

## Avaliação da organização e práticas de assistência ao parto e nascimento em três hospitais de Santa Catarina, Brasil

Evaluation of the organization and practices of delivery and birth care in three hospitals in Santa Catarina, Brazil

Evaluación de la organización y prácticas de atención al parto y nacimiento en tres hospitales de Santa Catarina, Brasil

Célia Adriana Nicolotti <sup>1</sup>  
Josimari Telino de Lacerda <sup>2</sup>

doi: 10.1590/0102-311XPT052922

### Resumo

O objetivo foi avaliar a assistência hospitalar ao parto e ao nascimento, analisando aspectos de gestão e assistência desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto. Foi realizada uma pesquisa avaliativa dos aspectos de gestão e práticas de assistência ao parto e nascimento, desenvolvida no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020, em três hospitais de Santa Catarina, Brasil, com melhor desempenho em uma avaliação nacional de boas práticas de assistência ao parto e ao nascimento. A coleta de dados envolveu análise documental, observação e entrevistas com profissionais da gestão, assistência e puérperas. Foram analisados 30 indicadores, que compuseram uma matriz de análise e julgamento, agrupados nas dimensões Político-Organizacional e Tático-Operacional. O julgamento orientou-se pela comparação entre a pontuação observada e a pontuação máxima esperada em cada um dos componentes da matriz avaliativa. A assistência ao parto e ao nascimento foi parcialmente satisfatória nos hospitais 2 e 3 e insatisfatória no hospital 1. A dimensão Político-Organizacional foi classificada como insatisfatória e a Tático-Operacional parcialmente satisfatória nos três hospitais. Nenhum hospital obteve avaliação satisfatória em mais de 40% dos indicadores. Os hospitais analisados ainda não conseguiram consolidar as mudanças no modelo assistencial na perspectiva do cuidado humanizado, orientado por evidências científicas e direitos.

*Parto; Assistência Hospitalar; Saúde da Mulher; Avaliação em Saúde*

### Correspondência

C. A. Nicolotti  
Rua Santana 1092, Porto Alegre, RS 90040-372, Brasil.  
celia.nicolotti@gmail.com

<sup>1</sup> Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.



## Introdução

O modelo assistencial predominante no Brasil aborda o parto e nascimento como uma questão médica, considerando todas as gestações potencialmente de risco e o corpo das mulheres dependente de tecnologias médicas. Tal posicionamento retira o protagonismo da mulher e propicia intervenções desnecessárias, trazendo efeitos deletérios<sup>1,2</sup>.

No país, atualmente, a quase totalidade dos nascimentos (98%) ocorre em hospitais<sup>3</sup>. A assistência apresenta um elevado percentual de cesarianas (57%)<sup>3</sup> e de intervenções no parto vaginal, como episiotomia, manobra de Kristeller, litotomia, restrição da mobilidade durante o trabalho de parto, aspiração de vias aéreas superiores e gástrica de recém-nascidos saudáveis<sup>4,5</sup>.

A razão de mortalidade materna (RMM) brasileira passou de 73,9 a cada 100 mil nascidos vivos, em 2009, para 62 a cada 100 mil nascidos vivos em 2015, chegando a 57,9, em 2019, o que é considerado uma RMM elevada<sup>6,7</sup>. Com a pactuação dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, a meta é reduzir a RMM, até 2030, para 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos<sup>7</sup>.

A taxa de mortalidade infantil decresceu entre os anos de 1990 (47,1/1.000 nascidos vivos) e 2015 (13,3/1.000 nascidos vivos), apresentou um aumento em 2016, alcançando 14/1.000 nascidos vivos e, em 2019, voltou a 13,3 óbitos por mil nascidos vivos<sup>8</sup>, sendo que o componente neonatal precoce se manteve elevado e correspondeu a 54% dos óbitos infantis<sup>9,10</sup>.

Recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) abordam a importância de práticas pautadas em evidências científicas, no uso racional de tecnologias assistenciais, na defesa de direitos e na participação das mulheres nas decisões<sup>11</sup>.

A literatura e as normativas nacionais reforçam a necessidade do trabalho em rede para garantir às mulheres e aos bebês o atendimento em tempo oportuno, de maneira articulada entre os pontos de atenção visando garantir o acesso e a continuidade do cuidado<sup>12,13</sup>.

As decisões de gestão em serviços de saúde devem ser baseadas em informações confiáveis e relevantes e a avaliação pode contribuir com esse processo<sup>14,15</sup>. Ampliar a compreensão sobre como a assistência hospitalar ao parto e nascimento está operacionalizada é fundamental para orientar decisões que melhorem os desfechos, impactem na redução da morbimortalidade materna e neonatal e na satisfação com a experiência do parto<sup>16</sup>.

O Estado de Santa Catarina, Brasil, tem a rede de saúde materna e infantil pactuada em todas as regiões, com definição dos pontos de atenção, das unidades de referência, de compromissos, metas e indicadores entre os serviços e a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, persistem dificuldades quanto ao modelo assistencial vigente<sup>17</sup> e o percentual de cesarianas, similar ao nacional (57%)<sup>3</sup>, é considerado alto, quase o triplo do observado mundialmente (21,1%)<sup>18</sup>.

Este estudo justifica-se pelo número reduzido de estudos avaliativos encontrados com esse foco<sup>19,20,21</sup>, pelo cenário das práticas assistenciais<sup>4,17,22</sup> e pela elevada mortalidade materna e neonatal<sup>7,8,23,24</sup> e teve como objetivo avaliar a assistência hospitalar ao parto e nascimento em Santa Catarina, analisando aspectos de gestão e assistência desde a admissão das mulheres para o parto até o pós-parto.

## Método

Foi realizada uma pesquisa avaliativa dos aspectos de gestão e práticas de assistência ao parto e nascimento, utilizando técnicas quantitativa e qualitativa de coleta de dados, desenvolvida no período de novembro de 2019 a fevereiro de 2020, em três hospitais catarinenses cujas características estão apresentadas no Quadro 1.

A definição dos hospitais se baseou nos resultados de uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde em 2017<sup>25</sup>. Foram selecionados os hospitais melhor classificados na diretriz “boas práticas”, com maior número de diretrizes classificadas como adequada e nenhuma como incipiente ou não adequada. Dentre os quatro hospitais selecionados, um não aceitou participar. Os hospitais foram denominados hospital 1, hospital 2 e hospital 3.

**Quadro 1**

Principais características dos hospitais avaliados em Santa Catarina, Brasil, 2020.

