

Assistência hospitalar ao parto e nascimento: um Estudo de Avaliabilidade

Hospital care during childbirth: an Evaluability Assessment

Célia Adriana Nicolotti¹, Josimari Telino de Lacerda¹

DOI: 10.1590/0103-1104202213504

RESUMO O objetivo do estudo foi o de analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento considerando a descrição e modelização da intervenção, a identificação de elementos, contextos e interessados na avaliação e sua viabilidade. Estudo de Avaliabilidade com abordagem exploratória e qualitativa. Realizaram-se 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 considerar o cuidado humanizado, evidências científicas e direitos. As condições estruturais e 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, ampliação do conhecimento acerca do objeto e para a definição das estratégias metodológicas e instrumentos de coleta do estudo avaliativo a ser desenvolvido na sequência. O modelo avaliativo pode ser utilizado em outros contextos, com adaptações de acordo com cada realidade.

PALAVRAS-CHAVE Saúde das mulheres. Tocologia. Parto. Avaliação em saúde.

ABSTRACT *The aim was to analyze the evaluability of hospital care during childbirth, identify elements, contexts and actors to be considered in an evaluation plan and its feasibility. Evaluability Assessment with an exploratory and qualitative approach. A literature review, documents and interviews with stakeholders were carried out, the results of which guided the modeling of hospital care during childbirth. The evaluative model was submitted to consensus using the Delphi Method together with specialists in the area and strategies were defined for the development of an evaluative study. Childbirth care must observe humanized care, scientific evidence and rights. Structural and organizational conditions and the development of actions must ensure access, quality and satisfaction for women. The evaluation must contemplate the perspective of the different actors involved in the process. It was concluded that hospital care during childbirth is assessable and the Evaluability Assessment contributed to delimiting the scope of the evaluation and expanding knowledge about the object; for the definition of the methodological strategies and instruments of collection of the evaluation study to be developed in the sequence. The evaluative model can be used in other contexts, with adaptation according to each reality.*

KEYWORDS *Women's health. Midwifery. Parturition. Health evaluation.*

¹Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) – Florianópolis (SC), Brasil. celia.nicolotti@gmail.com



Introdução

A assistência hospitalar ao parto e nascimento faz parte do eixo obstétrico da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), que é uma política pública do Sistema Único de Saúde (SUS) e se orienta por seus princípios e suas diretrizes. Em 2011, passou a ser organizada como uma rede de atenção à saúde, denominada Rede Cegonha^{1,2}. Antes da publicação deste artigo, foi publicada a Portaria GM/MS nº 715/2022, que altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3/2017 e institui a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami).

O Brasil se destaca no cenário internacional por excessiva intervenção cirúrgica na assistência ao parto e nascimento. Em 2019, ocorreram cerca de três milhões de nascimentos, 98% realizados em hospitais, a maioria assistida por médicos, sendo 57% cesarianas³, número superior ao limite de 15% proposto por organismos internacionais⁴. 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^{5,6}.

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. No Brasil, há oferta desigual do cuidado hospitalar nas diferentes regiões, em especial em pequenos municípios, o que demanda esforços para a efetivação da regionalização. A integração entre os diferentes pontos de atenção com a vinculação das mulheres à unidade de referência pode contribuir para evitar as demoras no atendimento e a morbimortalidade materna e neonatal⁷.

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 elas reivindicam um tratamento mais digno e respeitoso durante a assistência⁸.

Para a garantia de resultados favoráveis, a assistência hospitalar ao parto e nascimento deve ser centrada nas necessidades de saúde, fundamentada em práticas baseadas em evidências científicas e considerar a evolução fisiológica do parto^{9,10}, 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, como 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, suas fragilidades, suas potencialidades e os aspectos a serem melhorados contribui para a tomada de decisões e para o aperfeiçoamento de políticas, programas, serviços ou ações avaliadas^{11,12}.

