



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA**

SABRINA MIRANDA DE ABREU CASTRO

**REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E
NASCIMENTO NO SUS: revisão sistemática e modelização**

BARREIRAS- BA

2021

SABRINA MIRANDA DE ABREU CASTRO

**REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E
NASCIMENTO NO SUS: revisão sistemática e modelização**

Monografia apresentada à Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) como requisito obrigatório para avaliação e conclusão da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC II).

Orientador: Prof. Dr. Ítalo Ricardo Santos Aleluia

BARREIRAS- BA

2021

SABRINA MIRANDA DE ABREU CASTRO

**REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E
NASCIMENTO NO SUS: revisão sistemática e modelização**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do título de Graduação em Medicina pela Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB).

Aprovado em: 17 de dezembro de 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Ítalo Ricardo Santos Aleluia (UFRB)

Prof.^a. Dra. Maria Carolina Martins Mussi (UFOB)

Dra. Maria Madalena de Souza Matos Torres (SMS-Barreiras)

FICHA CATALOGRÁFICA

C355 Castro, Sabrina Miranda de Abreu.

Regionalização da atenção ao parto e nascimento no Sus: revisão sistemática emodelização. / Sabrina Miranda de Abreu Castro. – 2021.

102f. il.

Orientador: Prof. Dr. Ítalo Ricardo Santos Aleluia.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras,BA, 2022.

1. Saúde Pública - Brasil. 2. Serviços de saúde materno-infantil. 3. Parto humanizado. I. Aleluia, Ítalo Ricardo Santos. II. Universidade Federal do Oeste daBahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 362.10981

Biblioteca Universitária de Barreiras - UFOB



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDECURSO DE MEDICINA



ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO

Aos dezessete dias do mês de dezembro de 2021, às 8h (oito horas), em sessão pública na sala virtual da plataforma Google Meet, na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professor(a) Ítalo Ricardo Santos Aleluia e composta pelos examinadores: Maria Carolina Martins Mussi (UFOB) e Maria Madalena de Souza Matos (SMS/Barreiras), a aluna **SABRINA MIRANDA DE ABREU CASTRO** apresentou o Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **REGIONALIZAÇÃO DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO NO SUS: REVISÃO SISTEMÁTICA E MODELIZAÇÃO**, como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Bacharelado em Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela **APROVAÇÃO** do referido projeto, divulgando o resultado formalmente à aluna e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadores.

BANCA EXAMINADORA:

(Presidente e Orientador)

Documento assinado digitalmente
gov.br Maria Carolina Martins Mussi
Data: 26/08/2021 16:33:23-0300
Verifique em <https://verificador.itb.br>

(Avaliador 01)

(Avaliador 02)

Barreiras, 17 de dezembro de 2021

DEDICATÓRIA

À linda família que construí: Diego, meu esposo e minha filha Heloísa, por todo o amor, carinho e compreensão. Diego foi o meu maior incentivador a seguir o meu coração e iniciar a jornada na Medicina. E, Heloísa foi o meu maior presente nessa caminhada, e faz de mim uma pessoa melhor a cada dia.

Aos meus pais, Jaime e Valmira, que me deram a vida e a minha formação como ser humano.

*À minha avó Maria Abreu (*in memoriam*) que aguardava orgulhosamente por ver sua neta se formar médica.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pela força para perseverar, fé e convicção de seguir os meus sonhos e planos.

Ao meu esposo Diego, por ser apoio, alicerce e dedicação à nossa família, e assim permitir com que eu possa me dedicar aos estudos da melhor forma.

Ao maior amor da minha vida, minha filha, por me incentivar, compreender e me amar de modo incondicional e desmedido.

Aos meus pais Jaime e Valmira, e de maneira especial à minha mãe que é o meu grande apoio ao dedicar-se com todo o amor maternal de uma avó aos cuidados da minha filha nos momentos em que as grandes horas de estudo ocupam o meu dia.

À minha funcionária Meire, por cuidar de modo tão dedicado e afetuoso da minha filha, sem ela não sei como seria a minha rotina de uma mãe-estudante.

Ao Prof. Dr. Ítalo Ricardo Santos Aleluia, pela excelente orientação e dedicação à nossa pesquisa, bem como pela amizade, bondade e compreensão.

À minhas colegas e parceiras de pesquisa Maria Fernanda Gomes e Flávia Nogueira pela cumplicidade e todo o empenho em todas as etapas do nosso projeto.

À minha amiga e colega de turma Nilma Célia pela amizade, companheirismo, troca de conhecimentos e experiências durante a jornada acadêmica.

Aos profissionais que se disponibilizaram a participar das etapas de validação do produto dessa pesquisa.