CARACTERÍSTICA	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3
Tipo de estabelecimento	Hospital geral com maternidade	Maternidade exclusiva	Hospital geral com maternidade
Natureza jurídica	Administração pública estadual	Administração pública estadual	Entidade sem fins lucrativos
Horário de atendimento	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana
Disponibilidade de equipe médica e de enfermagem	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana	24 horas, todos os dias da semana
Vínculo dos profissionais	Concursados e contratados	Concursados e contratados	Contratados
Tipo de referência	Alto e baixo risco	Alto e baixo risco	Alto e baixo risco
Atividade de ensino/pesquisa	Sim	Sim	Sim
Número de partos/ano (SINASC)	Mais de 2.000	Mais de 2.000	Mais de 2.000

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.

Fonte: elaborado pelas autoras.

O modelo avaliativo, composto pelos modelos teórico e lógico e pela matriz de análise e julgamento (MAJ), foi analisado e validado em consenso, por meio do método Delphi, por 11 especialistas e *stakeholders*, sendo três com atuação em gestão em secretaria de estado da saúde ou de maternidade, três na assistência hospitalar ao parto e nascimento e cinco docentes das áreas de saúde das mulheres ou avaliação.

A MAJ está composta por: duas dimensões, seis subdimensões, 30 indicadores e 70 medidas (Quadro 2).

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

A coleta foi realizada *in loco*, durante uma semana típica de atendimento. A análise documental buscou informações sobre pactuações, monitoramento de indicadores e de tempos de espera. A observação direta focou em estrutura, acessibilidade e indicadores. Ambas foram realizadas a partir de um roteiro.

As entrevistas utilizaram um questionário semiestruturado, foram agendadas previamente, segundo disponibilidade dos participantes, realizadas em local reservado no hospital, gravadas e transcritas. Duas entrevistas foram realizadas por videochamada. As entrevistas tiveram a duração média de 1 hora e 20 minutos.

Em cada hospital foram entrevistados três gestores (coordenação de obstetrícia, de enfermagem e de neonatologia) e três profissionais assistenciais (enfermeira obstetra, médico obstetra, neonatologista). O tempo mínimo de um ano de atuação ininterrupta no local foi critério de inclusão. Excluíram-se profissionais de férias ou de licença.

No caso das puérperas, foram selecionadas as que pariram no serviço e estavam internadas no alojamento conjunto com 12 horas ou mais após o parto, independentemente de ter tido parto vaginal ou cesárea. A enfermeira do turno listava as puérperas que cumpriam os critérios de inclusão, e as entrevistas seguiram no decorrer da semana até a saturação. Foram entrevistadas 25 puérperas, cinco se recusaram a participar e uma não finalizou a entrevista.

As entrevistas foram realizadas no alojamento conjunto e tiveram a duração média de 30 minutos. Não foram realizadas entrevistas nos momentos de visita, assistência, alimentação ou amamentação e buscou-se ajustar a intensidade sonora da conversa. Constavam do roteiro perguntas sobre orientação para a alta, que foram realizadas por aplicativo de conversa em até uma semana após a alta. Das 25 entrevistadas no hospital, 19 responderam ao contato após a alta, quatro não responderam e com duas não foi possível contato.

## Quadro 2

Matriz de análise e julgamento da assistência hospitalar ao parto e nascimento, com parâmetros e fontes de evidência.

	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
<b>DIMENSÃO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL</b>				
Mecanismos de gestão	Gestão compartilhada	Existência e funcionamento de espaços de gestão com participação de gestores trabalhadores e residentes *	BOM: reunião, no mínimo bimestral, participação de todos	E-GA
			RUIM: inexistência e/ou participação somente de gestores	
		Percepção sobre a incorporação dos encaminhamentos dos espaços de gestão na reorganização do processo de trabalho *	BOM: sempre/maioria das vezes	E-GA
			RUIM: raramente; nunca	
	Estratégias de escuta sobre a experiência no serviço	Existência de escuta e devolutiva para usuárias e/ou familiares, trabalhadores e residentes	BOM: existência	E-GA
			Uso das informações para a qualificação do trabalho	
	Gestão da informação	Monitoramento de indicadores de parto e nascimento *	BOM: trimestral, de pelo menos 75% dos indicadores	AD
			RUIM: não realizado, ou tempo > 3 meses e/ou < 50% dos indicadores	
		Monitoramento de indicadores dos testes em recém-nascidos *	BOM: trimestral, de pelo menos 75% dos indicadores, incluindo do olhinho e coraçãozinho	AD
			RUIM: não realizado, ou tempo > 3 meses e/ou < 50% dos indicadores	
		Uso das informações do monitoramento para reorganizar práticas	BOM: percepção positiva	E-GA
		Divulgação pública dos indicadores	BOM: existência	OBS
		Acompanhamento de indicadores relacionados ao parto e nascimento definidos pela gestão do SUS *	BOM: no mínimo trimestral, de pelo menos 75% dos indicadores	AD
	RUIM: inexistência, temporalidade maior que três meses e/ou presença de menos de 50% dos indicadores			
	Monitoramento da morbidade materna grave	Discussões sobre casos de morbidade materna grave	BOM: realiza	E-GA
		<i>Feedback</i> às equipes e uso das informações *	BOM: percepção positiva quanto à utilidade	E-A
		Discussões sobre os óbitos ocorridos no serviço *	BOM: reuniões, no mínimo, mensais	
			RUIM: inexistência	
	Monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal	<i>Feedback</i> às equipes assistenciais e uso das informações *	BOM: percepção positiva	E-A
			RUIM: inexistência	
Articulação em rede	Visita prévia das gestantes à maternidade	BOM: realizada	E-GA	
	Disponibilidade de transporte para outro hospital	BOM: sim	E-GA	
	Agendamento da consulta pós-parto da puérpera e do bebê na 1ª semana de vida na atenção básica dos municípios de referência	BOM: realizada	E-GA	
	Pactuação anual das ações com a gestão do SUS	BOM: realizado	AD	

(continua)