A assistência ao parto e nascimento tem sido objeto de estudos com distintos enfoques metodológicos. Dentre os estudos avaliativos, 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 emergência¹³⁻¹⁵. Não foram encontrados estudos de avaliabilidade relativos à assistência hospitalar ao parto e nascimento.

A realização prévia de um Estudo de Avaliabilidade (EA) 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 viabilidade¹⁶⁻¹⁸.

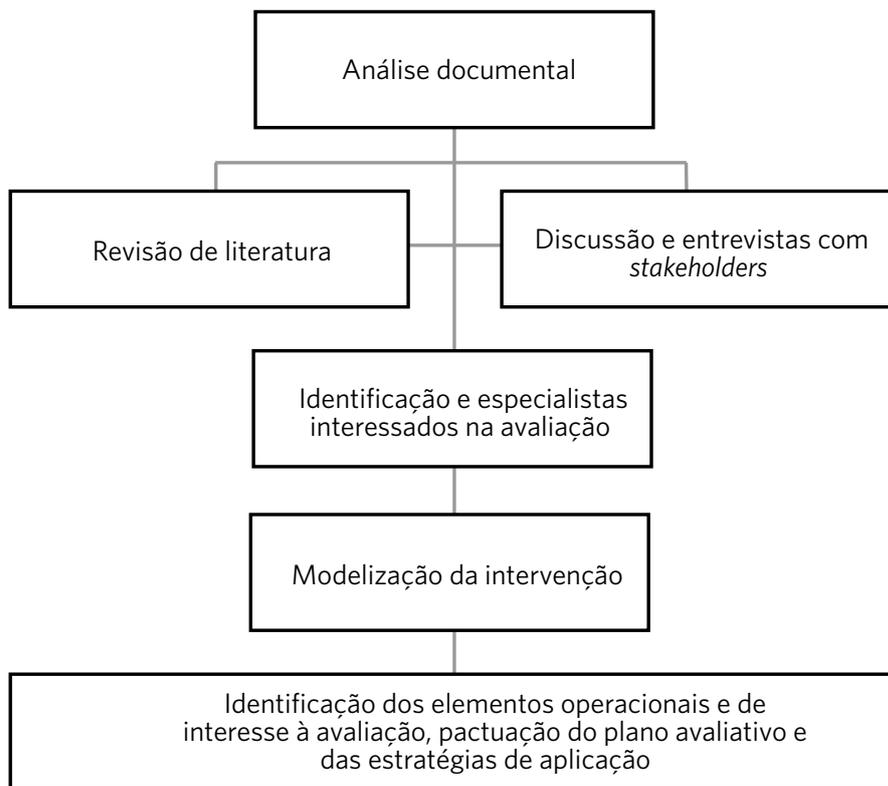
Considerando-se o exposto, o objetivo do estudo foi o de analisar a avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento considerando a descrição e modelização da intervenção, a identificação de elementos, contextos e interessados no processo avaliativo e sua viabilidade.

Material e métodos

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

A condução deste EA seguiu os pressupostos de Thurston e Ramaliu¹⁶ e de Trevisan e Walser¹⁷, assumindo um processo dinâmico, não estanque, em que os elementos podem ser revisitados (*figura 1*).

Figura 1. Etapas do Estudo de Avaliabilidade da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Brasil, 2021



Fonte: elaboração própria.

Para a descrição do programa e construção do modelo avaliativo, foram analisados documentos técnicos da Organização Mundial da Saúde (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 (*quadro 1*).

Quadro 1. Documentos e artigos científicos utilizados para a 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
<i>Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benefícios para a nutrição e a saúde de mães e crianças</i>	Organização Panamericana de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil	2013
<i>Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana</i>	Ministério da Saúde, Brasil	2016
<i>Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal</i>	Ministério da Saúde, Brasil	2017
<i>Portaria de consolidação nº 3/2017 - anexo II Rede Cegonha</i>	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 child-bearing 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: elaboração própria.

