

Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações

Labor and childbirth care in maternities participating in the “Rede Cegonha/Brazil”: an evaluation of the degree of implementation of the activities

Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt (<https://orcid.org/0000-0003-2466-1797>)¹
 Maria Esther de Albuquerque Vilela (<https://orcid.org/0000-0002-6454-4248>)¹
 Maria Cristina de Oliveira Marques (<https://orcid.org/0000-0001-6550-3360>)²
 Alcione Miranda dos Santos (<https://orcid.org/0000-0001-9711-0182>)³
 Carla Kristiane Rocha Teixeira da Silva (<https://orcid.org/0000-0002-4167-9342>)⁴
 Rosa Maria Soares Madeira Domingues (<https://orcid.org/0000-0001-5722-8127>)⁵
 Ana Cristina Reis (<https://orcid.org/0000-0001-7947-1769>)⁶
 Gilmar Lúcia dos Santos (<https://orcid.org/0000-0002-1730-9114>)²

Abstract *Using a judgment framework, this article analyzes the degree of implementation of the best practices in labor and childbirth care contained in the guidelines of the Rede Cegonha (RC) across Brazil. The study eligibility criteria were public and mixed hospitals located in a health region with a RC action plan in place in 2015, resulting in a total of 606 facilities distributed across the country. Three different data collection methods were used: face-to-face interviews with managers, health professionals and puerperal women; document analysis; and on-site observation. The framework was built around the five guidelines of the Labor and Childbirth component of the RC. Degree of implantation was rated as follows: adequate; partially adequate and inadequate. The performance of maternity facilities was rated as partially adequate for all guidelines except for hospital environment, which was rated as inadequate. A huge variation in degree of implementation was observed across regions, with the South and Southeast being the best-performing regions in most items. The results reinforce the need for an ongoing evaluation of the actions developed by the RC to inform policy-making and the regulation of labor and childbirth care.*

Keys words *Maternity facilities, Unified Health System, Health evaluation, Best practices, Stork Network*

Resumo *O artigo analisa o grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento conforme preconizado pela Rede Cegonha (RC) a partir da configuração de uma matriz de julgamento para o Brasil e grandes regiões. Foram elegíveis para a avaliação todos os 606 hospitais públicos e mistos das regiões de saúde que dispunham de plano de ação da RC em 2015. Foram utilizados três diferentes métodos de coleta de dados: entrevista pessoal com gestores, profissionais de saúde e puérperas; análise documental; e observação in loco. A matriz foi composta com as cinco diretrizes da RC. Para julgamento da adequação da implantação, foi utilizado como parâmetro: adequado; parcialmente adequado e não adequado. Todas as diretrizes foram avaliadas como parcialmente adequada, exceto a ambiência que foi não adequada. A atenção ao parto e nascimento encontra-se em estágios diferenciados de implantação com variações entre as grandes regiões. As regiões Sul e Sudeste, apresentaram situação privilegiada quanto ao grau de implantação da maioria dos itens analisados. Os resultados evidenciam que a avaliação das ações da RC deve fazer parte do alicerce de informações empregadas no direcionamento de políticas e regulamentação na atenção hospitalar ao parto e nascimento.*

Palavras-chave *Maternidades, Sistema Único de Saúde, Avaliação em saúde, Boas práticas, Rede Cegonha*

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

² Ministério da Saúde, Brasil. Brasília DF Brasil.

³ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. São Luís MA Brasil.

⁴ Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁵ Laboratório de Pesquisa Clínica em DST/Aids, Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

⁶ Escola Politécnica Joaquim Venâncio, Fiocruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

No Brasil, são altas as coberturas da atenção pré-natal (97,6%)¹, a quase totalidade dos partos ocorrem em hospitais (91,5%)¹ e são assistidos por pessoal qualificado (99,1%)². Entretanto, a ocorrência de grande parte dos óbitos maternos por causas obstétricas diretas, a concentração de óbitos neonatais nas primeiras horas de vida, a frequência de óbitos fetais no final da gestação e durante o trabalho de parto, o predomínio de causas evitáveis, a alta frequência de intervenções desnecessárias, como a cesariana em mulheres de baixo risco, e a ocorrência de óbitos neonatais em hospitais sem suporte para a assistência neonatal, evidenciam que a situação descrita está estritamente relacionada aos processos de trabalho no cuidado e à gestão dos serviços voltados à saúde mulher e o neonato, sobretudo no ambiente hospitalar, onde fração significativa dos desfechos desfavoráveis ocorrem^{3,4}.

Com o propósito de transformar este cenário e garantir o direito à saúde às mulheres e crianças, em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou a estratégia da Rede Cegonha (RC), visando assegurar uma rede de cuidados materno e infantil. Especificamente para um de seus componentes, parto e nascimento, foi marcado pela implementação de um novo modelo de atenção centrado nas necessidades da mulher, baseado no conceito de parto como condição fisiológica normal e, assim, proporcionar à criança um nascimento seguro^{5,6}.

Para conhecer em que medida as maternidades têm conseguido implementar o modelo de atenção preconizado pelo MS e de identificar avanços e lacunas que possam subsidiar o planejamento, a organização dos serviços de saúde e o diálogo entre a clínica e a gestão, realizou-se um novo ciclo de Avaliação das Boas Práticas na Atenção ao Parto e Nascimento em Maternidades no Âmbito da RC.

O objetivo deste artigo foi analisar o grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento em conformidade com as normas preconizadas pela RC, para o Brasil e grandes regiões.

Métodos

É uma pesquisa de avaliação normativa com delineamento qualitativo e quantitativo, e emprego da técnica de Estimativa Rápida Participativa⁷. Foram elegíveis os hospitais públicos e mistos que, em 2015, eram localizados em região de

saúde com plano de ação da RC, totalizando 606 estabelecimentos distribuídos em todos os estados do Brasil. A coleta de dados foi realizada em 2016/2017.

Foram utilizados três diferentes métodos de coleta de dados. O primeiro método foi a entrevista face a face com gestores, profissionais de saúde e puérperas. O intuito foi verificar a percepção dos mesmos quanto ao modelo de gestão e à atenção ao parto e nascimento. Gestores e profissionais foram selecionados de forma intencional. Para os gestores das maternidades, coordenadores/chefes (médico e enfermeiro) da Obstetrícia e da Neonatologia, a entrevista foi coletiva, uma por hospital. Ao todo foram 2.765 entrevistados. O quantitativo de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) entrevistados individualmente por maternidade variou segundo o porte desta, em 2015¹. No total, foram entrevistados 5.033 profissionais. Todas as mulheres elegíveis foram selecionadas sequencialmente, o delineamento amostral está disponível em Vilela et al.⁸. Foram entrevistadas 10.665 puérperas.

O segundo método de coleta de dados foi a análise documental que verificou de forma direta a disponibilidade de normas, protocolos e indicadores de processo e resultados da assistência ao parto e nascimento. Dados sobre o cuidado hospitalar foram extraídos do prontuário da mulher e do recém-nascido (RN).

O terceiro método de coleta de dados foi a observação *in loco* que teve por finalidade verificar as condições de infraestrutura e planta física. A avaliação englobou todos os ambientes da maternidade, desde a porta de entrada e recepção até o alojamento conjunto (ALCON), incluindo a unidade neonatal.

Os instrumentos foram compostos por blocos com perguntas relacionadas para cada uma das diretrizes da RC. A visita a cada maternidade do estudo foi realizado por equipe de campo formada, em cada estado, por profissionais de saúde treinados com experiência de trabalho em maternidades. Mais informações em Vilela et al.⁸.

Para avaliar o grau de implantação de boas práticas da atenção ao parto e nascimento nas maternidades públicas e mistas no Brasil, foi construída uma matriz de julgamento tendo como referência normativa os documentos e a legislação que norteiam as ações da RC⁵. A matriz, apresentada no Quadro 1, foi composta pelas cinco diretrizes do componente parto e nascimento da RC, subdivididas em dezessete dispositivos que se desdobraram em sessenta itens de verificação. O cumprimento dos critérios estabelecidos

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Diretriz 1								
Acolhimento	Apresentação dos profissionais à usuária	Nesta maternidade, os profissionais de saúde se apresentam às usuárias informando seu nome e função? Maioria ou Todos profissionais	0,1	0,4				
		Desde o momento que você chegou nesta maternidade, quantos profissionais de saúde se apresentam, informando o nome deles e a função? Maioria ou Todos profissionais			1,0			
	Tratamento das usuárias pelo próprio nome	Os profissionais de saúde tratam as gestantes e puérperas pelo nome? Maioria ou Todos profissionais	0,1	0,4				
		Quantos profissionais de saúde estão lhe chamando pelo nome nesta maternidade? Maioria ou Todos profissionais			1,0			
	Escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias/acompanhantes	Com que frequência você está se sentindo acolhida, bem tratada e respeitada durante sua internação, nessa maternidade? Maioria das vezes ou Sempre			1,5			
	Comunicação efetiva	Os profissionais de saúde fornecem às gestantes e puérperas informações sobre a situação de saúde delas? Maioria ou Todos profissionais		0,3				
		Você considera que os profissionais de saúde utilizam linguagem compreensível e adequada ao perfil da usuária e ao momento? Maioria ou Todos profissionais		0,3				
		Com que frequência você está conseguindo entender as informações que vem recebendo durante sua internação nessa maternidade? Maioria ou Todos profissionais			1,2			
		Com que frequência a senhora/você sente que a equipe de saúde desta maternidade procura dar respostas e resolver suas dúvidas e/ou solicitações? Maioria das vezes ou Sempre			1,2			
	Classificação de risco	Realização da Classificação de Risco na Maternidade, por profissional/equipe específica para a atividade e em tempo integral	Esta Maternidade faz Acolhimento com Classificação de Risco em obstetrícia? Sim	1,0				
A classificação de risco obstétrico é feita 24 horas por dia? Sim			0,5					
A classificação de risco obstétrico é feita durante 7 dias por semana? Sim			0,5					
Informação/esclarecimento à gestante sobre ACCR		Existe placa informativa sobre acolhimento e classificação de risco (ACCR) identificando as cores e tempo de espera? Sim					1,5	
	Após a avaliação você foi informada do tempo de espera para receber o atendimento médico ou da enfermagem? Sim			1,5				