**Quadro 2 (continuação)**

	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Infraestrutura	Acessibilidade	Condições de deslocamento do entorno da maternidade	BOM: favorável	OBS
		Mobilidade para pessoas com dificuldade de locomoção	BOM: 100% dos itens	
		Sinalização nos principais espaços do serviço	BOM: sinalização em todos os ambientes	
		Identificação dos profissionais (crachá ou outra forma)	BOM: sim	
		Uso de estratégias para facilitar a comunicação, de acordo com as necessidades das usuárias	BOM: sim	E-GA
	Ambiência	Adequação dos ambientes quanto à privacidade	BOM: percepção de adequação de todos os ambientes	E-GA
		Adequação dos ambientes quanto ao conforto	BOM: percepção de adequação de todos os ambientes	
		Adequação dos ambientes quanto à segurança	BOM: percepção de adequação de todos os ambientes	
	Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante no parto	Suficiência de materiais que favoreçam o parto fisiológico	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	E-GA
		Suficiência de equipamento para monitoramento do trabalho de parto	BOM: percepção de suficiência	
		Suficiência de equipamentos e materiais para assistência ao parto instrumental e cesariana	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	
		Suficiência de poltrona para acompanhante	BOM: percepção de suficiência em todos os ambientes	E-P
	Suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos	Suficiência de equipamentos e materiais para o atendimento imediato ao recém-nascido	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	E-P
		Suficiência de equipamentos e materiais para atendimento ao recém-nascido no alojamento conjunto	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	
	Disponibilidade de medicamentos e insumos	Disponibilidade de medicamentos para gestantes e puérperas	BOM: sem interrupção no último semestre	E-GA
		Disponibilidade de medicamentos para recém-nascidos	BOM: sem interrupção no último semestre	
	Suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais	Suficiência de recursos diagnósticos	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	E-GA
		Suficiência de recursos de terapia intensiva e para aleitamento materno	BOM: percepção de suficiência de todos os itens	
		Suficiência de recursos hemoterápicos	BOM: percepção de suficiência da assistência hemoterápica	E-GA

(continua)

Quadro 2 (continuação)

	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Pessoal	Adequação de pessoal clínico	Suficiência de equipe básica para o parto e nascimento	BOM: percepção de suficiência	E-GA
		Suficiência de profissionais de apoio ao parto e nascimento	BOM: percepção de suficiência	
	Suporte especializado	Suficiência de especialidades médicas	BOM: percepção de suficiência de acesso a todas	E-GA
	Equipes qualificadas	Capacitação com abordagem étnico-racial e de gênero *	BOM: realização de atividades no último trimestre abordando os dois temas	E-GA
			RUIM: inexistência de atividades no último trimestre em qualquer um dos temas	
		Capacitações voltadas para a prática clínica *	BOM: realização de atividades no último trimestre	E-GA
RUIM: inexistência de atividades no último trimestre				
<b>DIMENSÃO TÁTICO-OPERACIONAL</b>				
Organização da assistência	Padronização	Uso de protocolos de assistência ao parto e nascimento	BOM: percepção positiva; RUIM: inexistência	E-A
	Compartilhamento de informações e decisões	Orientações e inclusão de usuárias na tomada de decisões	BOM: percepção positiva	E-P
		Aceitação do plano de parto, quando existente	BOM: sim	E-A
	Trabalho em equipe	Comunicação entre as equipes	BOM: percepção positiva	E-A
		Discussões periódicas sobre os processos de trabalho com as equipes assistenciais	BOM: realização no último trimestre	
	Registro das atividades	Uso do prontuário único	BOM: sim	E-A
	Presença de acompanhante	Escolha do acompanhante pela mulher	BOM: percepção positiva	E-P
Presença do acompanhante em todos os momentos		BOM: percepção positiva		

(continua)

**Quadro 2 (continuação)**

	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Cuidado ao parto e nascimento	Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia	Classificação de risco por profissionais de nível superior	BOM: sim	E-AG
		Monitoramento dos tempos de espera *	BOM: 100% dos indicadores no último trimestre	AD
			RUIM: relatório com mais de 3 meses ou com menos de 2 indicadores	
	Solicitação de informações registradas no pré-natal	BOM: sim	E-P	
	Atuação de enfermeiras obstetras	Assistência realizada por enfermeiras obstetras no parto vaginal de risco habitual	BOM: sim	E-GA
	Uso de práticas recomendadas	Adoção de práticas recomendadas para as mulheres durante o trabalho de parto e pós-parto*	BOM: adoção de todas as práticas nas frequências: sempre; muitas vezes/a maioria das vezes	E-GA
			RUIM: adoção de uma ou mais práticas nas frequências: poucas vezes/raramente; nunca	
		Adoção de práticas recomendadas para o recém-nascido *	BOM: adoção de todas as práticas nas frequências: sempre; muitas vezes/a maioria das vezes	E-GA
			RUIM: adoção de uma ou mais práticas nas frequências poucas vezes/raramente; nunca	
	Supressão de práticas não recomendadas como de rotina	Supressão de práticas não recomendadas durante o trabalho de parto e parto	BOM: não realização de Kristeller e enema e/ou episiotomia como rotina	E-GA
		Supressão de práticas não recomendadas para o recém-nascido	BOM: não realização rotineira de separação da mãe, aspiração das vias aéreas e gástrica e profilaxia da oftalmia neonatal no momento do nascimento	
	Monitoramento do trabalho de parto	Registro da evolução do trabalho de parto no partograma	BOM: sim	E-A
Avaliação do bem-estar fetal intraparto		BOM: sim		

(continua)

Quadro 2 (continuação)

	INDICADOR	MEDIDA	PARÂMETRO DA MEDIDA	FONTE
Acompanha- mento no pós-parto	Prevenção da hemorragia pós-parto	Uso de ocitocina	BOM: sim	E-A
		Avaliação dos sinais vitais e do tônus uterino	BOM: realização de 15 em 15 minutos nas primeiras duas horas após o parto	E-A
	Avaliação da puérpera	Realização de exame de rotina pós-parto	BOM: realização de 6 em 6 horas, passadas duas horas do parto	E-A
		Investigação sobre estado emocional	BOM: sim	
	Avaliação do recém-nascido	Realização de avaliação do recém-nascido	BOM: realização de todos os itens	E-A
		Presença da mãe ou acompanhante durante avaliação do recém-nascido	BOM: sim	E-P
		Realização dos testes de triagem neonatal *	BOM: pelo menos três dos testes, incluindo do olhinho e coraçãozinho RUIM: não realiza teste do olhinho e coraçãozinho	E-GA
	Condições para o seguimento da puérpera na atenção básica	Orientações para as puérperas	BOM: realização de 100% das orientações	E-P
		Disponibilidade de informações sobre a assistência à mulher na maternidade	BOM: sim	E-A
	Condições para o seguimento do recém-nascido na atenção básica	Orientações sobre os cuidados com recém-nascido	BOM: realização de 100% das orientações	E-P
		Disponibilidade de informações sobre a assistência ao recém-nascido na maternidade *	BOM: sempre; muitas vezes/a maioria das vezes RUIM: poucas vezes/raramente; nunca	E-A

AD: análise documental; E-A: entrevista com trabalhadores da assistência; E-P: entrevista com puérperas; E-GA: entrevista com gestores e trabalhadores da assistência; OBS: observação; SUS: Sistema Único de Saúde.