*"Queres ser médico, meu filho?
Essa é a aspiração de uma alma generosa,
De um espírito ávido de ciência.
Tens pensado bem no que há de ser tua vida? "*

Esculápio

RESUMO

CASTRO, S. M. A. **Regionalização da atenção ao parto e nascimento no sus:** revisão sistemática e modelização. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Universidade Federal do Oeste da Bahia. 101f.

O Sistema Único de Saúde (SUS) deve assegurar às mulheres, gestantes ou puérperas uma atenção humanizada e integral. Contudo, mortes maternas e neonatais persistem em altos índices, sobretudo nas regiões Sudeste e Nordeste do país, embora desde 2011 o Brasil tenha instituído um modelo assistencial de parto e nascimento regionalizado. Apesar da existência de estudos que abordam a assistência regionalizada ao parto e nascimento, não há uma sistematização da literatura sobre quais características devem ter a gestão e a atenção perinatal nas diferentes regiões de saúde. O presente estudo teve como objetivo sistematizar na literatura nacional e internacional, e em normativas, as características da gestão e da atenção perinatal regionalizada e propor um modelo lógico avaliativo. Trata-se de um estudo metodológico, a partir de revisão sistemática da literatura. Incluíram-se artigos nacionais e internacionais, selecionados nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS, Scielo, Web of Science e SCOPUS, e Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. A seleção dos artigos foi realizada por duas revisoras de forma duplo-cega, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: estudos avaliativos sobre atenção perinatal com foco na diretriz da regionalização de sistemas de saúde; que avaliaram características da atenção e gestão perinatal regionalizada; com abordagem quantitativa, qualitativa e de métodos mistos; publicados de 2010 a 2020, nas línguas inglesa e portuguesa. A sistematização de seleção, exclusão e inclusão dos artigos seguiu as recomendações do protocolo Prisma para estudos de revisão sistemática e seu gerenciamento contou com o apoio dos softwares Mendeley (exclusão de duplicatas) e Ruyan (exclusão por título e resumo). A avaliação da qualidade metodológica dos artigos incluídos foi realizada com o instrumento MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool – Versão 2011). Incluíram-se na pesquisa também, normativas do Ministério da Saúde brasileiro sobre a política de atenção materno-infantil. Foram incluídos na revisão sistemática 17 estudos, sendo 11 internacionais e seis nacionais. Os estudos internacionais focaram, sobretudo, na assistência perinatal, por meio da análise das percepções das gestantes sobre o local de parto. Já os estudos nacionais buscaram compreender o funcionamento da rede materno-infantil. Com base nesta revisão, as dimensões a saber foram: infraestrutura, planejamento e pactuação regional, gestão regional, qualificação regional, atenção perinatal e vigilância regional. O modelo foi validado em estudo de caso na Macrorregião de Saúde Oeste da Bahia. Esse estudo, e os produtos advindos dessa pesquisa são ferramentas de grande importância para a avaliação de políticas de saúde no SUS, pois possibilitam um melhor planejamento dos serviços de atenção perinatal.

Palavras-chave: Serviços de saúde materno-infantil. Política de saúde. Regionalização da saúde. Estudo de avaliação. Avaliação em saúde. Parto humanizado.

ABSTRACT

CASTRO, S. M. A. **Regionalization of childbirth and birth care in the public health system:** systematic review and modeling. Research Project. Universidade Federal do Oeste da Bahia. 101f.

The Public Health System must to ensure that women, pregnant women or postpartum women receive humanized and comprehensive care. However, maternal and neonatal deaths persist at high rates, especially in the Southeast and Northeast regions of the country, although since 2011 the Brazil has instituted a regionalized childbirth and birth care model. Despite the existence of studies that approach regionalized care in childbirth and childbirth, there is no systematic literature on the characteristics of perinatal care and management in different health regions. The present study aimed to systematize in national and international literature, and in regulations, the characteristics of management and regionalized perinatal care and propose an evaluative logical model. This is a methodological study, based on a systematic literature review. National and international articles selected from the following databases were included: PUBMED, LILACS, Scielo, Web of Science and SCOPUS, and CAPES Theses and Dissertations Catalog. The selection of articles was performed by two reviewers in a double-blind manner, according to the following inclusion criteria: evaluative studies on perinatal care with a focus on the guideline for the regionalization of health systems; that evaluated characteristics of regionalized perinatal care and management; with a quantitative, qualitative and mixed methods approach; published from 2010 to 2020, in English and Portuguese. The systematic selection, exclusion and inclusion of articles followed the Prisma protocol recommendations for systematic review studies and their management was supported by the Mendeley (duplicates exclusion) and Ryyan (exclusion by title and abstract) software. The assessment of the methodological quality of the articles included was performed using the MMAT instrument (Mixed Methods Appraisal Tool – 2011 Version). Norms from the Brazilian Ministry of Health on maternal and child care policy were also included in the research. Seventeen studies were included in the systematic review, being eleven internationals and six nationals. International studies have focused, mainly, on perinatal care, through the analysis of pregnant women's perceptions about the place of birth. However, national studies, sought to understand the functioning of the maternal-infant network. Based on this review, the dimensions to know were: infrastructure, regional planning and pact, regional management, regional qualification, perinatal care and regional surveillance. The model was validated in a case study in the Western Health Macroregion of Bahia. This study and the products derived from this research, are tools of great importance for the evaluation of health policies in the Public Health System, as they enable better planning of perinatal care services.