Além disso, foram utilizados artigos considerados de referência na temática da assistência humanizada ao parto e nascimento, tais como: Davis-Floyd¹⁹⁻²²; Diniz^{8,23}; Hotimsky, Schraiber²⁴; Rattner²⁵; Tornquist^{26,27}; Wagner^{28,29}; Biurrun-Garrido, Gobernadoras³⁰, dentre outros.

Com base na leitura e síntese dos artigos e documentos, foram elaboradas as versões

preliminares do modelo avaliativo, posteriormente analisadas e discutidas com integrantes do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Nepas) e docentes e discentes da disciplina de Seminários de Avaliação em Saúde, 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 implantação, realizaram-se seis entrevistas individuais com *stakeholders*. Os participantes foram selecionados por sua atuação na gestão em saúde das mulheres ou crianças em nível federal ou estadual (2), reconhecida atuação em maternidades brasileiras de referência na assistência ao parto e nascimento (2) e atuação no movimento de mulheres em âmbito nacional ou local (2).

As entrevistas foram realizadas presencialmente e à distância, entre os meses de fevereiro e abril de 2019, com apoio de um roteiro semiestruturado contendo perguntas sobre o contexto envolvido na implantação da assistência hospitalar ao parto e nascimento, seus objetivos, suas ações e seus resultados. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise.

Os dados coletados nas entrevistas, documentos e artigos foram analisados por meio da análise de conteúdo temática³¹ 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 utilizada a técnica de consenso 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 indivíduo³².

Os participantes do Delphi foram selecionados 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 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 ou discordância, foi solicitada justificativa e contribuição para alteração. Todas as contribuições foram analisadas e compiladas. O modelo com o texto ajustado foi reenviado 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.

Respeitaram-se os preceitos éticos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 2012. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da UFSC (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.

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 contextos internos e externos ao setor saúde e que podem influenciar a assistência ao parto e nascimento. Esses aspectos 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.

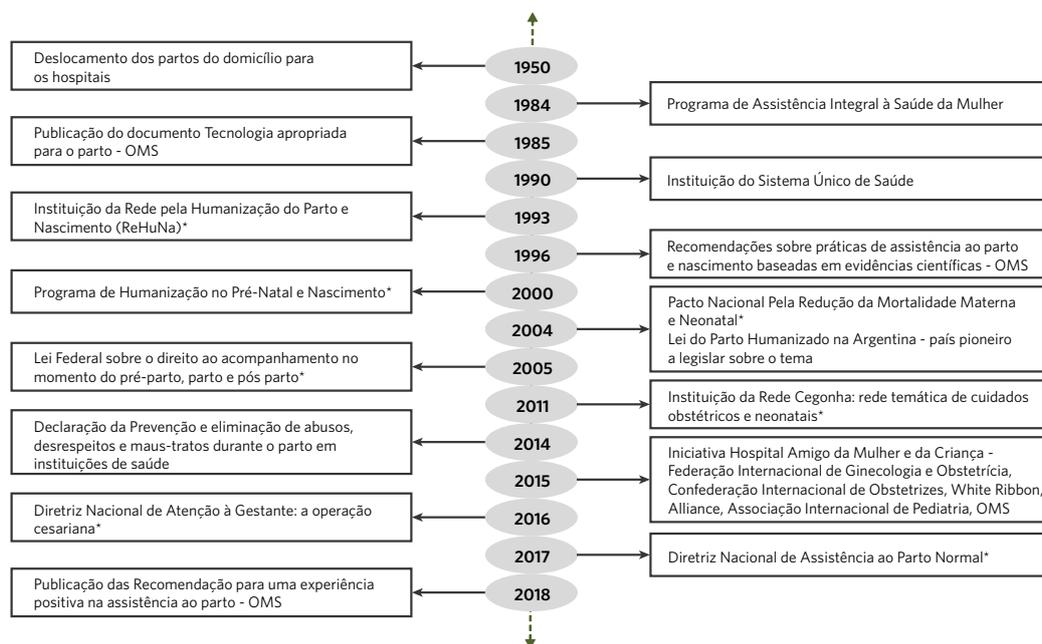
Ampliando o conhecimento sobre o programa

A atenção ao parto e nascimento sofreu profundas alterações ao longo do tempo e, na década de 1950, a institucionalização em âmbito hospitalar se consolidou³³.