Fonte: elaborado pelas autoras.

\* As demais situações foram classificadas como regular.

Foi realizada a triangulação dos dados coletados nas entrevistas, na observação e nos documentos, buscando-se caracterizar a assistência ao parto e nascimento em cada local e identificar padrões de convergência e divergência entre os hospitais, a partir dos elementos da MAJ.

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

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

O julgamento dos indicadores orientou-se pelo resultado do somatório dos escores e sua correspondência percentual de alcance do valor máximo esperado (VME). Assumiu-se satisfatório quando o somatório dos escores atingiu valor igual ou acima de 75% do VME; insatisfatório para pontuação abaixo de 50% do VME e parcialmente satisfatório para as demais situações. O mesmo procedimento orientou o ajuizamento das subdimensões e dimensões.



O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (pareceres nos 3.344.848, 3.437.199/2019).

## Resultados

A assistência ao parto e nascimento foi parcialmente satisfatória nos hospitais 2 e 3 e insatisfatória no hospital 1. Os três hospitais apresentaram resultado insatisfatório na dimensão Político-Organizacional, que analisa as condições estruturais e organizacionais para a assistência. O desenvolvimento e a execução das ações no pré-parto, parto e pós-parto analisados na dimensão Tático-Operacional foram parcialmente satisfatórios nos três hospitais. O detalhamento da análise simples de cada hospital, segundo as dimensões e respectivas subdimensões indicadas na MAJ, está apresentado na Tabela 1.

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

### Dimensão Político-Organizacional

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

Nas ações relacionadas a pessoal, há insuficiência de pessoal clínico, da equipe básica e de apoio, em especial enfermeira obstetra, anestesista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, nutricionista e assistente social, e insuficiência na oferta de suporte especializado, nas especialidades médicas de nefrologia, neurologia e endocrinologia.

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

Nos aspectos de infraestrutura, a ambiência destaca-se pelas fragilidades quanto à privacidade, ao conforto e à segurança nos ambientes e inexistência de quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) nos 3 hospitais.

**Tabela 1**

Assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses segundo subdimensões e dimensões da matriz de análise e julgamento. Santa Catarina, Brasil, 2020.

Subdimensões	Valor máximo esperado	Pontuação observada [n (%)]		
		Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3
<b>Dimensão Político-Organizacional</b>	45	24,4%	44,4%	48,9%
Mecanismos de gestão	18	5 (27,8)	12 (66,7)	11 (61,1)
Infraestrutura	18	6 (33,3)	8 (44,4)	11 (61,1)
Pessoal	9	-	-	-
<b>Dimensão Tático-Operacional</b>	45	62,2%	70,5%	61,1%
Organização da assistência	15	10,5 (70,0)	13,5 (90,0)	10,5 (70,0)
Cuidado ao parto e nascimento	15	7 (46,7)	9,5 (63,3)	8 (53,3)
Acompanhamento no pós-parto	15	10,5 (70,0)	8,75 (58,3)	9 (60,0)
<b>Assistência ao parto e nascimento</b>	90	43,3%	57,5%	55,0%

Nota: fontes e tipos de coleta – entrevista com gestores, enfermeiros e médicos da obstetrícia e neonatologia, observação direta e análise documental.

Fonte: elaborado pelas autoras.

Figura 1

Assistência ao parto e nascimento em hospitais catarinenses segundo os indicadores da matriz de análise e julgamento. Santa Catarina, Brasil, 2020.

Hospitais	Dimensão Político-Organizacional															% de indicadores com resultado "SATISFATÓRIO" por hospital	% de indicadores com resultado "INSATISFATÓRIO" por hospital
	Mecanismos de gestão					Infraestrutura						Pessoal					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
H1	Insatisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	6,7	66,7
H2	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	13,3	33,3
H3	Insatisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	33,3	46,7
Hospitais	Dimensão Tático-Operacional															% de indicadores com resultado "SATISFATÓRIO" por hospital	% de indicadores com resultado "INSATISFATÓRIO" por hospital
	Organização da assistência					Cuidado ao parto e nascimento					Acompanhamento no pós-parto						
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
H1	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	40,0	20
H2	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	40,0	6,7
H3	Insatisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Satisfatório	Parcialmente satisfatório	Satisfatório	Insatisfatório	Parcialmente satisfatório	40,0	20

■ Satisfatório

■ Parcialmente satisfatório

■ Insatisfatório

Notas: indicadores da dimensão Político-Organizacional: (1) gestão compartilhada; (2) estratégias de escuta sobre a experiência no serviço; (3) gestão da Informação; (4) monitoramento da morbidade materna grave; (5) monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal; (6) articulação em rede; (7) acessibilidade; (8) ambiência; (9) suficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante; (10) suficiência de equipamentos e materiais para a assistência aos recém-nascidos; (11) disponibilidade de medicamentos e insumos; (12) suficiência de recursos diagnósticos e assistenciais; (13) adequação de pessoal clínico; (14) suporte especializado; (15) equipes qualificadas. Indicadores da dimensão Tático-Operacional; (16) padronização da assistência; (17) compartilhamento de informações e decisões; (18) trabalho em equipe; (19) registro das atividades assistenciais; (20) presença de acompanhante; (21) acolhimento e classificação de risco em obstetrícia; (22) atuação de enfermeiras obstetras na assistência ao parto; (23) uso de práticas recomendadas; (24) supressão de práticas não recomendadas; (25) monitoramento do trabalho de parto; (26) prevenção da hemorragia pós-parto; (27) avaliação da puérpera; (28) avaliação do recém-nascido; (29) condições para o seguimento da puérpera na atenção básica; (30) condições para o seguimento do recém-nascido na atenção básica.

Fonte: elaborado pelas autoras.

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

Há insuficiência de equipamentos e materiais para a assistência à gestante, em especial, insuficiência de poltrona para acompanhante, vácuo extrator, sonar *doppler* e materiais para favorecer o parto fisiológico; insuficiência de recursos diagnósticos e assistenciais, como a estrutura Banco de Leite Humano para atender à demanda, insuficiência de exames no laboratório clínico, baixa qualidade dos laudos e insuficiência de leitos de unidades de terapia intensiva (UTI) adulto e/ou neonatal.

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

Na análise dos mecanismos de gestão, destacam-se as estratégias de escuta, presentes nos três hospitais.