Keywords: Maternal and child health services. Health policy. Regionalization of health. Evaluation study. Health assessment. Humanized birth.

LISTAS DE FIGURAS

- Figura 1 - Fluxograma da sistemática do processo de seleção, exclusão e inclusão dos estudos. **35**
- Figura 2 - Modelo Lógico para avaliação da Regionalização da atenção ao parto e nascimento no SUS. **56**

LISTAS DE QUADROS

| | |
|---|-----------|
| Quadro 1 - Amostra final dos estudos incluídos na revisão sistemática. | 36 |
| Quadro 2 - Matriz-síntese utilizada na sistematização e análise dos estudos. | 38 |
| Quadro 3 - Matriz-síntese utilizada na sistematização e análise das normativas. | 38 |
| Quadro 4 - Matriz de validação elaborada para ser empregada na consulta à opinião de especialistas. | 42 |
| Quadro 5 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão. | 45 |
| Quadro 6 - Achados centrais dos estudos incluídos na revisão. | 53 |
| Quadro 7 - Matriz-síntese para avaliação do grau de implantação da atenção perinatal regionalizada. | 65 |
| Quadro 8 - Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da atenção perinatal regionalizada. | 73 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|--|
| AIDPI | Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância |
| ANVISA | Agência Nacional de Vigilância Sanitária |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| ARC | Avaliação da Rede Cegonha |
| CAPES | Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior |
| CGBP | Casa da Gestante, Bebê e Puérpera |
| CIR | Comissão Intergestora Regional |
| CPN | Centro de Parto Normal |
| DeCS | Descritores em Ciência da Saúde |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ERP | Estimativa Rápida Participativa |
| EUA | Estados Unidos da América |
| IN | Instrução Normativa |
| LILACS | Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde |
| MC | Método Canguru |
| MeSH | Medical Subject Headings |
| ML | Modelo Lógico |
| MMAT | Mixed Methods Appraisal Tool |
| MS | Ministério da Saúde |
| NAHRNBP | Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso |
| NB | Nascer no Brasil |
| NRS | Núcleo Regional de Saúde |
| NRS | Núcleo Regional de Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |

| | |
|--------|--|
| PAISM | Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PB | Paraíba |
| PICO | Paciente, Intervenção, Comparação e Outcomes |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| PNH | Política Nacional de Humanização |
| PNHPN | Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento |
| PRISMA | Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses |
| RC | Rede Cegonha |
| RN | Recém-Nascido |
| RT | Responsável Técnico |
| SciELO | Scientific Electronic Library Online |
| SINASC | Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UCI | Unidade de Cuidados Intensivos |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UTI | Unidade de Terapia Intensiva |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 14 |
| 2. REVISÃO DA LITERATURA | 21 |
| 2.1 POLÍTICAS E PROGRAMAS DIRECIONADOS À ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NO SUS..... | 21 |
| 2.2 A REDE CEGONHA E OS PRINCIPAIS ASPECTOS DA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO | 24 |
| 2.3 SÍNTESE DOS ESTUDOS AVALIATIVOS DA ATENÇÃO PERINATAL NO BRASIL..... | 29 |
| 3. METODOLOGIA | 33 |
| 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO | 33 |
| 3.2 AS ESTRATÉGIAS DE BUSCAS NAS BASES DE DADOS | 34 |
| 3.3 SELEÇÃO DOS ESTUDOS..... | 34 |
| 3.4 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE METODOLÓGICA DOS ESTUDOS | 36 |
| 3.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS DOS ARTIGOS | 39 |
| 3.6 LEVANTAMENTO E PROCESSAMENTO DAS NORMATIVAS..... | 39 |
| 3.7 COTEJAMENTO DOS ARTIGOS E NORMATIVAS | 40 |
| 3.8 CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO | 40 |
| 3.9 VALIDAÇÃO DO MODELO LÓGICO | 41 |
| 3.10 ESTUDO DE CASO REGIONAL..... | 41 |
| 3.11 ANÁLISE DOS DADOS..... | 43 |
| 3.12 CONSTRUÇÃO DA MATRIZ AVALIATIVA | 44 |
| 3.13 ASPECTOS ÉTICOS..... | 44 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 45 |
| 4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS ARTIGOS REVISADOS | 45 |
| 4.2 ACHADOS CENTRAIS DOS ARTIGOS..... | 52 |
| 4.3 O MODELO LÓGICO PARA AVALIAÇÃO DA GESTÃO E ATENÇÃO REGIONALIZADA AO PARTO E NASCIMENTO | 56 |
| 4.3.1 <i>Infraestrutura</i> | 58 |
| 4.3.2 <i>Planejamento e pactuação</i> | 59 |
| 4.3.3 <i>Gestão regional</i> | 60 |
| 4.3.4 <i>Qualificação regional</i> | 61 |
| 4.3.5 <i>Atenção perinatal</i> | 62 |