continua

consistiu na combinação das respostas das puérperas, profissionais e gestores, nas informações obtidas a partir da análise documental e na observação *in loco*. O grau de implantação, em cada maternidade, foi estimado a partir da proporção de respostas afirmativas para cada pergunta formulada. Para esse cálculo, adotou-se a soma dos

valores de seus itens de verificação, ponderados pelo seu grau de relevância na qualidade da assistência ao parto e nascimento, segundo padrões estabelecidos em Vilela et al.⁸. O total de pontos segundo diretrizes baseou-se na seguinte distribuição: Acolhimento em Obstetrícia (18,5%); Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Cuidado em Rede e Acesso	Garantia da vinculação da gestante a maternidade de referência	As gestantes que têm essa maternidade como referência para o parto tiveram a possibilidade de visitar a maternidade durante o pré-natal? Sim	0,3	0,7				
	Garantia da contrarreferência da maternidade para a atenção básica	A maternidade realiza estratégias de comunicação com a atenção básica para garantia da contra referência? Sim	0,6					
		A maternidade realiza estratégias de comunicação com a atenção básica para garantia da contra referência? Sim		1,4				
	Vaga Sempre	Quando existe indicação de internação, mas não tem leito disponível nesta maternidade, que providências são tomadas? Acolhe, classifica o risco e aciona a central de regulação para transferência ou Acolhe, classifica o risco e transfere diretamente pela maternidade para outro serviço ou Acolhe, classifica e realiza a adequação para internação na própria maternidade	1,0	2,0				
Diretriz 2								
Direito a acompanhante de livre escolha	Inclusão do acompanhante de livre escolha	A maternidade garante à gestante o direito ao acompanhante de livre escolha durante todo o tempo em que a mulher está internada para o parto nesta maternidade?	0,5	1,0				
		Você teve acompanhante durante sua internação? Sim			2,0			
		A maternidade permitiu que o seu acompanhante ficasse com você o tempo todo? Sim			0,5			
	Garantia de livre acesso e permanência à mãe e ao pai do recém-nascido em tempo integral na unidade neonatal	Essa maternidade garante o livre acesso e permanência da mãe/pai na Unidade Neonatal em qualquer horário? Do pai e da mãe ao mesmo tempo	0,75	1,4				
	Poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto	Possui área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no trabalho de parto? Sim					1,0	
		Possui área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no alojamento conjunto? Sim					1,0	
	Garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera	A maternidade oferece refeições ao acompanhante? Para todos os acompanhantes	0,1	0,1				
A maternidade ofereceu refeições para o seu acompanhante? Sim				0,6				
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto	Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiras obstétricas ou obstetrix	O parto normal sem distócia é realizado por quais profissionais? Médico(a) obstetra e / ou Enfermeiro(a) obstetra; Obstetrix	0,75	1,0				
	Partograma preenchido	Com que frequência o partograma é utilizado para acompanhamento da evolução do trabalho de parto, norteando condutas obstétricas? Sempre		0,1				
		O partograma está preenchido no prontuário? Sim				2,0		
	Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto	Foram oferecidos líquidos, água, sucos, sopas ou algum alimento durante o seu trabalho de parto? Sim			0,5			
		Você solicitou algum líquido ou alimento durante seu trabalho de parto? Sim, e fui atendida			0,2			
	Qual o tipo de dieta prescrita durante o trabalho de parto? Dieta líquida ou outro tipo de dieta				1,3			

continua

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc	
Boas práticas de atenção à mulher no trabalho de parto, parto e pós-parto	Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	Possui equipamentos/materiais que proporcionem o alívio não farmacológico da dor? Pelo menos um equipamento					0,4		
		Com que frequência a maternidade oferece à gestante métodos não farmacológicos para manejo da dor durante o trabalho de parto? Muitas vezes ou Sempre	0,1	0,1					
		Com que frequência oferece massagem? Muitas vezes ou Sempre		0,03					
		Com que frequência oferece bola Bobath? Muitas vezes ou Sempre		0,03					
		Com que frequência oferece cavalinho? Muitas vezes ou Sempre		0,03					
		Com que frequência oferece banqueta? Muitas vezes ou Sempre		0,03					
		A maternidade oferece outros métodos não farmacológicos para o manejo da dor? Muitas vezes ou Sempre		0,03					
		Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Massagem (Sim ou Não quis)				0,16			
		Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Bola (Sim ou Não quis)				0,16			
		Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Cavalinho (Sim ou Não quis)				0,16			
	Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Banquinho para posição de cócoras (Sim ou Não quis)				0,16				
	Você utilizou alguma das seguintes medidas para aliviar a dor durante o trabalho de parto? Outro? (Sim ou Não quis)				0,11				
	Estímulo à deambulação no trabalho de parto	A gestante é estimulada a movimentar-se e deambular durante o trabalho de parto? Sempre	0,1	0,2					
		Você pôde ficar fora da cama e andar durante o trabalho de parto? Sim			1,0				
	Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto	A Maternidade propicia condições para que o parto aconteça em outras posições que não a deitada? Sim	0,1	0,15					
Com que frequência o parto acontece em outras posições que não a deitada? Muitas vezes ou Sempre		0,1	0,15						
Qual foi a posição que você ficou para ter o bebê? Deitada na cama de lado ou Reclinada ou Posição vertical, sentada ou Posição vertical, de cócoras ou Posição vertical, de pé ou De quatro apoios					1,0				

continua

(41,5%); Monitoramento do Cuidado e de Resultados da Assistência ao Parto e Nascimento (10,0%); Gestão Participativa e Compartilhada (10,0%) e Ambiência (20,0%). A pontuação teve distribuição diferenciada segundo a fonte de informação, sendo 24,7% dos valores originados da

entrevista com a puérpera; 23,9% da observação *in loco*, 21,0% da entrevista com os profissionais de saúde; 15,4% com os gestores; 9,8% do prontuário da puérpera/RN e 5,2% da análise documental. Para julgamento da adequação da implantação das diretrizes e dos dispositivos da RC,

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Intervenções Desnecessárias na Mulher	Amniotomia	Os profissionais desta maternidade fazem amniotomia de rotina? Não	0,1	0,2				
		Romperam a sua bolsa depois que você chegou no hospital? Não, rompeu antes da internação ou Não, rompeu sozinha durante a internação ou Sim, romperam durante a cesariana			0,5			
		Há registro de amniotomia no prontuário? Sim, há registro de que não foi realizado				1,2		
	Venóclise durante o trabalho de parto	Nesta maternidade é utilizado acesso venoso de rotina para parturientes? Não	0,1	0,2				
		Quando você estava no trabalho de parto foi colocado soro na veia? Não			1,0			
		Há registro de venóclise durante o trabalho de parto no prontuário? Não				1,2		
	Drogas uterotônicas no trabalho de parto	Os profissionais desta maternidade utilizam ocitocina no trabalho de parto? Não ou de forma seletiva	0,1	0,2				
		Há registro de uso de ocitocina para a indução ou aceleração do trabalho de parto no prontuário? Não				1,3		
		Há registro de uso de misoprostol para indução do trabalho de parto no prontuário? Não				1,3		
	Manobra de Kristeller	A manobra de kristeller é realizada na maternidade? Não	0,1	0,2				
		Na hora do parto, alguém apertou/subiu na sua barriga para ajudar a saída do bebê? Não			1,0			
	Episiotomia	Os profissionais desta maternidade realizam episiotomia? Não ou De forma seletiva	0,1	0,2				
Cortaram o seu períneo (vagina) no parto? Não				1,0				
Você sentiu dor no momento de suturar (costurar, reparar) o períneo? Não				0,3				
Há registro de episiotomia no prontuário? Sim, há registro de que não foi realizado					1,5			

continua

foi utilizado como parâmetro⁹: adequado (75,01 a 100%); parcialmente adequado (50,1 a 75%) e não adequado (0 a 50%).

A matriz de julgamento passou por um processo de validação sendo apreciada por um grupo de técnicos do MS (quatro da Coordenação Geral da Saúde das Mulheres, dois da Coordenação Geral da Saúde das Crianças e Aleitamento Materno e uma do Departamento de Ciência e Tecnologia); da Universidade Federal do Maranhão (quatro professores do Departamento de Saúde Pública); e da Fundação Oswaldo Cruz (quatro pesquisadoras do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e uma pesquisadora do Instituto Nacional da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira). No primeiro

momento, foram apresentados aos participantes os escores e os itens de verificação sugeridos. Após debate, realizou-se nova rodada de atribuição de escores. Durante este processo, ocorreram subtração, inclusão ou complementação de itens de verificação. Na fase seguinte os escores dos itens de verificação foram recalculados para consubstanciar a versão final da matriz de julgamento. No Quadro 1 pode-se observar a distribuição dos pontos da matriz segundo diretriz, dispositivo e item de verificação por fonte de dados.

Para cada maternidade foi estimada a adequação de cada item e dispositivo das cinco diretrizes da RC, os resultados são apresentados por macrorregião e para o país. Foram utilizados os programas estatístico R, Stata versão 14 e SPSS versão 21.