Como desafio está o monitoramento da mortalidade materna, neonatal e fetal, nos hospitais 1 e 3. Quanto ao monitoramento da morbidade materna grave, o hospital 1 destaca-se por não realizar discussões acerca dos eventos ocorridos.

O hospital 3 adota um processo de gestão da informação mais avançado, com monitoramento e divulgação dos indicadores e uso das informações para a qualificação do trabalho, embora as decisões permaneçam centralizadas no grupo diretivo.

A articulação em rede foi parcialmente satisfatória, com fragilidades comuns aos três hospitais na definição de compromissos regionalizados com a gestão estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) e na pactuação de fluxos com a atenção básica para o agendamento da primeira consulta de puerpério nos hospitais 1 e 2.

Na gestão compartilhada, os hospitais 1 e 3 não possuem espaços com participação de gestores e trabalhadores para discutir o trabalho e tomar decisões compartilhadas. O hospital 2 se destacou por ter espaço formal de reflexão sobre o trabalho, com reuniões periódicas, participação ampliada e uso das deliberações para a melhoria do trabalho. Um fator de influência favorável foi o apoio da gestão para a manutenção desse espaço.

### **Dimensão Tático-Operacional**

Na dimensão Tático-Operacional, a organização da assistência é destaque positivo nos três hospitais, e o hospital 2 alcançou 70,5% do resultado esperado. É comum aos três hospitais o compartilhamento de informações e decisões entre profissionais e usuárias e a presença de acompanhante de escolha da mulher durante a assistência.

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

No âmbito do cuidado ao parto e nascimento, todos os hospitais realizam o monitoramento do trabalho de parto com registro da evolução do trabalho de parto no partograma e avaliação do bem-estar fetal intraparto. O hospital 2 utiliza, frequentemente, as práticas recomendadas para mulheres e recém-nascidos. Nos demais hospitais, foram relatadas fragilidades no atendimento às mulheres, caracterizadas pela falta de analgesia farmacológica e pela transferência para a sala de parto com mesa ginecológica no período expulsivo.

Nos três hospitais, a supressão de práticas não recomendadas aos recém-nascidos não ocorre, devido à realização rotineira, no momento do nascimento, da profilaxia da oftalmia neonatal, o que poderia ser retardado por até quatro horas.

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

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

As principais fragilidades foram a avaliação da puérpera, com ausência de investigação sobre seu estado emocional, condições para o seguimento da puérpera na atenção básica, sendo comum aos três hospitais a inadequação na disponibilidade de informações sobre a assistência à mulher na maternidade, e condições para o seguimento do recém-nascido na atenção básica devido a fragilidades na oferta de orientações, no momento da alta.

## Discussão

Esses resultados demonstram que, apesar dos avanços ocorridos na assistência ao parto e nascimento, da boa estruturação da rede e dos indicadores de Santa Catarina <sup>26,27</sup>, há necessidade de qualificação para melhorar os resultados e impactos.

As piores condições relacionadas à dimensão Político-Organizacional indicam que não estão garantidas questões fundamentais para a assistência. Ainda que os serviços tenham buscado implementar mecanismos de gestão, a ampliação da participação, em especial de trabalhadores, apresenta desafios. Resultado semelhante aos de um estudo que evidenciou a inexistência de processos de gestão compartilhada nas maternidades brasileiras <sup>27</sup>. A participação de trabalhadores, gestores e usuárias é considerada essencial para assegurar os cuidados necessários, pois permite emergir pautas multivariadas marcadas pelas necessidades de saúde, possibilitando que a realidade vivenciada nos serviços seja reconhecida, debatida e modificada de maneira mais contextualizada e individualizada <sup>28,29</sup>.

A disponibilidade e o uso das informações em saúde são elementos fundamentais para a tomada de decisões <sup>30</sup>. A falta de uso das informações tem implicações negativas na assistência, pois não permite planejamento e avaliação dos cuidados prestados. Desafios como o uso de sistemas de informações, encaminhamento aos serviços, coordenação e integração da rede estão presentes na realidade do país <sup>31</sup> e foram identificados neste estudo.

A falta de pactuação de compromissos regionalizados com a gestão do SUS e do estabelecimento de fluxos com atenção básica pode expor as mulheres à peregrinação, dificultar o acesso em tempo oportuno, diminuir a satisfação com o atendimento e interferir negativamente na redução da mortalidade materna e neonatal <sup>13,32</sup>.

É necessário que a infraestrutura e pessoal estejam assegurados, o que ainda é desafio nos hospitais analisados. Para o desenvolvimento das ações, a existência de ambientes que não remetam diretamente à doença, que proporcionem bem-estar, conforto, segurança e privacidade contribui para uma experiência positiva com a assistência, facilitando o processo de trabalho <sup>33,34</sup>. As normativas para o funcionamento dos serviços hospitalares de assistência ao parto e nascimento se alinham a esta perspectiva da ambiência dos espaços assistenciais e incluem as questões relacionadas à acessibilidade <sup>35,36</sup>.

Os resultados deste estudo demonstraram inadequações relacionadas à acessibilidade, associadas à estrutura física e à falta de estratégias de comunicação facilitada com as mulheres. Um estudo concluiu que, em âmbito nacional, há falta de adaptação dos hospitais para melhorar a acessibilidade <sup>37</sup>.

Fragilidades em aspectos de infraestrutura e pessoal são barreiras que levam à perda de qualidade na assistência e podem causar complicações para a saúde das mulheres e dos bebês, insatisfação com o atendimento e danos à confiança no sistema de saúde <sup>28,38</sup>. Há no país uma grande proporção de serviços que apresentam insuficiência em relação a equipamentos e com falta de profissionais, em que pese as diferenças regionais, que demonstram que o cenário das regiões Sul e Sudeste é melhor que no restante do país <sup>39</sup>.

O desenvolvimento das atividades assistenciais de maneira segura, com suporte profissional e promoção de uma experiência positiva, requer equipes qualificadas e em quantidade adequada. O cenário observado neste estudo prejudica a qualidade dos serviços, podendo levar à sobrecarga de trabalho, à maior rapidez nos atendimentos, interferir na percepção das mulheres sobre o que está sendo vivenciado e ocasionar o agravamento de situações mais complexas. Além disso, a falta de qualificação está relacionada à realização de práticas inadequadas e a barreiras à incorporação de novas práticas <sup>11,40</sup>.

Durante a assistência, a autonomia e a dignidade das mulheres devem ser respeitadas. Os serviços devem estar organizados para cumprir essa função e os profissionais devem assumir o seu papel na promoção de cuidados respeitosos, dignos, apoiados e de qualidade <sup>41</sup>.