| | |
|--|------------|
| 4.3.6 <i>Vigilância regional</i> | 63 |
| 4.4 MATRIZ-SÍNTESE DE AVALIAÇÃO E MATRIZ DE JULGAMENTO | 64 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 92 |
| REFERÊNCIAS | 94 |
| ANEXOS | 101 |

1. INTRODUÇÃO

A díade parto e nascimento apresenta-se como uma temática que requer atenção especial no que tange aos aspectos da gestão e atenção dispensadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com informações mais recentes do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), somente em 2019, ocorreram 2.849.146 nascimentos no Brasil, estando a maior proporção presente na região Sudeste (1.102.997 nascimentos) e Nordeste (805.275 nascimentos) (BRASIL, 2019c).

Além dos nascimentos, a mortalidade materna e perinatal se constitui como desafios importantes para o SUS. Estudo realizado no município de Montes Claros, localizado no Norte do Estado de Minas Gerais, revelou que as maiores taxas de óbitos maternos estão ligadas a causas obstétricas (48,4%), sendo boa parte delas correspondentes a óbitos evitáveis (74,4%) (RUAS et al., 2020). Do total de 29.105 mortes fetais no Brasil em 2019, a maioria se concentrou nas regiões Sudeste e Nordeste com 10.820 e 9.520 mortes, respectivamente (BRASIL 2019a). Já referente à mortalidade materna, dos 1.576 óbitos ocorridos em todo o território nacional no ano de 2019, a maioria também, foi no Sudeste (582) e no Nordeste (478) (BRASIL, 2019c, 2019b).

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil se apresenta como um desafio para os serviços de saúde e, o enfrentamento da problemática requer o envolvimento de diferentes atores sociais, objetivando garantir que as políticas nacionais sejam plenamente executadas e respondam às necessidades locais da população (BRASIL, 2004a). Os índices de mortalidade neonatal, infantil, materna e fetal de caráter evitável, estão em sua maioria relacionados a problemas assistenciais, cuja solução está na firmamento de uma rede de atenção perinatal que atue de forma integrada, hierarquizada e regionalizada, e que garanta a qualificação dos processos assistenciais (LANSKY et al., 2014).

O SUS, criado com a publicação da Constituição de 1988, tem dentre os seus princípios a regionalização das ações de saúde, com a transferência de responsabilidade da gestão para os municípios, fazendo-se necessária uma parceria entre estados e municípios, com um conjunto de ações e de serviços de saúde sob gestão pública, onde o SUS se organizaria em redes regionalizadas e hierarquizadas de modo a alcançar resultados positivos (BRASIL, 2009). O processo de regionalização teria

como objetivos a definição de prioridades coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção e a um conjunto de ações e serviços de saúde, o mais próximo possível de sua residência (BRASIL, 2001).

Nesse sentido, os gestores de saúde devem participar de processos de pactuação regional, pois a descentralização não deve ocorrer somente por meio da transferência de recursos e responsabilidades para a esfera municipal, mas também oferecer meios propícios à gestão de redes assistenciais de caráter regionalizado, o que resulta na racionalização de recursos, ampliação do acesso e integralidade da atenção, garantindo o direito à saúde da população, com redução de riscos e morbimortalidade por doenças evitáveis, a exemplo da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009).

No contexto internacional, os Estados Unidos da América (EUA) reafirma a necessidade de níveis de cuidado materno, de modo a reduzir a morbidade e mortalidade materna, devendo a gestante ser direcionada/referenciada para o nível de cuidado materno conforme suas necessidades de saúde e com base em critérios ou fluxos pré-estabelecidos à eleição de cada nível (KILPATRICK et al., 2019). Relato crítico dos principais documentos políticos para a sobrevivência perinatal no Nepal, aponta que as políticas vigentes reconhecem a necessidade de fornecer e abordar os cuidados centrados na mulher, equidade, inclusão social e uma abordagem baseada em direitos, e fundamentada na comunidade como o modo de prestação de serviços (PAUDEL et al., 2019).