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc	
Diretriz 3									
Disponibilidade de indicadores da atenção ao parto e nascimento	Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto e na unidade neonatal	Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto						0,25	
		Taxa de ocupação de leitos na unidade neonatal						0,25	
	Média de permanência no alojamento conjunto e na unidade neonatal	Tempo médio de permanência no alojamento conjunto						0,25	
		Tempo médio de permanência na unidade neonatal						0,25	
	Monitoramento da proporção de cesáreas	Proporção de cesárea						0,5	
		Quais indicadores são acompanhados? % cesáreas; % cesáreas considerando gestantes de alto risco; % cesáreas em primíparas por faixa etária; % cesáreas por principais indicações; % de parto normal em mulheres com cesárea anterior; % contato pele a pele em cesariana; % clampeamento tardio do cordão umbilical em cesarianas; % cesáreas em mulheres com parto normal anterior; Classificação de Robson; % de partos em adolescente. Pelo menos um	0,2	0,3					
	Presença do acompanhante durante a internação para o parto		Percentual de acompanhante na cesarianas						0,25
			Percentual de acompanhante no trabalho de parto						0,25
			Percentual de acompanhante no parto						0,25
	Classificação de risco na maternidade		Percentual de acompanhante no pós-parto						0,25
			Tempo médio de espera para a classificação de risco						0,275
			Tempo médio de espera para atendimento de acordo com a cor definida na classificação de risco						0,275
	Desenvolvimento de estratégias para reduzir o número de cesariana realizada na maternidade		Quais indicadores são mais frequentemente acompanhados? Tempo médio de espera para classificação de risco; Tempo médio de espera entre classificação e consulta, estratificado por cor ; % usuárias classificadas com encaminhamentos realizados da maternidade para a atenção básica; % mulheres conforme classificação; Percentual de Internação por diagnóstico. Pelo menos um dos indicadores	0,15	0,3				
			Tem plano de ação para reduzir/adequar o índice de cesariana? Sim, para maternidades de alto risco com % de cesariana menor que 35% no SIH	0,1	0,15				0,25
			Realiza análise e planejamento periódico das indicações de cesáreas? Sim	0,1	0,15				
			A direção ou coordenador obstétrico ou trabalhadores costumam realizar reuniões periódicas com as equipes para discussão dos percentuais e das indicações de cesariana? Sim	0,1	0,15				
Percentual de episiotomia em partos normais		Disponibilidade do indicador de episiotomia em partos normais	0,2	0,4				0,4	

continua

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
Disponibilidade de indicadores de mortalidade materna, neonatal e fetal	Número de óbito materno, infantil e fetal	Disponibilidade do número de óbitos fetais						0,5
		Disponibilidade do número de óbitos neonatais					0,5	
		Disponibilidade do número de óbitos maternos					0,5	
	Análise dos óbitos	Com que frequência faz análises de óbitos maternos? Semanal; Quinzenal; Mensal; Bimestral; Semestral; Somente quando há situações não habituais	0,2	0,3				
		Tem comitê de óbito materno e neonatal? Sim, se a maternidade faz de 1000 a mais partos por ano	1,0					
	Divulgação dos indicadores de morbimortalidade	A direção disponibiliza/divulga os dados dos indicadores de morbimortalidade para a equipe de trabalho? Sim	0,3	0,7				
Diretriz 4								
Dispositivo de gestão colegiada e/ou outros dispositivos de gestão colegiada	Existência de colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada	Quais estratégias estão em curso na maternidade? Colegiado gestor ou similar (espaços de compartilhamento da gestão) ou Planejamento participativo e ampliado	0,3	0,7				
	Garantia de participação de profissionais ocupantes de diferentes funções em espaços de gestão colegiada	Quem participa desses espaços de gestão colegiada? Profissionais que atuam em funções gestoras e/o Profissionais graduados que atuam na assistência e/ou Profissionais de nível técnico que atuam na assistência e/ou Profissionais da área administrativa	0,4	0,6				
	Garantia da participação de diferentes trabalhadores nas decisões sobre os processos de trabalho	Nesta maternidade as equipes dos diversos setores participam regularmente de reuniões para a tomada de decisões conjuntas sobre o seu processo de trabalho? Sim	0,3	0,7				
	Realização de momentos de debate com os profissionais sobre as Boas Práticas na assistência ao parto e nascimento	No último ano com que frequência foram realizados debates com os profissionais da maternidade (seminários, rodas de estudo, reuniões clínicas) sobre as Boas Práticas na assistência ao parto e nascimento? Semanal; Quinzenal; Mensal; Bimestral; Semestral	1,0					
	Reuniões com a participação dos trabalhadores realizadas com frequência regular e garantindo a mecanismos de gestão colegiada	Caso existam espaços compartilhados de gestão na maternidade, qual a periodicidade das reuniões? Semanal ou Quinzenal ou Mensal ou Bimestral ou Semestral	0,3	0,7				
Mecanismos de informação e escuta das usuárias, acompanhantes e trabalhadores	Acesso aos serviços de Ouvidoria para usuários do SUS com garantia de resposta aos usuários	A maternidade possui um serviço de Ouvidoria? Sim	0,2	0,3				
		A Maternidade tem como rotina responder as sugestões, elogios, denúncias ou queixas das usuárias à ouvidoria? Sim	0,4	0,6				
		Você foi informada ou soube que existe um serviço chamado Ouvidoria para que possa fazer sugestões, elogios, denúncias e queixas sobre a assistência que você recebeu nesta maternidade? Sim			1,5			

continua

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
	Mudança nos processos de trabalho e de tomada de decisão a partir da escuta dos usuários	Os profissionais são informados sobre os relatos enviados à(s) Ouvidoria(s)? Sim	0,5					
		As informações da Ouvidoria são utilizadas no processo de tomada de decisão na maternidade? Sim	0,5					
		Os profissionais são informados sobre os relatos enviados à(s) Ouvidoria(s)? Sim		1,0				
Diretriz 5								
Ambiência adequada às boas práticas na porta de entrada	Ambiente adequado e confortável para acolhimento da mulher e seu acompanhante	O Espaço é privativo? Sim					0,4	
		Possui área e layout que possibilite a permanência do acompanhante no momento da classificação? Sim					0,3	
		Existem assentos/cadeiras suficientes para mulher e acompanhante? Sim					0,3	
	Conforto e privacidade assegurados na sala de exame clínico e admissão da parturiente	A sala é individual? Sim					1,0	
Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento	Percentual de adequação da oferta de quartos PPP	Percentual de adequação da oferta de quartos PPP do total de leitos destinados ao trabalho de parto					3,0	
	Percentual de adequação de estrutura dos quartos PPP	As mulheres internadas em trabalho de parto ficam internadas em quarto PPP com banheiro exclusivo diretamente ligado ao quarto com chuveiro com água quente e fria					3,0	
Ambiência adequada no ALCON	Conforto Assegurado no ALCON	Possui banheiro exclusivo diretamente ligado ao Alcon? Sim					1,0	
		Possui poltrona reclinável que possibilite a presença do acompanhante? Sim					1,0	
		Possui área de cuidados do RN que garanta que o banho seja realizado dentro do alojamento conjunto? Sim					1,0	
Ambiência adequada na Unidade Neonatal	Acomodação para a mãe do bebê internado em Unidade Neonatal	Existe acomodação no próprio hospital para as mães de recém-nascidos internados na Unidade Neonatal? Sim					3,0	
	Controle de ruído, luminosidade e temperatura na UTIN e UCINCo	O ambiente da UTIN tem condições de conforto de luminosidade? Sim					0,4	
		O ambiente da UTIN tem condições de conforto térmico? Sim, através de ar condicionado controlado					0,2	
		O ambiente da UTIN tem condições de conforto acústico? Sim					0,4	
		O ambiente da UCINCo tem condições de conforto de luminosidade? Sim					0,4	

continua

Quadro 1. Diretriz, dispositivo, item de verificação, dimensões e critério da matriz de julgamento para análise do grau de implantação das ações da Rede Cegonha.

Dispositivo	Item de verificação	Dimensões / Critérios	G	T	P	Pr	Obs	Doc
		O ambiente da UCINCo tem condições de conforto térmico? Sim, através de ar condicionado controlado					0,2	
		O ambiente da UCINCo tem condições de conforto acústico? Sim					0,4	
	Cadeira e Poltrona na UTIN e UCINCO	Existe lugar para acompanhante em todos os leitos da UTIN? Sim					0,8	
		As cadeiras ou poltronas para acompanhantes são reclináveis da UTIN? Sim					0,2	
		Existe lugar para acompanhante em todos os leitos da UCINCo? Sim					0,8	
		As cadeiras ou poltronas para acompanhantes são reclináveis da UCINCo? Sim					0,2	
Ambiência com Acessibilidade	Condições de acessibilidade para gestantes e/ou acompanhantes com deficiência	Na recepção é garantida de acesso às pessoas com deficiência motora: Rampa(s) com corrimão ou elevador e/ou Banheiro(s) acessível (is) com barras e/ou Porta(s) com dimensões para o tamanho de cadeira de rodas					1,0	
		No Espaço de Acolhimento e Classificação de risco é garantido o acesso às pessoas com deficiência motora, existe Rampa(s) com corrimão ou elevador e/ou Banheiro(s) acessível (is) com barras e/ou Porta(s) com dimensões para o tamanho de cadeira de rodas.					1,0	

Nota: G (gestor); T(trabalhador); P(Puérpera); Pr(Prontuário Mulher e Recém-nascido); Obs(Observação *in loco*); Doc(Análise documental)

A pesquisa atende a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão e da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em 14 de dezembro de 2016. Todos os cuidados foram adotados visando a garantir o sigilo e a confidencialidade das informações.

Resultados

O componente global “parto e nascimento” da estratégia RC apresentou grau de implantação parcialmente adequado em todas as regiões, com exceção na Norte, que obteve grau não adequado. Um quarto das maternidades do Brasil foram classificadas como não adequadas, sendo o maior percentual observado na região Norte, seguida do Centro-Oeste, Nordeste, Sudeste e Sul.