Na *figura 2*, apresenta-se linha do tempo com os principais marcos após a institucionalização hospitalar do parto, na qual é possível observar a preocupação de organismos internacionais com recomendações e orientações para uma atenção humanizada, práticas baseadas em evidências científicas, respeito aos direitos da mulher e 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 de 1984³⁴. A instituição do SUS 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 2 . Principais marcos da assistência ao parto e nascimento, 2021



Fonte: elaboração própria.

*Marcos referentes ao Brasil.

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 nos 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 Unido³⁵⁻³⁸.

Alcançar uma experiência positiva de parto e nascimento para as mulheres e famílias é objetivo indicado pela OMS e por documentos oficiais do Reino Unido e Canadá^{10,37-39}. A World Health Organization (WHO)¹⁰ reforça também o objetivo de garantir o apoio contínuo às mulheres, tanto prático como emocional, por meio de equipe qualificada. Documentos brasileiros acrescentam a necessidade do atendimento em rede, melhoria do acesso e do acolhimento^{3,9,40}.

A perspectiva dos *stakeholders* sobre os objetivos converge para 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, reforça 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 e 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^{9,35,36,38,39}. 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 necessários³.

Os *stakeholders* ratificaram grande parte dos aspectos encontrados nos documentos e contribuíram para o detalhamento de questões ligadas 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).

Os *stakeholders* contribuíram também para questões tais como a importância da garantia de vaga para a gestante que chega ao hospital a partir da articulação com a atenção básica, pactuação do atendimento especializado, bem como na 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).

Também precisa ter pactuação de disponibilidade de sangue e hemocomponentes, de UTI materna e transporte seguro porque pode ser necessário e é fundamental para garantir a vida. Mas isso é para intercorrência, a maioria não vai precisar, mas se precisar, precisa ter acesso. (S1).

Os resultados da assistência ao parto e nascimento estavam bem expressos nos documentos. Os principais resultados identificados foram a melhoria dos 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^{3,9,10,35,36,38-40}.

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 sofre influência de diferentes contextos e atores sociais. As alterações devem estar alinhadas às prioridades locais e serem compartilhadas com 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 na atenção, os quais foram ratificados pelos *stakeholders* e especialistas. São eles a 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 grande lidar com a questão da sexualidade, vira questão de piada é a lésbica, a trans, as pessoas ficam conhecida 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 implantação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Os profissionais de saúde, em especial os obstetras, contribuem com seu posicionamento na construção de valores e crenças acerca dos modos de parir e de nascer⁴¹. Eles podem, por exemplo, levar mulheres a desejarem uma cesárea sem indicação clínica por acreditarem que é um processo menos doloroso, mais seguro e rápido⁴² ou a não se sentirem seguras para expor suas opiniões frente a profissionais de saúde. Esses profissionais devem reconhecer que cada mulher possui uma cultura própria e pode atribuir significados diferentes à vivência do parto²⁵.

[...] ter essa visão mais diferenciada para as mulheres de cor, étnicas, negras, como eu, indígenas, quilombolas, que a nossa realidade é diferente. Entendeu? Às vezes eu sofro ao muito 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, às evidências científicas e aos direitos⁴³,

[...] 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.

Desenvolvimento do modelo avaliativo

Com base nos principais aspectos da descrição da assistência hospitalar ao parto e nascimento, foram elaborados os modelos teórico e lógico, apresentados nas *figuras 3 e 4*, respectivamente.

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 assistência³⁰.

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 3* 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 implantação da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Esses 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 hospitalar⁴⁴.

Figura 3 . Representação esquemática do modelo teórico da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Dados da pesquisa, 2020



Fonte: elaboração própria.