Em estudo realizado a partir de relatórios de recomendação da implementação da regionalização perinatal de países como EUA, Canadá e França, demonstrou que a prática da regionalização da atenção perinatal representa avanços e resultados importantes, com melhores desfechos maternos e neonatais, no entanto, as evidências de pesquisa sobre a eficácia da regionalização perinatal têm sido limitadas, não sendo possível estabelecer uma relação causal, havendo a necessidade de realizar a avaliação da regionalização perinatal por meio da utilização de projetos de pesquisa mais robustos em uma gama mais diversificada de países (RASHIDIAN et al., 2014). Nos EUA, as melhorias na assistência a saúde ao parto e nascimento tornam-se difíceis de mensurar, uma vez que, existe uma variabilidade nos modelos de atenção regionalizada, sem padronização de modelos nacionais de regionalização (NOWASKOWSKI et al., 2012). Nesse contexto, o Colégio Americano de Obstetras e

Ginecologistas e a Sociedade de Medicina Materno-fetal dos EUA, criou um documento objetivando uniformizar, padronizar e desenvolver definições e designações referentes ao cuidado materno em todos os aspectos dos cuidados pré-parto, intra-parto e pós-parto da gestante, com o fornecimento de uma diretriz consistente que promova a integração proativa de serviços e consequente melhoria da qualidade e promoção da saúde (MENARD et al., 2015).

Na província de Santa Fé, Argentina, com a política de regionalização perinatal, houve melhora no número de partos em hospitais apropriados e no número de partos em maternidades com cuidados obstétricos e neonatais essenciais (SIMIONI et al., 2017). Nos EUA, as usuárias, parceiros e familiares das gestantes sentem-se acolhidos e valorizados nas unidades obstétricas, apontando como vantagens o ambiente, filosofia e abordagem à tecnologia, incluindo gerenciamento da dor (RAYMENT et al., 2019). Esses dados revelam o potencial de políticas e programas voltados para a atenção regionalizada ao parto e nascimento, na melhoria da assistência ofertada à saúde materna e infantil.

Ainda no âmbito internacional, as políticas propõem que a mulher tenha o direito e a autonomia de optar pelo seu local de parto, contudo, nem sempre a sua opinião é considerada ou aparada pela equipe de saúde de forma plena e resolutiva. No Reino Unido, apesar de existir uma política nacional que oferece às mulheres a capacidade de escolha sobre o local de nascimento, as evidências mostram que a sua maioria optam pelo parto hospitalar, uma vez que o parto domiciliar é visto como complexo pelos atores envolvidos, sendo contestado por médicos, profissionais da saúde em geral, familiares e parceiros (COXON et al., 2017). Na Inglaterra, a tomada de decisão sobre o local de parto por muitas mulheres sofre influência de informações da internet, amigos e familiares (HINTON et al., 2018); e na Nova Zelândia, as mulheres escolhem o local onde se sentem mais seguras (PATTERSON; FOUREUR; SKINNER, 2017). De outro modo, a escolha do local de parto é também influenciada pelo número de consultas pré-natais, idade materna, escolaridade, nível de paridade e a situação econômica das parturientes, de maneira que questões geográficas e econômicas favorecem para que mulheres das zonas urbanas e rurais não pobres tenham mais acesso aos cuidados obstétricos, como evidenciado no estudo realizado para trinta e dois países de baixa renda na Ásia, África subsaariana e América Latina (GULIANI; SEPEHRI; SERIEUX, 2012).

Nos EUA, os principais obstáculos apontados para o acesso à assistência perinatal foram a desinformação/informação inconsistentes sobre a existência do serviço, o ambiente e segurança das unidades obstétricas, além das barreiras à admissão no trabalho de parto precoce (RAYMENT et al., 2019). Na Argentina, identificaram-se barreiras nos sistemas de referência e na comunicação sobre as políticas, o que resultou em um acordo inicial sobre a necessidade de orientações e treinamento técnico específico sobre a transferência de bebês e mães (SIMIONI, et al., 2017).

No cenário brasileiro, O SUS deve assegurar a todas as mulheres o acesso a programas e políticas de saúde e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, dispensando uma atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério com um atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral (BRASIL, 1990). Nesse contexto, devem ser efetivas as políticas sociais públicas que possibilitem à criança o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência com direito a proteção à vida e à saúde (BRASIL, 1990).