Ao examinar o desempenho das maternidades segundo as cinco diretrizes da RC, o acolhimento em obstetrícia, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, o monitoramento do cui-

dado e de resultados da assistência ao parto e nascimento e a gestão participativa e compartilhada apresentaram até 30% das maternidades classificadas como não adequadas, percentual que se elevou para 61,6% na avaliação da ambiência. Para as cinco diretrizes, o menor grau de implantação foi observado nos hospitais localizados na Região Norte, com 54,7% das maternidades com grau de implantação não adequado para monitoramento do cuidado e de resultados da assistência ao parto e nascimento, 62,8% para gestão participativa e compartilhada e alcançando 82,6% para ambiência. A seguir será apresentado o grau de implantação dos itens de cada uma das cinco diretrizes.

Na Tabela 1, para todo o país, foi observado que 7,9% das maternidades apresentaram grau de implantação não adequado para o acolhimento em obstetrícia, valor que variou de um pouco mais de 2% para as maternidades da Região Sul e Sudeste até 23,3% daquelas localizadas na Região Norte. Dos três dispositivos que compõem esta diretriz, o acolhimento na maternidade e o cuidado em rede e acesso apresentaram menos de 3,0% das maternidades classificadas com grau

de implantação adequado. O resultado do acolhimento na maternidade foi devido principalmente ao percentual de maternidades com grau de implantação não adequado para: tratamento das usuárias pelo próprio nome (4,0%), escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias (2,5%), comunicação efetiva entre os profissionais e a usuária (2,5%). Já a apresentação dos profissionais à usuária apresentou implantação não adequada em quase um quarto dos hospitais.

A classificação de risco por equipe específica em tempo integral foi o dispositivo com o maior número de maternidades classificadas com grau de implantação não adequado. Dados não apresentados indicam que 34,0% (206) das maternidades declararam não ter a ação implantada. No Brasil, entre as maternidades nas quais os gestores afirmaram que realizavam a ação, 37,8% implantaram a ação de forma não adequada, medida pela inexistência de placa informativa sobre classificação de risco com cores e tempo de espera e/ou de não fornecimento de informações à gestante sobre a sua situação de saúde. Foram nas regiões Sudeste e Norte onde se observaram os maiores percentuais de maternidades com grau de implantação não adequado.

Para os resultados do dispositivo “cuidado em rede e acesso” a fragilidade é observada em relação a garantia de vinculação à maternidade de referência (20,5%) e de contra referência da maternidade para a atenção básica (24,3%). Por outro lado, quando não existe leito disponível para internação para o parto, 2,3% das maternidades obtiveram grau de implantação inadequado quanto às normas preconizadas, que seriam o acolhimento e a classificação de risco e o acionamento da central de regulação para transferência para outra maternidade.

Aproximadamente 30% das maternidades foram classificadas com grau de implantação não adequado para a diretriz 2 – boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com valores mais elevados nas regiões Centro-Oeste e Nordeste. A presença de acompanhante de livre escolha da mulher durante todas as fases de internação para o parto foi avaliado como não adequado para 8,4% das maternidades brasileiras, alcançando 19,8% na região Norte. Quanto à disponibilidade de cadeira/poltrona para acomodar o acompanhante, 43,1% das maternidades foram avaliadas como não adequadas, atingindo 52,6% das maternidades da região Centro-Oeste. A garantia de acesso a refeições ao acompanhante foi classificada como não adequada para 24,4% das maternidades, com os piores desempenhos para

as regiões Sul e Sudeste. A garantia de livre acesso e permanência da mãe ou do pai na unidade neonatal foi considerada não adequada em um pouco mais de um terço das maternidades do Brasil, com pequenas variações entre as grandes regiões.

Quanto à capacidade gestora para garantir as ações necessárias para promover a fisiologia do parto e nascimento, com base nas evidências científicas, e os direitos das mulheres e RN, o uso de partograma foi avaliado como inadequado em 60% das maternidades do Brasil, com as maiores proporções para regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste. A participação de enfermeiras e obstetrias durante o parto vaginal de baixo risco apresentou grau de implantação não adequada em 38,4% das maternidades, com resultados mais altos nas regiões Sul, Centro-Oeste e Sudeste. Ainda na Tabela 1, o estímulo à movimentação durante o trabalho de parto foi a prática com menor percentual (37,6%) de maternidade avaliadas com grau de implantação não adequado, percentual que se eleva para em torno de 40,0% nas regiões Centro-Oeste e Nordeste e 61,6% na Norte. Em mais de 80% das maternidades o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e estímulo a posições não supinas para mulher durante o parto apresentaram grau de implantação não adequado com pouca variação entre as regiões, enquanto a oferta de líquidos e alimentos alcançou 56,8% das maternidades.

Verificou-se alto percentual de maternidades com grau de implantação não adequado para as intervenções desnecessárias: amniotomia (87,1%), posição de litotomia (86,3%), uso de cateter venoso (63,5%), episiotomia (55,6%), manobra de Kristeller (18,5%) e uso de drogas uterotônicas (4,3%).

Em relação às boas práticas na atenção ao nascimento, o procedimento clampeamento oportuno do cordão foi classificado como não adequado para 55,9% dos hospitais, com os menores valores para as regiões Norte e Nordeste. Já o percentual para o contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e bebê após o parto e para o estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida foram de 24,8% e 22,6%, respectivamente, sendo menos acentuada nas regiões Centro-Oeste, Sul e Sudeste.

Em todo o Brasil, apenas 0,5% das maternidades foram avaliadas como não adequadas em estimular o aleitamento materno no ALCON, com quase a totalidade das mulheres declarando que amamentaram o seu filho nas primeiras 24 horas de vida.

Quanto às boas práticas na atenção ao RN internado em unidade neonatal, 50% das mater-

Tabela 1. Distribuição do percentual do grau de implantação das diretrizes 1 e 2, seus dispositivos e itens de verificação segundo grandes regiões e Brasil, 2017.

Diretriz / Dispositivo / Itens de verificação	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			Brasil		
	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A
Adequação Geral	53,5	44,2	2,3	23,4	74,3	2,3	18,4	74,4	7,2	13,6	84,0	2,5	26,8	70,7	2,4	24,8	71,1	4,1
Acolhimento em Obstetrícia	23,3	51,2	25,6	10,3	51,4	38,3	2,7	40,4	57,0	2,5	35,8	61,7	4,9	58,5	36,6	7,9	45,7	46,4
Acolhimento	10,5	47,7	41,9	1,7	34,9	63,4	0,4	11,2	88,3	0,0	6,2	93,8	0,0	17,1	82,9	2,1	22,9	74,9
Apresentação dos profissionais à usuária	50,0	41,9	8,1	31,4	44,0	24,6	11,7	34,1	54,3	13,6	48,1	38,3	24,4	43,9	31,7	23,9	40,6	35,5
Tratamento das usuárias pelo próprio nome	15,1	32,6	52,3	4,6	25,1	70,3	1,3	16,1	82,5	0,0	11,1	88,9	0,0	24,4	75,6	4,0	21,0	75,1
Escuta qualificada das queixas, medos e expectativas das usuárias/acompanhantes	5,8	17,4	76,7	2,9	17,7	79,4	1,8	7,2	91,0	1,2	1,2	97,5	0,0	9,8	90,2	2,5	11,1	86,5
Comunicação efetiva	9,3	27,9	62,8	1,7	29,1	69,1	0,9	6,3	92,8	0,0	2,5	97,5	0,0	7,3	92,7	2,1	15,5	82,3
Classificação de risco	66,3	14,0	19,8	41,7	26,3	32,0	47,5	32,7	19,7	42,0	28,4	29,6	48,8	29,3	22,0	47,9	27,4	24,8
Realização da classificação de risco por profissional/equipe específica para a atividade e em tempo integral	53,5	7,0	39,5	36,6	5,1	58,3	38,1	5,4	56,5	32,1	6,2	61,7	46,3	12,2	41,5	39,6	6,1	54,3
Informação/esclarecimento à gestante sobre Acolhimento e Classificação de Risco	41,9	48,8	9,3	33,1	47,6	19,4	45,0	49,7	5,4	33,3	56,7	10,0	20,8	70,8	8,3	37,8	51,3	11,0
Cuidado em Rede de Acesso	4,7	41,9	53,5	4,0	35,4	60,6	0,9	12,6	86,5	2,5	11,1	86,4	4,9	31,7	63,4	2,8	24,4	72,8
Garantia da vinculação da gestante a maternidade de referência	43,0	18,6	38,4	30,9	37,1	32,0	9,9	18,8	71,3	6,2	19,8	74,1	14,6	24,4	61,0	20,5	24,6	55,0
Garantia da contrarreferência da maternidade para a atenção básica	44,2	30,2	25,6	33,1	27,4	39,4	12,6	23,8	63,7	16,0	23,5	60,5	24,4	46,3	29,3	24,3	27,2	48,5
Vaga Sempre	2,3	1,2	96,5	2,9	5,1	92,0	1,8	4,5	93,7	2,5	1,2	96,3	2,4	12,2	85,4	2,3	4,3	93,4
Boas práticas de atenção ao parto e nascimento	43,0	52,3	4,7	26,9	68,0	5,1	29,1	68,2	2,7	22,2	76,5	1,2	34,1	63,4	2,4	29,9	66,7	3,5
Direito acompanhante de livre escolha	23,3	32,6	44,2	13,1	44,6	42,3	8,5	38,6	52,9	6,2	25,9	67,9	17,1	31,7	51,2	12,2	37,3	50,5
Inclusão do acompanhante de livre escolha	19,8	22,1	58,1	9,7	32,6	57,7	4,0	21,5	74,4	6,2	8,6	85,2	7,3	29,3	63,4	8,4	23,6	68,0
Garantia de livre acesso e permanência à mãe e ao pai do recém-nascido em tempo integral na unidade neonatal	37,2	23,3	39,5	38,9	23,9	37,2	31,2	15,6	53,2	31,3	16,7	52,1	26,7	23,3	50,0	33,6	19,3	47,1
Poltronas para acompanhantes no trabalho de parto e parto	42,9	0,0	57,1	43,2	2,5	54,3	43,8	2,7	53,4	36,7	1,3	62,0	52,6	2,6	44,7	43,1	2,1	54,8
Garantia de acesso a refeições ao acompanhante da puérpera	22,1	41,9	36,0	12,6	43,4	44,0	36,3	37,2	26,5	28,4	42,0	29,6	7,3	65,9	26,8	24,4	42,2	33,3

continua

Tabela 1. Distribuição do percentual do grau de implantação das diretrizes 1 e 2, seus dispositivos e itens de verificação segundo grandes regiões e Brasil, 2017.

