodos compatíveis com seus valores e suas crenças, ou suas necessidades no momento do parto (THOMSON et al., 2019).

Cabe observar ainda que foram oferecidos também métodos não farmacológicos. A maior parte das mulheres relatou que pode se movimentar durante o trabalho de parto e que foram oferecidos diferentes métodos para alívio da dor.

"Sim, o chuveiro, a bola, outros exercícios ali que me orientaram, música, tinha música... Não me induziram, não mandaram eu fazer, só me deixaram à vontade para eu fazer se eu quisesse" (P4).

Ao acrescentar intervenções não farmacológicas na assistência ao parto, os serviços de saúde oferecem alternativas aos medicamentos que ajudam a reduzir a dor e a retardar o uso de analgésicos (HENRIQUE et al., 2018). É importante oferecer e encorajar as mulheres a utilizar métodos para alívio da dor, o que contribui para o relaxamento e a capacidade de passar pelo processo de trabalho de parto com mais tranquilidade.

Por outro lado, nas experiências de algumas das mulheres entrevistadas, houve relatos de uma intervenção que aumentou a dor, que foi o uso precoce da ocitocina sintética no trabalho de parto, nem sempre com a permissão da mulher.

"...o soro de ocitocina, eu acho, que eles falam, colocaram esse soro, que foi o que mais me... foi o que eu acho que me deixou muito... as contrações mais doloridas, sabe? Daí eu comecei a sofrer mais, entendeu? Foi da ocitocina" (P16).

A ocitocina é utilizada há mais de 40 anos. Entretanto, este medicamento não demonstrou ser eficaz em seu papel de prevenção de cesarianas, tampouco do parto instrumental (BUGG; SIDDIQUI; THORNTON, 2011). O uso indiscriminado de ocitocina sintética, sem indicação adequada, aplicada no soro, tem sido relatado como causa do aumento da dor durante as contrações (SAUAIA; SERRA, 2016).

A maioria das mulheres entrevistadas relatou ter dado à luz na posição deitada, embora haja evidências de que devem escolher a posição que seja mais confortável para elas. Além disso, um grupo significativo de mulheres relatou que foram levadas para outro local - a sala de parto - no momento do nascimento e outras que não foram apenas porque não houve tempo.

"Estava sentada. Aí [a enfermeira] me ajudou a deitar bem rapidinho, encostar a cabeça para trás para o neném sair. Aí foi muito rápido. Então, assim, eu estava com 6 para 7cm e eu não conseguia mais dilatar, foi a questão de tomar a anestesia, vir sentar na cama e sair. No pré-parto mesmo, porque não deu tempo, eles ainda tentaram me levar para a sala de parto, mas não deu tempo" (P13).

Em relação à posição no momento do parto, é comum as mulheres relatarem dor, dificuldade e desconforto ao darem à luz na posição supina. Por outro lado, dar à luz em posição vertical é mais fácil porque a pélvis é capaz de se expandir conforme o bebê desce, a gravidade também pode ser útil e o bebê pode se beneficiar porque o peso do útero não exercerá pressão sobre os principais vasos sanguíneos da mãe, que fornecem oxigênio e nutrição a ele (GUPTA et al., 2017).

No Brasil, o uso de salas de parto não é mais recomendado e deve ser substituído por quartos pré-parto, parto e pós-parto porque esses são ambientes privados que facilitam o uso de

métodos não farmacológicos de alívio da dor e a presença de acompanhante (BRASIL, 2008). Entretanto, isso ainda não é uma realidade na maioria dos serviços e mesmo naqueles onde existe uma sala de parto individualizada é comum haver transferência no momento do nascimento para uma sala de parto com cama ginecológica, o que restringe a escolha da posição pelas mulheres.

Embora existam evidências científicas sobre intervenções que não deveriam ser realizadas, pois têm efeitos prejudiciais tanto emocionais quanto físicos, de acordo com os relatos de algumas entrevistadas, elas ainda ocorrem. A manobra de Kristeller é notável, mesmo com a recomendação de que não seja realizada.

"Sim, eu tinha uma médica na frente e uma outra na minha barriga me ajudando a empurrar o neném, me ajudando a fazer força...É, acho que ela fechava a mão e empurrava de cima para baixo, ajudando a fazer o neném descer" (P23).

Essa prática está associada a complicações maternas e neonatais, como ruptura uterina, fraturas neonatais e danos cerebrais. Além disso, a demonstração de sua eficácia é questionável (HOFMEYR et al., 2017). Esta manobra está relacionada a uma assistência que retira da mulher autonomia, comodidade, segurança e força necessárias para manter o controle da situação e é considerada violência obstétrica (TESSER et al., 2015).

Em termos de cuidados ao recém-nascido, considera-se o momento imediatamente após o nascimento um período sensível para a programação da fisiologia e do comportamento futuro do bebê (MOORE et al., 2016). O contato pele a pele e a estimulação da amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido são práticas recomendadas e têm efeitos importantes tanto para a mãe quanto para o bebê.

A maioria das mulheres relatou que seu bebê foi colocado em contato pele a pele logo após o nascimento e que a amamentação foi encorajada na primeira hora da vida. No entanto houve relatos de que o bebê foi levado para os primeiros cuidados sem contato com a mãe.

"Não. Eu não gostei dessa parte também, porque eles levaram direto para outra sala. Eles não levaram para mim" (P3).

As evidências apoiam o contato pele a pele para promover a amamentação (MOORE et al., 2016). Em muitos hospitais, esse processo é rotineiramente interrompido para tomar medidas que poderiam esperar até que o bebê tenha tempo para se ajustar à vida fora do útero nos braços da mãe e depois que ele e os pais tenham tempo para se conhecerem. Esta experiência única não deve ser interrompida a menos que o bebê ou a mãe esteja instável e necessite de intervenção médica. É um tempo sagrado, que deve ser honrado, valorizado e protegido sempre que seja possível (PHILLIPS, 2013).

Embora se percebam avanços nas práticas experimentadas pelas mulheres no processo de assistência ao parto e nascimento, ainda se nota a presença de práticas realizadas sem permissão e que não são recomendadas, que podem ser prejudiciais às mulheres e aos bebês e que têm sido nomeadas como violência obstétrica. Além disso, a presença de violência simbólica parece preceder o momento do parto, já que a relação entre parto vaginal, dor, sofrimento e medo está presente na vida da mulher desde antes da gravidez.

“Na verdade, eu fiquei com medo, porque é a minha primeira experiência. Mas depois que eu vi que ia ser, eu relaxei e foi. Mas eu fiquei 10 horas de parto” (P12).

A maioria das mulheres relatou preferência pelo parto vaginal. Para algumas, essa intenção estava relacionada à importância cultural de ser mãe mesmo que a perspectiva de algum sofrimento estivesse presente.

“...E eu sempre falo: parto normal tu sofres na hora, mas depois a tua recuperação... meu Deus, hoje eu estou normal aqui. E se fosse cesárea, eu não ia sofrer na hora, mas depois eu sei que...É..então eu acho que, meu, claro que na hora ali eu estava até pensando assim: “ai, meu Deus, por que eu fui escolher parto normal?”. Mas graças a Deus, Deus me abençoou e é uma dor que depois, minha mãe até fala, a gente esquece. Hoje já... só de ver como eu estou hoje, valeu tudo a pena mesmo” (P15).

Ainda que o parto vaginal seja o mais recomendado, desde que não haja contraindicações, e que contribui para a qualidade da assistência e para a recuperação da mulher, essa prática está carregada de simbolismos que extrapolam a decisão da equipe. No processo de preparação do parto interveem não apenas as experiências e preferências da mulher grávida, mas também as da família e as do médico (ARIK et al., 2019).

Pode-se acrescentar a interferência de experiências de outras mulheres, o conteúdo das redes sociais e da mídia e os elementos culturais do ambiente em que se vive. Além disso, parece influenciar quanto ao medo do parto vaginal a construção de uma visão de que as mulheres não são mais capazes de dar à luz sem ajuda médica, portanto aceitam esta violência expressa em um paternalismo que se traduz em uma relação patriarcal reproduzida no meio de nossa vida diária (MONTERO, 2018).

Atitudes desrespeitosas e violentas estiveram presentes nas experiências de parte deste grupo de mulheres, demonstrando que práticas autoritárias, possivelmente devido a uma relação assimétrica entre profissionais e mulheres, ainda ocorrem. O relato a seguir mostra a ausência de respeito e escuta de uma mulher que disse estar sentindo dor e os efeitos negativos e sua experiência, o que a deixou com um sentimento de horror e anulação.

“Lá na sala de parto eu fiquei horrorizada mesmo, porque eu estava falando que eu estava sentindo, eles cortando e eles não me escutaram, eles acharam que eu estava... porque, assim, ele faz o teste assim e faz o teste na tua perna. Eu falei que estava sentindo e ele achou que eu não estava sentindo, pensou que era ilusão. Eu falei: “eu estou sentindo”. E aí ele falou que não estava. Quando eles começaram a cortar, eu comecei a gritar, que daí eu estava realmente sentindo. Daí eles me colocaram para dormir. Foi tanto que eu fui acordar depois já... meu parto foi 1h47 da tarde e eu vim acordar às 5h30 da tarde. Nem vi minha filha nascer, não vi nada. Nada, nada, nada. Eles me sedaram” (P10).

O relato abaixo mostra o uso da força contra uma mulher no momento do parto. Ela acreditava que não estava ajudando os profissionais a fazer seu trabalho e ainda assim a violência não foi percebida por ela nesse momento, talvez porque ela não tivesse consciência de que essas atitudes não são naturalmente ligadas ao processo de parto.

“...teve um momento até que o médico chegou assim para mim, me deu um chacoalhão, me olhou assim: “reage, você tem que reagir, você tem que ter força” e me deu, assim, um choque de realidade e isso foi muito bom, porque eu não estava me ajudando, eu não conseguia... a gente fica, chega um momento em que as dores são tão fortes que chega a você se passar, assim, né? Assim, eu não sabia nem o que eu estava fazendo, onde que eu estava, não escutava o que ele falava para mim. E, assim, foi doido, foi bem terrível, foi bem difícil, como todo parto normal, eu acho” (P23).

Fatos, como os que aparecem nesses relatos, podem caracterizar-se como violência obstétrica, que se expressa em atos de profissionais da saúde, como o tratamento desumanizador, abuso da medicalização e patologização de processos naturais, perda de autonomia e da capacidade da mulher de decidir livremente sobre seu corpo e sua sexualidade (Lei 38.668/art. 15) (VENEZUELA, 2007).

No Brasil não existe uma lei federal sobre essa questão, mas alguns estados já têm sua própria legislação. É o caso de Santa Catarina, onde a Lei nº 17.907/2017 (SANTA CATARINA, 2017) define a violência obstétrica como um ato praticado por médico, pessoal hospitalar, familiar ou parceiro que ofende, verbal ou fisicamente, mulheres grávidas, durante o parto ou mesmo no período pós-parto.

Em um contexto em que não há relação de poder horizontal entre as mulheres e os profissionais de saúde, esses eventos são muitas vezes percebidos pelos profissionais como um exercício de sua autoridade para o bom atendimento, o que pode contribuir para a invisibilidade e a banalização da violência e dificultar a comunicação entre pacientes e profissionais (AGUIAR; D’OLIVEIRA; DINIZ, 2018).

A violência obstétrica é um tipo de violência invisível e, se não for identificada, não pode ser evitada. Para que haja uma mudança nesta realidade, é necessário que as instituições

reconheçam sua existência sobre os corpos ao serem atendidos (MUÑOZ-GARCÍA; PALOMO, 2020).

As limitações deste estudo incluem o fato de que apenas três hospitais foram estudados de modo que não se pode realizar generalizações para todo o estado. Além disso, os hospitais escolhidos foram os mais bem avaliados pelo Ministério da Saúde, o que é motivo de preocupação, pois foram observadas deficiências e inadequações significativas em todas as categorias temáticas de análise sugerindo que a situação deste atendimento no estado é ainda mais difícil.

Outra limitação é a possibilidade de que alguma mulher possa ter se sentido desconfortável para relatar quaisquer situações negativas que possa ter experimentado porque as entrevistas foram conduzidas no alojamento conjunto apesar do cuidado tomado para garantir a privacidade.

4 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitiram ampliar a compreensão sobre o processo de parto e nascimento desde a perspectiva das mulheres entrevistadas e mostram que o respeito aos direitos e a autonomia das mulheres; a assistência baseada em evidências científicas; uma relação mais simétrica com os profissionais de saúde, que fomenta o protagonismo da mulher no parto e nascimento e cuidados dignos e respeitosos ainda não foram consolidados, uma vez que não foi identificada uma transformação profunda e consolidada.

A partir das vivências das mulheres, é possível apontar aspectos a melhorar, como a oferta de informações e o reconhecimento da autonomia, pois há relatos de realização de práticas não autorizadas pelas mulheres; atitudes desrespeitosas e violentas que ainda ocorrem e muitas vezes não são percebidas por elas, talvez por não terem consciência de que não estão naturalmente ligadas ao processo de parto; práticas em saúde que já deveriam ter sido revistas, como a litotomia, a transferência rotineira da mulher para a sala de parto, o uso de ocitocina para acelerar o trabalho de parto e a manobra de Kristeller. Além disso, condições estruturais, como a falta de privacidade e conforto que as mulheres vivenciaram e de estrutura para o acompanhante, que dificulta a sua participação no apoio às mulheres, diminuem a qualidade do atendimento e a satisfação.

Em pesquisas futuras seria interessante complementar a perspectiva das mulheres com o ponto de vista dos profissionais, explorando diferentes perspectivas com respeito à assistência ao parto e nascimento, e investigar como essa questão tem sido abordada no campo da formação

profissional. Além disso, é importante continuar ouvindo as mulheres para conhecer sua satisfação com os cuidados que lhes são ofertados no momento do parto e nascimento, o que acrescenta outros elementos à discussão.

Agradecimentos

As autoras agradecem às mulheres que gentilmente participaram deste estudo e às maternidades que autorizaram a pesquisa.

Financiamento

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001 e Programa Institucional de Internacionalização CAPES-PrInt/UFSC.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, J. M.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; DINIZ, C. S. G. El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. *In: QUATTROCCHI, P. Violencia obstétrica: aportes desde América Latina. Saúde, Gênero e Direito*, v. 7, n. 1, 2018. p. 131-144. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974>.
- ANIM-SOMUAH, M. *et al.* Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, CD000331, maio 2018. Disponível em: [10.1002/14651858.CD000331.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000331.pub4).
- ARIK, R. M. *et al.* Perceptions and expectations of pregnant women about the type of birth. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, suppl. 3, dez. 2019. Disponível em: [10.1590/0034-7167-2017-0731](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0731).
- BIESCAS, H. *et al.* A critical review of the birth plan use in Catalonia. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 13, p. 41-50, oct. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2017.05.006>.
- BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD003766, jul. 2017. Disponível em: [10.1002/14651858.CD003766.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6).
- BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC**. Portal [Internet]. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
- BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0291.pdf>.
- BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm.
- BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 29 abr. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante**: a operação cesariana. Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para elaboração de projetos arquitetônicos Rede Cegonha**: ambientes de atenção ao parto e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_projetos_arquiteticos_rede_cegonha.pdf.

BRÜGGEMANN, O. M. *et al.* No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 6, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007123.pub2>.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DAVIS-FLOYD, R. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano** (Spanish Edition). Edição do Kindle. 2009.

DIAS, P. F. *et al.* Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, suppl., dec. 2019. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2018-0698.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em: 10.1590/S1413-81232005000300019.

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, suppl. 1, ago. 2014. Disponível em: 10.1590/0102-311X00127013.

DINIZ, C. S. G. Violência nos Serviços de Saúde. *In*: FLEURY-TEIXEIRA, E. M.; MENEGHEL, S. N. (Eds.). **Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

DINIZ, C. S. G. *et al.* A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. **Interface**, v. 20, n. 56, jan./mar. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0736>.

GARCÍA, E. M. Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. **Dossiers feministes**, n. 22, p. 87-106, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>.

GIJÓN-GARCÍA, N. Plan de parto: nomenclatura, toma de decisiones e implicación de los profesionales sanitarios. **MUSAS**, Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad, v. 1, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1344/musas2016.vol1.num2.9>.

GONZÁLEZ, M. F.; PRESAS, A. L. G.; MATTIOLI, M. Activismos por el parto respetado: prácticas, apropiaciones y disputas en Entre Ríos, Argentina. *In*: QUATTROCCHI, P. **Violencia obstétrica: aportes desde América Latina**. Saúde, Gênero e Direito, v. 7, n. 1, 2018. p. 171-194. Disponível em: [10.18294/9789874937506](https://doi.org/10.18294/9789874937506).

GUPTA, J. K. *et al.* Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, CD002006, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>.

HENRIQUE, A. J. *et al.* Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety, and neuroendocrine stress parameters: a randomized controlled trial. **International Journal of Nursing Practice**, v. 24, n. 3, jun. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12642>.

HERNÁNDEZ-ESPINOSA, C. J. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. **Medicas UIS**, v. 32, n. 1, p. 9-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18273/revmed.v32n1-201900>.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD006067, 07 mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>.

LAFaurie-VILLAMIL, M. M.; BOTERO, M. P. A.; GUZMÁN, C. I. C. Atención humanizada del embarazo: la mirada de gestantes que acuden a una unidad hospitalaria de salud. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 38, ene./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.38376>.

LANSKY, S. *et al.* Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, ago. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.30102017>.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, suppl. 1, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.

DONATE-MANZANARES M. *et al.* Mixed-method study of women's assessment and experience of childbirth care. **J Adv Nurs**.77(10):4195-4210, 2021. Disponível em: doi: 10.1111/jan.14984.

MELO, C. P. L. **No tempo da espera**: reflexões sociológicas sobre a humanização do parto no Recife. 2017. Doutorado (Programa de Pós-Graduação em Sociologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/31011>.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MINAYO, M. C. S. Limits and possibilities to combine quantitative and qualitative approaches. *In*: OFLAZOGLU, S. (Ed.). **Qualitative versus quantitative research**. 2017. Disponível em: <https://www.intechopen.com/chapters/54805>.

MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052006258>.

MONTERO, L. C. La mujer parturienta: cuerpo invisible para la mirada biomédica. **Comunidad y salud**, ano 2018, v. 16, n. 1, p. 22-33, ene./jul. 2018. Disponível em: <http://bdigital2.ula.ve:8080/xmlui/handle/654321/1931>.

MOORE, E. R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, CD003519, 25 nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>.

MUÑOZ-GARCÍA, G. B.; PALOMO, L. R. B. Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: la violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México. *In*: QUATTROCCHI, P.; N. MAGNONE, N. (Comps). **Violencia obstétrica en América Latina**: conceptualización, experiencias, medición y estrategias. Remedios de Escalada: De la UNLa, 2020. E-book. Disponível em: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/7/20/40-3>.

MUSSY, C. G.; LARRAÍN, D.; SCHLIAK, T. Desarrollo de la matronería y dispositivo institucional: herencia y control social. **Nomadías**, n. 27, jul. 2019. Disponível em: 10.5354/0719-0905.2019.54370.

NAKAMURA-PEREIRA, M. *et al.* Use of Robson classification to assess cesarean section rate in Brazil: the role of source of payment for childbirth. **Reproductive Health**, v. 13, suppl. 3, oct. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0228-7>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. 2014. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3.

PESSATTI, M. P. A ambiência nas redes prioritárias do SUS. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. p. 212-225. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estrategicas_sus_biopolitica_cartografias.pdf.

PHILLIPS, R. The Sacred Hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 13, n. 2, p. 67-72, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>.

QUATTROCCHI, P. Violência obstétrica: aportes desde América Latina. **Saúde, Gênero e Direito**, v. 7, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974>.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, Botucatu, v. 13, suppl. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2017. Disponível em:

SAUAIA, A. S. S.; SERRA, M. C. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076>.

SILVA, A. L. A. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00175116>.

SILVA, C. N. Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.33609>.

SILVA, C. N. Aspectos subjetivos dos ambientes de atenção à saúde e sua relação com o ambiente construído. **Arquitextos**, v. 18, jan. 2018b. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/18.212/6867>.

SINGATA, M., TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD003930, aug. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>.

SODRÉ, T. M., MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. supl., p. 115-120, 2012. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002305830>.

SUÁREZ-CORTÉS, M. *et al.* Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 3, may/jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0067.2583>.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface**, v. 22, n. 65, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926>.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, abr./jun. 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013).

THOMSON, G. A. O. *et al.* Women's experiences of pharmacological and non-pharmacological pain relief methods for labour and childbirth: a qualitative systematic review. **Reprod. Health**, v. 16, n. 1, p. 71, may 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0735-4>.

VELHO, M. B. *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>.

VENEZUELA. **Gaceta Oficial nº 38.668 del 23 de abril de 2007**. Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. 2007. Disponível em: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>.

VILLARMEA, S.; OLZA, I.; RECIO, A. El parto es nuestro: el impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. **Dilemata**, v. 7, n. 18, p.157-183, 2015. Disponível em: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/387/392>.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal Gynecology Obstetrics**, v. 75, n. S1, p. S25-S37, 2001. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, 24 ago. 1985. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(85)92750-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 2000. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care**: a guide for essential practice. 3.ed. 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo avaliou a assistência hospitalar ao parto e nascimento em hospitais catarinenses. O modelo avaliativo incorporou a perspectiva do cuidado humanizado, evidências científicas e direitos e concluiu-se que a assistência encontra obstáculos nos hospitais analisados no que se refere à gestão dos processos e à execução das ações assistenciais.