O trabalho em equipe é um elemento central para a produção de melhores resultados assistenciais diante da complexidade das necessidades e da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede <sup>42</sup> e, para sua efetivação, o diálogo é fundamental. Nos hospitais estudados, há trocas rotineiras entre os profissionais da mesma categoria profissional, aspecto positivo que pode ser melhorado com a disponibilidade de espaço formal de reflexão coletiva sobre o trabalho.

A presença de acompanhante tem sido considerada uma estratégia que contribui para a melhoria da assistência e é cumprida nos três hospitais analisados, semelhante aos achados na literatura <sup>40,43</sup> e

no contexto estadual. Estudo recente demonstrou que 90% das mulheres tiveram acompanhante, no momento do parto e pós-parto, nos hospitais do SUS de Santa Catarina. A adoção dessa prática está relacionada à maior utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor, favorecimento da amamentação na primeira hora de vida, mais segurança e satisfação para as mulheres <sup>44</sup>.

Apesar de o direito ao acompanhante ser respeitado, é importante refletir sobre as condições em que ocorre. Neste estudo, foi evidenciado que não há poltrona para o acompanhante dormir com algum conforto. Também houve relatos de puérperas evidenciando a falta de banheiro e restrição de alimentação para acompanhantes, demonstrando um despreparo dos serviços para recebê-los adequadamente.

O compartilhamento de informações entre os profissionais e a comunicação satisfatória entre eles e usuárias e/ou acompanhantes são fatores essenciais para a assistência adequada <sup>41</sup>. É um direito da paciente, e uma obrigação dos profissionais, que contribui para o uso adequado de tecnologias assistenciais e para o respeito às singularidades e aos desejos das mulheres. O plano de parto, quando entendido como um instrumento flexível e equilibrado com a história clínica da parturiente, costuma ser um suporte para a tomada de decisão compartilhada, contribuindo para os resultados obstétricos e estimulando o exercício da autonomia <sup>45</sup>. Os hospitais estudados cumprem satisfatoriamente esse item, no que lhes compete.

A padronização por meio do uso de protocolos assistenciais, cumpridos pelas equipes de dois hospitais, também contribui para a melhoria dos resultados, promovendo intervenções benéficas e desencorajando aquelas que são ineficazes ou possivelmente perigosas <sup>46</sup>.

O acolhimento com classificação de risco é uma estratégia para a promoção da saúde de mulheres e bebês e para a obtenção de resultados menos intervencionistas, pois apoia a identificação da situação de saúde, visando garantir atendimento rápido, seguro e relacionado ao potencial de risco identificado <sup>47,48</sup>. Um hospital não estava realizando essa prática devido à falta de profissionais. Essa situação é preocupante, pois o atendimento organizado por ordem de chegada pode contribuir para agravamentos na saúde das mulheres.

O monitoramento do trabalho de parto, em que há avaliação do bem-estar fetal intraparto com ausculta intermitente como rotina nos partos de risco habitual, e o registro da evolução do trabalho de parto no partograma são estratégias essenciais para a avaliação da necessidade de intervenção adequada e oportuna <sup>11,49</sup>. Os três hospitais realizam o monitoramento do trabalho de parto, em que pese dois deles terem relatado que há momentos em que há insuficiência de sonar *doppler*, evidenciando a necessidade de melhorias na infraestrutura.

O processo de parto é dinâmico e, muitas vezes, prolongado. A prática de registro das atividades assistenciais em ferramenta compartilhada está associada à qualidade do cuidado, à melhora da comunicação entre os profissionais e ao aumento da segurança, podendo contribuir também para educação e pesquisa <sup>50</sup>. Essa prática estava incorporada na rotina de dois hospitais. Compreender os processos fisiológicos do parto requer que as intervenções sejam utilizadas somente quando são realmente necessárias, justificadas e no momento adequado, o que demanda acompanhamento e estabelecimento de relações de poder mais equilibradas entre profissionais e usuárias e/ou acompanhantes <sup>51,52</sup>.

Existem recomendações pautadas em evidências científicas, com um conjunto de práticas recomendadas e não recomendadas para a assistência, com vistas a produzir bons resultados perinatais, tratamento digno e respeitoso <sup>11,53</sup>. A adoção dessa perspectiva de cuidado depende de decisão política, uma vez que interfere, por exemplo, na organização do trabalho e nas relações de poder estabelecidas. Tanto nacional quanto regionalmente há o predomínio do modelo de assistência obstétrica intervencionista <sup>4,17,22,27</sup>.

Os hospitais analisados apontam a existência de desafios no que se refere às práticas recomendadas no atendimento às mulheres e à supressão de práticas não recomendadas no caso dos bebês. Na realidade brasileira, apesar de serem observados avanços, ainda persistem as intervenções que deveriam ser abolidas ou reduzidas e há pouca realização de práticas adequadas <sup>26,27</sup>.

A atuação de enfermeiras obstetras na assistência ao parto contribui para a mudança no modelo de assistência por favorecer o cuidado humanizado, o menor número de intervenções, a maior satisfação das mulheres e a sensação de maior controle do parto, sem aumento de eventos adversos <sup>54</sup>. Para tanto, o trabalho interdisciplinar é imprescindível e, para que isso ocorra, os saberes e a atuação das

diferentes categorias profissionais devem ser valorizados, visando diminuir assimetrias<sup>40</sup>. Este estudo encontrou dados semelhantes à literatura que demonstram que essa prática não está consolidada<sup>55,56</sup>.

O período pós-parto é um momento sensível em que são vivenciadas diversas mudanças na vida das mulheres e dos bebês, sendo essencial o cuidado qualificado, digno e respeitoso. O acompanhamento no pós-parto deve propiciar a identificação de dificuldades no cuidado aos bebês e no cuidado consigo mesmas, no caso das puérperas, e a detecção precoce de sinais de doenças<sup>57,58</sup>.

Destaca-se o uso da ocitocina no terceiro período para prevenção da hemorragia pós-parto, visto que essa patologia é a segunda causa de morte materna no país<sup>48</sup>. Por outro lado, os aspectos emocionais das puérperas não são parte da rotina institucionalizada de avaliação das mulheres no pós-parto. Essa situação é preocupante, considerando a prevalência de depressão pós-parto no país<sup>59</sup>.