Diretriz / Dispositivo / Itens de verificação	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			Brasil		
	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A
Boas práticas na atenção ao trabalho de parto, parto e pós-parto	77,9	20,9	1,2	65,1	32,0	2,9	57,8	39,9	2,2	56,8	43,2	0,0	63,4	34,1	2,4	63,0	35,0	2,0
Parto normal de baixo risco assistido por enfermeiras obstétricas ou obstetritz	33,7	12,8	53,5	22,9	21,7	55,4	45,7	11,7	42,6	53,1	18,5	28,4	46,3	14,6	39,0	38,4	15,8	45,7
Partograma Preenchido	73,3	16,3	10,5	65,1	22,9	12,0	49,8	37,7	12,6	49,4	35,8	14,8	78,0	14,6	7,3	59,4	28,5	12,0
Oferta de alimentos à gestante de risco habitual durante o trabalho de parto	59,3	34,9	5,8	61,1	29,7	9,1	56,5	29,6	13,9	54,3	34,6	11,1	39,0	53,7	7,3	56,8	32,7	10,6
Oferta de métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto	86,0	14,0	0,0	82,9	15,4	1,7	82,5	14,3	3,1	79,0	19,8	1,2	78,0	19,5	2,4	82,3	15,7	2,0
Estímulo à deambulação no trabalho de parto	61,6	19,8	18,6	44,0	30,9	25,1	26,5	28,3	45,3	27,2	30,9	42,0	41,5	14,6	43,9	37,6	27,2	35,1
Estímulo a posições não supinas para a gestante no parto	94,2	5,8	0,0	82,3	13,1	4,6	86,5	10,8	2,7	87,7	11,1	1,2	82,9	12,2	4,9	86,3	10,9	2,8
Abolição de Intervenções Desnecessárias de Atenção à Mulher	36,0	61,6	2,3	31,4	60,0	8,6	41,7	56,1	2,2	29,6	70,4	0,0	26,8	70,7	2,4	35,3	60,9	3,8
Amniotomia	98,8	1,2	0,0	88,0	9,7	2,3	79,8	17,0	3,1	90,1	9,9	0,0	92,7	4,9	2,4	87,1	10,9	2,0
Venoclise durante o trabalho de parto	51,2	39,5	9,3	51,4	37,1	11,4	72,6	22,4	4,9	76,5	22,2	1,2	65,9	34,1	0,0	63,5	29,9	6,6
Drogas uterotônicas no trabalho de parto	2,3	30,2	67,4	1,7	21,1	77,1	8,5	51,6	39,9	1,2	53,1	45,7	2,4	17,1	80,5	4,3	37,6	58,1
Manobra de Kristeller	27,9	44,2	27,9	16,6	43,4	40,0	18,4	36,3	45,3	12,3	40,7	46,9	19,5	58,5	22,0	18,5	41,6	39,9
Episiotomia	66,3	23,3	10,5	58,3	28,6	13,1	56,5	27,8	15,7	37,0	33,3	29,6	53,7	31,7	14,6	55,6	28,4	16,0
Boas Práticas de Atenção ao Recém-Nascido	24,4	40,7	34,9	12,0	58,9	29,1	11,2	41,3	47,5	7,4	50,6	42,0	14,6	56,1	29,3	13,0	48,5	38,4
Utilização de protocolos Método Canguru	63,6	11,4	25,0	54,7	21,4	23,9	46,0	21,7	32,3	39,6	31,3	29,2	43,3	40,0	16,7	49,3	22,9	27,8
Contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e bebê com boa vitalidade, após o parto	47,7	22,1	30,2	33,7	33,1	33,1	13,0	26,9	60,1	16,0	35,8	48,1	19,5	48,8	31,7	24,8	30,7	44,6
Contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e bebê com boa vitalidade na UTIN e UCINCo	30,2	20,9	48,8	34,5	24,8	40,7	33,3	23,1	43,5	51,1	17,0	31,9	30,0	36,7	33,3	35,1	23,6	41,3
Estímulo ao aleitamento materno na primeira hora de vida	38,4	26,7	34,9	30,3	36,0	33,7	14,3	28,3	57,4	13,6	39,5	46,9	19,5	51,2	29,3	22,6	33,3	44,1
Estímulo ao aleitamento materno no ALCON	0,0	2,3	97,7	0,6	2,9	96,5	0,9	2,8	96,3	0,0	1,2	98,8	0,0	0,0	100,0	0,5	2,4	97,1
Clampeamento oportuno do cordão para o bebê com boa vitalidade	48,8	17,4	33,7	46,3	24,6	29,1	58,7	19,7	21,5	74,1	14,8	11,1	61,0	19,5	19,5	55,9	20,1	23,9
Controle de som e luminosidade na Unidade Neonatal	45,8	25,0	29,2	58,4	21,6	20,0	42,0	29,0	29,0	57,1	38,8	4,1	66,7	26,7	6,7	50,3	27,4	22,2
Intervenções Desnecessárias de Atenção ao Recém-Nascido	47,7	27,9	24,4	52,6	24,0	23,4	38,6	27,8	33,6	65,4	28,4	6,2	43,9	39,0	17,1	47,9	27,6	24,6
Aspiração de vias aéreas do RN	22,1	26,7	51,2	26,9	25,7	47,4	23,8	24,7	51,6	30,9	19,8	49,4	17,1	24,4	58,5	24,9	24,6	50,5
Separação Mãe - Bebê	53,5	24,4	22,1	57,7	22,9	19,4	45,3	21,5	33,2	71,6	24,7	3,7	56,1	26,8	17,1	54,3	23,1	22,6

Nota: NA (não adequado); PA (parcialmente adequado); A (adequado)

nidades apresentaram grau não adequado de utilização do Manual Técnico do Método Canguru (MS) na atenção ao RN, como também para adoção, na unidade neonatal, de práticas para evitar o excesso de manipulação do RN e de controle da luminosidade e ruído.

A utilização de intervenções desnecessárias como rotina também foi verificada entre os RN: um quarto das maternidades foram avaliadas com grau de implantação não adequada para aspiração de vias aéreas do RN, valor que se elevou para um terço entre os estabelecimentos da região Sul. A separação mãe-bebê foi uma prática comum nas maternidades, sendo 54,3% dos hospitais classificados como não adequados neste quesito, com destaque para os serviços da região Sul.

Na Tabela 2 o monitoramento dos indicadores de cuidado e de resultados da assistência ao parto e nascimento apresentaram grau não adequado em quase um terço dos estabelecimentos do país, resultado determinado principalmente pela disponibilidade de indicadores de atenção ao parto e nascimento, cujo grau de não adequação alcançou 50% das maternidades, com os maiores percentuais observados nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste. Entre os indicadores de cuidado, o monitoramento da classificação de risco foi avaliado como não adequado em 84,5% das maternidades, o de acompanhante durante internação em 67,5%, próximo de 50% para a taxa de ocupação de leito e média de permanência em ALCON e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); e para a realização de episiotomia em 38,0%.

A disponibilidade de dados sobre óbitos materno, neonatal e fetal foi classificada como não adequada para 13% das maternidades do país com os piores resultados nas regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte. O resultado global da diretriz foi devido principalmente ao baixo percentual de maternidades com grau de implantação não adequado para a divulgação dos indicadores de mortalidade. Um quarto das maternidades declararam não ter o comitê de óbito materno e neonatal implantado. Já para o desenvolvimento de estratégias para reduzir o número de cesarianas e a divulgação dos indicadores de mortalidade no ambiente hospitalar, o percentual de não adequação foi de 40%.

Também na Tabela 2, os itens de verificação da diretriz “gestão participativa e compartilhada” apresentaram variabilidade expressiva. A existência de colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada apresentou grau de implantação não adequado em 40% das maternidades. O pior desempenho foi para a garantia de participação de profissionais de diferentes funções em espa-

ço de gestão colegiada, com 100% das maternidades avaliadas como não adequadas. Reuniões regulares com trabalhadores como mecanismo de gestão colegiada não são realizadas em 60,9% das maternidades. Percentuais de não adequação mais baixos foram verificados nos itens “realização de debate com profissionais sobre as boas práticas na assistência ao parto e nascimento” (35,6%) e a participação dos trabalhadores nas decisões sobre o processo de trabalho (33,7%). Um pouco mais da metade das maternidades foi classificada como não adequadas quanto ao acesso aos serviços de ouvidoria pelos seus usuários, valor que reduz para quase 30% em relação as mudanças nos processos de trabalho e de tomada de decisão a partir da escuta dos usuários.

Ainda na Tabela 2, entre os diferentes ambientes da maternidade, as salas de acolhimento e classificação de risco, exame clínico e de admissão da parturiente apresentaram o menor percentual de maternidades classificadas como não adequadas, em torno de 40%, sendo o Nordeste a região em que mais de 50% das maternidades ficaram com essa classificação.

Em 43,1% das maternidades, o ALCON foi classificado como não adequado quanto ao acesso a banheiro exclusivo, existência de poltrona para o acompanhante e área para o banho do RN.