A assistência ao parto e nascimento é uma questão importante para a saúde pública que necessita de atenção de cientistas, formuladores de políticas, gestores em saúde e da sociedade como um todo. Faz-se importante que as políticas públicas sejam voltadas para a saúde e o bem-estar e o mais alto nível de cuidado a ser ofertado às mulheres e crianças.

É importante ressaltar que a atual conjuntura política, sanitária e econômica do Brasil pode interferir na mudança do modelo assistencial ao parto e nascimento. O SUS, além de sofrer pelo subfinanciamento crônico, tem que lidar com a limitação constitucional do teto de gastos por até vinte anos, que leva a um desfinanciamento o qual interfere na garantia dos princípios do sistema, na sua sustentabilidade e na manutenção das políticas públicas de saúde.

Apesar de a assistência hospitalar ao parto e nascimento ser uma intervenção incorporada nos serviços de saúde, com diretrizes orientadas por critérios científicos estabelecidas nacional e internacionalmente, identificou-se que ainda há barreiras a serem transpostas para o alcance dos objetivos, resultados esperados e impacto. A assistência orientada pelo cuidado humanizado, pautada em evidências científicas e direitos, ainda não está consolidada nos hospitais analisados.

Os principais fatores que interferem na implementação da assistência, na perspectiva de profissionais da gestão e assistência hospitalar, estão relacionados à gestão do SUS; à falta de espaços de compartilhamento sobre o trabalho; à inadequação de estrutura física, equipamentos, materiais, informatização, insuficiência de pessoal; à falta de monitoramento de indicadores, de atividades de qualificação e do perfil profissional. A partir da perspectiva das puérperas, foi possível concluir a persistência de práticas que não deveriam ser utilizadas, a presença de atitudes desrespeitosas e violentas e a inadequação de condições estruturais.

Para que esses aspectos sejam superados, os trabalhadores envolvidos com a assistência precisam de apoio por meio de momentos de reflexão sobre o trabalho, de análise dos indicadores produzidos no serviço, de capacitações que incorporem as necessidades cotidianas destes profissionais e de aspectos mais amplos ligados aos anseios das distintas mulheres sobre o cuidado esperado, pautas que versem sobre aspectos mais amplos, por exemplo, direitos sexuais e direitos reprodutivos, racismo e gênero.

Ficou evidenciado que não basta saber que uma nova prática tem validade científica e está sendo recomendada pelas instituições de saúde e organismos nacionais e internacionais para que se transforme em realidade nos serviços. Essa mudança é permeada por diversos fatores, sejam técnicos, relacionais ou de perfil profissional, formatados socialmente e durante os anos de formação, logo, para que as mudanças ocorram e tenham sustentabilidade, faz-se necessário o apoio da gestão local e do SUS na implementação das estratégias.

As inadequações estruturais interferem na qualidade do cuidado e nos desfechos maternos e neonatais, sendo assim, é necessário que sejam pensadas estruturas e organizações internas dos serviços que permitam acolher as mulheres e as famílias e ofertar o cuidado adequado e em tempo oportuno.

Além de monitorar importantes aspectos clínicos e resultados da assistência ao parto e nascimento, os serviços e a gestão do SUS devem garantir que o cuidado atenda às necessidades das mulheres e das famílias e, para tanto, é essencial no planejamento de serviços a avaliação dos cuidados prestados com o uso de informações de monitoramento. Isso inclui a avaliação de indicadores de processo que abordem a experiência de trabalho de parto e parto da mulher, intervenções obstétricas e uso de práticas recomendadas.

É necessário que o parto seja entendido como um processo que faz parte da vida das pessoas que vão parir e que, embora precise de apoio assistencial, não é, necessariamente, arriscado, cirúrgico e mecanizado. É possível melhorar o cuidado, mesmo nos casos em que o processo sai do seu curso esperado, mesmo em hospitais complexos, voltando a atenção para as pessoas e suas experiências. O papel dos trabalhadores é fazer o melhor possível para que as marcas desse atendimento sejam positivas, pois é um privilégio e uma responsabilidade participar e apoiar esse evento já que o modo como o parto e o nascimento são cuidados pode repercutir durante uma vida inteira.

Avaliação é um processo, que demanda permeabilidade a novos olhares para que possa contribuir para a melhoria das políticas, dos programas e das ações analisados. Esse foi um aprendizado essencial durante o período do doutorado e contribuiu, inclusive, para a compreensão de que este não é um trabalho final sobre um assunto, mas reflexões e um avanço possível, no qual há falhas e incompletudes. Sugere-se a realização de novos estudos de avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, com o uso de outras metodologias, com a participação de outros atores e focos, possibilitando aprofundar o conhecimento sobre o objeto.

REFERÊNCIAS

- ALFIREVIC, Z.; KELLY, A. J.; DOWSWELL, T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD003246, 2009. Disponível em: [10.1002/14651858.CD003246.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003246.pub2). Acesso em: 03 mar. 2018.
- ALKEMA, L. *et al.* Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 462-74, jan. 2016. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7). Acesso em: 02 fev. 2018.
- AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **Femina**, v. 38, n. 11, p. 583-591, nov. 2010.
- ANVISA. **Serviços de atenção materna e neonatal**: segurança e qualidade. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2014. 103p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/servicos-de-atencao-materna-e-neonatal-seguranca-e-qualidade/>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XPE01S114>. Acesso em: 27 nov. 2017.
- ARAÚJO, I. C. F. G. *et al.* Qualidade do parto e impacto nos indicadores da saúde da criança. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 18-33, 5 jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17943>. Acesso em: 15 maio 2020.
- BARATIERI, T.; NATAL, S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: Uma revisão integrativa. **Cien. Saúde Colet.**, v. 24, n. 11, nov. 2019. Disponível em: [10.1590/1413-812320182411.28112017](https://doi.org/10.1590/1413-812320182411.28112017). Acesso em: 15 abr. 2020.
- BARROS, F. C. *et al.* Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. **BMJ Open**, v. 8, n. 8, e021538, 2018. Disponível em: [10.1136/bmjopen-2018-021538](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021538). Acesso em: 01 set. 2019.
- BASEVI, V.; LAVENDER, T. Routine perineal shaving on admission in labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, CD001236, 2014. Disponível em: [10.1002/14651858.CD001236.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001236.pub2). Acesso em: 01 dez 2017.
- BEDWELL, C. *et al.* A realist review of the partograph: when and how does it work for labour monitoring? **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 31, 2017. Disponível em: [10.1186/s12884-016-1213-4](https://doi.org/10.1186/s12884-016-1213-4). Acesso em: 27 mar. 2020.
- BEHRUZI, R. *et al.* Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 10, n. 25, maio 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-25>. Acesso em: 18 maio. 2020.

BEHRUZI, R. What are the components of humanized childbirth in a highly specialized hospital? An organizational case study. 2011. Tesis (Doctoral) - Université de Montréal, Montréal, 2011. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.838.1582&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

BERRETA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100008>. Acesso em: 05 abr. 2018.

BETRAN, A. P. *et al.* What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. **Reproductive Health**, v. 12, n. 57, jun. 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26093498/>. Acesso em: 01 maio 2018.

BITTENCOURT, S. D. A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, suppl 1, S208-19, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fkSchnSmbLtwMBWGmY8vCfd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 03 out. 2021.

BIURRUN-GARRIDO, A.; GOBERNA-TRICAS, J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. **Matronas Profesión**, v. 14, n. 2, p. 62-66, 2013. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

BOERMA, T. *et al.* Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. **Lancet**, v. 392, n. 10155, p. 1341-1348, out. 2018. Disponível em: [10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7). Acesso em: 12 dez. 2018.

BOHREN, M. A. *et al.* The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. **PLoS Med.**, v. 12, n. 6, e1001847, jun. 2015. Disponível em: [10.1371/journal.pmed.1001847](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847). Acesso em: 20 jul. 2018.

BOHREN, M. A. *et al.* Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD003766, jul. 2017. Disponível em: [10.1002/14651858.CD003766.pub6](https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6). Acesso em: 04 abr. 2020.

BOURGUIGNON, A. M.; GRISOTTI, M. Concepções sobre humanização do parto e nascimento nas teses e dissertações brasileiras. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 4, p. 1230-1245, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170489>. Acesso em: 04 nov. 2021.

BOWSER, D.; HILL, K. **Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth**: report of a landscape analysis. Bethesda, Maryland: USAID-TRAction Project; 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 13 fev. 2022.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SINASC**. Portal [Internet]. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informações de Mortalidade - SIM**. Portal [Internet]. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES**. Portal [Internet]. [s.d.]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>.

BRASIL. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2000. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 06 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 05 mar. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 22 set 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Brasília, 2004b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf. Acesso em: 06 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do Governo**. Brasília. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Presidência da República, 2005a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm. Acesso em: 29 maio 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis DST**. 4.ed. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B43F95B4B-CD35-4B62-981A-60A62945E318%7D/manual_dst_tratamento.pdf. Acesso em: 18 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de setembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 06 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2008/res0036_03_06_2008_rep.html. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf. Acesso em: 19 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 2.254, de 5 de agosto de 2010**. Institui a Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define as competências para a União, os Estados, o Distrito Federal, os Municípios, os critérios para a qualificação das unidades hospitalares de referência nacional e define também o escopo das atividades a serem desenvolvidas pelos Núcleos Hospitalares de Epidemiologia. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2254_05_08_2010.html. Acesso em: 25 set. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 72, de 11 de janeiro de 2010**. Estabelece que a vigilância do óbito infantil e fetal é obrigatória nos serviços de saúde (públicos e privados) que integram o Sistema Único de Saúde (SUS). 2010a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0072_11_01_2010.html. Acesso em: 27 mar. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ambiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. **Política Nacional pelo Enfrentamento da Violência contra a Mulher**. Brasília, 2011a. Disponível em: https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/politica_nacional_enfrentamento_a_violencia.pdf. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011.** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Brasília, 2011b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2836_01_12_2011.html. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.** Brasília, 2011c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de alto risco:** manual técnico. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 5.ed. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Além da sobrevivência:** práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília; 2013a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_praticas_integradas_atencao.pdf. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202014/prt0371_07_05_2014.html. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. **Portaria nº 210, de 16 de janeiro de 2014.** Institui a Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Privação e Egressas do Sistema Prisional. Brasília, 2014a. Disponível em: <https://www.diariodasleis.com.br/legislacao/federal/226123-politica-nacional-de-atencao-as-mulheres-em-situacao-de-privacao-de-liberdade-e-egressas-do-sistema-prisional>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual das Ouvidorias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 11 de 07 de janeiro de 2015.** Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html. Acesso em: 07 out. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana.** Brasília: Ministério da Saúde, mar. 2016. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes_Cesariana_N179.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Avaliação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no âmbito da Rede Cegonha** (Documento orientador). 2016a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016.** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília, 2016b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida.** Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html. Acesso em: 13 set. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aprimoramento e inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia.** Brasília, 2017b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/08/Revista-Apice-ON.pdf?undefined=undefined>. Acesso em: 07 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017c.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2017_analise_situacao_saude_desafios_objetivos_desenvolvimento_sustentavel.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia de elaboração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: delimitação do escopo.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_elaboracao_protocolos_delimitacao_escopo_2ed.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: Conceitos e Métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 6, n. 7, jul. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007123.pub2>. Acesso em: 15 abr. 2020.

CALVO, M. C. M.; HENRIQUE, F. Avaliação: algumas concepções teóricas sobre o tema. *In: LACERDA, J. T.; TRAEBERT, J. L. (Ed.). A odontologia e a Estratégia Saúde da Família*. Tubarão: Unisul, 2006.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. 4.ed. São Paulo: HUCITEC, 2013.

CANADA. PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA. **Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines** – Chapter 4 Care during labour and birth. 2018.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas do corpo**: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado. 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, 2011.

CARNEIRO, R. G. **Cenas de parto e políticas de corpo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.

CARVALHO, V. O. *et al.* **Consenso de Cuidado com a pele do Recém-Nascido**. São Paulo: SBP; 2015. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/flipping-book/consenso-cuidados-pele/cuidados-com-a-pele/assets/downloads/publication.pdf. Acesso em: 18 jan. 2019.

CASTILHOS, C. C. Breve história da mulher e seu corpo. *In: COELHO, E. B. S.; CALVO, M. C. M.; COELHO, C. C. Saúde da mulher*: um desafio em construção. Florianópolis: Editora da UFSC, 2006.

CECILIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, v. 15, n. 37, p. 589-99, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 mar. 2020.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as Intervenções. *In: CHAMPAGNE, F. et al. (org.). Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.

CHEN, I. *et al.* Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD005528, 2018. Disponível em: 10.1002/14651858.CD005528.pub3. Acesso em: 08 out. 2021.

COSTA, A. M.; BAHIA, L.; CONTE, D. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 31, n. 75-76-77, p. 13-24, jan./dez., 2007.

DARWIN, Z. *et al.* Evaluation of trained volunteer doula services for disadvantaged women in five areas in England: women's experiences. **Health Soc. Care Community**, v. 25, n. 2, p. 466-477, fev. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.12331>. Acesso em: 30 jun. 2018.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. **Soc. Sci. Med.**, v. 38, n. 8, p. 1125-1140, apr. 1994. Disponível em: [10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3). Acesso em: 05 maio 2021.

DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **International Journal of Gynecology Obstetrics**, v. 75, n. S1, p. 5-23, nov. 2001. Disponível em: [10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0). Acesso em: 16 abr. 2020.

DAVIS-FLOYD, R. **Birth as an American Rite of Passage**. 2. ed. University of California Press, 2003. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pndwn>. Acesso em: 05 maio 2021.

DAVIS-FLOYD, R. **Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano** (Spanish Edition). Edição do Kindle. 2009. Acesso em: 05 maio 2021.

DENGO, V. A. R. *et al.* A episiotomia na percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 21, n. 3, out. 2016. Disponível em: [doi:http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i3.44060](https://doi.org/10.5380/ce.v21i3.44060). Acesso em: 19 dez. 2017.

DIAS, M. A. B. *et al.* Incidência do near miss materno no parto e pós-parto hospitalar: dados da pesquisa Nascer no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. S169–S181, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154213>. Acesso em: 19 dez. 2017.

DIAS, P. F. *et al.* Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, suppl., dec. 2019. Disponível em: [10.1590/0034-7167-2018-0698](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0698). Acesso em: 11 maio 2020.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em: [10.1590/S1413-81232005000300019](https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019). Acesso em: 11 maio 2020.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/05/genero_saude_materna.pdf. Acesso em: 05 maio 2018.

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, n. Suppl 1, p. S140-S153, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00127013>. Acesso em: 07 dez. 2021.

DINIZ, C. S. G. *et al.* Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, 26:53, 19-35, 2018. Disponível em: [10.1080/09688080.2018.1502019](https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019). Acesso em: 07 dez. 2021.

DINIZ, C. S. G.; AGUIAR, J. M.; NIY, D. Y. Medicalização do parto e violência obstétrica: olhares complementares sobre o mesmo fenômeno. In: TEIXEIRA, L. A. *et al.* **Medicalização do parto: saberes e práticas/organização Luiz Antonio Teixeira...** [et al.]. – 1. ed. – São Paulo: Hucitec. Edição do Kindle, 2021.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Factors associated with maternal near miss in childbirth and the postpartum period: Findings from the birth in Brazil National Survey, 2011-2012. **Reproductive Health**, v. 13, suppl. 3, p. s187-265, out. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5073804/>. Acesso em: 13 set. 2018.

DREZETT, J. Mortalidade materna no Brasil. Insucesso no cumprimento do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio. **Reprodução e Climatério**, v. 28, n. 3., set. 2013. Disponível em: 10.1016/j.recli.2014.06.003. Acesso em: 26 out. 2018.

ELLARD, D. R. *et al.* Can training in advanced clinical skills in obstetrics, neonatal care and leadership, of non-physician clinicians in Malawi impact on clinical services improvements (the ETATMBA project): a process evaluation. **BMJ Open**, v. 4, n. 8, e005751, ago. 2014. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2014-005751. Acesso em: 05 ago. 2017.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. **Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud**. 2007.

ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. **Maternidad Hospitalaria**. Estándares y Recomendaciones. 2009.

FELISBERTO, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, p. 24-29, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/zHcFZ3yXkMj8LMcC44mBzdm/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fgb6jmhFx35gSRrqXfp6pyb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2020.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 23 mar. 2018.

FIGUEIREDO, T. B. **A Mulher e a Justiça**: a violência doméstica sob a ótica dos Direitos Humanos. Brasília: Amagis, 2016.

FOSTER, J. P. *et al.* Routine oro/nasopharyngeal suction versus no suction at birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD010332, 2017. Disponível em: 10.1002/14651858.CD010332.pub2. Acesso em: 17 out. 2021.

FREEDMAN, L. P.; KRUK, M. E. Disrespect and abuse of women in childbirth: challenging the global quality and accountability agendas. **The Lancet**, v. 384, n. 9948, p. e42-e44, 2014. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60859-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60859-X). Acesso em: 17 out. 2021.

GAITÁN-DUARTE, H.; ESLAVA-SCHMALBACH, J. El parto: evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. **Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología**, v. 68, n. 2, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=195251837001>. Acesso em: 17 out. 2021.

GANABA, R. *et al.* The obstetric care subsidy policy in Burkina Faso: what are the effects after five years of implementation? Findings of a complex evaluation. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 16, n. 84, apr. 2016. Disponível em: [10.1186/s12884-016-0875-2](https://doi.org/10.1186/s12884-016-0875-2). Acesso em: 18 set. 2021.

GIL, M. J. Dar sem (se) perder. **Revista Análise Psicológica**, vol.16, n.3, p.393-404, Lisboa, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a05.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2018.

GOBERNA-TRICAS, J. *et al.* Tecnología y humanización en la asistencia al nacimiento: la percepción de las mujeres. **Matronas Profissão**, v. 9, n. 1, p. 5-10, 2008. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-137420>. Acesso em: 23 mar. 2020.

GOBERNA-TRICAS, J. Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres. In: BOLADERAS, M. (ed.). **Bioética: la toma de decisiones**. Barcelona: Proteus, 2011. p. 325-352.

GOBERNA-TRICAS, J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. **ENE: Revista de Enfermería**, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/12>. Acesso em: 23 mar. 2020.

GOOD, B. J.; GOOD, M-J. D.V. “Learninig Medicine”: The Construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. **Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday**. University of California Press, 1993. p. 81-107.

GRAY, J. A. M. **Evidence-based health care & public health**. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2009.

GUPTA, J. K. *et al.* Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, CD002006, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>. Acesso em: 15 abr. 2020.

HARRISSON, M. J. *et al.* Women’s satisfaction with their involvement in health care decisions during a high-risk pregnancy. **Birth**, v. 30, n. 2, p. 109-115, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2003.00229.x>. Acesso em: 06 set. 2021.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador; Rio de Janeiro: EDUFBA; Fiocruz, 2005.

HODNETT, E. D. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 2, CD000062, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796108/>. Acesso em: 06 set. 2021.

HOFMEYR, G. J. *et al.* Fundal pressure during the second stage of labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD006067, 07 mar. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006067.pub3>. Acesso em: 15 abr. 2020.

HOTIMSKY, S. N.; SCHRAIBER, L. B. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 639-649, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300020>. Acesso em: 02 mar 2021.

HOTIMSKY, S. N. **Violência institucional no parto no processo de formação médica em obstetrícia**. Encontro Nacional de Antropologia do Direito Universidade de São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/268425794>, Acesso em: 22 de jan 2022.

HSU, C. C.; SANDFORD, B. A. The Delphi technique: making sense of consensus. **Practical Assessment Research and Evaluation**, v. 12, n. 10, p. 1-7, 2007. Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1177&context=pars>. Acesso em: 13 mar. 2018.

JIANG, H. *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, CD000081, 2017. Disponível em: 10.1002/14651858.CD000081.pub3. Acesso em: 02 mar. 2021.

JONES, L. *et al.* Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD009234, 2012. Disponível em: 10.1002/14651858.CD009234.pub2. Acesso em: 02 mar 2021.

KAPOOR, V. S.; EVANS, J. R.; VEDULA, S. S. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 9, CD001862, 2020. Disponível em: 10.1002/14651858. Acesso em: 17 out. 2021.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. Consulting the oracle: ten lessons from using the Delphi technique in nursing research. **J. Adv. Nurs**, v. 53, n. 2, p. 205-212, 2006. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422719/>. Acesso em: 13 mar. 2018.

KIREMITCI, S. *et al.* Is gastric aspiration needed for newborn management in delivery room? **Resuscitation**, v. 82, n. 1, p. 40-44, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20951491/>. Acesso em: 25 set. 2019.

KLEIMAN, A. M. *et al.* Evaluation of the impact of enhanced recovery after surgery protocol implementation on maternal outcomes following elective cesarean delivery. **Int. J. Obstet. Anesth.**, v. 43, p. 39-46, 2020. Disponível em: 10.1016/j.ijoa.2019.08.004. Acesso em: 06 set. 2021.

KUO, S. C. Humanized childbirth. **Hu Li Za Zhi**, v. 52, n. 3, p. 21-28, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15986298/>. Acesso em: 06 set. 2021.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad Saúde Pública**, v. 30, p. S192-S207, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00133213>. Acesso em: 27 abr. 2018.