Em busca de garantir à mulher uma atenção mais humanizada à gravidez, parto e puerpério, bem como assegurar o direito ao planejamento reprodutivo, foi criado em junho de 2011, a Rede Cegonha (RC), com o objetivo de implantar um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança centrado na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, com a execução de práticas baseadas em evidências científicas (BRASIL, 2017a). A RC deve organizar-se nas unidades federativas e seus municípios viabilizando ações de atenção à saúde em conformidade às necessidades maternas e infantis, por meio da articulação dos serviços de saúde, dos sistemas de apoio, logístico e de governança, sendo um modelo de atenção fundamentado nos princípios da humanização da assistência (CAMPOS et al., 2016).

No Brasil, a RC, potencialmente, levou à análise do intrincado cenário da atenção obstétrica e neonatal, ultrapassando o aspecto técnico e colocando em evidência os elementos éticos e políticos que o transcorrem (FILHO; SOUZA, 2021). Essa estratégia do Ministério da Saúde (MS) se contrapõe à lógica do modelo predominante, caracterizado por taxas elevadas de cesariana, medicalização do parto e nascimento, abortos inseguros e altos índices de morbimortalidade perinatal, sendo evidentes as mudanças em direção às boas práticas de gestão e atenção indicadas pela RC, mas ainda são grandes os desafios diante da hegemonia de um modelo gestor hierarquizado somado a um modelo de atenção dotado de práticas intervencionistas, revelando

que, apesar dos avanços verificados, ainda existe a necessidade de mais investimentos focados na humanização da assistência (LAMY et al., 2021).

Conforme alguns autores, progressos foram identificados na implantação de boas práticas na gestão do cuidado e atenção à saúde, ainda que algumas maternidades permaneçam reproduzindo um modelo hierárquico, sem espaços colegiados de gestão e com manutenção de práticas de violência obstétrica (LAMY et al., 2021). De tal modo, é notório que o Brasil vem avançando no modelo de atenção, o qual deve estar centrado nas necessidades da mulher e do recém-nascido, conforme preconizado pela RC, mas é também nítido os desafios ainda existentes, e grandes são os esforços necessários para melhorar a assistência ao parto e nascimento, devendo-se adotar iniciativas que estimulem a qualificação da assistência ao parto e nascimento e a disseminação de conhecimento (BITTENCOURT et al., 2021).

No Brasil, mesmo com a implementação de políticas para melhoria da atenção ao parto e nascimento, isso não reflete consideravelmente na mudança dos indicadores obstétricos no SUS (LEAL et al., 2021). As mortes materna e neonatal persistem em altos índices e refletem um problema social e político de grande magnitude e decorrem da deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido (BRASIL, 2004a). As regiões Norte e Nordeste do país mantiveram um cenário com significativo número de mortes neonatais, com grandes proporções de óbitos por infecção perinatal, o que revela a necessidade de investimento na organização e qualificação da atenção (LANSKY et al., 2014). Muitas mulheres e recém-nascidos ainda são submetidos a um grande número de intervenções, a exemplo da cesariana sem indicação, episiotomia, uso de ocitocina, e a aspiração naso-faríngea (BRASIL, 2017a). Ademais, a desestruturação no processo de regionalização da atenção ao parto e nascimento implica no comprometimento da garantia mínima a todas as usuárias dos itens necessários para um acompanhamento de qualidade (GONÇALVES; PENNA, 2019).

Destarte, na literatura nacional, verifica-se que diversos são os problemas envolvidos no funcionamento e organização da atenção regionalizada ao parto e nascimento. Dentre eles, as grandes distâncias a serem percorridas pela gestante para o atendimento em locais com melhores condições de estrutura; as falhas na vinculação das gestantes à maternidade; fragmentação da atenção ao parto, por logística deficiente, resultando na transferência descoordenada das gestantes entre diferentes maternidades; além da ausência de auxílio financeiro para o deslocamento intermunicipal

(SILVA et al., 2017). É necessário, portanto, analisar criticamente as pactuações que fomentam a organização da rede, uma vez que as falhas no processo de regionalização contribuem para uma superlotação, com uma demanda excessiva nas maternidades vinculadas à RC, o que resulta na sobrecarga dos profissionais e em uma atenção ao parto que expõem as mulheres à violência obstétrica (GONÇALVES, 2019).

Pesquisas evidenciaram fragmentação da assistência ao parto e nascimento em decorrência de logística regional deficiente, resultando em fluxos assistenciais de gestantes sem regulação do acesso pela gestão do SUS, com peregrinação entre diferentes serviços de saúde (SILVA et al., 2017). Outro estudo demonstrou fragilização persistente na atenção perinatal, com alta taxa de mulheres com parto classificado como de risco habitual (43%) que não foram atendidas em seus municípios de residência, sendo transferidas para unidades especializadas na sede regional, o que resulta na ocupação não planejada de leitos obstétricos (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016). Esse cenário evidencia falta de integração entre os municípios nas regiões de saúde, que se relacionam por fluxos distintos, comprometendo a atenção ao parto (VIANA et al., 2017).