MODELO LÓGICO

No campo da avaliação, a ideia que operacionaliza o objeto-modelo é a expressão modelo lógico⁴⁵ que, entre outras vantagens, possibilita a comunicação do objetivo principal do programa, com seus produtos e efeitos desejados⁴⁶. O fluxograma desse modelo lógico (figura 4) dá ênfase aos resultados, conforme Rush, Osborne, 1991¹¹.

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, puérperas e 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 ou 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 e impacto.

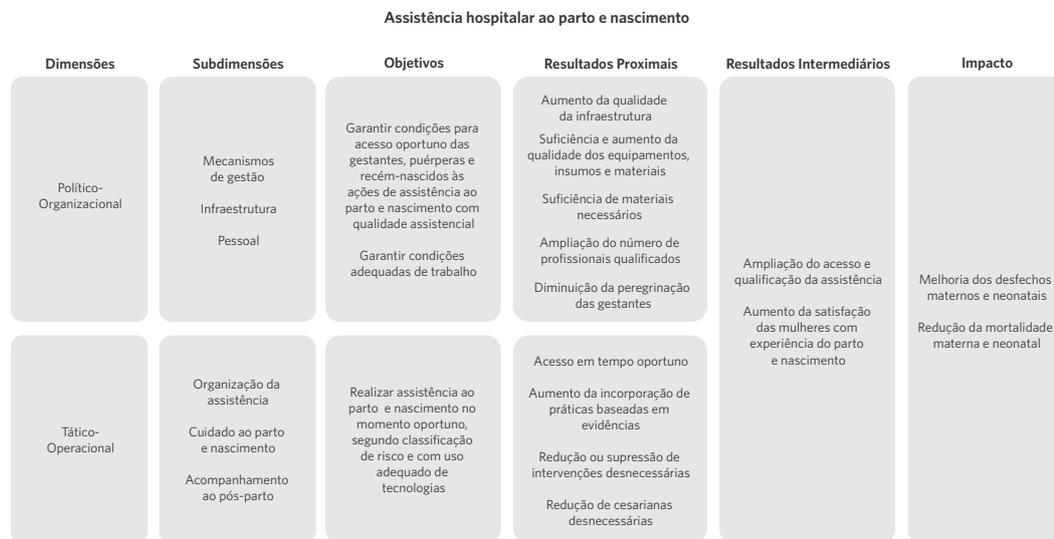
O modelo lógico é composto por duas dimensões e seis subdimensões. A dimensão Político-Organizacional agrupa todas as ações técnico-administrativas e articulação política. Na subdimensão Mecanismos de Gestão, estão contempladas estratégias de escuta e compartilhamento das decisões, o uso de informação qualificada e a pactuação de trabalho em rede⁴⁷. 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 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 as mulheres e acompanhante. Na subdimensão Cuidado ao Parto e Nascimento estão práticas que favorecem o processo psicofisiológico do parto, a redução de intervenções desnecessárias e o uso de tecnologias oportunas e adequadas^{9,10,38,48}. 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 qualificada ao parto e nascimento, 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 4 . Representação esquemática do modelo lógico da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Dados da pesquisa, 2020



Assistência ao parto e nascimento orientada pela humanização do cuidado, práticas baseadas em evidências científicas e direitos

Fonte: elaboração própria.

Identificação e envolvimento de interessados na avaliação e definição dos procedimentos de avaliação

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

No desenvolvimento deste EA, procurou-se incluir interessados dos diferentes perfis, os quais contribuíram para ampliar o conhecimento sobre o objeto, cujo conteúdo orientou a elaboração da modelização inicial do programa, e para a validar o modelo avaliativo. As contribuições dos *stakeholders* e especialistas foram essenciais para ampliar a compreensão sobre o programa^{16,49}.

O modelo avaliativo proposto considerou a humanização do cuidado ao parto e nascimento, as melhores evidências disponíveis e a garantia de direitos, incluindo elementos que permitissem dar visibilidade a esses aspectos.