LAVENDER, T. *et al.* Caesarean section for non-medical reasons at term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, CD004660, 2012. Disponível em: 10.1002/14651858.CD004660.pub3. Acesso em: 02 mar 2021.

LAWRENCE, A. *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD003934, 2013. Disponível em: 10.1002/14651858.CD003934.pub3. Acesso em: 05 maio 2021.

LEAL, M. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17- S32, ago. 2014. Disponível em: 10.1590/0102-311X00151513. Acesso em: 28 abr. 2020.

LEAL, M. C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1915–1928, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso em: 30 mar. 2019.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 7, e00223018, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>. Acesso em: 28 set. 2021.

LEE, S. *et al.* The current state, ethical issues, and solutions for the health inequality of women in developing countries. **International Development Cooperation**, 3, p. 75-111, 2018.

LUND, C.; KULLER, J.; DURAND, D. J. Baby's first bath: Changes in skin barrier function after bathing full-term newborns with water vs liquid baby cleanser. **Pediatr. Dermatol.**, 37, p. 115- 119, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pde.14037>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MACHADO, P. M. O. **Atenção nutricional no âmbito da atenção primária à saúde: análise de implantação em municípios brasileiros.** 2018. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2018.

MACHIN, A. I.; PEARSON, P. Action learning sets in a nursing and midwifery practice learning context: a realistic evaluation. **Nurse Educ. Pract.**, v. 14, n. 4, p. 410-416, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.01.007>. Acesso em: 26 out. 2019.

MAIA, M. B. Assistência à saúde e ao parto no Brasil. *In*: MAIA, M. B. **Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p. 19-49. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>. Acesso em: 01 mar. 2018.

MARDINI, J. *et al.* Newborn's first bath: any preferred timing? A pilot study from Lebanon. **BMC research notes**, v. 13, n. 1, p. 430, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05282-0>. Acesso em: 25 set. 2021.

MARRERO, L.; BRÜGGEMANN, O. M. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2018, v. 71, n. 3, pp. 1152-1161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>. Acesso em: 15 fev. 2022.

MATIAS, M. C. *et al.* O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 3, p. 115-127, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170830>. Acesso em: 05 dez. 2021.

MCARA-COUPER, J. *et al.* A mixed-method evaluation of a New Zealand based midwifery education development unit. **Nurse Educ. Pract.**, v. 25, p. 57-63, jul. 2017. Disponível em: 10.1016/j.nepr.2017.05.002. Acesso em: 06 set. 2021.

MCDONALD, S. J. *et al.* Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD004074, 2013. Disponível em: 10.1002/14651858.CD004074.pub3. Acesso em: 06 set. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 06 set. 2021.

MENDONÇA, S. S. Modelos de assistência obstétrica concorrentes e ativismo pela humanização do parto. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 15, n. 2, p. 250-271, set. 2015. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/civitas/article/view/17899>. Acesso em: 09 jul. 2018.

MIDDLETON, P.; SHEPHERD, E.; CROWTHER, C. A. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 5, CD004945, 2018. Disponível em: 10.1002/14651858.CD004945.pub4. Acesso em: 14 out. 2021.

MIDDLETON, P. *et al.* Induction of labour at or beyond 37 weeks' gestation. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD004945, jul. 2020. Disponível em: 10.1002/14651858.CD004945.pub5. Acesso em: 12 out. 2021.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14. ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MISAGO, C.; KENDALL, C. From culture of dehumanization of childbirth to childbirth as a transformative experience: changes in five municipalities in north-east Brazil. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 75, p. S67-72, 2001. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742645/>. Acesso em: 15 out. 2021.

MOORE, E. R. *et al.* Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 11, CD003519, 25 nov. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>. Acesso em: 11 out. 2021.

MOREIRA, M. E. L. *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S128-S139, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00145213>. Acesso em: 09 nov. 2021.

NABABAN, H. Y. *et al.* Improving quality of care for maternal and newborn health: a pre-post evaluation of the Safe Childbirth Checklist at a hospital in Bangladesh. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 1, p. 402, dez. 2017. Disponível em: [10.1186/s12884-017-1588-x](https://doi.org/10.1186/s12884-017-1588-x). Acesso em: 13 abr. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline**, 2014.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Intrapartum care: clinical guideline**, 2015.

NICHOLL, A. R. J.; BOUERI FILHO, J. J. O ambiente que promove a inclusão: conceitos de acessibilidade e usabilidade. **Revista Assentamentos Humanos**, Marília, v. 3, n. 2, p. 49-60, 2001. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/250994689_O_Ambiente_que_Promove_a_Inclusao_conceitos_de_Acessibilidade_e_Usabilidade. Acesso em: 25 set. 2019.

OLIVEIRA, F. A. M. *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. spe., p. 177-184, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>. Acesso em: 08 nov. 2021.

OLIVEIRA, J. L. C. *et al.* Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: um estudo de metassíntese. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 15, n. 2, p. 374-382, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.28573>. Acesso em: 27 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Carta das Nações Unidas**. 1945. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/carta-das-nacoes-unidas>. Acesso em: 18 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático**. 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_ao_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 14 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna**. Genebra, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 06 ago. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3. Acesso em: 11 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica**. Brasília: OPAS, 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34879>. Acesso em: 25 set. 2019.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES DAS UNIDAS (ONU). **Asamblea General, Septuagésimo cuarto período de sesiones**. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, 2019. Disponível em: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf?OpenElement>. Acesso em: 18 ago. 2021.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>. Acesso em: 18 fev. 2021.

PAIM, J. S. **Modelos assistenciais**: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. Brasília, 2001. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6168/1/Paim%20JS.%20Texto%20Modelos%20Assistenciais.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2018.

PAZANDEH, F. *et al.* An evaluation of the quality of care for women with low risk pregnancy: the use of evidence-based practice during labour and childbirth in four public hospitals in Tehran. **Midwifery**, v. 31, n. 11, p. 1045-1053, nov. 2015. Disponível em: [10.1016/j.midw.2015.07.003](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.07.003). Acesso em: 13 abr. 2021.

PEDRANA, A. *et al.* Assessing the effect of the Expanding Maternal and Neonatal Survival program on improving stabilization and referral for maternal and newborn complications in Indonesia. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v. 144, suppl 1, p. 30-41, fev. 2019. Disponível em: [10.1002/ijgo.12733](https://doi.org/10.1002/ijgo.12733). Acesso em: 13 abr. 2021.

PESSATTI, M. P. **A intercessão arquitetura e saúde**: quando o problema e a falta de espaço na unidade de saúde, qual e o espaço que falta? Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 2008. Acesso em: 05 abr. 2018.

PHILLIPS, R. The Sacred Hour: uninterrupted skin-to-skin contact immediately after birth. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 13, n. 2, p. 67-72, jun. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2013.04.001>. Acesso em: 06 ago. 2020.

PINHEIRO, A. L. L. Direitos humanos das mulheres. *In*: FONTOURA, N.; REZENDE, M.; QUERINO, A. C. **Beijing +20**: avanços e desafios no Brasil contemporâneo. Brasília: Ipea, 2020. p. 407-416. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10307>. Acesso em: 21 ago. 2021.

POSSATI, A. B. *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, e20160366, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>. Acesso em: 21 ago. 2021.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface**, v. 13, suppl. 1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>. Acesso em: 06 ago. 2020.

RATTNER, D. *et al.* ReHuNa – A Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 4, p. 215-228, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.18569/tempus.v4i4.849>. Acesso em: 21 set. 2021.

RATTNER, D. Da Saúde Materno-Infantil ao PAISM. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, p. 103-108, jun. 2014. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460>. Acesso em: 03 set. 2021.

REVEIZ, L.; GAITÁN, H. G.; CUERVO, L. G. Enemas during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, CD000330, 2013. Disponível em: [10.1002/14651858.CD000330.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4). Acesso em: 13 abr. 2021.

ROHDEN, F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 101-125, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832002000100006>. Acesso em: 05 dez. 2021.

SACKETT, D. L. Evidence-based medicine. **Semin. Perinatol.**, v. 21, n. 1, p. 3-5, 1997. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9190027/>. Acesso em: 12 mar. 2018.

SALLY, E. O. F. *et al.* Articulando gênero e saúde: formação de profissionais no âmbito da Rede Cegonha. **Demetra**, v. 12, n. 4, p. 921-937, 2017. Disponível em: [10.12957/demetra.2017.28661](https://doi.org/10.12957/demetra.2017.28661). Acesso em: 19 nov. 2018.

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, CD004667, apr. 2016. Disponível em: [10.1002/14651858.CD004667.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5). Acesso em: 18 fev. 2021.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Linha de Cuidado Materno Infantil**. Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file>. Acesso em: 03 dez. 2021.

SANTA CATARINA. SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Política Hospitalar Catarinense (PHC)**. Florianópolis, 2021. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/politica-hospitalar-catarinense/phc-2022/18935-politica-hospitalar-catarinense-aprovada-2/file>. Acesso em: 03 dez. 2021.

SAUAIA, A. S. S.; SERRA, M. C. Uma dor além do parto: violência obstétrica em foco. **Revista de Direitos Humanos e Efetividade**, v. 2, n. 1, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2526-0022/2016.v2i1.1076>. Acesso em: 06 jun. 2020.

SCARTON, J. *et al.* Perfil da mortalidade materna: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Fund Care**, v. 11, n. 3, p. 816-822, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-987303>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SERBANESCU, F. *et al.* Rapid reduction of maternal mortality in Uganda and Zambia through the saving mothers, giving life initiative: results of year 1 evaluation. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 17, n. 42, p. 1-14, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1222-y>. Acesso em: 18 fev. 2021.

SILVA, L. M. V. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Edição do Kindle. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

SILVA, C. N. Ergonomia aplicada na qualificação da ambiência do espaço de nascer. **Revista Sustinere**, v. 6, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.33609>. Acesso em: 01 jul. 2020.

SILVA, C. N. Aspectos subjetivos dos ambientes de atenção à saúde e sua relação com o ambiente construído. **Arquitextos**, v. 18, jan. 2018a. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/18.212/6867>. Acesso em: 03 jun. 2020.

SILVA, M. J. S. *et al.* Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 1, p. 1-17, 25 fev. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16292>. Acesso em: 03 jul. 2021.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 8, CD003930, aug. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003930.pub3>. Acesso em: 03 jun. 2020.

SKOKO, E. *et al.* Findings from the Italian Babies Born Better Survey. **Minerva Ginecol.**, v. 7, n. 6, p. 663-675, 2018. Disponível em: 10.23736/S0026-4784.18.04296-X. Acesso em: 27 mar. 2020.

SMITH, M. K.; LEVY, K. S.; YUDIN, M. H. Informed consent during labour: patient and physician perspectives. **J. Obstet. Gynaecol. Can.**, v. 40, n. 5, p. 614-617, 2018. Disponível em: 10.1016/j.jogc.2017.12.013. Acesso em: 25 set. 2019.

SMYTH, R. M. D.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Amniotomy for shortening spontaneous labour. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, CD006167, 2013. Disponível em: 10.1002/14651858.CD006167.pub4. Acesso em: 03 mar. 2018.

SOURA, B. D. *et al.* L'étude d'évaluabilité: utilité et pertinence pour l'évaluation de programme. **Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 31, n. 1, p. 18-33, 2016. Disponível em: 10.3138/cjpe.207. Acesso em: 03 mar. 2018.

SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 13, supl. 1, p. 681-688, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1801/180115446018.pdf>. Acesso em: 27 set. 2021.

SOUZA, J. P., *et al.* WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. **BMC Med.**, v.8, n. 71, nov. 2010. Disponível em: 10.1186/1741-7015-8-71. Acesso em: 10 maio 2020.

SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 12, p. 549–551, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SO100-720320150005526>. Acesso em: 10 maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Profilaxia da oftalmia neonatal por transmissão vertical**. 2020.

STOKES, T. *et al.* Barriers and enablers to guideline implementation strategies to improve obstetric care practice in low and middle-income countries: a systematic review of qualitative evidence. **Implement Sci.**, v. 11, n.1, p. 144, 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1186/s13012-016-0508-1>. Acesso em: 02 dez. 2017.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. [S.l: s.n.], 2017.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface**, v. 22, n. 65, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0926>. Acesso em: 10 maio 2020.

TESSER, C. D. *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 35, p. 1-12, abr./jun. 2015. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](https://doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em: 10 maio 2020.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivor of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 2, p. 1-25, 2005. Disponível em: <http://www.evaluationcanada.ca/secure/20-2-001.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 2, p. 483-492, jul. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>. Acesso em: 14 set. 2021.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, suppl 2, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>. Acesso em: 09 nov. 2021.

TREVISAN, M. S.; WALSER, T. M. **Evaluability Assessment**: improving evaluation quality and use. SAGE Publications, 2015. Disponível em: 10.4135/9781483384634. Acesso em: 14 set. 2021.

UMENAI, T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2-4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, n. 75, suppl. 1, S1-S2, 2001. Disponível em: 10.1016/S0020-7292(01)00513-6. Acesso em: 18 fev. 2020.

UNITED NATIONS (UN). UNITED NATIONS GENERAL ASSEMBLY. **Universal declaration of human rights**. 1948. Disponível em: www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/. Acesso em: 14 ago. 2021.

VELHO, M. B. **Práticas obstétricas na atenção ao parto na região sul**: estudo seccional a partir da pesquisa Nascer no Brasil. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/174431>. Acesso em: 22 mar. 2020.

VELHO, M. B. *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, e00093118, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00093118>. Acesso em: 05 dez. 2021.

VENTURI, G.; BOKANY, V.; DIAS, R. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo/Sesc, 2010. Disponível em: <http://csbh.fpabramo.org.br/sites/default/files/pesquisaintegra.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2021.

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S85-S100, ago. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00126013>. Acesso em: 17 nov. 2017.

WAGNER, M. Fish can't see water: the need to humanize birth. **International Journal Gynecology & Obstetrics**, v. 75, n. S1, p. S25-S37, dec. 2001. Disponível em: [10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7). Acesso em: 22 maio 2020.

WAGNER, M. **Born in the USA**: how a broken maternity system must be fixed to put mothers and infants first. University of California Press, 2006. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pp0zn>. Acesso em: 14 set. 2021.

WAGNER, M. Global midwifery - traditional and official - and humanization of birth. **Midwifery Today Int. Midwife**, n. 83, p. 55-57, 2007.

WINDAU-MELMER, T. **A guide for advocating for respectful maternity care**. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project, 2013. Disponível em: https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/RMC-Guide_FINAL.pdf. Acesso em: 16 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. **The Lancet**, v. 326, n. 8452, p. 436-437, aug. 1985. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(85\)92750-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(85)92750-3). Acesso em: 17 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Baby-friendly hospital initiative**: revised, updated and expanded for integrated care. Section 1, Background and implementation. 2009. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43593/9789241594967_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 07 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Trends in Maternal mortality: 1990 to 2015**. Geneva: 2015. 92p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 23 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on newborn health**: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>. Acesso em: 07 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Human rights and health**. Dec. 2017a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>. Acesso em: 13 maio 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations**: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 23 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Reproductive health**: reproductive health in the Western Pacific. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>. Acesso em: 23 abr. 2021.

YE, J. *et al.* Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. **Birth**, v. 41, n. 3, p. 237-244, apr. 2014. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12104>. Acesso em: 20 set. 2020.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2018.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ENTREVISTA COM PARTICIPANTES DO ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Quais são os fatores contextuais que podem influenciar a assistência hospitalar ao parto e nascimento?

Qual é ou quais são os objetivos da assistência hospitalar ao parto e nascimento?

Quais são as principais ações necessárias para assistir às mulheres nesse período no âmbito hospitalar?

Quais são os principais resultados esperados com a assistência hospitalar ao parto e nascimento?

Há algo mais que gostaria de comentar?

APÊNDICE B – MODELO AVALIATIVO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO

INTRODUÇÃO

O parto tem passado por diferentes momentos ao longo da história, sendo influenciado pelos conhecimentos tradicionais, pesquisas científicas, medicina, indústria farmacêutica, movimentos sociais e com eles sendo modificado, configurando modelos de atenção com características peculiares nos distintos países (CARNEIRO, 2015).

No Brasil, a assistência ao parto e nascimento é predominantemente hospitalar, 98% dos partos são realizados em hospitais (BRASIL, [s.d.]). O país apresentou, em 2018, um percentual de cesáreas de 57% (BRASIL, [s.d.]), o que é considerado alto em comparação ao preconizado pela OMS que são taxas entre 10 e 15% e, o modelo de atenção ao parto e nascimento predominante caracteriza-se pelo uso excessivo de intervenções (LEAL et al., 2014).

A presença de acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005) não está universalizada, uma vez que, estudo recente demonstrou que 25% das mulheres não tiveram acompanhante e 55% tiveram acompanhante somente em algum momento da internação. A presença de acompanhante é considerada um marcador de segurança e qualidade do atendimento, que contribuiu para a satisfação das mulheres com a vivência do processo de parto e com a redução da ocorrência de violência (DINIZ et al., 2014).

A existência de violência na assistência ao parto também faz parte deste cenário. Relatório da OMS, publicado em 2014, aborda a realidade vivenciada pelas mulheres durante o parto em todo o mundo e indica que um elevado número dessas mulheres sofre desrespeito e abusos neste momento (OMS, 2014; MARRERO; BRÜGGEMANN, 2018).

Apesar da garantia de assistência hospitalar, no Brasil, ainda persistem taxas elevadas de morbimortalidade materna e infantil, o que Diniz (2009) descreve como “paradoxo perinatal”, quando mais tecnologia não significa necessariamente mais qualidade na assistência e mais saúde materna e neonatal. Além disso, vivemos, de um lado, um fenômeno intitulado “epidemia de cesáreas” (RATTNER, 2014) e, de outro, a presença de movimento social que reivindica a humanização do parto e nascimento (TORNQUIST, 2003).

A redução da mortalidade materna no Brasil ainda se apresenta como um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres em situação de maior vulnerabilidade social.

O modelo avaliativo apresentado é composto pelo modelo teórico, modelo lógico e pela matriz avaliativa, elaborados por meio da análise de literatura e de documentos e submetidos a consenso utilizando-se o método Delphi. Assume como premissa a assistência ao parto e nascimento baseada na humanização do cuidado, evidências científicas e direitos e a pergunta que norteia a avaliação é: quais são as condições da assistência hospitalar ao parto e nascimento?

BLOCO 1: MODELO TEÓRICO E MODELO LÓGICO

1.1 MODELO TEÓRICO

O Modelo Teórico (Figura 1) apresenta de forma esquemática o marco referencial que orienta a avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento e situa o contexto que influencia a implementação do objeto.

A assistência ao parto e nascimento é influenciada por diversos fatores, desde fatores relacionados ao contexto externo, tais como sociais, econômicos, demográficos, epidemiológicos e valores e crenças da sociedade acerca do lugar que as mulheres ocupam na sociedade e da compreensão acerca do que significado da assistência em saúde. As desigualdades de gênero e a orientação sexual também interferem no cuidado produzido nos serviços de saúde e podem produzir práticas institucionais violentas e naturalizadas de assistência ao parto, pautadas no não reconhecimento que as mulheres têm direito a uma assistência respeitosa.

Questões étnicas e raciais e as especificidades de grupos de mulheres (indígenas, quilombolas, ribeirinhas, camponesas, ciganas, que vivem nas florestas, que vivem em situação de rua, mulheres com deficiência) também podem influenciar o cuidado, visto que as especificidades concernentes à saúde das mulheres muitas vezes não são consideradas na formulação de políticas e na execução das ações assistenciais.

A formação profissional em saúde também faz parte desse contexto e, muitas vezes perpetua as desigualdades e segue na contramão da assistência orientada por humanização, evidências científicas e direitos.

Normativas e políticas que indicam modos de organização do sistema de saúde e dos serviços também são fatores de contexto interno que influenciam e orientam a concretização de certos modos de atuar nos serviços. Neste sentido, a rede de atenção à saúde é um fator importante, que pode contribuir para que não ocorra peregrinação das gestantes em busca do

local de parto, identificação de situações graves somente no momento do parto e desassistência no pós-parto.

A gestão local deve assegurar as condições estruturais e organizacionais para a assistência a ser desenvolvida e executada no âmbito hospitalar pelos profissionais de saúde com base nos preceitos da humanização, evidências científicas e direitos. Neste modo de assistir ao parto e nascimento, como resultados, poderá haver ampliação do acesso e qualificação da assistência e aumento da satisfação das mulheres com a experiência do parto e poderão ser alcançados melhores desfechos maternos e neonatais, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neonatal.

Figura 1 - Modelo teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020



Fonte: Elaborado pela autora.