Os estudos recentes que avaliaram a atenção perinatal no Brasil centraram-se apenas na avaliação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento (BITTENCOURT et al., 2021); bem como na existência de aspectos da humanização em torno da atenção oferecida às mulheres recebidas em maternidades vinculadas à RC (LEAL et al., 2021). Assim, mesmo diante da publicação de diferentes estudos sobre a atenção regionalizada ao parto e nascimento, ainda há lacunas sobre propostas de modelos avaliativos com definição de dimensões, critérios e padrões de avaliação sobre a atenção perinatal, com foco na regionalização da gestão e da assistência, havendo, em sua maioria, propostas avaliativas para o âmbito local dos serviços de saúde.

A estratégia da RC, criada pelo MS no ano de 2011, como meio de garantir uma atenção à saúde de qualidade para as mulheres e seus filhos durante a gestação, parto e pós-parto, tem dentre as etapas do seu processo a avaliação da implantação da mesma. Contudo, a escassez de propostas avaliativas para o componente perinatal revela-se uma lacuna relevante na avaliação de políticas de saúde do SUS, sendo necessário o desenvolvimento de metodologias que apreciem a implantação da regionalização da atenção ao parto e nascimento nas regiões de saúde do Brasil.

Assim, a proposta de um modelo de avaliação – pretensão do presente estudo - revela-se de grande importância ao contribuir para a gestão e organização do SUS com relação à atenção perinatal, e por consequência pode reverberar nas condições de saúde das mães, dos recém-nascidos e crianças, bem como de seus familiares, sendo, portanto, de grande valia para toda a sociedade. Isso, pois a compreensão da gestão e da atenção regional perinatal, pode contribuir para melhor organização do cuidado ao parto e nascimento, com a identificação de seus pontos críticos de prestação de serviços, de modo a apoiar decisões dos gestores estaduais, regionais e municipais. Ademais, tem valor significativo para a área da Saúde Coletiva, para o campo da avaliação de serviços e sistemas de saúde, pois orienta para os pesquisadores e avaliadores de políticas, o que deve ser avaliado, como deve ser apreciada essa avaliação, e quais os critérios e as dimensões mais relevantes para compreender o universo de implantação de uma política de saúde.

A modelização avaliativa proposta neste estudo permitirá conhecer em que medida esses gestores e equipes de saúde têm conseguido implementar o modelo de atenção perinatal preconizado pelo MS e, assim, identificar seus avanços e lacunas, subsidiando o planejamento, a organização dos serviços de saúde e a conexão entre a clínica e a gestão (BITTENCOURT et al., 2021), colaborando para avançar nos ajustes que permitam o atendimento das demandas da população, integralidade, organização e funcionamento das rede de atenção materno-infantil (FILHO; SOUZA, 2021), já que estudos avaliativos sobre essa temática apresentam potência na realização de mudanças em direção às boas práticas preconizadas pela RC (LAMY et al., 2021).

Diante do exposto, o presente estudo teve a seguinte pergunta de investigação: quais características deveriam ter a gestão de serviços de saúde e a atenção regionalizada ao parto e nascimento, quando se avalia a configuração desse componente nas regiões de saúde?

Este trabalho teve como objetivo sistematizar na literatura nacional e internacional as características da atenção e gestão perinatal regionalizada, a fim de propor um modelo lógico com dimensões, critérios e padrões avaliativos para regiões de saúde.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Políticas e programas direcionados à atenção materno-infantil no SUS

Compreende-se as políticas públicas, como o conjunto de atividades instituídas pelos governos (federal, estadual ou municipal), as quais evidenciam as intenções das ações da esfera governamental, por meio da elaboração de programas e projetos destinados a determinada temática. No âmbito do SUS, as políticas garantem uma ação direta ou a delegação dela, de modo a manter efetivamente programas assistenciais. A saúde materno infantil sempre foi pauta nas ações de saúde pública com a implantação de programas, que se consolidaram e modificaram ao longo dos anos, apresentando estratégias em acordo as necessidades verificadas em cada período (CASSIANO et al., 2014).

Rompendo com o modelo de atenção materno-infantil até então desenvolvido, focado na reprodução, foi elaborado pelo MS, em 1983, o Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual incorporou, como conceitos norteadores, a descentralização, hierarquização e regionalização, bem como a equidade da atenção dirigida às necessidades de saúde prioritárias da população feminina (BRASIL, 1984). O programa objetivava oferecer à mulher uma atenção integral, clínico-ginecológica e educativa, centrada no aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério, com uma abordagem aos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade da mulher, controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção (OSSIS, 1998).