As estratégias para o seguimento na atenção básica são mecanismos que podem melhorar a qualidade assistencial. Foram observadas inadequações nas condições de seguimento na atenção básica relacionadas às mulheres e aos bebês. A continuidade do cuidado ainda é um desafio, pois persiste uma assistência parcial e desarticulada, o que contribui para resultados perinatais desfavoráveis<sup>27,58,60</sup>.

Foi evidenciado que estão colocadas em prática estratégias para a implementação de uma assistência hospitalar ao parto e nascimento pautada na humanização, nas melhores evidências científicas disponíveis e em direitos. Entretanto, ações isoladas inscritas em um cenário marcado pela hierarquização e assimetria das relações de poder, como é o hospital, não desencadeiam resultados satisfatórios nem rompem a lógica tecnocrática<sup>61</sup>.

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

A utilização do critério “percepção de suficiência” nos indicadores relativos à infraestrutura, e não a disponibilidade dos itens em si, pode ser uma limitação do estudo, pois pode haver influência da subjetividade dos participantes.

Não é possível generalizar os resultados encontrados para o conjunto de hospitais do estado. No entanto, o processo de seleção buscou os hospitais com os melhores resultados, sugerindo quadro similar ou menos favorável para as demais instituições.

## Considerações finais

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

A MAJ utilizada pode ser um instrumento que subsidie as maternidades para adequarem suas práticas, pois foi construída baseada nas melhores evidências e validada de forma rigorosa.

Os resultados aqui apresentados podem apoiar a gestão estadual na eleição de prioridades de intervenções que permitam melhorar os indicadores de atenção ao parto e nascimento em toda a rede hospitalar estadual. Os hospitais estudados foram selecionados por suas boas práticas e existem fragilidades em comum.

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

## Colaboradores

C. A. Nicolotti contribuiu na concepção, planejamento, delineamento do estudo e aquisição dos dados do trabalho, redação, análise e interpretação dos dados, aprovação final da versão a ser publicada, e na concordância em ser responsável pelo trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão e integridade de qualquer parte da obra. J. T. Lacerda contribuiu na concepção, planejamento, delineamento do estudo, análise dos dados, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada.

## Informações adicionais

ORCID: Célia Adriana Nicolotti (0000-0001-8557-9362); Josimari Telino de Lacerda (0000-0002-1992-4030).

## Agradecimentos

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

## Referências

1. Aguiar J, D'Oliveira A, Diniz C. El parto como "atropellamiento": ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. In: Quattrocchi P, Magnone N, organizadores. *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Remedios de Escalada: EDUNLa; 2020. p. 131-44.
2. Carneiro RG. *Cenas de parto e políticas de corpo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.
3. Departamento de Informática do SUS. *Nascidos vivos*. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> (acessado em 10/Dez/2021).
4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl :S17-32.
5. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl 1:S128-39.
6. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável*. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
7. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico* 2021; 52(29).
8. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico* 2021; 52(37).
9. Leal MC, Szwarcwald CL, Almeida PVB, Aquino EML, Barreto ML, Barros F, et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciênc Saúde Colet* 2018; 23:1915-28.
10. Marinho CSR, Flor TBM, Pinheiro JMF, Ferreira MAF. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. *Cad Saúde Pública* 2020; 36:e00191219.
11. World Health Organization. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization; 2018.
12. Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S85-100.
13. 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 2017; 28 set.



14. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J-L, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz Z, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
15. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, Alves CKA, Hartz Z. Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. *Ciênc Saúde Colet* 2020; 25:5017-28.
16. Brizuela V, Leslie HH, Sharma J, Langer A, Tunçalp Ö. Measuring quality of care for all women and newborns: how do we know if we are doing it right? A review of facility assessment tools. *Lancet Glob Health* 2019; 7:e624-32.
17. Velho MB, Brüggemann OM, McCourt C, Gamma SGN, Knobel R, Gonçalves AC, et al. Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00093118.
18. Betran AP, Ye J, Moller A-B, Souza JP, Zhang J. Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Glob Health* 2021; 6:e005671.
19. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúch Enferm* 2015; 36(spe):177-84.
20. Araújo ICFG, Ferreira TLS, Araújo DV, Melo KDF, Andrade FB. Qualidade do parto e impacto nos indicadores de saúde da criança. *Revista Ciência Plural* 2019; 5:18-33.
21. Silva MJS, Silva TS, Souza DRS, Souza AMG, Ferreira TLS, Andrade FB. Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuária da atenção primária à saúde. *Revista Ciência Plural* 2020; 6:1-17.
22. Carvalho EMP, Amorim FF, Santana LA, Göttems LBD. Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2019; 24:2135-45.
23. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa *Nascer no Brasil*: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S192-207.
24. Barros FC, Rabello Neto DL, Villar J, Kennedy SH, Silveira MF, Diaz-Rossello JL, et al. Caesarean sections and the prevalence of preterm and early-term births in Brazil: secondary analyses of national birth registration. *BMJ Open* 2018; 8:e021538.
25. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. *Avaliação das boas práticas de atenção ao parto e nascimento em maternidades no âmbito da Rede Cegonha: documento orientador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
26. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública* 2019; 35:e00223018.
27. Bittencourt SDA, Vilela MEA, Marques MCO, Santos AM, Silva CKRT, Domingues RMSM, et al. Atenção ao parto e nascimento em Maternidades da Rede Cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:801-21.
28. Miltenburg AS, Roggeveen Y, van Roosmalen J, Smith H. Factors influencing implementation of interventions to promote birth preparedness and complication readiness. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017; 17:270.
29. Slomp Jr. H, Merhy EE, Seixas CT, Cruz KT, Bertussi DC, Baduy RS. Mágica ou magia? Colegiados gestores no Sistema Único de Saúde e mudanças nos modos de cuidar. *Interface (Botucatu)* 2019; 23:e170395.
30. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Drummond Jr. M, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. *Ciênc Saúde Colet* 2012; 17:839-49.
31. Almeida PF, Gêrvias J, Freire J-M, Giovannella L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde Debate* 2013; 37:400-15.
32. Müller E, Melo JM. Parteiras tradicionais e políticas culturais: reconhecimento, hierarquia de saberes e desconstruções pertinentes. In: Teixeira L, Rodrigues A, Nucci M, Silva F, organizadores. *Medicalização do parto: saberes e práticas*. São Paulo: Hucitec Editora; 2021. p. 49-65.
33. Pessatti M. A ambiência nas redes prioritárias do SUS. In: Pasche DF, Souza TP, organizadores. *Redes Estratégicas do SUS e biopolítica: cartografias da gestão de políticas públicas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 212-25.
34. Dias PF, Simão TP, Santos MRP, Paula EM, Bem MMS, Mendes MA. Formação do conceito ambiência para trabalho de parto e parto normal institucionalizado. *Rev Bras Enferm* 2019; 72 Suppl 3:348-59.
35. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União* 2002; 10 jun.
36. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Ambiência*. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
37. Thomaz EBAF, Costa EM, Goiabeira YNLA, Rocha TAH, Rocha NCS, Marques MCO, et al. Acessibilidade no parto e nascimento a pessoas com deficiência motora, visual ou auditiva: estrutura de estabelecimentos do SUS vinculados à Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Colet* 2021; 26:897-908.



38. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuza-wa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; (7):CD003766.
39. Bittencourt SDA, Reis LGC, Ramos MM, Rattner D, Rodrigues PL, Neves DCO, et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. *Cad Saúde Pública* 2014; 30 Suppl:S208-19.
40. Oliveira CF, Ribeiro AAV, Luquine Jr. CD, de Bortoli MC, Toma TS, Chapman EMG, et al. Barreiras à implementação de recomendações para assistência ao parto normal: revisão rápida de evidências. *Rev Panam Salud Pública* 2020; 44:e132.
41. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 2015; 12:e1001847.
42. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde* 2020; 18 Suppl 1:e0024678.
43. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saúde Pública* 2018; 52:1.
44. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delzvio CR, Wagner KJP, Boing AF. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. *Epidemiol Serv Saúde* 2021; 30:e2020383.
45. Biescas H, Benet M, Pueyo MJ, Rubio A, Pla M, Pérez-Botella M, et al. A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sex Reprod Healthc* 2017; 13:41-50.
46. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta NP, Sankar MJ, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India: a pragmatic approach. *BMJ* 2017; 359:j5147.
47. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2017.
48. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2018.
49. Guida NFB, Pereira ALF, Lima GPV, Zveiter M, Araújo CLF, Moura MAV. Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. *Rev Rene* 2017; 18:543-50.
50. Mesquita AMO, Deslandes SF. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. *Saúde Soc* 2010; 19:664-73.
51. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu)* 2016; 20:253-9.
52. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Souza WV. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. *Cad Saúde Pública* 2017; 33:e00175116.
53. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.
54. Sandall J, Soltani HF, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; (4):CD004667.
55. Amaral RCS, Alves V, Pereira AV, Rodrigues DP, Silva LA, Marchiori GRS. The insertion of the nurse midwife in delivery and birth: obstacles in a teaching hospital in the Rio de Janeiro state. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2019; 23:e20180218.
56. Santos FAPS, Enders BC, Brito RS, Farias PHS, Teixeira GA, Dantas DNA, et al. Autonomy for obstetric nurse on low-risk childbirth care. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2019; 19:471-9.
57. Reichert APS, Guedes ATA, Pereira VE, Cruz TMAV, Santos NCCB, Collet N. Primeira Semana Saúde Integral: ações dos profissionais de saúde na visita domiciliar ao binômio mãe-bebê. *Rev Enferm UERJ* 2016; 24:e27955.
58. Genovesi FF, Canario MASS, Godoy CB, Maciel SM, Cardelli AAM, Ferrari RAP. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. *Rev Bras Enferm* 2020; 73 Suppl 4:e20170757.
59. Abuchaim ESV, Caldeira NT, Lucca MMD, Varella M, Silva IA. Depressão pós-parto e autoeficácia materna para amamentar: prevalência e associação. *Acta Paul Enferm* 2016; 29:664-70.
60. Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al. Nascer no Brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. *Rev Saúde Pública* 2020; 54:100.
61. Sarges RC, López LC. A assistência ao parto na perspectiva de enfermeiras obstétricas em uma maternidade pública: desmedicalização e micropolíticas na linguagem de gênero. *Vivência: Revista de Antropologia* 2017; 48:133-48.

## Abstract

*We evaluated hospital care at delivery and birth, analyzing management and care aspects from women's admission to postpartum. Evaluative research was conducted on management and delivery and birth care practices, from November 2019 to February 2020, in the three best hospitals in Santa Catarina State, Brazil, according to a national evaluation of delivery and birth care good practices. Data collection involved documental analysis, observation, and interviews with management and assistance professionals and puerperal women. In total, 30 indicators were analyzed, organized into an analysis and assessment matrix, grouped within the Political-Organizational and Tactical-Operational dimensions. Assessment was guided by the comparison between the observed score and the maximum score expected in each component of the evaluation matrix. Delivery and birth care was partially satisfactory in hospitals 2 and 3 and unsatisfactory in hospital 1. The Political-Organizational dimension was classified as unsatisfactory and the Tactical-Operational partly satisfactory in the three hospitals. No hospital obtained a satisfactory evaluation in more than 40% of our indicators. The analyzed hospitals have yet been unable to consolidate changes in their care model from the perspective of humanized care, guided by scientific evidence and rights.*

*Parturition; Hospital Care; Women's Health; Health Evaluation*

## Resumen

*El objetivo fue evaluar la atención hospitalaria al parto y nacimiento, analizando los aspectos de gestión y atención desde el ingreso de las mujeres al parto hasta el posparto. Se realizó una investigación evaluativa sobre los aspectos de gestión y las prácticas de atención al parto y nacimiento, de noviembre de 2019 a febrero de 2020, en tres hospitales de Santa Catarina, Brasil, con mejor desempeño en una evaluación nacional de buenas prácticas de atención al parto y nacimiento. La recolección de datos incluyó el análisis documental, observación y entrevistas con los profesionales de la gerencia, de la atención y las puérperas. Se analizaron 30 indicadores, que compusieron una matriz de análisis y juicio, agrupados en las dimensiones Político-Organizativa y Táctico-Operacional. El juicio se orientó por la comparación entre la puntuación observada y la puntuación máxima esperada en cada uno de los componentes de la matriz evaluativa. La atención al parto y nacimiento fue parcialmente satisfactoria en los hospitales 2 y 3 e insatisfactoria en el hospital 1. La dimensión Político-Organizativa se consideró como insatisfactoria, y la Táctico-Operacional, parcialmente satisfactoria en los tres hospitales. Ningún hospital obtuvo una evaluación satisfactoria en más del 40% de los indicadores. Los hospitales analizados aún no han logrado consolidar los cambios en el modelo de atención desde la perspectiva de la atención humanizada, basada en evidencia científica y derechos.*

*Parto; Atención Hospitalaria; Salud de la Mujer; Evaluación en Salud*

---

Recebido em 23/Mar/2022

Versão final de reapresentada em 26/Ago/2022

Aprovado em 01/Set/2022