1.2 MODELO LÓGICO

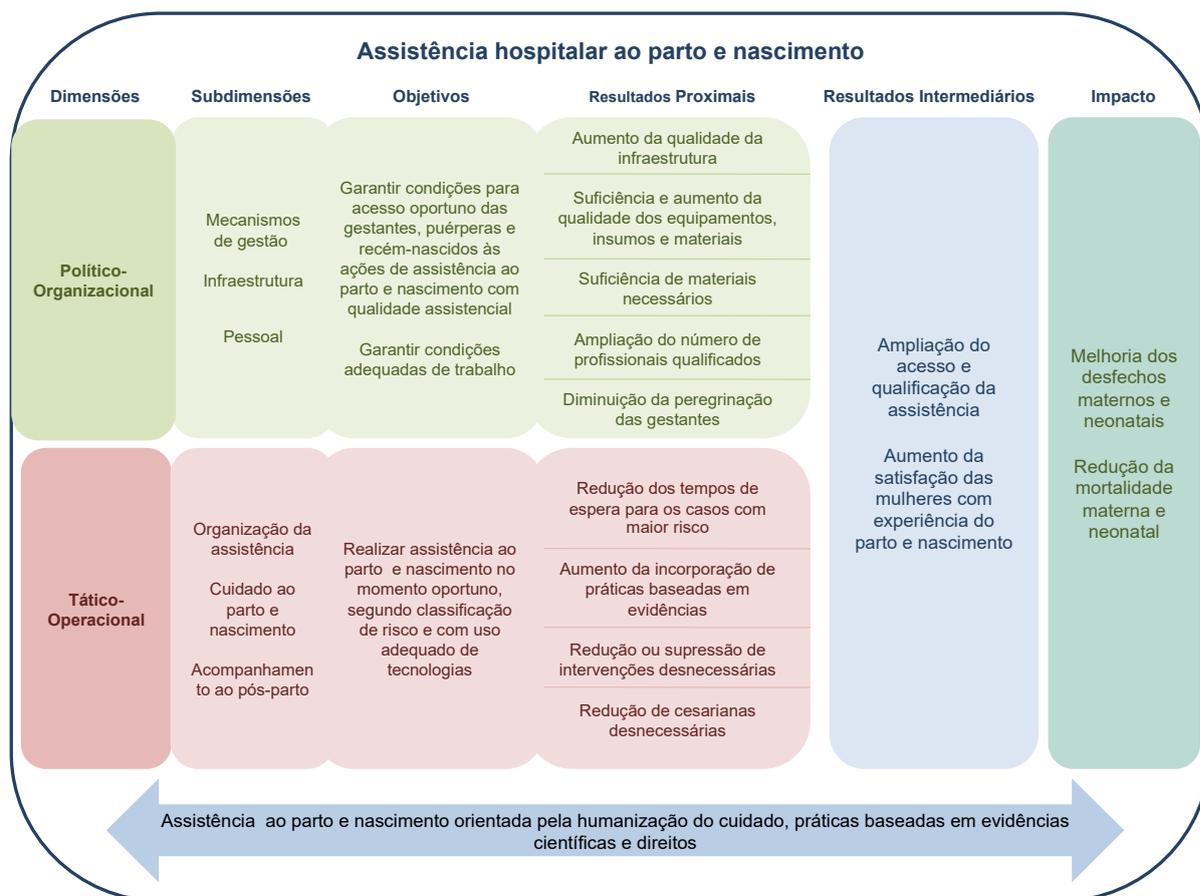
O Modelo Lógico (Figura 2) apresenta as dimensões, subdimensões, objetivos, resultados proximais e intermediários e impacto da assistência hospitalar ao parto e nascimento.

A primeira dimensão, **Político-Organizacional**, está relacionada às ações de gestão ligadas às subdimensões *mecanismos de gestão, infraestrutura e pessoal*, necessárias para garantir a implementação da assistência e o alcance dos seus objetivos, resultados e impacto.

O principal objetivo é garantir acesso oportuno às gestantes, puérperas e recém-nascidos às ações de assistência ao parto e nascimento realizadas no âmbito hospitalar, com qualidade assistencial, assim como as condições de trabalho adequadas.

A segunda dimensão, **Tático-Operacional**, está relacionada a assistência ao parto e nascimento realizada pelos profissionais de saúde no âmbito hospitalar e envolve as subdimensões de *organização da assistência, cuidado ao parto e nascimento e acompanhamento no pós-parto*. Tem como objetivo a realização de ações no momento oportuno, baseadas em classificação de risco e com uso adequado de tecnologias.

Como resultados intermediários espera-se alcançar a ampliação do acesso e qualificação da assistência e a melhoria da satisfação das mulheres e como impacto a melhoria dos desfechos maternos e neonatais e a redução da mortalidade materna e neonatal.

Figura 2 - Modelo lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento, 2020

Fonte: Elaborado pela autora.

BLOCO 2: SÍNTESE DA MATRIZ AVALIATIVA

Quadro 1 - Síntese da Matriz Avaliativa. Florianópolis, 2020

DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO	INDICADOR
1. Político-Organizacional	1.1 Mecanismos de gestão	1.1.1 Gestão compartilhada
		1.1.2 Estratégias de escuta sobre a experiência no serviço
		1.1.3 Gestão da Informação
		1.1.4 Monitoramento da morbidade materna grave
		1.1.5 Monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal
		1.1.6 Articulação em rede
	1.2 Infraestrutura	1.2.1 Acessibilidade
		1.2.2 Ambiência
		1.2.3 Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante
		1.2.4 Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos
		1.2.5 Disponibilidade de medicamentos e insumos
		1.2.6 Suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais
	1.3 Pessoal	1.3.1 Adequação de pessoal clínico
		1.3.2 Suporte especializado
		1.3.3 Equipes qualificadas

2. Tático-Operacional	2.1 Organização da assistência	2.1.1 Padronização da assistência
		2.1.2 Compartilhamento de informações e decisões
		2.1.3 Trabalho em equipe
		2.1.4 Registro das atividades assistenciais
		2.1.5 Presença de acompanhante
	2.2 Cuidado ao parto e nascimento	2.2.1 Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia
		2.2.2 Atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto vaginal
		2.2.3 Uso de práticas recomendadas
		2.2.4 Supressão de práticas não recomendadas
		2.2.5 Monitoramento do trabalho de parto
	2.3 Acompanhamento no pós-parto	2.3.1 Prevenção da hemorragia pós-parto
		2.3.2 Avaliação da puérpera
		2.3.3 Avaliação do recém-nascido
		2.3.4 Condições para o seguimento da puérpera na Atenção Básica
		2.3.5 Condições para o seguimento do recém-nascido na Atenção Básica

Fonte: Elaborado pela autora.

BLOCO 3: ELEMENTOS DA MATRIZ AVALIATIVA

Os termos utilizados nesta matriz foram adaptados do trabalho de Machado (2018) que está baseado no marco teórico desenvolvido em outros trabalhos coordenados pelo Núcleo de Pesquisa em Avaliação em Saúde - NEPAS/UFSC (HARTZ; SILVA, 2005; CALVO; HENRIQUE, 2006; BROUSSELLE et al., 2011; TANAKA; RIBEIRO; ALMEIDA, 2017):

OBJETO: é elemento a ser avaliado. Pode se tratar de qualquer ação, programa, política, procedimento ou serviço. No caso desse modelo, trata-se da assistência hospitalar ao parto e nascimento;

DIMENSÃO: são as partes do objeto avaliado, identificando como este deve ser estruturado e quais partes são fundamentais para composição do objeto de estudo;

SUBDIMENSÃO: são as partes de cada dimensão. A opção por utilizar subdimensões depende da complexidade do objeto e do referencial teórico adotado;

INDICADOR: é uma variável, característica ou atributo capaz de sintetizar ou representar o objeto avaliado;

MEDIDA: são as versões mensuráveis do indicador;

RATIONALE: é a razão ou justificativa para a escolha dos componentes de avaliação do objeto.

1. DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL		
Subdividida em 3 subdimensões, 15 indicadores e respectivas medidas		
Reflete o empenho para a articulação política, técnica e administrativa com pactuação de serviços, ordenação da rede, regulação, infraestrutura e pessoal necessários à assistência ao parto e nascimento de qualidade, responsável e humanizada onde os recursos devem ser utilizados de acordo com as necessidades de cada mulher e recém-nascido, visando seu bem-estar e segurança (CECILIO, 2011; CAMPOS, 2013; BRASIL, 2017).		
1.1 Subdimensão: Mecanismos de gestão		
Para a qualificação da atenção é necessário o compartilhamento da responsabilidade e da gestão com os sujeitos envolvidos. Engloba a adoção de estratégias de escuta de trabalhadores, residentes, usuárias e familiares e compartilhamento das decisões, o uso de informação qualificada e a pactuação de trabalho em rede (BRASIL, 2010; CAMPOS, 2013).		
1.1.1 Indicador: Gestão compartilhada		
Ampliação da participação e corresponsabilização das equipes/trabalhadores nas decisões de gestão e na organização dos processos de trabalho na maternidade (CAMPOS, 2013; STOKES et al., 2016).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Existência e funcionamento de espaços de gestão com participação de gestores trabalhadores e residentes	Existência de, no mínimo, uma reunião a cada dois meses entre gestores, trabalhadores e residentes	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Percepção sobre a incorporação dos encaminhamentos dos espaços de gestão na reorganização do processo de trabalho	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a incorporação Escala: Sempre; Muitas vezes/a maioria das vezes; Algumas vezes/ocasionalmente; Poucas vezes/raramente; Nunca	
1.1.2 Indicador: Estratégias de escuta sobre a experiência no serviço		
Instrumento da gestão para recebimento de denúncias, reclamações, críticas, sugestões, solicitações de informações e elogios para o aperfeiçoamento da qualidade da assistência ofertada (BRASIL, 2013a, 2014b; SKOKO et al., 2018; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Existência de escuta e devolutiva para usuárias e/ou familiares, trabalhadores e residentes	Existência ou não de estratégias, tais como: de ouvidoria; reuniões; caixa de sugestão; formulários; coleta de <i>feedback</i>	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Percepção sobre o uso das informações coletadas para a qualificação dos processos de trabalho	Percepção dos gestores e trabalhadores sobre o uso das informações	
1.1.3 Indicador: Gestão da informação		
O uso e compartilhamento das informações permite a análise e acompanhamento das atividades/resultados e a identificação de necessidade de ajustes nos processos em prol da qualificação da assistência (FELISBERTO, 2004, 2006; BERRETA; LACERDA; CALVO, 2011).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Monitoramento de indicadores relacionados ao parto e nascimento	Presença dos indicadores em relatórios dos últimos três meses: -Implementação de práticas recomendadas ao parto e nascimento; -Intervenções no parto e nascimento; -Parto normal; -Indicação de cesáreas; -Prematuridade; -Mortalidade materna e neonatal	Análise documental
2. Monitoramento dos indicadores de realização dos testes em recém-nascidos	Presença dos indicadores em relatórios dos últimos três meses: -Teste do Reflexo Vermelho - Teste do Olhinho; -Triagem Auditiva Neonatal - Teste da Orelhinha; -Teste de Oximetria - Teste do Coraçãozinho; -Avaliação do Frênulo da Língua - Teste da Linguinha	

3. Percepção sobre o uso das informações do monitoramento para reorganização das práticas	Percepção de gestores e trabalhadores sobre o uso das informações monitoradas	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
4. Divulgação pública periódica dos indicadores	Existência ou não de divulgação em site, mural ou boletins informativos	Observação
5. Acompanhamento sistemático de indicadores relacionados ao parto e nascimento definidos pela gestão do SUS	Existência ou não de acompanhamento, no mínimo trimestral, pela gestão estadual da saúde	Análise documental
1.1.4 Indicador: Monitoramento da morbidade materna grave		
O monitoramento dos casos de morbidade materna grave pode contribuir para reduzir a mortalidade materna; revisão de processos de trabalho e, conseqüentemente, evitar novos episódios (OMS, 2011).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Discussões periódicas sobre os casos de morbidade materna grave	Existência ou não de reuniões sobre os casos de morbidade materna grave	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. <i>Feedback</i> às equipes assistenciais acerca das discussões sobre os casos de morbidade materna grave e uso das informações para reorganização das práticas	Existência ou não de <i>feedback</i> ; Percepção de trabalhadores sobre a utilidade do <i>feedback</i>	Entrevista com trabalhadores da obstetria
1.1.5 Indicador: Monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal		
O monitoramento da mortalidade materna e neonatal no âmbito dos serviços podem favorecer o estudo das causas raiz dos óbitos e contribuir para a reorganização dos processos de trabalho com vistas a evitar outros óbitos (BRASIL, 2010, 2010a; ANVISA, 2014).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Discussões periódicas sobre os óbitos maternos, neonatais e fetais ocorridos no serviço	Realização ou não de reunião da comissão local, no mínimo mensal	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. <i>Feedback</i> às equipes assistenciais acerca das discussões sobre os óbitos ocorridos no serviço e uso das informações para reorganização das práticas	Existência ou não de <i>feedback</i> ; Percepção de trabalhadores sobre a utilidade do <i>feedback</i>	Entrevista com trabalhadores da assistência
1.1.6 Indicador: Articulação em rede		
A articulação em rede contribui para evitar a peregrinação das gestantes, puérperas e recém-nascidos em busca de atendimento e para a integração entre os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado (BRASIL, 2007, 2017a; MENDES, 2011).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Visita prévia à maternidade para as gestantes vinculadas ao serviço	Existência ou não de visita prévia à maternidade	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Disponibilidade de transporte para gestantes, puérperas e recém-nascido para outro hospital em casos de urgência e/ou de indisponibilidade de vaga	Existência ou não de ambulância própria e SAMU	
3. Agendamento da consulta pós-parto da puérpera e do bebê na 1ª semana de vida na Atenção Básica dos municípios atendidos	Existência ou não de mecanismos de agendamento da consulta na 1ª semana de vida na Atenção Básica implantado (telefone, formulário, agendamento <i>online</i>)	
4. Pactuação anual de ações de assistência hospitalar ao parto e nascimento com a gestão do SUS	Existência ou não de pactuação anual com gestor estadual de saúde	Análise documental

1.2 Subdimensão: Infraestrutura		
Os serviços devem oferecer condições de infraestrutura adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho, o que envolve estrutura física que garanta acessibilidade e ambiência, insumos e equipamentos diagnósticos e terapêuticos necessários ao atendimento às gestantes, puérperas e recém-nascidos (BITTENCOURT et al., 2014; BOHREN et al., 2015).		
1.2.1 Indicador: Acessibilidade		
A acessibilidade qualifica a experiência do parto e nascimento, pois se relaciona com a facilitação da orientação, da movimentação e da comunicação desde a chegada e durante a permanência das pessoas nos diferentes espaços do serviço, de maneira ajustada às características da população (NICHOLL; BOUERI FILHO, 2001; BRASIL, 2010b; NICE, 2015).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Entorno da maternidade em condições favoráveis de deslocamento	Existência ou não de calçada, iluminação, estacionamento público que possibilite o deslocamento seguro	Observação
2. Mobilidade para pessoas que dificuldade de locomoção	Existência ou não de rampa de acesso a maternidade, portas, corredores e banheiros adaptados para pessoas com dificuldade de locomoção	
3. Sinalização nos principais espaços do serviço	Existência ou não de sinalização na recepção, acolhimento, salas de exames, banheiros, ambientes de parto, alojamento conjunto	
4. Identificação dos profissionais com uso de crachá ou outra forma de identificação	Uso ou não de crachá ou outra forma de identificação pelos profissionais Escala: todos ou a maioria dos profissionais, alguns profissionais, poucos ou nenhum	
5. Uso de estratégias para facilitar a comunicação durante a assistência, de acordo com as necessidades das usuárias	Existência ou não de estratégias para facilitar a comunicação, tais como: intérprete de LIBRAS e de línguas estrangeiras	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
1.2.2 Indicador: Ambiência		
A ambiência visa garantir segurança, conforto e privacidade às mulheres, recém-nascidos e acompanhantes em todos os espaços do serviço, contribuindo para a efetivação de boas práticas de assistência ao parto e nascimento (PESSATTI, 2008; BRASIL, 2010b; SILVA, 2018, 2018a).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Adequação dos ambientes quanto à privacidade	<i>Check list</i> quanto a privacidade no acolhimento, salas de exames, ambientes de parto, alojamento conjunto (adequado, inadequado, inexistente)	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Adequação dos ambientes quanto ao conforto	<i>Check list</i> quanto ao conforto no acolhimento, salas de exames, ambientes de parto, alojamento conjunto (adequado, inadequado, inexistente)	
3. Adequação dos ambientes quanto à segurança	<i>Check list</i> quanto a segurança no acolhimento, salas de exames, ambientes de parto, alojamento conjunto (adequado, inadequado, inexistente)	

1.2.3 Indicador: Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante		
A disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para o monitoramento do trabalho de parto, assistência ao parto vaginal, vaginal operatório e cesariana, estímulo ao parto e nascimento saudáveis, com respeito ao processo psicofisiológico e presença de acompanhante é indicativo de condições adequadas para o trabalho (OMS, 1996; ESPAÑA, 2009; ANVISA, 2014; CARNEIRO, 2015; NICE, 2015; BRASIL, 2017; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Suficiência de materiais que favoreçam o parto fisiológico	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a suficiência: -Chuveiro com controle de temperatura ou banheira -Barra fixa ou escada de Ling -Bola ou cavalinho -Camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores, trabalhadores da obstetria
2. Suficiência de equipamento para o monitoramento do trabalho de parto	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a suficiência: -Sonar doppler Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	
3. Suficiência de materiais e equipamentos para assistência ao parto vaginal operatório e cesariana	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a suficiência: -Fórceps; -Vácuo extrator; -Equipamentos e materiais para cesariana Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	
4. Suficiência de poltrona destinada ao acompanhante	Percepção das usuárias sobre a suficiência de poltrona removível e reclinável no pré-parto ou quarto PPP e alojamento conjunto	Entrevista puérperas
1.2.4 Indicador: Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos		
A disponibilidade de equipamentos e materiais necessários para o atendimento do recém-nascido (imediate e no alojamento conjunto) é indicativo de condições para realização de práticas adequadas (ANVISA, 2014).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Suficiência de equipamentos e materiais para o atendimento imediato ao recém-nascido	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a suficiência: -Material para identificação da mãe e do recém-nascido -Berço aquecido -Material para intubação -Material para cateterismo umbilical -Material para drenagem torácica e abdominal Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores, trabalhadores da neonatologia
2. Suficiência de equipamentos e materiais para atendimento ao recém-nascido em alojamento conjunto	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a suficiência: -Berço de acrílico -Aspirador com manômetro e oxigênio -Aparelho de fototerapia -Material de emergência para reanimação Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	

1.2.5 Indicador: Disponibilidade de medicamentos e insumos		
A gestão do serviço deve garantir o provimento adequado e ininterrupto de um conjunto de medicamentos e insumos para a assistência à saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos a serem utilizados de maneira racional e oportuna (ANVISA, 2014; BITTENCOURT et al., 2014).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Disponibilidade de medicamentos para gestantes e puérperas	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a disponibilidade sem interrupção no último semestre de medicamentos para gestantes e puérperas - Antiarrítmicos - Anti-hipertensivos - Barbitúricos - Benzodiazepínicos - Broncodilatadores - Diuréticos - Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos - Ocitocina - Misoprostol - Inibidores da contratilidade uterina - Sulfato de magnésio 20% e 50% - Anti-hemorrágicos - Hidralazina 20 mg - Nifedipina - Aceleradores da maturidade pulmonar fetal - Antibióticos	Entrevista com gestores e trabalhadores da obstetria
2. Disponibilidade de medicamentos para recém-nascidos	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a disponibilidade sem interrupção no último semestre de medicamentos para recém-nascidos - Adrenalina diluída 1:10.000 - Bicarbonato de sódio 4,2% - Vitamina K	Entrevista com gestores e trabalhadores da neonatologia
1.2.6 Indicador: Suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais		
Para garantir o atendimento efetivo, no momento oportuno e a continuidade do cuidado o serviço deve dispor ou garantir o acesso, em tempo integral a recursos diagnósticos e assistenciais de acordo com o perfil de demanda (ANVISA, 2014).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Suficiência de recursos diagnósticos	Percepção de gestores, trabalhadores quanto a suficiência: -Laboratório clínico -Laboratório de anatomia patológica -Radiologia diagnóstica -Serviço de ecocardiografia Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Suficiência de recursos de terapia intensiva e para aleitamento materno	Percepção de gestores, trabalhadores quanto a suficiência: -Terapia intensiva adulto -Terapia intensiva neonatal -Banco de leite humano ou Posto de coleta de leite humano com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência

3. Suficiência de recursos hemoterápicos	Percepção de gestores, trabalhadores quanto a suficiência: -Assistência hemoterápica com disponibilidade de hemocomponentes Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
1.3 Subdimensão: Pessoal		
Garantia de equipes qualificadas, em número suficiente e compostas por profissionais que atuam na assistência direta e equipe multiprofissional. É essencial que seja promovido o aperfeiçoamento dos profissionais, por meio de processos de formação contínua nos serviços, favorecendo o acompanhamento longitudinal e a troca de informações sobre os casos entre as equipes (ANVISA, 2014; NICE, 2015; WHO, 2018).		
1.3.1 Indicador: Adequação de pessoal clínico		
A adequação de pessoal reflete a preocupação da gestão com a garantia da assistência integral, segura e compartilhada. A equipe deve ser dimensionada de acordo com a proposta assistencial, complexidade e perfil de demanda (ESPAÑA, 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2016b, 2017; CANADA, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Suficiência de equipe básica para assistência ao parto e nascimento	Percepção de gestores e trabalhadores quanto a suficiência: -Médico/a obstetra -Médico/a anestesista -Médico/a pediatra ou neonatologista -Enfermeira/o obstetra Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Suficiência de profissionais de apoio ao parto e nascimento	Percepção de gestores e trabalhadores quanto a suficiência de, no mínimo: -Psicólogo/ -Farmacêutico/ -Assistente social -Nutricionista Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	
1.3.2 Indicador: Suporte especializado		
A adequação de pessoal reflete a preocupação da gestão com a garantia da assistência integral, segura e compartilhada. A equipe de suporte especializado contribui para a integralidade assistencial na medida em que atua em ações de cuidado médico especializado no caso de intercorrências (ANVISA, 2014; MATIAS et al., 2019).		
Medida	Aferição	Fonte
1. Suficiência de especialidades médicas	Percepção de gestores e trabalhadores sobre a suficiência de especialidades médicas: -Assistência clínica cardiológica -Assistência clínica nefrológica, neurológica -Assistência clínica endocrinológica -Assistência clínica psiquiátrica -Assistência cirúrgica geral -Assistência cirúrgica especializada Escala: Suficiente/insuficiente/inexistente	Entrevista com gestores, trabalhadores da assistência
1.3.3 Indicador: Equipes qualificadas		
As atividades de qualificação profissional favorecem a adoção de práticas atualizadas com vistas a ofertar uma assistência qualificada, orientada pelas melhores evidências disponíveis e direitos, nas dimensões étnico-racial e de gênero e promover o aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional e institucional de forma contínua (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2016b, 2017; CANADA, 2018; OPAS, 2018).		