Foi possível identificar uma definição clara e coerente dos objetivos, ações e resultados da assistência hospitalar ao parto e nascimento. Identificaram-se informações relevantes sobre o contexto que interfere na sua implantação 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.

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

De acordo com Trevisan e Walser¹⁷, 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 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 teve como objetivo 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 a contemplar aspectos de outras realidades.

Utilizaram-se diferentes estratégias para aumentar a validade interna e a confiabilidade tais como o uso das melhores evidências científicas disponíveis, diferentes fontes de evidências, i.e., entrevistas, análise documental e revisão de literatura, bem como triangulação, envolvimento de *stakeholders* e oficina de consenso.

Conclusões

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 hospitalar ao parto e nascimento deve observar o cuidado humanizado, evidências científicas e direitos. As condições estruturais e organizacionais e o desenvolvimento das ações devem assegurar acesso, qualidade e satisfação das mulheres. A avaliação deve contemplar o olhar dos diferentes atores envolvidos.

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 pode orientar o aprimoramento de programas e políticas direcionadas à assistência ao parto e nascimento.

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.

Colaboradoras

Nicolotti CA (0000-0001-8557-9362)* contribuiu para concepção, planejamento, delineamento do estudo e aquisição dos dados do trabalho; análise e interpretação dos dados;

aprovação final da versão a ser publicada; concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas. Lacerda JT (0000-0002-1992-4030)* contribuiu para concepção, planejamento, delineamento do estudo; análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo; aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2011.
2. 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. Diário Oficial da União. 3 Out 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos-SINASC. 2021. [acesso em 2022 fev 23]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
4. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: OMS; 2015.
5. Marrero L, Brüggemann OM. Violência institucional durante o processo parturitivo no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018 [acesso em 2022 fev 15]; 71(3):1152-1161. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0238>.
6. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2014 [acesso em 2021 maio 5]; 30(1):S17-S32. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gydTTxDCwvmPqTw9gTWFgGd>.
7. Naidon AM, Neves ET, Silveira A, et al. Gestação, parto, nascimento e internação de recém-nascidos em terapia intensiva neonatal: relato de mães. Text. Context. - Enfer. 2018 [acesso em 2022 fev 15]; 27(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>.
8. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. J. Hum. Growth and Develop. 2009 [acesso em 2021 maio 5]; 19(2):313-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005750016>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília, DF: MS; 2017.
10. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Genebra: WHO; 2018.
11. Hartz Z, Silva L. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática de avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

12. Silva L. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
13. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúcha de Enfer.* 2015 [acesso em 2018 mar 3]; (36):177-84. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>.
14. Pazandeh F, Huss R, Hirst J, 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.* 2015 [acesso em 2021 abr 13]; 31(11):1045-53. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613815001989>.
15. Serbanescu F, Goldberg HI, Danel I, et al. Rapid reduction of maternal mortality in Uganda and Zambia through the saving mothers, giving life initiative: results of year 1 evaluation. *BMC Pregn. Childbirth.* 2017 [acesso em 2021 fev 18]; 17(42):1-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1222-y>.
16. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *The Canadian J. Prog. Evaluat.* 2005 [acesso em 2021 set 13]; 20(2):1-25. Disponível em: <http://www.evaluationcanada.ca/secure/20-2-001.pdf>.
17. Trevisan M, Walser T. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. SAGE Publications; 2015.
18. Padilha MA, Oliveira CMd, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. *Saúde debate.* 2015 [acesso em 2021 abr 14]; 39(105):375-86. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002006>.
19. Davis-Floyd R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med.* 1994 [acesso em 2021 maio 5]; 38(8):1125-40. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953694902283>.
20. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 [acesso em 2021 maio 5]; 75(1):S5-S23. Disponível em: [https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(01)00510-0).
21. Davis-Floyd R. Birth as an American Rite of Passage. 2. ed. University of California Press; 2003. [acesso em 2021 maio 5]. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pndwn>.
22. Davis-Floyd R. Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano. Kindle: Editorial Creavida; 2009.
23. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 [acesso em 2021 maio 5]; 10(3):627-37. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFFy8PdNkYgJ6ssQ/>.
24. Hotimsky S, Schraiber L. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Ciênc. Saúde Colet.* 2005 [acesso em 2021 mar 2]; 10(3):639-49. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JwYKF9jStPdVfCPNTCyxrhx/?format=pdf&lang=pt>.
25. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface [Online].* 2009 [acesso em 2021 maio 5]; 13(1):759-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500027>.
26. Tornquist C. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev Est. Fem.* 2002 [acesso em 2021 set 14]; 10(2):483-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.
27. Tornquist C. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2003 [acesso em 2021 set 14]; 19(2):S419-S427. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>.
28. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 [acesso em 2021 set 14]; 75(1):S25-S37. Disponível em: <https://obgyn>.

onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1016/S0020-7292(01)00519-7.

29. Wagner M. Born in the USA: how a broken maternity system must be fixed to put mothers and infants first. Kindle: University of California Press; 2006.
30. Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. *Rev. la bibliografía. Matronas profesión.* 2013 [acesso em 2021 set 13]; 14(2):62-66. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf>.
31. Minayo M. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 14. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.
32. Reguant Álvarez M, Torrado-Fonseca M. El mètode Delphi. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació.* 2016 [acesso em 2021 fev 18]; 9(1):87-102. Disponível em: <https://doi.org/10.1344/reire2016.9.1916>.
33. Goberna-Tricas J. El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. In: Boladeras M, Goberna-Tricas J, editores. *Bioética de la maternidad Humanización, comunicación y entorno sanitario.* Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona; 2017. p. 41-53.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática. Brasília, DF: MS; 1984.
35. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSC; 2007.
36. España. Ministerio de Sanidad y Política Social. Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones. Madrid: MSC; 2009.
37. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies: clinical guideline. UK: NICE; 2014.
38. National Institute for Health and Care Excellence. Intrapartum care Clinical guideline. UK: NICE; 2015.
39. Canada. Public Health Agency of Canada. Family-Centred Maternity and Newborn Care: National Guidelines. CA: Public Health Agency of Canada; 2018.
40. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Brasília, DF: MS; 2016.
41. Nakano AR, Bonan C, Teixeira LA. O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. *Physis: Rev. Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2022 maio 18]; 27(3):414-32. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300003>.
42. Cesar JAS, Carlotto JP, Montagner K, et al. Cesarean section on demand: a population-based study in Southern Brazil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Inf.* 2017 [acesso em 2021 abr 20]; 17(1):99-105. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000100006>.
43. Matias M, Verdi M, Finkler M, et al. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. *Saúde Soc.* 2019 [acesso em 2021 maio 15]; 28(3):115-27. Disponível em: scielo.br/j/sausoc/a/Vf7mMLJNkMSkJ6mnj9xgdSf/?lang=pt.
44. Viana A, Bousquat A, Melo G, et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2018 [acesso em 2021 set 14]; 23(6):1791-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?lang=pt>.
45. Medina M, Silva GA R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz Z, Silva L. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-63.
46. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, et al. Modelizar as Intervenções. In: Brouselle A, Champagne F, Con-

- tandriopoulos AP, et al., editores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-74.
47. Doricci G, Guanaes-Lorenzi C. Revisão integrativa sobre cogestão no contexto da Política Nacional de Humanização. Ciênc. Saúde Colet. 2021 [acesso em 2021 maio 5]; 26(8):2949-59. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.11742019>.
48. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996.
49. Thurston WE, Potvin L. Evaluability Assessment: a Tool for Incorporating Evaluation in Social Change Programmes. Evaluation. 2003 [acesso em 2021 abr 13]; 9(4):453-69. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/135638900300900406>.

Recebido em 24/02/2022

Aprovado em 15/09/2022

Conflito de interesses: inexistente

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (Capes) - Código Financeiro 001 e Programa Institucional de Internacionalização Capes-PrInt/UFSC