As regiões brasileiras se encontram em diferentes estágios de implantação dos quartos PPP (pré-parto, parto e puerpério), sendo a menor expansão observada na região Sul, com 97,5% das maternidades com grau de implantação não adequado, e a maior implantação na região Centro-Oeste, onde o percentual de não adequação foi de 74,4%. Da totalidade de quartos PPP existentes no país, 16,1% foram classificados com estrutura não adequada, ou seja, quarto PPP sem banheiro exclusivo e/ou sem chuveiro com água quente e fria.

Na unidade neonatal, um terço das maternidades avaliadas apresentaram condições ambientais de conforto de temperatura, luminosidade e ruído com grau de implantação não adequado com distinção para a região Centro-Oeste que teve este percentual reduzido para 16,7%. Quanto à disponibilidade de acomodação para a mãe acompanhar o tratamento do RN internado na unidade neonatal e de cadeiras e poltronas para acompanhantes na UTIN e UCINCO, em torno de 50% foram classificadas com grau de implantação não adequado.

Para tratar do dispositivo “acessibilidade” foi destacado a garantia de acesso às pessoas com deficiência motora quanto à existência de rampa, porta do banheiro com largura para passagem

Tabela 2. Distribuição do percentual do grau de implantação das diretrizes 3 e 4, seus dispositivos e itens de verificação segundo grandes regiões e Brasil, 2017.

Diretriz / Dispositivo / Itens de verificação	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			Brasil		
	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A
Monitoramento do Cuidado e de Resultados da Assistência ao Parto e Nascimento	54,7	30,2	15,1	34,9	46,3	18,9	15,7	48,4	35,9	19,8	50,6	29,6	36,6	48,8	14,6	28,7	45,5	25,7
Disponibilidade de indicadores da atenção ao parto e nascimento	66,3	19,8	14,0	57,1	30,9	12,0	39,9	34,5	25,6	37,0	45,7	17,3	61,0	29,3	9,8	49,7	32,5	17,8
Taxa de ocupação de leitos no alojamento conjunto e na unidade neonatal	74,4	0,0	25,6	49,1	0,0	50,9	32,3	0,0	67,7	44,4	0,0	55,6	51,2	0,0	48,8	46,0	0,0	54,0
Média de permanência no alojamento conjunto e na unidade neonatal	74,4	0,0	25,6	53,1	0,0	46,9	32,7	0,0	67,3	46,9	0,0	53,1	56,1	0,0	43,9	48,0	0,0	52,0
Monitoramento da proporção de cesáreas	44,2	20,9	34,9	36,6	33,1	30,3	12,6	34,1	53,4	19,8	19,8	60,5	39,0	29,3	31,7	26,7	29,7	43,6
Presença do acompanhante durante a internação para o parto	66,3	0,0	33,7	76,6	0,0	23,4	60,5	0,0	39,5	63,0	0,0	37,0	78,0	0,0	22,0	67,5	0,0	32,5
Classificação de risco	88,4	5,8	5,8	88,0	8,6	3,4	81,2	12,6	6,3	77,8	13,6	8,6	92,7	7,3	0,0	84,5	10,2	5,3
Desenvolvimento de estratégia para reduzir o número de cesarianas realizada	65,1	19,8	15,1	46,3	31,4	22,3	35,4	30,9	33,6	35,8	28,4	35,8	58,5	24,4	17,1	44,4	28,7	26,9
Percentual de episiotomia em partos normais	55,8	23,3	20,9	46,9	21,1	32,0	27,4	20,2	52,5	25,9	22,2	51,9	43,9	19,5	36,6	38,0	21,1	40,9
Disponibilidade de indicadores de mortalidade materna, neonatal e fetal	26,7	29,1	44,2	18,9	28,6	52,6	4,5	22,4	73,1	4,9	35,8	59,3	22,0	22,0	56,1	13,0	26,9	60,1
Número de óbitos fetais	33,7	0,0	66,3	21,7	0,0	78,3	10,8	0,0	89,2	14,8	0,0	85,2	26,8	0,0	73,2	18,8	0,0	81,2
Número de óbitos neonatais	32,6	0,0	67,4	24,0	0,0	76,0	7,6	0,0	92,4	17,3	0,0	82,7	22,0	0,0	78,0	18,2	0,0	81,8
Número de óbitos maternos	26,7	17,4	55,8	17,1	14,3	68,6	6,3	13,0	80,7	12,3	9,9	77,8	24,4	9,8	65,9	14,4	13,4	72,3
Existência de Comitê de Óbitos	30,2	0,0	69,8	34,3	0,0	65,7	16,1	0,0	83,9	22,2	0,0	77,8	17,1	0,0	82,9	24,3	0,0	75,7
Divulgação dos indicadores de morbimortalidade pela Direção da Maternidade	55,8	25,6	18,6	45,7	28,0	26,3	35,0	33,6	31,4	46,9	33,3	19,8	56,1	24,4	19,5	44,1	30,2	25,7

continua

Tabela 2. Distribuição do percentual do grau de implantação das diretrizes 3 e 4, seus dispositivos e itens de verificação segundo grandes regiões e Brasil, 2017.

Diretriz / Dispositivo / Itens de verificação	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			Brasil		
	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A
	Gestão Participativa e Compartilhada	62,8	29,1	8,1	39,4	54,3	6,3	30,9	60,1	9,0	35,8	56,8	7,4	36,6	53,7	9,8	38,9	53,1
Gestão colegiada e/ou outros dispositivos de gestão colegiada	60,5	27,9	11,6	33,7	55,4	10,9	46,6	45,7	7,6	46,9	45,7	7,4	46,3	43,9	9,8	44,9	45,9	9,2
Existência de colegiado gestor ou outro dispositivo de gestão colegiada	48,8	27,9	23,3	28,0	36,0	36,0	42,2	25,6	32,3	44,4	34,6	21,0	51,2	29,3	19,5	39,9	30,4	29,7
Garantia de participação de profissionais ocupantes de diferentes funções em espaços de gestão colegiada	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
Garantia da participação de diferentes trabalhadores nas decisões sobre os processos de trabalho	44,2	20,9	34,9	26,9	38,3	34,9	30,0	35,9	34,1	40,7	35,8	23,5	46,3	31,7	22,0	33,7	34,2	32,2
Realização de momentos de debate com os profissionais sobre as Boas Práticas na assistência ao parto e nascimento	47,7	0,0	52,3	30,9	0,0	69,1	35,9	0,0	64,1	37,0	0,0	63,0	26,8	0,0	73,2	35,6	0,0	64,4
Reuniões com a participação dos trabalhadores realizadas com frequência regular e garantindo a mecanismos de gestão colegiada	66,3	26,7	7,0	56,6	36,0	7,4	62,8	30,9	6,3	56,8	33,3	9,9	65,9	26,8	7,3	60,9	31,8	7,3
Mecanismos de informação e escuta das usuárias / acompanhante e dos trabalhadores	59,3	32,6	8,1	38,9	49,7	11,4	16,1	61,4	22,4	11,1	65,4	23,5	26,8	46,3	26,8	28,9	53,5	17,7
Acesso aos serviços de Ouvidoria para usuários do SUS com garantia de resposta aos usuários	80,2	18,6	1,2	64,6	32,6	2,9	44,8	47,1	8,1	42,0	55,6	2,5	41,5	56,1	2,4	55,0	40,6	4,5
Mudança nos processos de trabalho e de tomada de decisão a partir da escuta dos usuários	54,7	9,3	36,0	37,7	6,9	55,4	14,8	8,1	77,1	11,1	6,2	82,7	26,8	2,4	70,7	27,4	7,3	65,3
Ambiência	82,6	10,5	7,0	58,9	38,3	2,9	57,0	32,7	10,3	65,4	33,3	1,2	46,3	39,0	14,6	61,6	31,7	6,8
Ambiência adequada às boas práticas na porta de entrada	64,0	8,1	27,9	50,9	3,4	45,7	44,8	9,4	45,7	54,3	6,2	39,5	51,2	12,2	36,6	51,0	7,3	41,7
Ambiente adequado e confortável para acolhimento da mulher e seu acompanhante	52,3	16,3	31,4	28,6	18,9	52,6	38,1	28,7	33,2	40,7	27,2	32,1	46,3	31,7	22,0	38,3	24,1	37,6
Conforto e privacidade assegurados na sala de exame clínico e admissão da parturiente	51,2	0,0	48,8	40,0	0,0	60,0	31,1	0,0	68,9	48,1	0,0	51,9	45,0	0,0	55,0	39,7	0,0	60,3
Ambiência adequada às boas práticas de atenção ao parto e nascimento	84,3	4,8	10,8	85,5	5,8	8,7	67,9	16,3	15,8	90,0	8,8	1,3	69,2	7,7	23,1	78,4	10,1	11,6
Percentual de adequação da oferta de quartos PPP	84,3	2,4	13,3	86,7	2,3	11,0	81,9	3,2	14,9	97,5	2,5	0,0	74,4	0,0	25,6	85,2	2,5	12,2
Percentual de adequação de estrutura dos quartos PPP	30,0	0,0	70,0	33,3	4,2	62,5	9,9	0,0	90,1	0,0	0,0	100,0	16,7	0,0	83,3	16,1	0,8	83,1
Ambiência adequada Alcon	60,5	32,6	7,0	53,1	36,0	10,9	32,7	43,5	23,8	34,6	49,4	16,0	36,6	46,3	17,1	43,1	40,8	16,2
Conforto Assegurado no ALCON	60,5	32,6	7,0	53,1	36,0	10,9	32,7	43,5	23,8	34,6	49,4	16,0	36,6	46,3	17,1	43,1	40,8	16,2

continua

Tabela 2. Distribuição do percentual do grau de implantação das diretrizes 3 e 4, seus dispositivos e itens de verificação segundo grandes regiões e Brasil, 2017.