Medidas	Aferição	Fonte
1. Capacitação com abordagem étnico-racial e de gênero para as equipes	Realização ou não de atividades, no último trimestre, com foco na abordagem étnico-racial e de gênero	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. Capacitações voltadas para a prática clínica para as equipes	Realização ou não, no último trimestre, de atividades voltadas para a prática clínica	Entrevista com gestores e trabalhadores da assistência
2. DIMENSÃO TÁTICO-OPERACIONAL		
Subdividida em 3 subdimensões, 15 indicadores e respectivas medidas		
Para a qualificação da assistência hospitalar ao parto e nascimento é fundamental que o processo de trabalho em saúde, desde a organização da assistência até a realização do cuidado, esteja orientado pela humanização, evidências científicas e direitos (ESPAÑA, 2007, 2009; LEAL et al., 2014; NICE, 2015; BRASIL, 2016b, 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018; VELHO et al., 2019).		
2.1 Subdimensão: Organização da assistência		
A organização da assistência oferece condições para realização das ações assistenciais às gestantes, puérperas e recém-nascidos, com padronização, comunicação para a tomada de decisões e trabalho em equipe (ESPAÑA, 2009; BRASIL, 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
2.1.1 Indicador: Padronização da assistência		
As recomendações que fazem parte dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são de observação obrigatória para gestores, profissionais e serviços de saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2019). O uso de protocolos assistenciais é um importante apoio aos profissionais de saúde para a segurança e qualidade do atendimento ao parto e nascimento, bem como à intercorrências no decorrer do processo assistencial (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2014, 2015; BRASIL, 2016b, 2017, 2019; STOKES et al., 2016; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
Medida	Aferição	Fonte
1. Uso de protocolos de assistência ao parto e nascimento	Percepção de trabalhadores sobre uso de protocolos assistenciais	Entrevista com trabalhadores da assistência
2.1.2 Indicador: Compartilhamento de informações e decisões		
As mulheres devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências sobre eficácia, benefícios e riscos das opções que estão sendo oferecidas, poder falar sobre suas expectativas e desejos, serem incluídas na tomada de decisões e terem a autonomia sobre seus corpos respeitada. Receber informações adequadas e participar das decisões contribui para a confiança das mulheres e famílias na equipe e para a garantia do parto e nascimento seguros (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2017; CANADA, 2018; SMITH; LEVY; YUDIN, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Orientações e informações para usuárias sobre a assistência	Percepção de usuárias sobre a existência de compartilhamento de orientações e informações	Entrevista com puérperas
2. Aceitação do plano de parto, quando existente	Aceitação ou não do plano de parto, quando existente, na assistência ao parto	Entrevista com trabalhadores da obstetrícia
2.1.3 Indicador: Trabalho em equipe		
O trabalho em equipe favorece a integralidade do cuidado, o aumento da resolubilidade, bem como a segurança, humanização e melhoria da qualidade assistencial ao parto e nascimento (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2015; BRASIL, 2017; CANADA, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Comunicação entre as equipes	Percepção de trabalhadores quanto a existência de estratégias de comunicação rotineiras entre equipes de diferentes áreas e turnos	Entrevista com trabalhadores da assistência
2. Discussões sistemáticas sobre os processos de trabalho com as equipes assistenciais	Existência ou não de espaços para discussão, com participação de trabalhadores, sobre os processos de trabalho, no último trimestre	Entrevista com trabalhadores da assistência

2.1.4 Indicador: Registro das atividades assistenciais		
O registro das atividades clínicas e laboratoriais é essencial para o acompanhamento da assistência e para o direcionamento do tratamento adequado. A qualidade dos registros, favorece a comunicação entre os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, além de contribuir para a avaliação da assistência prestada (ESPAÑA, 2009; CANADA, 2018).		
Medida	Aferição	Fonte
1. Uso do prontuário único	Uso ou não do prontuário único para registro das etapas e procedimentos da assistência	Entrevista com trabalhadores da assistência
2.1.5 Indicador: Presença de acompanhante		
A presença de acompanhante durante todo o período de internação e etapas da assistência é um direito (Lei 11.108/2005) e traz segurança para as mulheres, contribui para a melhoria dos indicadores de saúde maternos e neonatais e contribui com a equipe no monitoramento das condições das mulheres e bebês (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2014, 2015; BRASIL, 2017; BOHREN et al., 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Escolha de acompanhante pela mulher	Percepção das usuárias quanto a possibilidade de escolha de acompanhante	Entrevista com puérperas
2. Presença de acompanhante em todos os momentos da internação	Percepção das usuárias quanto a possibilidade de presença de acompanhante em todos os momentos da internação, independente do tipo de parto	Entrevista com puérperas
2.2 Subdimensão: Cuidado ao parto e nascimento		
O cuidado ao parto e nascimento deve envolver um conjunto de práticas que favoreçam o processo psicofisiológico do parto, a redução de intervenções desnecessárias e o uso de tecnologias oportunas e adequadas (OMS, 1996; ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2014, 2015; BRASIL, 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
2.2.1 Indicador: Acolhimento e classificação do risco em obstetrícia		
A implementação do Acolhimento e classificação do risco em obstetrícia contribui para que o atendimento seja priorizado de acordo com o grau de risco que a gestante apresenta baseado em protocolo assistencial, evitando a peregrinação e as demoras no atendimento (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2017c, CANADA, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Realização de classificação de risco por profissional de nível superior	Realização ou não da classificação de risco por profissional de nível superior	Entrevista com gestores e trabalhadores da obstetrícia
2. Monitoramento dos tempos de espera	Presença ou não dos indicadores de monitoramento dos tempos de espera do acolhimento e classificação do risco em relatórios do último trimestre: -Tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco -Tempo médio de espera para atendimento segundo prioridade clínica classificada -Percentual de classificações segundo prioridade clínica	Análise documental
3. Solicitação de informações registradas no pré-natal	Solicitação ou não de informação sobre o pré-natal às gestantes	Entrevista com puérperas
2.2.2 Indicador: Atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto		
A atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto normal de risco habitual com participação da equipe médica na conduta tomada de decisões nas urgências e transferências de forma segura e em tempo hábil tem sido recomendada por favorecer melhores desfechos maternos e neonatais e mais satisfação das mulheres com a vivência do parto (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2014, 2015; SANDALL et al., 2016; BRASIL, 2017; CANADA, 2018).		

Medida	Aferição	Fonte
1. Assistência às mulheres realizada por Enfermeira Obstétrica no parto vaginal de risco habitual	Existência ou não de atuação de EO na assistência ao parto vaginal de risco habitual com participação da equipe médica na tomada de decisões nas urgências e transferências	Entrevista com gestores e trabalhadores da obstetrícia
2.2.3 Indicador: Uso de práticas recomendadas		
A adoção de práticas baseadas em evidências favorece a fisiologia do parto, contribui para a redução de intervenções desnecessárias e seus agravos, e para o uso adequado e oportuno de recursos tecnológicos na assistência à mulher durante o trabalho de parto e parto e aos recém-nascidos logo após o nascimento. Estas práticas têm demonstrado efeitos benéficos de longo prazo na saúde de mães e crianças, e na nutrição e desenvolvimento cognitivo destas (ESPAÑA, 2007, 2009; JONES et al., 2012; LAWRENCE et al., 2013; PHILLIPS, 2013; SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013; MCDONALD et al., 2013; BRASIL, 2014a, 2016, 2017, 2017a; NICE, 2014, 2015; MOORE et al., 2016; GUPTA et al., 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018; LUND; KULLER; DURAND, 2020; MARDINI et al., 2020).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Adoção de práticas recomendadas para as mulheres durante o trabalho de parto e parto	<p><i>Check list</i> sobre a adoção ou não do conjunto de práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto; -Oferta de analgesia para o alívio da dor para mulheres que o solicitarem, após uso dos métodos não farmacológicos; -Incentivo à livre movimentação das gestantes durante o trabalho de parto; -Disponibilização de dieta líquida/leve às gestantes durante o trabalho de parto; -Incentivo a adoção de posição mais confortável para a mulher no momento do parto <p>Escala: Sempre; muitas vezes/a maioria das vezes; algumas vezes/ocasionalmente; poucas vezes/ raramente; nunca</p>	Entrevista com gestores e trabalhadores da obstetrícia
2. Adoção de práticas recomendadas para o recém-nascido	<p><i>Check list</i> sobre a adoção ou não do conjunto de práticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contato pele a pele imediatamente após o parto e de forma ininterrupta por pelo menos 1 hora, para o RN a termo sem necessidade de reanimação neonatal; -Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação; -Clampamento do cordão umbilical em tempo oportuno (de 1 a 5 minutos após o nascimento) ou após cessadas suas pulsações, no caso de bebês que não necessitam cuidados especiais; -Retardamento do banho do RN - entre 6 e 24 horas após o nascimento <p>Escala: Sempre; muitas vezes/a maioria das vezes; algumas vezes/ocasionalmente; poucas vezes/ raramente; nunca</p>	Entrevista com gestores e trabalhadores da neonatologia
2.2.4 Indicador: Supressão de práticas não recomendadas		
Estratégias que favorecem a redução de intervenções desnecessárias e seus agravos, durante o trabalho de parto e parto e pós-parto imediato (ESPAÑA, 2007, 2009; KIREMITCI et al., 2011; REVEIZ; GAITÁN; CUERVO, 2013; BRASIL 2014, 2016, 2017, 2017a; NICE, 2014, 2015; FOSTER et al., 2017; HOFMEYR et al., 2017; JIANG et al., 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018; KAPOOR; EVANS; VEDULA, 2020).		

Medidas	Aferição	Fonte
1. Supressão de práticas não recomendadas para as mulheres durante o trabalho de parto e parto	<i>Check list</i> sobre a realização ou não das intervenções: Kristeller Enema Episiotomia como rotina	Entrevista com gestores e trabalhadores da obstetria
2. Supressão de práticas não recomendadas para o recém-nascido	<i>Check list</i> sobre a realização ou não das intervenções como rotina: Separação da mãe Aspiração das vias aéreas e gástrica Profilaxia da oftalmia neonatal no momento do nascimento	Entrevista com gestores e trabalhadores da neonatologia
2.2.5 Indicador: Monitoramento do trabalho de parto		
A avaliação materna e fetal no trabalho de parto favorece a identificação precoce de alterações da normalidade e a tomada de decisões em tempo oportuno (ESPAÑA, 2007, 2009; BRASIL, 2017; NICE, 2014; BEDWELL et al., 2017; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Registro da evolução do trabalho de parto no partograma	Uso ou não do partograma em tempo real para o acompanhamento da evolução do trabalho de parto	Entrevista com trabalhadores da obstetria
2. Avaliação do bem-estar fetal intraparto de rotina	Realização ou não de ausculta cardíaca fetal intermitente de rotina	
2.3 Subdimensão: Acompanhamento no pós-parto		
Engloba as ações voltadas ao acompanhamento da evolução e das condições de saúde das mulheres no pós-parto e dos RN (ESPAÑA, 2007, 2009; BRASIL, 2014, 2017, 2017a; NICE, 2014; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
2.3.1 Indicador: Prevenção da hemorragia pós-parto		
A hemorragia pós-parto (HPP) atinge aproximadamente 2% de todas as mulheres que dão à luz, representa cerca de um quarto das mortes maternas em nível global, é a principal causa de mortalidade materna na maioria dos países de baixa renda e pode ser prevenida à partir de procedimentos adotados imediatamente após o parto (ESPAÑA, 2007, 2009; BRASIL, 2017; NICE, 2014; CANADA, 2018; OPAS, 2018; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Uso de ocitocina	Uso ou não de ocitocina no terceiro período do parto para prevenir a hemorragia pós-parto	Entrevista com trabalhadores da obstetria
2. Avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino	Realização ou não da avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto	
2.3.2 Indicador: Avaliação da puérpera		
A avaliação da parturiente nas primeiras 24 horas após o parto favorece a identificação precoce de alterações da normalidade e a tomada de decisões para o tratamento que se fizer necessário em tempo oportuno (ESPAÑA, 2007, 2009; ANVISA, 2014; NICE, 2014; BRASIL, 2016b, 2017, 2017a; CANADA, 2018; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Realização de exame de rotina pós-parto	Realização ou não de exame de rotina de 6 em 6 horas, passadas duas horas do parto	Entrevista com trabalhadores da obstetria
2. Investigação sobre estado emocional	Realização ou não de investigação sobre estado emocional das mulheres após o parto	
2.3.3 Indicador: Avaliação do recém-nascido		
A avaliação do recém-nascido nas primeiras 24 horas de nascimento favorece a identificação precoce de alterações da normalidade e a tomada de decisões para o tratamento que se fizer necessário em tempo oportuno (ESPAÑA, 2007, 2009; NICE, 2014; BRASIL, 2016b, 2017; WHO, 2018).		

Medidas	Aferição	Fonte
1. Avaliação do recém-nascido	<p><i>Check list</i> de verificação de avaliação do recém-nascido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pesagem -Outras medidas antropométricas -Exame físico -Temperatura -Ritmo e batimentos cardíacos -Ausculta pulmonar -Investigação de displasia de quadril -Avaliação otológica -Testes de reflexos -Determinação de tipagem sanguínea, quando necessário -Fator RH, quando necessário -Bilirrubina, quando necessário -Avaliação da pega do mamilo -Avaliação do coto umbilical 	Entrevista com trabalhadores da neonatologia
2. Presença da mãe ou acompanhante durante avaliação do recém-nascido	Realização ou não de avaliação do recém-nascido na presença da mãe ou acompanhante	Entrevista com puérperas
3. Realização dos testes de triagem neonatal	<p><i>Check list</i> sobre a realização dos testes de triagem neonatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Teste do olhinho (Teste do reflexo vermelho) -Teste do coraçãozinho (Oximetria de pulso) -Teste da orelhinha (Triagem Auditiva Neonatal) -Teste da linguinha (Avaliação do frênulo da língua em bebês) 	Entrevista com gestores e trabalhadores da neonatologia
2.3.4 Indicador: Condições para o seguimento da puérpera na Atenção Básica		
A alta da mulher deve considerar suas necessidades individuais, o que juntamente com orientações oferecidas pela equipe multiprofissional pode contribuir para identificação precoce de intercorrências, para a vivência do puerpério e para a continuidade do cuidado (ESPAÑA, 2009; BRASIL, 2016b; WHO, 2018).		
Medidas	Aferição	Fonte
1. Orientações para as puérperas	<p><i>Check list</i> de verificação de orientações para as puérperas sobre os cuidados consigo mesmas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Presença de hemorragia -Febre -Dor -Edema -Procurar UBS para primeira consulta pós-parto 	Entrevista com puérperas
2. Disponibilidade de informações sobre a assistência à mulher na maternidade	<p>Frequência do registro de informações assistenciais para posterior acompanhamento da equipe da Atenção Básica, na caderneta da gestante ou sumário de alta</p> <p>Escala:</p> <p>Sempre; muitas vezes/a maioria das vezes; algumas vezes/ocasionalmente; poucas vezes/ raramente; nunca</p>	Entrevista com trabalhadores da obstetria
2.3.5 Indicador: Condições para o seguimento do recém-nascido na Atenção Básica		
A alta do recém-nascido deve considerar as suas necessidades individuais, o que juntamente com orientações oferecidas pela equipe multiprofissional pode contribuir para identificação precoce de intercorrências, para a melhoria do cuidado ao RN no ambiente domiciliar e com a continuidade do cuidado (BRASIL, 2016b).		

Medidas	Aferição	Fonte
1. Orientações sobre os cuidados com recém-nascido	<p><i>Check list</i> de verificação de orientações sobre os cuidados com recém-nascido:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amamentação -Banho -Cuidados com o umbigo -Febre, perda de peso, falta de apetite -Evitar ambientes fechados, com muita gente ou com pessoas com sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas -Prevenção da morte súbita -Transporte seguro 	Entrevista com puérperas
2. Disponibilidade de informações sobre a assistência ao recém-nascido na maternidade	<p>Frequência do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança</p> <p>Escala:</p> <p>Sempre; muitas vezes/a maioria das vezes; algumas vezes/ocasionalmente; poucas vezes/ raramente; nunca</p>	Entrevista com trabalhadores da neonatologia

APÊNDICE C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, _____ [nome], abaixo assinado, responsável pelo _____ [nome do hospital], declaro que fui informado sobre as características e objetivos da pesquisa intitulada pesquisa “*Avaliação da Assistência Hospitalar ao Parto e Nascimento*” sob orientação da Professora Dr^a Josimari Telino de Lacerda do programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, dando-lhe consentimento para realizar a pesquisa neste Hospital.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, permitindo o acesso às instalações para as atividades de observação, entrevista com os profissionais e coleta de dados documentais, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa.

Declaro ainda, que não recebi qualquer pagamento por esta autorização, bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

_____, ____/____/20__.

(Local e data)

Assinatura e carimbo do(a) gestor(a)

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

MATERNIDADE: _____

Documentos:

- Relatório local de monitoramento de indicadores
- Relatório de monitoramento de indicadores – gestão do SUS
- Documento de pactuação anual de ações de assistência hospitalar ao parto e nascimento - gestão do SUS

Indicadores locais monitorados:

Realização de práticas recomendadas ao parto e nascimento

Intervenções no parto e nascimento

Parto vaginal

Análise da indicação de cesáreas

Prematuridade

Óbitos maternos e neonatais

Indicadores relacionados a Classificação de Risco em Obstetrícia:

Tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco

Tempo médio de espera para atendimento médico ou da enfermeira obstetra segundo prioridade clínica (cor) classificada

Percentual de classificações segundo prioridade clínica (cor)

Periodicidade do monitoramento: _____

Indicadores de acompanhamento dos testes da triagem neonatal:

Teste do olhinho

Teste do coraçãozinho

Teste da orelhinha

Teste da linguinha

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO

MATERNIDADE: _____

Indicadores:

Existência ou não de:

Divulgação em site () Sim () Não

Divulgação em mural () Sim () Não

Divulgação por meio de boletins informativos () Sim () Não

Acessibilidade

Entorno da Maternidade:

Existência de calçadas em condições apropriadas () sim () não

Iluminação adequada () sim () não

Estacionamento público () sim () não

Estacionamento em condições adequadas para caminhar () sim () não

Entorno em aclive () sim () não

Entorno em declive () sim () não

Mobilidade para pessoas que dificuldade de locomoção:

Entorno da unidade em condições favoráveis para o deslocamento: () sim () não

Existência de rampa de acesso à maternidade () sim () não

Existência de portas, corredores e banheiros adaptados para pessoas com dificuldade de locomoção () sim () não

Sinalização nos principais espaços do serviço:

Existência ou não de sinalização:

Recepção () sim () não

Acolhimento () sim () não

Salas de exames () sim () não

Banheiros () sim () não

Ambientes de parto () sim () não

Alojamento conjunto () sim () não

Utilização de crachá ou outra forma de identificação pelos profissionais:

Todos ou a maioria dos profissionais ()

Alguns profissionais ()

Poucos ou nenhum ()

APÊNDICE F – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA COM GESTORES HOSPITALARES

MATERNIDADE: _____

Data da entrevista: _____

Duração: _____

IDENTIFICAÇÃO

Código: _____

Gênero: masculino feminino outro

Raça/cor: branca parda preta amarela indígena

Profissão: _____ Pós-graduação: _____

Tempo de atuação na profissão: _____ ano _____ meses

Função exercida: _____

Tempo de atuação na função atual: _____ ano _____ meses

1. No seu entendimento quais são as facilidades e as dificuldades encontradas, neste serviço, para a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento?

2. Há processos de gestão compartilhada na maternidade?

- Sim
- Não, por quê?
- Não sabe informar

2.1 Quem participa dos processos de gestão compartilhada?

- Trabalhadores
- Gestores
- Residentes
- Outros, quem? _____
- Não sabe informar
- Não se aplica

2.2 Qual a periodicidade das reuniões? _____

- Não sabe informar
- Não se aplica

2.3 Na sua opinião, com que frequência as decisões e encaminhamentos dos espaços de gestão são incorporados na reorganização dos processos de trabalho?

- Sempre
- Muitas vezes / a maioria das vezes
- Algumas vezes / ocasionalmente
- Poucas vezes / raramente
- Nunca
- Não sabe informar
- Não se aplica

3. Há alguma estratégia de escuta para usuárias e/ou familiares, trabalhadores e residentes, em curso no serviço:

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

3.1. Qual a sua percepção sobre o uso das informações coletadas pelas estratégias de escuta para a qualificação dos processos de trabalho?

4. Qual a sua percepção sobre o uso das informações do monitoramento para reorganização das práticas?

Pergunta 5 específica para obstetrícia

5. O serviço realiza discussões sistemáticas sobre os casos de morbidade materna grave?

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

6. O serviço realiza reuniões do comitê de óbitos maternos, neonatais e fetais ocorridos no serviço?

- Sim.
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

6.1 Qual a periodicidade de realização das reuniões? _____

- Não sabe informar
- Não se aplica

7. O serviço oferta visita prévia à maternidade para as gestantes vinculadas?

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

8. Como é disponibilizado transporte para gestantes, puérperas e recém-nascidos para outro hospital, em casos de urgência ou de indisponibilidade de vaga

- Ambulância própria
- SAMU
- Outro, qual? _____
- Não disponibiliza transporte
- Não sabe informar

9. Existem estratégias implantadas (ex.: marcação por telefone, formulário, agendamento *online*) para realização do agendamento da consulta pós-parto da puérpera e do bebê na 1ª semana de vida na Atenção Básica de todos os municípios atendidos?

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

10. O serviço utiliza estratégias (ex.: intérprete de LIBRAS e de línguas estrangeiras) para facilitar a comunicação com as mulheres que necessitam?

- () Sim
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

11. Qual a sua percepção quanto a adequação dos ambientes no que se refere à:

	PRIVACIDADE		CONFORTO		SEGURANÇA		Inexistente
	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado	
Acolhimento							
Salas de exames							
Pré-parto coletivo							
Quarto PPP							
Sala de parto							
Sala cirúrgica							
Área de deambulação							
Alojamento conjunto							

Perguntas 12-14 específicas para obstetrícia

12. Qual a sua percepção quanto a suficiência de materiais e equipamentos que favorecem o parto fisiológico?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Chuveiro com controle de temperatura ou banheira				
Barra fixa ou escada de Ling				
Bola ou cavalinho				
Camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto				

13. Qual a sua percepção quanto a suficiência de materiais e equipamentos para o monitoramento do trabalho de parto?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Sonar Doppler				

14. Qual a sua percepção quanto a suficiência de materiais e equipamentos para assistência ao parto vaginal operatório e cesariana?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Fórceps				
Vácuo extrator				
Equipamentos e materiais para cesariana				

Perguntas 15-16 específicas para neonatologia

15. Qual a sua percepção quanto a suficiência de equipamentos e materiais para o atendimento imediato ao recém-nascido?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Material para identificação da mãe e do recém-nascido				
Berço aquecido				
Material para intubação				
Material para cateterismo umbilical				
Material para drenagem torácica e abdominal				

16. Qual a sua percepção quanto a suficiência de equipamentos e materiais para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Berço de acrílico				
Aspirador com manômetro e oxigênio				
Aparelho de fototerapia				
Material de emergência para reanimação				

Pergunta 17 específica para obstetrícia

17. Qual a sua percepção sobre a oferta de insumos e/ou medicamentos para gestantes e puérperas? No último semestre houve interrupção de medicamentos e/ou insumos para gestantes e puérperas? Se sim, qual(is)?

	Sim	Não	Não sabe informar
Antiarrítmicos			
Anti-hipertensivos			
Barbitúricos			
Benzodiazepínicos			
Broncodilatadores			
Diuréticos			
Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos			
Ocitocina			
Misoprostol			
Inibidores da contratilidade uterina			
Sulfato de magnésio 20% e 50%			
Anti-hemorrágicos			
Hidralazina 20 mg			
Nifedipina			
Aceleradores da maturidade pulmonar fetal			
Antibióticos			

Pergunta 18 específica para neonatologia

18. Qual a sua percepção sobre a oferta de insumos e/ou medicamentos para recém-nascidos? No último semestre houve interrupção de medicamentos e/ou insumos para recém-nascidos? Se sim, qual(is)?

	Sim	Não	Não sabe informar
Adrenalina diluída 1:10.000			
Bicarbonato de sódio 4,2%			
Vitamina K			

19. O serviço oferta os seguintes recursos diagnósticos:

	Sim, próprio	Sim, referenciado	Não	Não sabe informar
Laboratório clínico				
Laboratório de anatomia patológica				
Radiologia diagnóstica				
Serviço de ecocardiografia				

19.1 Na sua opinião em que medida os recursos diagnósticos acima listados são suficientes?

- () Suficiente
 () Insuficiente. Por quê?
 () Não sabe informar

20. Qual a sua percepção quanto a suficiência dos recursos assistenciais abaixo?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Terapia intensiva adulto				
Terapia intensiva neonatal				
Banco de leite humano				
Posto de coleta de leite humano com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado				
Assistência hemoterápica com disponibilidade de hemocomponentes				

21. Qual a sua percepção sobre a suficiência dos seguintes profissionais?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Médicos/as obstetras				
Enfermeiros/as obstetras				
Médicos/as anestesistas				
Médicos/as pediatra ou neonatologistas				

22. Qual a sua percepção sobre a suficiência dos seguintes profissionais?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Psicólogo/a				
Assistente Social				
Nutricionista				
Farmacêutico/a				

23. O serviço oferta as especialidades médicas para as intercorrências?

	Sim, próprio	Sim, referenciado	Não	Não sabe informar
Assistência clínica cardiológica				
Nefrológica				
Neurológica				
Endocrinológica				
Psiquiátrica				
Cirurgia geral				
Cirurgia especializada				

24. Qual a sua percepção sobre a suficiência das especialidades médicas?

- Suficiente
 Insuficiente. Por quê?
 Não sabe informar

25. O serviço realizou, no último trimestre, atividades de qualificação com abordagem de temas étnico-raciais, gênero e voltadas para a prática clínica para as equipes?

- Sim, para ambas
 Sim, com foco com abordagem de temas étnico-raciais e de gênero
 Sim, com foco na prática clínica
 Não
 Não sabe informar

25.1 Na sua percepção essa atividade contribuiu para a qualificação das equipes?

- Sim. Por quê?
 Não. Por quê?

Perguntas 26-28 específicas para obstetrícia

26. A classificação de risco em obstetrícia é realizada por profissional de nível superior?

- Sim. Em que essa ação contribui para a assistência?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

27. Neste serviço há atuação das Enfermeiras Obstétricas (EO) na assistência ao parto vaginal de risco habitual?

- Sim, sempre
 Sim, as vezes. Em que momentos?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

27.1 Na assistência ao parto realizada por EO há participação da equipe médica na tomada de decisões nas urgências e transferências?

- Sim, sempre
 Sim, as vezes. Em que momentos?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

27.2 Qual a sua opinião quanto a atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto vaginal de risco habitual?

28. Com que frequência as seguintes práticas são adotadas na assistência às mulheres?

	Sempre	Muitas vezes/ maioria das vezes	Algumas vezes/ ocasionalmente	Poucas vezes/ raramente	Nunca	Não sabe informar
Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto						
Oferta de analgesia para o alívio da dor para mulheres que o solicitarem, após uso dos métodos não farmacológicos						
Incentivo à livre movimentação das gestantes durante o trabalho de parto						
Disponibilização de dieta líquida/leve às gestantes durante o trabalho de parto						
Incentivo a adoção de posição mais confortável para a mulher no momento do parto						

Pergunta 29 específica para neonatologia

29. Com que frequência as seguintes práticas são adotadas na assistência aos recém-nascidos?

	Sempre	Muitas vezes/ maioria das vezes	Algumas vezes/ ocasionalmente	Poucas vezes/ raramente	Nunca	Não sabe informar
Contato pele a pele imediatamente após o parto e de forma ininterrupta por pelo menos 1 hora, para o RN a termo sem necessidade de reanimação neonatal						
Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação						
Clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno (de 1 a 5 minutos após o nascimento) ou após cessadas suas pulsações, no caso de bebês que não necessitam cuidados especiais						
Retardamento do banho do RN - entre 6 e 24 horas após o nascimento						

30. Na sua opinião em que este conjunto de práticas contribui para a assistência à mulher e ao RN?

Pergunta 31 específica para obstetrícia

31. As intervenções a seguir são realizadas como rotina neste serviço no atendimento às mulheres?

	Sim	Não	Não sabe informar
Kristeller			
Enema			
Episiotomia			

Perguntas 32-33 específicas para neonatologia

32. As intervenções a seguir são realizadas como rotina neste serviço no atendimento aos recém-nascidos?

	Sim	Não	Não sabe informar
Separação do RN da mãe			
Aspiração das vias aéreas e gástrica de rotina			
Profilaxia da oftalmia neonatal no momento do nascimento			

33. Os testes de triagem neonatal são realizados neste serviço?

	Sim	Não	Não sabe informar
Teste do olhinho			
Teste do coraçãozinho			
Teste da orelhinha			
Teste da linguinha			

33.1. Sobre os testes não realizados na maternidade, quais as dificuldades para sua execução?

34. Há algo mais que gostaria de compartilhar sobre os processos de gestão voltados a assistência ao parto e nascimento neste serviço?

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA ASSISTÊNCIA

MATERNIDADE: _____

Data da entrevista: _____

Duração: _____

IDENTIFICAÇÃO

Código: _____

Gênero: () masculino () feminino () outro

Raça/cor: () branca () parda () preta () amarela () indígena

Profissão: _____ Pós-graduação: _____

Tempo de atuação na profissão: _____ ano _____ meses

Função exercida: _____

Tempo de atuação na função atual: _____ ano _____ meses

1. No seu entendimento quais são as facilidades e as dificuldades encontradas neste serviço para a implementação da assistência hospitalar ao parto e nascimento?

2. Há processos de gestão compartilhada na maternidade?

- () Sim
- () Não, por quê?
- () Não sabe informar

2.1 Quem participa dos processos de gestão compartilhada?

- () Trabalhadores
- () Gestores
- () Residentes
- () Outros, quem? _____
- () Não sabe informar
- () Não se aplica

2.2 Qual a periodicidade de reuniões? _____

- () Não sabe informar
- () Não se aplica

2.3 Na sua opinião, com que frequência as decisões e encaminhamentos dos espaços de gestão são incorporados na reorganização dos processos de trabalho?

- () Sempre
- () Muitas vezes / a maioria das vezes
- () Algumas vezes / ocasionalmente
- () Poucas vezes / raramente
- () Nunca
- () Não sabe informar
- () Não se aplica

3. Há alguma estratégia de escuta para usuárias e/ou familiares, trabalhadores e residentes, em curso no serviço?

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

3.1. Qual a sua percepção sobre o uso das informações coletadas pelas estratégias de escuta para a qualificação dos processos de trabalho?

4. Qual a sua percepção sobre o uso das informações do monitoramento para reorganização das práticas?

Perguntas 5-5.1.2 específicas para obstetrícia

5. O serviço realiza discussões sistemáticas sobre os casos de morbidade materna grave?

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

5.1. Se sim, é realizado *feedback* às equipes assistenciais sobre as discussões dos casos de morbidade materna grave?

5.1.2. Se sim, qual a sua percepção sobre o uso dessas informações para a reorganização das práticas?

6. O serviço realiza reuniões do comitê de óbitos maternos, neonatais e fetais ocorridos no serviço?

- Sim.
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

6.1 Se sim, qual a periodicidade de realização das reuniões? _____

- Não sabe informar
- Não se aplica

6.2. É realizado *feedback* às equipes assistenciais sobre as discussões dos óbitos maternos, neonatais e fetais ocorridos no serviço?

6.2.1 Se sim, qual a sua percepção sobre o uso dessas informações para a reorganização das práticas?

7. O serviço oferta visita prévia à maternidade para as gestantes vinculadas?

- Sim
- Não. Por quê?
- Não sabe informar

8. Como é disponibilizado transporte para gestantes, puérperas e recém-nascidos para outro hospital, em casos de urgência ou de indisponibilidade de vaga

- Ambulância própria
 SAMU
 Outro, qual? _____
 Não disponibiliza transporte
 Não sabe informar

9. Existem estratégias implantadas (ex.: marcação por telefone, formulário, agendamento *online*) para realização do agendamento da consulta pós-parto da puérpera e do bebê na 1ª semana de vida na Atenção Básica dos municípios atendidos?

- Sim
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

10. O serviço utiliza estratégias (ex.: intérprete de LIBRAS e de línguas estrangeiras) para facilitar a comunicação com as mulheres que necessitam?

- Sim
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

11. Qual a sua percepção quanto a adequação dos ambientes no que se refere à:

	PRIVACIDADE		CONFORTO		SEGURANÇA		Inexistente
	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado	Adequado	Inadequado	
Acolhimento							
Salas de exames							
Pré-parto coletivo							
Quarto PPP							
Sala de parto							
Sala cirúrgica							
Área de deambulação							
Alojamento conjunto							

Perguntas 12-14 específicas para obstetrícia

12. Qual a sua percepção quanto a suficiência de materiais e equipamentos que favorecem o parto fisiológico?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Chuveiro com controle de temperatura ou banheira				
Barra fixa ou escada de Ling				
Bola ou cavalinho				
Camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto				

13. Qual a sua percepção quanto a suficiência de materiais e equipamentos para o monitoramento do trabalho de parto?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Sonar Doppler				

14. Qual a sua percepção quanto a suficiência de materiais e equipamentos para assistência ao parto vaginal operatório e cesariana?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Fórceps				
Vácuo extrator				
Equipamentos e materiais para cesariana				

Perguntas 15-16 específicas para neonatologia

15. Qual a sua percepção quanto a suficiência de equipamentos e materiais para o atendimento imediato ao recém-nascido?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Material para identificação da mãe e do recém-nascido				
Berço aquecido				
Material para intubação				
Material para cateterismo umbilical				
Material para drenagem torácica e abdominal				

16. Qual a sua percepção quanto a suficiência de equipamentos e materiais para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Berço de acrílico				
Aspirador com manômetro e oxigênio				
Aparelho de fototerapia				
Material de emergência para reanimação				

Pergunta 17 específica para obstetrícia

17. Qual a sua percepção sobre a oferta de insumos e/ou medicamentos para gestantes e puérperas? No último semestre houve interrupção de medicamentos e/ou insumos para gestantes e puérperas? Se sim, qual(is)?

	Sim	Não	Não sabe informar
Antiarrítmicos			
Anti-hipertensivos			
Barbitúricos			
Benzodiazepínicos			
Broncodilatadores			
Diuréticos			
Drogas vasoativas, incluindo vasodilatador e vasoconstritor coronarianos			
Ocitocina			
Misoprostol			
Inibidores da contratilidade uterina			
Sulfato de magnésio 20% e 50%			
Anti-hemorrágicos			
Hidralazina 20 mg			
Nifedipina			
Aceleradores da maturidade pulmonar fetal			
Antibióticos			

Pergunta 18 específica para neonatologia

18. Qual a sua percepção sobre a oferta de insumos e/ou medicamentos para recém-nascidos? No último semestre houve interrupção de medicamentos e/ou insumos para recém-nascidos? Se sim, qual(is)?

	Sim	Não	Não sabe informar
Adrenalina diluída 1:10.000			
Bicarbonato de sódio 4,2%			
Vitamina K			

19. O serviço oferta os seguintes recursos diagnósticos:

	Sim, próprio	Sim, referenciado	Não	Não sabe informar
Laboratório clínico				
Laboratório de anatomia patológica				
Radiologia diagnóstica				
Serviço de ecocardiografia				

19.1 Na sua opinião em que medida os recursos diagnósticos acima listados são suficientes?

- () Suficiente
 () Insuficiente. Por quê?
 () Não sabe informar

20. Qual a sua percepção quanto a suficiência dos recursos assistenciais abaixo?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Terapia intensiva adulto				
Terapia intensiva neonatal				
Banco de leite humano				
Posto de coleta de leite humano com disponibilidade de leite humano ordenhado pasteurizado				
Assistência hemoterápica com disponibilidade de hemocomponentes				

21. Qual a sua percepção sobre a suficiência dos seguintes profissionais?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Médicos/as obstetras				
Enfermeiros/as obstetras				
Médicos/as anestesiastas				
Médicos/as pediatra ou neonatologistas				

22. Qual a sua percepção sobre a suficiência dos seguintes profissionais?

	Suficiente	Insuficiente	Inexistente	Não sabe informar
Psicólogo/a				
Assistente Social				
Nutricionista				
Farmacêutico/a				

23. O serviço oferta as especialidades médicas para as intercorrências?

	Sim, próprio	Sim, referenciado	Não	Não sabe informar
Assistência clínica cardiológica				
Nefrológica				
Neurológica				
Endocrinológica				
Psiquiátrica				
Cirurgia geral				
Cirurgia especializada				

23.1. Qual a sua percepção sobre a suficiência das especialidades médicas?

- Suficiente
- Insuficiente. Por quê?
- Não sabe informar

24. O serviço realizou, no último trimestre, atividades de qualificação com abordagem de temas étnico-raciais, gênero e voltadas para a prática clínica para as equipes?

- Sim, para ambas
- Sim, com foco com abordagem de temas étnico-raciais e de gênero
- Sim, com foco na prática clínica
- Não
- Não sabe informar

24.1 Na sua percepção essa atividade contribuiu para a qualificação das equipes?

- Sim. Por quê?
 Não. Por quê?

25. Qual a sua percepção sobre o uso dos protocolos disponibilizados pelo serviço?

Pergunta 26 específica para obstetrícia

26. Caso a gestante possua plano de parto elaborado este é aceito e utilizado na assistência?

- Sim. Em que esse instrumento contribui para a assistência?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

27. Na sua percepção são realizadas estratégias de comunicação para repasse de informações entre equipes de diferentes áreas e turnos?

- Sim, de forma rotineira
 Somente para casos específicos que demandam mais atenção
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

28. O serviço reuniu as equipes multiprofissionais para discussão sobre os processos de trabalho, no último trimestre?

- Sim
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

29. O registro das etapas e procedimentos da assistência (desde o processo de internação até a alta, identificando boas práticas e intervenções) é realizado por meio de prontuário único?

- Sim. Em que essa ação contribui para a assistência?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

Perguntas 29-32 específicas para obstetrícia

30. A classificação de risco em obstetrícia é realizada por profissional de nível superior?

- Sim. Em que essa ação contribui para a assistência?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

31. Neste serviço há atuação das Enfermeiras Obstétricas (EO) na assistência ao parto vaginal de risco habitual?

- Sim, sempre
 Sim, as vezes. Em que momentos?
 Não. Por quê?
 Não sabe informar

31.1 Na assistência ao parto realizada por EO há participação da equipe médica na tomada de decisões nas urgências e transferências?

- () Sim, sempre
 () Sim, as vezes. Em que momentos?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

31.2 Qual a sua opinião quanto a atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto vaginal de risco habitual?

32. Com que frequência as seguintes práticas são adotadas na assistência às mulheres?

	Sempre	Muitas vezes/ maioria das vezes	Algumas vezes/ ocasionalmente	Poucas vezes/ raramente	Nunca	Não sabe informar
Oferta de métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto						
Oferta de analgesia para o alívio da dor para mulheres que o solicitarem, após uso dos métodos não farmacológicos						
Incentivo à livre movimentação das gestantes durante o trabalho de parto						
Disponibilização de dieta líquida/leve às gestantes durante o trabalho de parto						
Incentivo a adoção de posição mais confortável para a mulher no momento do parto						

Pergunta 33 específica para neonatologia

33. Com que frequência as seguintes práticas são adotadas na assistência aos recém-nascidos?

	Sempre	Muitas vezes/ maioria das vezes	Algumas vezes/ ocasionalmente	Poucas vezes/ raramente	Nunca	Não sabe informar
Contato pele a pele imediatamente após o parto e de forma ininterrupta por pelo menos 1 hora, para o RN a termo sem necessidade de reanimação neonatal						
Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida para o RN a termo sem necessidade de reanimação						
Clampeamento do cordão umbilical em tempo oportuno (de 1 a 5 minutos após o nascimento) ou após cessadas suas pulsações, no caso de bebês que não necessitam cuidados especiais						
Retardamento do banho do RN - entre 6 e 24 horas após o nascimento						

34. Na sua opinião em que este conjunto de práticas contribui para a assistência à mulher e ao RN?

Pergunta 35 específica para obstetrícia

35. As intervenções a seguir são realizadas como rotina neste serviço no atendimento às mulheres?

	Sim	Não	Não sabe informar
Kristeller			
Enema			
Episiotomia			

Pergunta 36 específica para neonatologia

36. As intervenções a seguir são realizadas como rotina neste serviço no atendimento aos recém-nascidos?

	Sim	Não	Não sabe informar
Separação do RN da mãe			
Aspiração das vias aéreas e gástrica de rotina			
Profilaxia da oftalmia neonatal no momento do nascimento			

Perguntas 37-42 específicas para obstetrícia

37. É realizado o preenchimento do partograma em tempo real?

- () Sim. Em que contribui para a assistência?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

38. É realizada a avaliação do bem-estar fetal intraparto por meio da ausculta cardíaca fetal intermitente de rotina?

- () Sim. Em que contribui para a assistência?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

39. É utilizada ocitocina no terceiro período do parto?

- () Sim. Em que contribui para a assistência?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

40. É realizada avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto?

- () Sim. Em que contribui para a assistência?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

41. Passadas as duas primeiras horas do parto, é realizada avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino na puérpera, de 6 em 6 horas?