Diretriz / Dispositivo / Itens de verificação	Norte			Nordeste			Sudeste			Sul			Centro-Oeste			Brasil		
	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A	NA	PA	A
	Ambiência adequada na UN	45,5	20,5	34,1	29,4	23,5	47,1	52,4	15,3	32,3	42,9	14,3	42,9	33,3	20,0	46,7	42,9	18,3
Acomodação para a mãe do bebê internado em Unidade Neonatal	50,0	0,0	50,0	27,4	0,0	72,6	55,0	0,0	45,0	43,8	0,0	56,3	36,7	0,0	63,3	44,4	0,0	55,6
Controle de ruído, luminosidade e temperatura na UTIN e UCINCO	27,9	23,3	48,8	26,8	33,0	40,2	35,9	24,5	39,7	23,4	29,8	46,8	16,7	26,7	56,7	29,8	27,4	42,8
Cadeira e Poltrona na UTIN e UCINCO	42,9	0,0	57,1	54,5	0,0	45,5	51,1	1,6	47,3	41,7	2,1	56,3	46,7	6,7	46,7	49,8	1,4	48,8
Ambiência com acessibilidade	98,8	0,0	1,2	91,4	6,9	1,7	80,7	13,5	5,8	87,7	9,9	2,5	75,6	17,1	7,3	87,0	9,4	3,6
Condições de acessibilidade para gestantes e/ou acompanhantes com deficiência motora	98,8	0,0	1,2	91,4	6,9	1,7	80,7	13,5	5,8	87,7	9,9	2,5	75,6	17,1	7,3	87,0	9,4	3,6

Nota: NA (não adequado); PA (parcialmente adequado); A (adequado)0

de cadeira de roda e barras de apoio. No Brasil, 87,0% das maternidades apresentaram condições de acessibilidade inadequada com os maiores percentuais nas regiões Norte, Nordeste e Sul.

Discussão

Este estudo buscou avaliar o grau de implementação das diretrizes da RC permitindo identificar áreas de progresso e deficiências na assistência ao parto e nascimento de estabelecimentos de saúde do SUS.

A avaliação de estratégias como a RC é tarefa complexa, considerando a especificidade de diferentes contextos e a característica multifacetada da assistência ao parto e nascimento. Com o intuito de captar a complexidade no desenvolvimento das ações da RC, o modelo de avaliação incorporou a abordagem participativa¹⁰.

É importante destacar a possibilidade de tendenciosidade nas informações declaradas pelos gestores e trabalhadores, visto que podem informar o que está prescrito nas normas técnicas e não o que de fato é realizado. Isto foi contornado, em parte, com atribuição de maior valor para a resposta da puérpera e da observação *in loco* nos itens avaliados. A triangulação dos resultados entre diversos itens de verificação propiciou uma leitura mais aproximada de questões complexas da organização dos processos de trabalho nos serviços.

Os resultados da matriz de julgamento da RC mostram que os processos e os procedimentos de atenção ao parto e nascimento encontram-se em estágios diferenciados de implantação, com variações entre as grandes regiões. O Sul e Sudeste, regiões do país com maior desenvolvimento econômico e social, apresentaram situação privilegiada quanto ao grau de implantação da maioria dos itens de verificação analisados, quando comparadas com as demais.

Das cinco diretrizes avaliadas, o acolhimento em obstetrícia foi a que obteve o mais alto grau de implantação, sinalizando o seu valor como prática para reorganizar a lógica de funcionamento dos serviços na prestação do cuidado, conforme definido na Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS¹¹.

Entre os itens avaliados destacaram-se as atitudes humanizadoras traduzidas em gestos simples nas quais os profissionais chamam as mulheres pelo nome e escutam suas queixas, preocupações e angústias¹². Entretanto, alguns desafios permanecem para a operacionalização e a qualificação do acolhimento em obstetrícia, como as lacunas de mecanismos de comunicação e in-

tegração da atenção primária com a maternidade, serviços da rede que compõem a linha de cuidado, situação avaliada como preponderante na garantia da adequabilidade do cuidado¹³. A dificuldade de comunicação entre os serviços para viabilizar a vinculação da gestante para serviços com estrutura hospitalar compatível, tanto pela necessidade de cuidado da gestante como a do RN, tem como consequência a manutenção de percentual expressivo (21,9%) de peregrinação pela busca de assistência ao parto observado entre as mulheres entrevistadas neste estudo¹⁴, situação dramática sobretudo para emergências obstétricas, que demandam tratamento oportuno para prevenir complicações da saúde materna¹⁵. Outro obstáculo identificado refere-se ao percentual importante de hospitais que declaram não ter a ação de classificação de risco implantada, fato que pode levar a uma demora em identificar a gestante em estado crítico ou mais grave e ter como consequências desfechos maternos desfavoráveis¹⁶.

O direito a acompanhante de livre escolha durante todos os tempos clínicos do parto, garantido pela lei federal 11.108¹⁷, é uma realidade, mostra o estudo, embora com restrições observada em 30% das instituições. Há evidências de que a presença de acompanhante, além de proporcionar apoio emocional à mulher, é um marcador de segurança e qualidade da assistência ao evitar violência e práticas inadequadas ao parto¹⁸. Estratégias de acolhimento e inclusão dos acompanhantes traduzidas na oferta de poltrona e refeições, precisam ser ampliadas sob a perspectiva da humanização do atendimento e um melhor relacionamento entre acompanhante e equipe de saúde¹¹.

Persiste no país modelo de cuidado baseado em intervenções que deveriam ser abolidas ou reduzidas e na presença tímida de práticas adequadas. As mulheres brasileiras ainda estão parindo, na sua maioria, deitadas, submetidas a venóclise, amniotomia e episiotomia¹⁴. Tal situação reflete a manutenção de processos de trabalho pouco participativos e marcados por intensa medicalização no cotidiano dos serviços hospitalares que expõem as gestantes de baixo risco às intervenções desnecessárias, além de acarretar gastos e desperdício de recurso¹⁹. O acompanhamento do trabalho de parto é pouco monitorado com partograma, e não são ofertados métodos não farmacológicos de alívio da dor e alimentos no trabalho de parto. A possibilidade de deambular foi a prática com melhores resultados.

Embora seja reconhecido que os protocolos são ferramentas importantes na busca pela melhor qualidade da assistência, e até mesmo um

instrumento de capacitação profissional, a baixa implantação do protocolo do Método Canguru na unidade neonatal indica a necessidade de um maior entendimento dos obstáculos existentes para reverter a situação encontrada.

Ainda que a promoção do contato pele-a-pele entre a mãe e o RN propicie o início precoce da amamentação²⁰, ainda é um desafio a incorporação dessa prática para o RN saudável, em cerca de um quarto das maternidades avaliadas.

Quanto às práticas de cuidado ao RN, verificamos que ainda não foi incorporada de maneira ampla a de clampeamento oportuno do cordão, sendo que um número significativo de RN não estão recebendo os benefícios do aporte de sangue produzido pela referida prática²⁰. Os resultados realçam que o acesso à tecnologia apropriada para o parto e nascimento, em que pese o Brasil ter normativas nacionais⁵ que regulamentam o que as maternidades devem cumprir, ainda é um objetivo a ser conquistado. Entre elas destacam-se a baixa inserção de enfermeiras obstetras na atenção ao parto normal de baixo risco identificada no estudo, contrariando evidências científicas sobre os possíveis benefícios quando esta profissional está inserida na assistência²¹, demonstrando que o modelo baseado no trabalho em equipe multiprofissional precisa avançar, para que os serviços possam atingir níveis de qualidade na atenção obstétrica e neonatal.

Embora seja grande o volume de procedimentos hospitalares, o percentual significativo de mortes maternas, neonatais e fetais ocorridas nos hospitais, e o envolvimento de grandes somas de recursos financeiros, ainda é baixo o monitoramento de indicadores de processo e resultado para subsidiar iniciativas que melhorem a qualidade em cuidados de saúde, como educação continuada e desenvolvimento de protocolos²²⁻²⁴. Segundo resultados do estudo, o monitoramento da qualidade da assistência é incipiente entre os hospitais avaliados, sendo observada ampla variação. Há um número expressivo de estabelecimentos de saúde que não coletam de forma regular os dados necessários para calcular os indicadores de qualidade. Em outros, ainda que já tenham incorporado tal atividade na rotina hospitalar, são incipientes as iniciativas que podem ser efetivas para a mudança da prática diária dos profissionais de saúde, como a divulgação dos indicadores para os profissionais dos estabelecimentos avaliados^{25,26}.

Os resultados da Diretriz 4 apontam que os serviços demonstraram fragilidades na promoção de mecanismos de qualificação da gestão por meio da maior participação e corresponsabiliza-

ção dos trabalhadores e da escuta das usuárias. Situação que implica em redução da possibilidade de desenvolvimento de um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Neste sentido, é necessário e urgente aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes trabalhadores que constituem a maternidade. Isso implica na mudança dos processos de gestão de modo a criar possibilidades de ampliar, nos trabalhadores, a capacidade de fazer novas ações e participar como cogestores do seu processo de trabalho. Implica também na ampliação da participação das usuárias e suas redes sociofamiliar no exercício do controle social e no cuidado compartilhado, conforme definido na Política Nacional de Humanização (PNH)¹¹.

Das cinco diretrizes avaliadas, a ambiência foi a que obteve o menor grau de implantação. Os resultados apontam que muitos problemas permanecem para a produção de saúde com condições de trabalho e de atendimento que valorizam a organização de espaços de trabalho saudáveis, a privacidade e promovam a ambiência acolhedora e confortável.

Em que pese mais de uma década da vigência da RDC36/2008²⁷, que mudou a organização do centro obstétrico, e quase dez anos de publicação da RC⁵, a implantação do quarto PPP representa ainda um enorme desafio. A observação *in loco* dos ambientes de assistência ao trabalho de parto e parto constatou que o modelo tradicional predomina. Há evidências de que a separação dos ambientes de pré-parto, parto e puerpério, ao fragmentar o processo de trabalho, fortalecendo a visão taylorista²⁸ do trabalho em saúde, traz prejuízos à evolução fisiológica do trabalho de parto e parto.