- () Sim. Em que contribui para a assistência?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

42. É realizada investigação sobre o estado emocional da puérpera?

- () Sim. Em que contribui para a assistência?
 () Não. Por quê?
 () Não sabe informar

Perguntas 43-44.1 específicas para neonatologia

43. É realizada avaliação do recém-nascido com análise de aspectos, tais como:

	Sim	Não	Não sabe informar
Pesagem			
Outras medidas antropométricas			
Exame físico			
Temperatura			
Ritmo e batimentos cardíacos			
Ausculata pulmonar			
Investigação de displasia de quadril			
Avaliação otológica			
Testes de reflexos			
Determinação de tipagem sanguínea, quando necessário			
Fator RH, quando necessário			
Bilirrubina, quando necessário			
Avaliação da pega do mamilo			
Avaliação do coto umbilical			

43.1 Sobre os itens não avaliados no exame físico do RN no Alojamento Conjunto: por que não são avaliados? Quais as dificuldades para sua realização?

44. Os testes de triagem neonatal são realizados neste serviço?

	Sim	Não	Não sabe informar
Teste da orelhinha			
Teste do olhinho			
Teste do coraçãozinho			
Teste da linguinha			

44.1. Sobre os testes não realizados na maternidade, quais as dificuldades para sua execução?

Pergunta 45 específica para obstetrícia

45. Em que medida são disponibilizadas informações (ex.: registro na caderneta de saúde da mulher, sumário de alta) sobre a assistência à mulher na maternidade para posterior acompanhamento da equipe da Atenção Básica?

- () Sempre
 () Muitas vezes / a maioria das vezes
 () Algumas vezes / ocasionalmente, por quê? _____
 () Poucas vezes / raramente, por quê? _____
 () Nunca, por quê? _____
 () Não sabe informar

Pergunta 46 específica para neonatologia

46. Em que medida são disponibilizadas informações (ex.: registro na caderneta de saúde da criança) sobre a assistência ao recém-nascido na maternidade para posterior acompanhamento da equipe da Atenção Básica?

- Sempre
- Muitas vezes / a maioria das vezes
- Algumas vezes / ocasionalmente, por quê? _____
- Poucas vezes / raramente, por quê? _____
- Nunca, por quê? _____
- Não sabe informar

47. Há algo mais que você gostaria de compartilhar sobre a assistência ao parto e nascimento ofertada neste serviço?

APÊNDICE H – INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA COM PUÉRPERAS

MATERNIDADE: _____

Data da entrevista: _____

Duração: _____

IDENTIFICAÇÃO

Código: _____

Situação conjugal: () Casada no papel () União estável () Vive com companheiro/a () Solteira
() Divorciada/separada () Viúva

Raça/cor: () branca () parda () preta () amarela () indígena

Telefone: () _____

Local de residência – município e bairro: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Número de gestações: _____ Número de filhos: _____

Idade: _____

Horário do nascimento deste bebê:

Dia da semana do nascimento deste bebê:

() Parto vaginal () Parto vaginal operatório () Cesárea () Entrou em trabalho de parto

1. Conte-me como está sendo a experiência de nascimento de seu(sua) filho(a) nesta maternidade? O que foi bom? O que poderia melhorar?

Perguntas de seguimento:

Você teve o parto que queria?

Em algum momento a sua gravidez e/ou parto foram considerados de risco? Se sim, por quê?

Você se sentiu tratada com atenção e respeito pelos profissionais de saúde? Se não, por quê?

2. Gostaria que me contasse o que aconteceu assim que você chegou neste hospital?

Perguntas de seguimento:

Você foi examinada por algum profissional de saúde logo que chegou na maternidade?

O que foi feito no primeiro atendimento?

Perguntou sobre pré-natal? Pediu caderneta?

O(a) profissional fez alguma orientação para você? Como ele(a) orientou?

Após a avaliação desse(a) profissional, o que foi realizado?

Essa foi a primeira maternidade que você procurou?

3. Conte-me sobre a sua experiência durante o trabalho de parto e parto?

Perguntas de seguimento:

Você tinha plano de parto? Pode ser utilizado?

Você pode se movimentar durante o trabalho de parto?

Você pode se alimentar durante o trabalho de parto?

Foi oferecido algum método não farmacológico para alívio da dor? Se sim, qual? Como foi a experiência de utilizar?

Em algum momento você solicitou analgesia? Se sim, foi ofertado? Se não, por quê?

Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê?

O seu períneo (vagina) foi cortado?

Em qual posição o seu bebê nasceu? Pode escolher a posição no momento da expulsão/na hora de ter o bebê? Se não, por quê?

Você foi para outro lugar para o nascimento do seu bebê?

Depois do parto, foi realizada a sua avaliação? Se não, por quê? Se sim, foi realizada mais de uma vez? Foi perguntado a você sobre como está se sentindo (emocionalmente)?

4. Gostaria que me contasse o que aconteceu com o seu bebê após o parto?

Perguntas de seguimento:

Desde que nasceu até agora, em algum momento o seu bebê foi separado de você? Se sim, quando e por quê?

O seu bebê foi colocado em contato direto com a sua pele logo após o nascimento? Se não, por quê?

Você foi estimulada a amamentá-lo logo após o nascimento? Se não, por quê?

Você sabe em que momento foi cortado o cordão umbilical?

Foi realizada aspiração das vias aéreas e gástrica do bebê?

Foi utilizado colírio no olho do bebê?

Em que momento o seu bebê tomou banho?

Foi realizada a avaliação do bebê no alojamento conjunto? Se não, por quê?

5. Como você se sente em relação às orientações recebidas desde que chegou na maternidade?

Perguntas de seguimento:

Você foi consultada se concordava ou não com a realização dos exames e procedimentos?

Você pôde esclarecer dúvidas sobre os exames e procedimentos?

Você se sentiu à vontade para perguntar sobre qualquer coisa para os profissionais?

Você se sentiu satisfeita com as respostas?

6. Quais são as suas impressões sobre as condições dos locais onde você recebeu atendimento neste hospital?

Perguntas de seguimento:

Os ambientes oferecem privacidade, conforto, segurança?

Quais são suas impressões sobre a sinalização nos principais espaços da maternidade (recepção, acolhimento, ambientes de parto, alojamento conjunto)?

Você percebeu se faltou algum material/medicamento para seu atendimento?

7. Em sua opinião o serviço oferece condições para a presença do acompanhante? Por quê?

Perguntas de seguimento:

Havia uma poltrona para o acompanhante? Era removível e reclinável?

Você pode escolher seu acompanhante?

O acompanhante pode permanecer o tempo todo com você? Se não, por quê?

8. Há algo mais que você gostaria de contar sobre o atendimento recebido nesta maternidade?

Perguntas após a alta:

9. A partir das orientações recebidas, você se sente segura para os cuidados com você e com seu bebê? Por quê?

10. Antes da alta foi conversado com você sobre:

- Presença de hemorragia
- Febre
- Dor
- Edema
- Procurar Unidade Básica de Saúde para a primeira consulta após o parto
- Amamentação
- Banho do bebê
- Cuidados com o umbigo
- Sinais de alerta em relação ao bebê: febre, perda de peso, falta de apetite
- Evitar ambientes fechados, com muita gente ou com pessoas apresentando sinais e sintomas de doenças infectocontagiosas
- Prevenção da morte súbita do recém-nascido
- Transporte seguro do recém-nascido

APÊNDICE I - MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR AO PARTO E NASCIMENTO

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Político-Organizacional	Mecanismos de gestão	Gestão compartilhada	Existência e funcionamento de espaços de gestão com participação de gestores trabalhadores e residentes	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-GA
			Percepção sobre a incorporação dos encaminhamentos dos espaços de gestão na reorganização do processo de trabalho				
		Estratégias de escuta sobre a experiência no serviço	Existência de escuta e devolutiva para usuárias e/ou familiares, trabalhadores e residentes	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Percepção sobre o uso das informações coletadas para a qualificação dos processos de trabalho				
		Gestão da Informação	Monitoramento de indicadores relacionados ao parto e nascimento	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		AD
			Monitoramento dos indicadores de realização dos testes em recém-nascidos				AD
			Percepção sobre o uso das informações do monitoramento para reorganização das práticas				E-GA
			Divulgação pública dos indicadores				OBS
			Acompanhamento sistemático de indicadores relacionados ao parto e nascimento definidos pela gestão do SUS				AD
		Monitoramento da morbidade materna grave	Discussões sistemáticas sobre os casos de morbidade materna grave	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Feedback às equipes assistenciais acerca das discussões sobre os casos de morbidade materna grave e uso das informações para reorganização das práticas				E-A

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Político-Organizacional	Mecanismos de gestão	Monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal	Discussões sistemáticas sobre os óbitos maternos, neonatais e fetais ocorridos no serviço	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-GA
			Feedback às equipes assistenciais acerca das discussões sobre os óbitos ocorridos no serviço e uso das informações para reorganização das práticas				E-A
		Articulação em rede	Visita prévia à maternidade para as gestantes vinculadas ao serviço	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Disponibilidade de transporte para gestantes, puérperas e recém-nascido para outro hospital em casos de urgência e/ou de indisponibilidade de vaga				
			Agendamento da consulta pós-parto da puérpera e do bebê na 1ª semana de vida na Atenção Básica de todos os municípios atendidos				
			Pactuação anual de ações de assistência hospitalar ao parto e nascimento com a gestão do SUS				AD
	Infraestrutura	Acessibilidade	Entorno da maternidade em condições favoráveis de deslocamento	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	OBS
			Mobilidade para pessoas que dificuldade de locomoção				
			Sinalização nos principais espaços do serviço				
			Identificação dos profissionais com uso de crachá ou outra forma de identificação				
Uso de estratégias para facilitar a comunicação durante a assistência, de acordo com as necessidades das usuárias			E-GA				

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Político-Organizacional	Infraestrutura	Ambiência	Adequação dos ambientes quanto à privacidade	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-GA
			Adequação dos ambientes quanto ao conforto				
			Adequação dos ambientes quanto à segurança				
		Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante	Suficiência de materiais que favoreçam o parto fisiológico	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Suficiência de equipamento para o monitoramento do trabalho de parto				
			Suficiência de equipamentos e materiais para assistência ao parto vaginal operatório e cesariana				
			Suficiência de poltrona reclinável e removível para o acompanhante				
		Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos	Suficiência de equipamentos e materiais para o atendimento imediato ao recém-nascido	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Suficiência de equipamentos e materiais para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto				
		Disponibilidade de medicamentos e insumos	Disponibilidade de medicamentos para gestantes e puérperas	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Disponibilidade de medicamentos para recém-nascidos				
		Suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais	Suficiência de recursos diagnósticos	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Suficiência de recursos de terapia intensiva e para aleitamento materno				
			Suficiência de recursos hemoterápicos				

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Político-Organizacional	Pessoal	Adequação de pessoal clínico	Suficiência de equipe básica para assistência ao parto e nascimento	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-GA
			Suficiência de profissionais de apoio ao parto e nascimento				
		Suporte especializado	Suficiência de especialidades médicas	3,0	Satisfatório: 100% Insatisfatório: $<100\%$		E-GA
		Equipes qualificadas	Capacitação com abordagem étnico-racial e de gênero para as equipes	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
Capacitações voltadas para a prática clínica para as equipes							
Tático-Operacional	Organização da assistência	Padronização da assistência	Uso de protocolos de assistência ao parto e nascimento	3,0	Satisfatório: 100% Insatisfatório: $<100\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-A
		Compartilhamento de informações e decisões	Orientações e informações para as usuárias sobre a assistência	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-P
			Aceitação do plano de parto, quando existente				
		Trabalho em equipe	Comunicação entre as equipes	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-A
Discussões sistemáticas sobre os processos de trabalho com as equipes assistenciais							
Registro das atividades assistenciais	Uso do prontuário único	3,0	Satisfatório: 100% Insatisfatório: $<100\%$	E-A			

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Tático-Operacional	Organização da assistência	Presença de acompanhante	Escolha de acompanhante pela mulher	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-P
			Presença de acompanhante em todos os momentos da internação				
	Cuidado ao parto e nascimento	Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia	Realização de classificação de risco por profissional de nível superior	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-GA
			Monitoramento dos tempos de espera				AD
			Solicitação de informações registradas no pré-natal				E-P
		Atuação de Enfermeiras Obstétricas na assistência ao parto	Assistência às mulheres realizada por Enfermeira Obstétrica no parto vaginal de risco habitual	3,0	Satisfatório: 100% Insatisfatório: $<100\%$		E-GA
		Uso de práticas recomendadas	Adoção de práticas recomendadas para as mulheres durante o trabalho de parto e parto	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-GA
			Adoção de práticas recomendadas para o recém-nascido				
	Supressão de práticas não recomendadas	Supressão de práticas não recomendadas para as mulheres durante o trabalho de parto e parto	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-GA		
		Supressão de práticas não recomendadas para o recém-nascido					

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Tático-Operacional	Cuidado ao parto e nascimento	Monitoramento do trabalho de parto	Registro da evolução do trabalho de parto no partograma	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-A
			Avaliação do bem-estar fetal intraparto				
	Acompanhamento no pós-parto	Prevenção da hemorragia pós-parto	Uso de ocitocina	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-A
			Avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino				
		Avaliação da puérpera	Realização de exame de rotina pós-parto	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-A
			Investigação sobre o estado emocional				
		Avaliação do recém-nascido	Realização de avaliação do recém-nascido	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-A
			Presença da mãe ou acompanhante durante avaliação do recém-nascido				
			Realização dos testes de triagem neonatal				
		Condições para o seguimento da puérpera na Atenção Básica	Orientações para as puérperas	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$		E-P
	Disponibilidade de informações sobre a assistência à mulher na maternidade		E-A				

Dimensão	Subdimensão	Indicador	Medida	Valor Máximo Esperado (VME)	Resultado indicadores	Agregação*	Fonte
Tático-Operacional	Acompanhamento no pós-parto	Condições para o seguimento do recém-nascido na Atenção Básica	Orientações sobre os cuidados com recém-nascido	3,0	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	Satisfatório: $\geq 75\%$ Parcialmente satisfatório: entre 74% e 50% Insatisfatório: $<50\%$	E-P
			Disponibilidade de informações sobre a assistência ao recém-nascido na maternidade				E-A

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: E-GA: Entrevista com gestores e trabalhadores assistenciais; E-A: Entrevista com trabalhadores assistenciais; E-P: Entrevista com puérperas; OBS: Observação; AD: análise documental

*Refere-se à agregação para os resultados das subdimensões, dimensões e da assistência hospitalar ao parto e nascimento

APÊNDICE J - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ENTREVISTA EA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um estudo de avaliabilidade”. Esta pesquisa está associada ao projeto de doutorado de Célia Adriana Nicolotti, do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Professora Dr^a Josimari Telino de Lacerda. Este estudo tem por objetivo construir e validar um modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Trata-se de um estudo que compõe o processo de construção de um modelo avaliativo e apreciação deste por especialistas da área, o qual se justifica pela escassez de estudos sobre o tema.

Você foi selecionado(a) por ser referência no campo de conhecimento de avaliação em saúde, saúde das mulheres, no campo da assistência hospitalar ao parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde e/ou por representar movimento de mulheres envolvido com o tema da saúde das mulheres.

Sua participação nesta pesquisa consistirá inicialmente em uma entrevista individual, presencial ou via internet por chamada de vídeo, conforme sua disponibilidade e preferência, sobre o tema assistência hospitalar ao parto e nascimento. Posteriormente você poderá participar da validação do modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento, em que será enviado a você, por meio de formulário eletrônico (o qual não permite a identificação do respondente), onde caberá a você responder sobre a discordância ou concordância plena/parcial quanto aos modelos e matriz de análise e julgamento. O modelo avaliativo discutido nessa primeira etapa será consolidado e devolvido aos participantes para nova validação, até que se alcance pelo menos 80% de concordância. Ressalta-se que sua participação em quaisquer etapas da pesquisa é facultativa.

A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente agendado e algum constrangimento na emissão de opinião sobre o material analisado, principalmente aqueles com opiniões divergentes. Para minimizar tal exposição, as opiniões emitidas sobre o modelo avaliativo nas etapas realizadas individualmente serão mantidas em anonimato em todas as etapas da pesquisa. Quanto aos benefícios, não há benefícios diretos a você, mas sua contribuição no estudo permitirá o desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas avaliativas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos da assistência hospitalar ao parto e nascimento, o que pode contribuir para melhoria da assistência.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e na divulgação dos resultados o nome ou qualquer outra forma de identificação dos participantes não aparecerá, preservando o sigilo quanto a sua participação. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Entretanto, existe a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Também é compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de indenização por dano decorrente da pesquisa e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa, além de qualquer assistência que seja necessária. Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa.

Eu, Josimari Telino de Lacerda, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da regulamentação da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável, que deverá ser escaneada ou fotografada digitalmente e encaminhada por correio eletrônico. A sua via deve ser guardada cuidadosamente, uma vez que se trata de um documento que apresenta informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A sua assinatura poderá ser realizada digitalmente, caso possua assinatura digital e escolha esta opção. Caso contrário você poderá imprimir duas vias do Termo, assinar e escanear ou fotografar digitalmente uma via para encaminhamento por correio eletrônico à pesquisadora.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, doutoranda e Comitê de Ética onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos:

Pesquisadora responsável

Josimari Telino de Lacerda

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (xx) xxxxx-xxxx, e-mail: xxx

Doutoranda

Célia Adriana Nicolotti

Endereço: xxx, telefone (048) 3721-9388, e-mail: xxxx

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC: órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos.

Contato CEPESH/UFSC: Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; email: cep.propesq@contato.ufsc.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e RG do(a) participante: _____

Assinatura e RG da pesquisadora responsável: _____

Assinatura e RG da doutoranda: _____

APÊNDICE K - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- PARTICIPANTES DELPHI



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um estudo de avaliabilidade”. Esta pesquisa está associada ao projeto de doutorado de Célia Adriana Nicolotti, do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, orientado pela Professora Dr^a Josimari Telino de Lacerda. Este estudo tem por objetivo construir e validar um modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Trata-se de um estudo que compõe o processo de construção de um modelo avaliativo e apreciação deste por especialistas da área, o qual se justifica pela escassez de estudos sobre o tema.

Você foi selecionado(a) por ser referência no campo de conhecimento de avaliação em saúde, saúde das mulheres, no campo da assistência hospitalar ao parto e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde e/ou por representar movimento de mulheres envolvido com o tema da saúde das mulheres.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na validação do modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento que será enviado a você, por meio de formulário eletrônico (o qual não permite a identificação do respondente). Caberá a você responder sobre a discordância ou concordância plena/parcial quanto aos modelos e matriz de análise e julgamento. O modelo avaliativo considerado aprovado quando obtiver 80% de concordância. Ressalta-se que sua participação em quaisquer etapas da pesquisa é facultativa.

A sua participação nesta pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente agendado e algum constrangimento na emissão de opinião sobre o material analisado frente a outros especialistas, principalmente aqueles com opiniões divergentes. Para minimizar tal exposição, as opiniões emitidas sobre o modelo avaliativo nas etapas realizadas individualmente serão mantidas em anonimato durante todas as etapas da pesquisa. Quanto aos benefícios, não há benefícios diretos a você, mas sua contribuição no estudo permitirá o desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas avaliativas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos da assistência hospitalar ao parto e nascimento, o que pode contribuir para melhoria da assistência.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e, na divulgação dos resultados, o nome ou qualquer outra forma de identificação dos participantes não aparecerá, preservando o sigilo quanto a sua participação. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Entretanto, existe a possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Também é compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de indenização por dano decorrente da pesquisa e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa, além de qualquer assistência que seja necessária.

Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa.

Eu, Josimari Telino de Lacerda, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da regulamentação da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável, que deverá ser escaneada ou fotografada digitalmente e encaminhada por correio eletrônico. A sua via deve ser guardada cuidadosamente, uma vez que se trata de um documento que apresenta informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa. A sua assinatura poderá ser realizada digitalmente, caso possua assinatura digital e escolha esta opção. Caso contrário você poderá imprimir duas vias do Termo, assinar e escanear ou fotografar digitalmente uma via para encaminhamento por correio eletrônico à pesquisadora.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, doutoranda e Comitê de Ética onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos:

Pesquisadora responsável

Josimari Telino de Lacerda

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (xx) xxxxx-xxxx, e-mail: xxx

Doutoranda

Célia Adriana Nicolotti

Endereço: xxx, telefone (xx) xxxxx, e-mail: xxx

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC: órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos.

Contato CEPESH/UFSC: Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

_____, ____ de _____ de 20__.

Assinatura e RG do(a) participante: _____

Assinatura e RG da pesquisadora responsável: _____

Assinatura e RG da doutoranda: _____

APÊNDICE L - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ENTREVISTA GESTORES E TRABALHADORES ASSISTENCIAIS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “**Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento**” que está associada ao projeto de doutorado de Célia Adriana Nicolotti, sob orientação da professora Dra Josimari Telino de Lacerda, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Este estudo tem por objetivo “avaliar a assistência ao parto e nascimento em hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS”. Você foi selecionado(a) por sua atuação profissional, enquanto profissional da gestão ou da assistência.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista individual, em que serão realizadas perguntas a você sobre como é organizada e realizada a assistência ao parto e nascimento, no âmbito da gestão e da assistência hospitalar. Serão solicitados alguns documentos a você, para complementar as informações da entrevista, como relatórios, entre outros, conforme evidenciarmos a necessidade no decorrer da entrevista, e mediante a possibilidade de você fornecer tais documentos para análise. A entrevista terá duração de uma a duas horas, será realizada em local reservado e será gravada em áudio.

A pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente agendado, em função da amplitude de temas a serem discutidos, além de algum constrangimento ao emitir a opinião sobre seu trabalho, sobre alguns temas que tenha menor facilidade para tratar ou sobre questões que envolvem outros profissionais, gestores e/ou usuários. Para minimizar os riscos a pesquisadora se compromete a interromper a entrevista caso esta esteja muito longa, e encerrá-la ou retomar em outro momento mais conveniente. Além disso, a questão do constrangimento será atendida no sentido de deixá-lo o mais confortável possível, para não falar de temas que não se sinta seguro, bem como a garantia do sigilo quanto a sua identidade, e sobre os resultados sistematizados que serão mantidos em anonimato e sigilo durante todas as etapas da pesquisa. Não há benefícios diretos a você, mas a sua contribuição no estudo permitirá o desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas avaliativas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos da assistência hospitalar ao parto e nascimento, o que pode contribuir para melhoria da assistência.

Os benefícios aos hospitais envolvem ter ao final do estudo os resultados da avaliação, os quais poderão ser utilizados para melhorar o processo de assistência ao parto e nascimento no serviço. Além disso, reconhecer os fatores que facilitam e os que dificultam a implementação da assistência ao parto e nascimento poderá contribuir para identificar ações que poder melhorar a realização dessa assistência em diferentes realidades.

Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará qualquer prejuízo.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e na divulgação dos resultados o nome ou qualquer outra forma de identificação dos participantes não aparecerá, preservando o sigilo quanto a sua participação. As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo. Entretanto, existe a

possibilidade, ainda que remota, de quebra de sigilo, involuntária e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da lei.

A pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes. Também é compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de indenização por dano decorrente da pesquisa e o ressarcimento das despesas diretamente decorrentes de sua participação na pesquisa, além de qualquer assistência que seja necessária. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes e durante a pesquisa.

Eu, Josimari Telino de Lacerda, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da regulamentação da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. A sua via deve ser guardada cuidadosamente, uma vez que se trata de um documento que apresenta informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, doutoranda e Comitê de Ética onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos:

Pesquisadora responsável

Josimari Telino de Lacerda

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (xx) xxxxx-xxxx, e-mail: xxx

Doutoranda

Célia Adriana Nicolotti

Endereço xxx, telefone (xx) xxxxx-xxxx, e-mail: xxx

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC: órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos.

Contato CEPESH/UFSC: Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Eu, _____, RG _____, li este documento e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento”.

_____, de _____ de 20__.

Assinatura e RG do(a) participante: _____

Assinatura e RG da pesquisadora responsável: _____

Assinatura e RG da doutoranda: _____

APÊNDICE M - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ENTREVISTA PUÉRPERAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada “**Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento**” que está associada ao projeto de doutorado de Célia Adriana Nicolotti, sob orientação da professora Dra Josimari Telino de Lacerda, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de um estudo que fará a avaliação da assistência ao parto e nascimento no hospital. Você foi selecionada por ter passado pelo atendimento do seu trabalho de parto, parto e pós-parto neste hospital.

Sua participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista individual, em que serão feitas perguntas a você sobre como você foi atendida e sobre o cuidado que recebeu dos profissionais de saúde deste hospital no momento do trabalho de parto, parto e pós-parto.

A entrevista durará entre uma e duas horas, será realizada no hospital, em uma sala reservada, para que outras pessoas não escutem o que você falar, e será gravada em áudio.

A sua participação na pesquisa poderá lhe trazer o incômodo de dispor de tempo além do que foi agendado, pois se trata de vários assuntos a serem discutidos, além de algum constrangimento ou vergonha ao falar sobre alguns assuntos que você não está acostumada a conversar, ou constrangimento ou vergonha e medo/receio de falar sobre os profissionais de saúde que lhe atenderam. Pode também causar alterações emocionais decorrente de lembranças do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto. Para diminuir esses riscos nos comprometemos a interromper a entrevista caso esteja muito longa, ou se você estiver cansada, e encerrá-la ou retomar em outro momento que seja melhor para você. Sobre o constrangimento ou vergonha, você pode ficar a vontade para não falar de temas que não se sintam bem ou confortável, além disso, tudo o que você falar será mantido em sigilo, ou seja, ninguém saberá que foi você que falou, e nenhum profissional de saúde saberá o que você falou. Em caso de necessidade, frente às questões emocionais as pesquisadoras se comprometem a providenciar e encaminhar para atendimento psicológico. A sua participação nessa pesquisa não terá nenhum prejuízo ou benefício em relação ao seu atendimento no hospital.

Quanto aos benefícios, não há benefícios diretos a você nesse momento, mas sim para o hospital que terá, ao final do estudo, os resultados de um processo avaliativo que poderá ser utilizado para melhorar o cuidado às mulheres no momento de trabalho de parto, parto e pós-parto que são atendidas nos hospitais, ou seja, terá benefícios para outras mulheres no futuro. Além disso, identificar o que facilita e o que dificulta a implementação da assistência ao parto e nascimento poderá contribuir para identificar ações que podem melhorar a realização dessa assistência em diferentes realidades.

Sua participação não é obrigatória, não implicará em qualquer tipo de despesa e não prevê qualquer tipo de remuneração. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa desistência ou retirada de consentimento não lhe acarretará qualquer prejuízo. É compromisso da pesquisadora responsável por esta pesquisa a garantia de ressarcimento/reembolso e cobertura de qualquer despesa tida por você, indenização em caso de eventuais problemas causados pela mesma, além de qualquer assistência que seja necessária,

mesmo para as condições não previstas nesse termo de consentimento. Todas as suas dúvidas serão esclarecidas antes, durante e após a pesquisa.

As pesquisadoras serão as únicas a ter acesso aos dados da pesquisa e tomarão todas as providências necessárias para manter o sigilo, mas sempre existe a remota possibilidade da quebra do sigilo, mesmo que involuntário e não intencional, cujas consequências serão tratadas nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros acadêmicos ou revistas científicas de forma consolidada, sem qualquer identificação dos participantes e do hospital.

Eu, Josimari Telino de Lacerda, declaro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV.3, bem como todas as recomendações da regulamentação da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. A sua via deve ser guardada cuidadosamente, uma vez que se trata de um documento que apresenta informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável, doutoranda e Comitê de Ética onde você poderá sanar dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, a qualquer momento.

Contatos:

Pesquisadora responsável

Josimari Telino de Lacerda

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Rua Delfino Conti, s/nº, Bloco H. Bairro Trindade, CEP 88040-370 Florianópolis, telefone (048) 3721-9388 ou (xx) xxxxx-xxxx, e-mail: xxx

Doutoranda

Célia Adriana Nicolotti

Endereço xxx, telefone (xx) xxxxx-xxxx e-mail: xxx

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEPESH/UFSC: órgão colegiado voltado a defesa dos interesses dos participantes da pesquisa quanto a sua integridade e dignidade e a contribuir com a realização da pesquisa dentro de padrões éticos.

Contato CEPESH/UFSC: Prédio Reitoria II. R: Desembargador Vítor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC. CEP 88.040-400. Telefone: (48) 3721-6094; e-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Eu, _____, RG, li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive das pesquisadoras todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecida e optar por livre e espontânea vontade participar da pesquisa “Avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento”.

_____, de _____ de 20__.

Assinatura e RG do(a) participante: _____

Assinatura e RG da pesquisadora responsável: _____

Assinatura e RG da doutoranda: _____

ANEXO A – PARECER COMITÊ DE ÉTICA – ESTUDO DE AVALIABILIDADE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Assistência hospitalar ao parto e nascimento

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 01939418.8.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.121.213

Apresentação do Projeto:

Tese de doutorado de Célia Adriana Nicolotti do Curso de Pós Graduação em Saúde Coletiva, orientada por Josimari Telino de Lacerda.

Estudo prospectivo, com previsão de 8 participantes.

Crêterios de exclusão: Para participar da entrevista e da conferência de consenso serão identificados até seis profissionais que atuem na gestão ou assistência ao parto e nascimento, pesquisadores da área de Avaliação em Saúde e Saúde das Mulheres que fazem parte do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, bem como especialistas identificados por meio do currículo lattes. Por meio da internet, serão identificados movimentos de mulheres atuantes em Santa Catarina e duas representantes serão convidadas a participar do estudo.

Os participantes serão submetidos a: entrevista individual, presencial ou via internet por chamada de vídeo, conforme sua disponibilidade e preferência. Posteriormente participará da Conferência de Consenso, no qual será enviado, por meio de formulário eletrônico, o modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento (cabará responder sobre a discordância ou concordância plena/parcial quanto aos modelos e matriz de análise e julgamento). Em seguida, participará de uma oficina presencial para discutir o modelo avaliativo com os demais participantes do estudo. E, finalmente, o modelo avaliativo discutido na oficina presencial será enviado novamente via formulário eletrônico para sua apreciação final.

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.121.213

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Construir e validar um modelo avaliativo da assistência hospitalar ao parto e nascimento.
Objetivo Secundário: Identificar elementos teóricos e normativos para avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento; Elaborar Modelo Lógico do Programa e Modelo Teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento; Definir indicadores, medidas e parâmetros para composição da matriz de análise e julgamento; Discutir o modelo avaliativo com especialistas em saúde das mulheres e avaliação em saúde; Elencar estratégias metodológicas de aplicabilidade do modelo avaliativo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Análise de riscos está adequada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Não consta declaração da instituição onde será realizada a pesquisa, autorizando a pesquisa e comprometendo-se a cumprir os termos da res. 466/12. Os pesquisadores esclarecem que os especialistas serão recrutados a partir de análise do currículo Lattes, e que, portanto, não há associação em que eles estejam associados que deva comprometer-se com a pesquisa.

O cronograma informa que a coleta de dados acontecerá a partir de dezembro de 2018. O orçamento informa despesas de R\$ 3.907,50 com financiamento próprio. Consta do processo o questionário a ser aplicado aos participantes.

O TCLE é esclarecedor a respeito de objetivos, procedimentos, riscos e direitos dos participantes, e cumpre as exigências da res. 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade CEP: 88.040-400
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.121.213

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1234495.pdf	10/01/2019 15:27:39		Aceito
Outros	carta_ausencia_pendencia.pdf	10/01/2019 15:26:35	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comiteetica_ajustado.pdf	14/11/2018 12:04:39	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias.pdf	14/11/2018 12:02:25	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLLEAp.pdf	14/11/2018 12:00:22	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLLEAo.pdf	14/11/2018 12:00:11	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	carta_semcopart.pdf	10/10/2018 12:25:26	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/10/2018 12:24:45	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/10/2018 12:24:34	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	10/10/2018 11:59:28	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Janeiro de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA – ESTUDO DE CASOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Assistência Hospitalar ao Parto e Nascimento

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 12149219.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.344.848

Apresentação do Projeto:

'Avaliação da Assistência Hospitalar ao Parto e Nascimento'. Projeto de pesquisa que visa avaliar a assistência ao parto e nascimento orientada por boas práticas em hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS em Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência ao parto e nascimento orientada por boas práticas em hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS.

Objetivo Secundário:

- Aplicar um modelo de avaliação da assistência ao parto e nascimento orientada por boas práticas;
- Analisar os aspectos estruturais e de processos de trabalho da assistência ao parto e nascimento;
- Analisar os fatores que influenciam positiva ou negativamente a adoção de boas práticas na assistência hospitalar ao parto e nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Profissionais: A pesquisa poderá trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.344.848

agendado, em função da amplitude de temas a serem discutidos, além de algum constrangimento ao emitir a opinião sobre seu trabalho, sobre alguns temas que tenha menor facilidade para tratar ou sobre questões que envolvem outros profissionais, gestores e/ou usuários. Para minimizar os riscos a pesquisadora se compromete a interromper a

entrevista caso esta esteja muito longa, e encerrá-la ou retomar em outro momento mais conveniente. Além disso, a questão do constrangimento será atendida no sentido de deixar o participante o mais confortável possível para não falar de temas que não se sinta seguro, bem como a garantia do sigilo quanto a identidade do participante, e sobre os resultados sistematizados que serão mantidos em anonimato e sigilo durante todas as etapas da pesquisa. Puérperas: A pesquisa poderá trazer o incômodo de dispor de tempo além do previamente agendado, em função da amplitude de temas a serem discutidos, além de algum constrangimento, medo/receio ao emitir a opinião sobre o atendimento recebido pelos profissionais no hospital ou sobre alguns temas que tenha menor facilidade para tratar. Também podem ser vivenciadas lembranças do momento de trabalho de parto, parto e pós-parto

que podem aflorar sentimentos nem sempre positivos. Para minimizar os riscos a pesquisadora se compromete a interromper a entrevista caso esta esteja muito longa e/ou a puérpera esteja se sentindo incomodada em responder, e encerrá-la ou retomar em outro momento mais conveniente. Além disso, a questão do constrangimento será atendida no sentido de deixar a participante o mais confortável possível para não falar de temas que

não se sinta segura, além da garantia do sigilo quanto a identidade da participante, e quanto aos resultados que serão sistematizados e mantidos em anonimato e sigilo durante todas as etapas da pesquisa. Em caso de necessidade, frente às questões emocionais as pesquisadoras se comprometem a encaminhar para atendimento psicológico. Ressalta-se ainda que a participação na pesquisa não implica em nenhum benefício ou prejuízo em relação ao atendimento recebido no hospital, e que nenhum profissional de saúde terá conhecimento sobre o conteúdo da entrevista.

Benefícios:

Não há benefícios diretos aos participantes, mas a contribuição destes no estudo permitirá o desenvolvimento de modelos de avaliação para futuras pesquisas avaliativas, bem como a contribuição científica quanto aos aspectos teóricos e normativos da assistência hospitalar ao parto e nascimento, o que pode contribuir para melhoria da assistência.

Os benefícios aos hospitais envolvem ter ao final do estudo os resultados da avaliação, os quais poderão ser utilizados para melhorar o processo de

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.344.543

assistência ao parto e nascimento no serviço. Além disso, reconhecer os fatores que facilitam e os que dificultam a implementação da assistência ao parto e nascimento poderá contribuir para identificar ações que podem melhorar a realização dessa assistência em diferentes realidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente de um projeto de Tese de Doutorado de CÉLIA ADRIANA NICOLOTTI, orientado pela Profa. Dra. JOSIMARI TELINO DE LACERDA do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

da UFSC. Uma pesquisa avaliativa, de natureza quantitativa e qualitativa que será realizada em três hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS em Santa Catarina

caracterizando um estudo de caso. Com base em estudo anterior, o qual desenvolveu um modelo avaliativo, será realizada a avaliação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. A coleta de dados se dará por meio de entrevistas norteadas por roteiro semiestruturado e questionário aberto, análise documental, observação. Os participantes do estudo serão profissionais da gestão e assistência (médicos/as e enfermeiros/as obstetras e neonatologista) de cada hospital selecionado e puérperas maiores de idade que pariram no serviço selecionado. A análise dos dados quantitativos será realizada por meio de análise simples com descrição dos dados conforme as dimensões, subdimensões, indicadores/indicadores, medidas e parâmetros definidos pela Matriz de Análise e Julgamento. Na análise dos dados qualitativos provenientes das entrevistas, análise documental e da observação será utilizada a técnica de análise de conteúdo temática, que identificará a aproximação das respostas em relação à pergunta, o mapeamento e observações de acordo com a MAJ, os fatores de contexto e

fatores que influenciam positiva ou negativamente a assistência ao parto e nascimento. O tema tem relevância científica, a documentação está completa e os TCLEs atendem a todas as exigências da Resolução CNS nº466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a sua aprovação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO;
- 2) Projeto de pesquisa;
- 3) Autorização da [REDACTED];
- 4) Autorização do [REDACTED];

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.344.848

- 5) Autorização do [REDACTED]
- 6) Instrumentos - coleta de dados;
- 7) Matriz - MAJ;
- 8) TCLE - profissionais;
- 9) TCLE puerperas;
- 10) Orçamento;
- 11) CRONOGRAMA;
- 13) Folha de rosto.

Os TCLEs atendem na íntegra a Resolução CNS nº466/12.

Recomendações:

Recomendamos aos pesquisadores observar a exigência reiterada da CONEP aos nossos pareceres: "Com o objetivo de garantir a integridade do documento (TCLE), solicita-se que sejam inseridos os números de cada página, bem com a quantidade total delas, como por exemplo: "1 de X" e assim sucessivamente até a página "X de X"."

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram detectadas pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1333812.pdf	12/04/2019 11:51:13		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto.pdf	12/04/2019 11:50:13	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao [REDACTED].pdf	12/04/2019 11:48:47	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao [REDACTED].pdf	12/04/2019 11:48:27	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao [REDACTED].pdf	12/04/2019 11:48:16	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Outros	instrumentoscoleta.pdf	12/04/2019	CELIA ADRIANA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propeq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.344.848

Outros	instrumentoscoleta.pdf	11:47:51	NICOLOTTI	Aceito
Outros	MatrizMAJ.pdf	12/04/2019 11:45:09	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionais.pdf	12/04/2019 11:44:44	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpuerperas.pdf	12/04/2019 11:44:29	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/04/2019 11:44:15	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/04/2019 11:38:13	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	12/04/2019 11:37:59	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 23 de Maio de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO C – PARECER COMITÊ DE ÉTICA – EMENDA ESTUDO DE CASOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Assistência Hospitalar ao Parto e Nascimento

Pesquisador: JOSIMARI TELINO DE LACERDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12149219.9.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.437.199

Apresentação do Projeto:

"Avaliação da Assistência Hospitalar ao Parto e Nascimento". Projeto de pesquisa que visa avaliar a assistência ao parto e nascimento orientada por boas práticas em hospitais públicos e/ou conveniados ao SUS em Santa Catarina.

Objetivo da Pesquisa:

Solicitação de inclusão de outras duas Instituições para realização de pré-teste ou teste piloto em serviço que não fará parte da pesquisa, [REDACTED]

[REDACTED] As pesquisadoras consideraram que a realização do teste piloto poderá contribuir com a qualidade da coleta dos dados, já que haverá possibilidade de realização de ajustes nos instrumentos de coleta, caso seja necessário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não se aplica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata o presente da PRIMEIRA EMENDA do projeto de Tese de Doutorado "Avaliação da Assistência Hospitalar ao Parto e Nascimento", da aluna Célia Adriana Nicolotti orientado pela Profa. Dra. Josimari Telino de Lacerda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFSC. esta Emenda refere-se a solicitação de inclusão de outras duas Instituições para realização de pré-teste ou teste piloto em serviço que não fará parte da pesquisa, [REDACTED]

[REDACTED] As pesquisadoras

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 3.437.199

consideraram que a realização do teste piloto poderá contribuir com a qualidade da coleta dos dados, já que haverá possibilidade de realização de ajustes nos instrumentos de coleta, caso seja necessário. Foram anexados as Cartas de Anuência das 2 instituições, bem como novos TCLEs para o teste piloto com as puérperas e profissionais da saúde. Os TCLEs apresentados atendem a todas as exigências da Resolução CNS nº466/12 e suas complementares. Assim, recomendamos a aprovação desta Primeira Emenda.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguinte novos documentos obrigatórios:

- 1) PB - INFORMAÇÕES BÁSICA (JUSTIFICATIVA DA EMENDA);
- 2) Solicitação de autorização - [REDACTED].pdf
- 3) Aceite - [REDACTED].pdf (teste piloto);
- 4) TCLE - piloto puerperas;
- 5) TCLE - piloto profissionais/trabalhadores/gestores.

Os TCLEs atendem na íntegra a Resolução CNS nº466/12.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1377116_E1.pdf	11/06/2019 14:10:29		Aceito
Outros	solicitacaosolicitacao[REDACTED].pdf	11/06/2019 14:02:45	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Outros	aceite[REDACTED].pdf	11/06/2019 13:50:39	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Outros	emenda[REDACTED].pdf	11/06/2019 13:48:48	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
Outros	emendapiloto.pdf	11/06/2019 13:48:24	CELIA ADRIANA NICOLETTI	Aceito
TCLE / Termos de	TCLEpilotopuerperas.pdf	11/06/2019	CELIA ADRIANA	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.437.199

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpiloto puerperas.pdf	13:47:20	NICOLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpiloto profissionalistrabalhadoresestores.pdf	11/06/2019 13:47:06	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto completo jun 19.pdf	11/06/2019 13:46:51	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao [REDACTED].pdf	12/04/2019 11:48:47	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacao [REDACTED].pdf	12/04/2019 11:48:27	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaração [REDACTED].pdf	12/04/2019 11:48:16	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Outros	instrumentos coleta.pdf	12/04/2019 11:47:51	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Outros	MatrizMAJ.pdf	12/04/2019 11:45:09	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEprofissionais.pdf	12/04/2019 11:44:44	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpuerperas.pdf	12/04/2019 11:44:29	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	12/04/2019 11:44:15	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/04/2019 11:38:13	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	12/04/2019 11:37:59	CELIA ADRIANA NICOLOTTI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 3.437.199

FLORIANOPOLIS, 04 de Julho de 2019

Assinado por:
Maria Luiza Bazzo
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-8094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br