A privacidade, aspecto fundamental para o bom desenrolar da fisiologia feminina, não é assegurada na maioria das unidades, já que o ambiente ofertado às mulheres no trabalho de parto, observado na grande maioria das maternidades, permanece no formato de salas coletivas, box ou leitos separados por cortinas.

Embora o contexto de teto e corte de gastos públicos²⁹ inviabilize a execução de reformas dos espaços físicos das maternidades, sobretudo no Norte e Nordeste, regiões com menor desenvolvimento econômico e social³⁰, esta situação não pode ser entendida como um obstáculo para transformar e criar novas situações de convivência e trabalho de acordo ao preconizado pela RC³¹.

Não obstante os RN de risco internados em unidade neonatal tenham assegurados pela legislação vigente³², o controle de ruídos e luminosidade

no ambiente, assim como o conforto para a permanência do pai na unidade neonatal, até então não estavam garantidos a todos RN. A observação *in loco* demonstrou barreiras arquitetônicas para o acesso de gestantes com necessidades especiais, indicando ações pouco significativas voltadas para atender as necessidades de mulheres com deficiência física nos serviços de atenção à saúde³³.

Indiscutivelmente, o Brasil vem avançando no modelo de atenção centrado nas necessidades da mulher e do recém-nascido como preconizado pela RC⁵ conforme salientam artigos que compararam a evolução das boas práticas e intervenções desnecessárias na assistência à mulher e ao RN nas mesmas maternidades do SUS em 2011 e a atual avaliação da RC de 2016/2017^{34,35}. Entretanto, desafios ainda permanecem e muitos esforços são necessários para melhorar a assistência ao parto e nascimento nas maternidades avaliadas. Entre as iniciativas que devem ser estimuladas destacam-se a qualificação da assistência ao parto e nascimento e a disseminação de conhecimento.

Nas duas últimas décadas, a avaliação dos serviços de saúde vem recebendo atenção frente à manutenção de níveis inaceitáveis de indicadores de morbimortalidade materna e perinatal^{3,4,36}. A avaliação, de forma regular, das ações da RC deve fazer parte do alicerce de informações empregadas no direcionamento de políticas e regulamentação na atenção hospitalar ao parto e nascimento, aproximando, assim o planejamento em saúde e a prática do cuidado das discussões sobre a qualidade dos serviços. Neste sentido, em consonância com as finalidades da avaliação da RC, realizaram-se oficinas devolutivas em todos estados e no Distrito Federal com a participação de gestores e profissionais das secretarias de saúde, técnicos do MS e de pesquisadores da ENSP ou da UFMA. Durante as oficinas foi evidente a pertinência da matriz de julgamento desenvolvida para qualificar o modelo de atenção ao parto e nascimento, bem como de orientar a repactuação de compromissos firmados nos planos de ação regionais da RC³⁷, forjando, assim, um instrumento que pode ser utilizado para o aprimoramento da gestão e do cuidado realizado nas maternidades. Desse modo, o papel da avaliação vem ao encontro das responsabilidades com o fazer saúde com equidade, integralidade e efetividade, constituindo parte importante de implantação de práticas de atenção ao parto e nascimento baseadas em evidências científicas, com observância aos modelos de atenção, gestão e de ensino, dimensões inseparáveis na produção de um cuidado produtor de saúde e de sujeitos.

Colaboradores

SDA Bittencourt, MEA Vilela, MCO Marques, AM Santos, CKRT Silva, RMSM Domingues, AC Reis e GL Santos participaram da concepção, planejamento e análise dos dados; da redação ou revisão crítica da versão final e da aprovação final da versão a ser publicada; sendo responsáveis por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de seu conteúdo.

Referências

1. Datasus. *Arquivos de declarações de nascido vivos. Reduzida para tabulação do Sistema de Informação de Nascidos Vivos*. DF: Datasus; 2019. [acessado 2019 Jan 6]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
2. Gapminder. *Download the data*. [acessado 2019 Abr 13]. Disponível em: <https://www.gapminder.org/data/>
3. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, Frias PG, Cavalcante RS, Cunha AJLA. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica* Rio de Janeiro, 2014; 30(Supl. 1):S192-S207.
4. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Avaliação da assistência hospitalar materna e neonatal: índice de completude da qualidade. *Rev Saude Publica* 2014; 48(4):682-691.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 2011; 24 jun.
6. Giovanni MRC. *Da concepção à implantação*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública; 2013.
7. Di Villarosa FNA. *Estimativa Rápida e a divisão do território no Distrito Sanitário: Manual de Instruções*. Brasília: OPS-Representação do Brasil; 1993. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, no 11).
8. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, Silva LBRAA, Lamy ZC. Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):789-800.
9. Alves CA, Natal S, Felisberto E, Samico, I Interpretação e Análise das Informações: O uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: *Avaliação em Saúde- Base Conceituais e Operacionais*. Samico I, Eronildo F, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-107.
10. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Humanização (PNH). Rede HumanizaSUS*. Folheto. Brasília: MS; 2013.
11. Cardoso GC, Oliveira EA, Casanova AO, Toledo PPS, Santos EM. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. *Saúde Debate* 2019; 43:54-68.
12. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. *Saúde Debate* 2014; 38(103):805-816.
13. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multi-disciplinary review. *BMJ* 2003; 327(7425):1219-1221.
14. Leal MDC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Gama SGN, Domingues RMSM, Vilela MEA. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. *Cad Saude Publica* 2019; 35(7):e00223018.

15. Pacagnella RC, Cecatti JG, Parpinelli MA, Sousa MH, Haddad SM, Costa ML, Souza JP, Pattinson RC; Brazilian Network for the Surveillance of Severe Maternal Morbidity study group. Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: Results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014; 14:159.
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia*. Brasília: MS; 2015.
17. 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). *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
18. Diniz CSG, D'orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA, Lansky S, Teixeira NZF, Rance S, Sandall J. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa Nascir no Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2014; 30(Supl. 1):S140-S141.
19. Coulm B, Ray CL, Lelong N, Drewniak N, Zeitlin J, Blondel B. Obstetric Interventions for Low-Risk Pregnant Women in France: Do Maternity Unit Characteristics Make a Difference? *Birth* 2012; 39(3):183-191.
20. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *Programa de Reanimação Neonatal. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto*. 2016. [acessado 2019 Mar 30]. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao
21. Gama SNGG, Viellas EF, Torres JA, Bastos MH, Brüggemann OM, Theme Filha MM, Schilithz AOC, Leal MC. Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reprod Health* 2016; 13(Supl. 3):123
22. Barbosa Junior A, Pascom ARP, Szwarcwald CL, Dhalia CBC, Monteiro L, Simão MBG. Indicadores propostos pela UNGASS e o monitoramento da epidemia de Aids no Brasil. *Rev Saude Publica* 2006; 40(Supl.):94-100.
23. Escosteguy CC, Pereira AGL, Medronho RA. Três décadas de epidemiologia hospitalar e o desafio da integração da Vigilância em Saúde: reflexões a partir de um caso. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3365-3379.
24. Vos MD, Graafmans W, Kooistra M, Bert Meijboom, Voort PVD, Westert G. Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2009; 21(2):119-129.
25. Melo CM, Aquino TIS, Soares MQ e Bevilacqua PD. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Cien Saude Colet* 2017; 22(10):3457-3465.
26. Dejong J, Akik C, El Kak F, Osman H, El-Jardali F. The safety and quality of childbirth in the context of health systems: mapping maternal health provision in Lebanon. *Midwifery* 2010; 26(5):549-557.
27. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. *Diário Oficial da União* 2008; 4 jun.
28. Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad Saude Publica* 1998; 14(4):863-870.
29. Brasil. Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2016; 16 dez.
30. Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PROADESS). Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. *Boletim Informativo nº 3, agosto/2018*. Indicadores para o monitoramento do setor Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. [acessado 2019 Jun 14]. Disponível em: <https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?page=boletins>
31. Pessati PM. *A Intercessão Arquitetura e Saúde: quando o problema é a falta de espaço na unidade de saúde, qual é o espaço que falta?* [dissertação]. Campinas: Universidade de Campinas; 2008.
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2012; 10 maio.
33. Thomaz EBAF, Costa EM, Andrade YNL, Rocha TAH, Rocha NCS, Marques MCO, Queiroz RCS. Acessibilidade às gestantes e puérperas com deficiência motora, visual e auditiva: uma análise da estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. *Cien Saude Colet* 2020; 26(3):897-908.
34. Leal MC, Pereira APE, Vilela MEA, Alves MTSSB, Neri MA, Queiroz RCS, Santos YRP, Silva AAM. Redução das iniquidades sociais no acesso às tecnologias apropriadas ao parto na Rede Cegonha: comparação entre o Nascir no Brasil (2011) e a Avaliação da Rede Cegonha (2017). *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):825-835.
35. Gomes MAM, Esteves-Pereira AP, Bittencourt DAS, Augusto, LCR, Lamy-Filho F, Lamy Z, Magluta C, Moreira MELM. Atenção Hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: Estamos avançando na garantia das boas práticas? *Cien Saude Colet* 2020; 26(3):859-874.
36. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, Arantes SL, Leal MC. Structure in Brazilian maternity hospitals: key characteristics for quality of obstetric and neonatal care. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S208-S219.
37. Silva LBRAA, Angulo-Tuesta A, Massari, MTR, Augusto LCR, Gonçalves LLM, Silva CKRT, Minoia N. Avaliação da Rede Cegonha: devolutiva dos resultados para as maternidades no Brasil. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):931-940.

Artigo apresentado em 30/03/2020

Aprovado em 17/06/2020

Versão final apresentada em 19/06/2020

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