A Constituição Brasileira de 1988, a partir dos princípios e diretrizes definidos para o SUS, possibilita a efetivação de um modelo obstétrico e neonatal que produza ações integrais de saúde em função das necessidades das mulheres e crianças, com um parto e nascimento seguros e humanizados e com a construção e sustentação de redes perinatais (BRASIL, 2014). A Constituição Cidadã de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990, deram passos determinantes na garantia legal de proteção não somente à gestante, mas como consequência ao feto gerado por essa mãe e à criança. Esses direitos reconhecidos a partir da aprovação do ECA, em 1990, pretendiam garantir à gestante, o atendimento antes e após o parto e proporcionar condições adequadas para uma atenção integral tanto à gestante como ao recém-nascido no âmbito do SUS (NETO et al., 2008).

A partir da publicação do PAISM, e da realização de eventos importantes, como o encontro promovido, em 1985, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Fortaleza, depara-se com um permanente e contínuo movimento de alertas e estratégias que visam a revisão dos processos envolvidos na atenção à gestação e ao parto (BRASIL, 2017a). É, portanto, imperativo a ocorrência de alterações no modelo biomédico, dotadamente técnico, para um modelo que considere de grande relevância os aspectos sociais e culturais da gestação e parto (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

As críticas ao excesso de intervenções durante o parto e nascimento já era algo discutido na década de 90, e em 1996, foi publicado, pela OMS, recomendações acerca das tecnologias empregadas na atenção a nascimentos e partos, com a classificação das práticas, baseada em evidências científicas, em 4 grupos: Grupo A, práticas benéficas e que deveriam ser incentivadas; Grupo B, práticas a serem eliminadas por demonstrarem danos e inefetividade; Grupo C, práticas que requerem mais pesquisas e evidências científicas que assegurem o uso; e Grupo D, práticas que estavam sendo realizadas de modo inadequado (RATTNER, 2009). O final dos anos 90 é um período marcado pelo reconhecimento de pesquisadores e técnicos do MS, em relação à necessidade de mudanças nos modelos de atenção ao parto e nascimento no Brasil (BRASIL, 2017a).

Com o intuito de reduzir a mortalidade infantil, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI – foi estabelecida pela OMS conjuntamente ao Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), em 1996, revelando-se como estratégia para melhorar o cenário da saúde infantil (CUNHA; BENGUIGUI; SILVA, 2006). A AIDPI abrange simultaneamente e de forma integrada o aglomerado de doenças de maior prevalência na infância, sem focar em cada doença isoladamente, como tradicionalmente ocorre, de modo que aborda a dependência de outras patologias e o contexto em que a criança está inserida (BRASIL, 2002).

Em 1997, é realizada uma parceria entre governo e sociedade civil, com o apoio do Conselho Federal de Medicina, propagando o seguinte slogan "Natural é parto normal" (RATTNER, 2009). Essa iniciativa revela um engajado movimento de mudanças no que tange ao contexto da atenção dispensada ao parto e nascimento.

No contexto da atenção materna e infantil, em 1999, no Brasil, foram propostas medidas com a finalidade de humanizar o atendimento ao Recém-Nascido (RN) hospitalizado, por meio da publicação da "Norma de Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso (NAHRNBP) - Método Canguru (MC)" (LAMY et al., 2005). Com essa Norma,

atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, os hospitais passaram a ter em mãos as informações necessárias à aplicação do MC, que é um modelo de atenção perinatal qualificada e humanizada, reunindo estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao recém-nascido e à sua família, de modo a promover a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais, com o incentivo do contato pele a pele, de forma precoce, de início pelo toque, até a posição canguru (BRASIL, 2017a). Nessa perspectiva aumenta-se o vínculo mãe-filho, bem como com os demais familiares.

Em 1º junho de 2000, o MS, por meio da portaria 569, instituiu o Programa Nacional de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNHPN), no âmbito do SUS, objetivando desenvolver ações de promoção, prevenção e atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos, garantindo a ampliação do acesso a uma assistência obstétrica e neonatal de qualidade (BRASIL, 2000). Com o compromisso de implementar ações de saúde que garantissem os direitos humanos das mulheres, bem como contribuísse para a redução da morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, o MS lançou, em 2004, a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes”, a qual, dentre outros enfoques à saúde da mulher, busca firmar os avanços no campo dos direitos reprodutivos, com destaque para a melhoria da atenção obstétrica (BRASIL, 2004b).

Com o propósito de garantir a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, bem como assistência à criança, foi instituída em 2011, no âmbito do SUS, a RC (BRASIL, 2011). Essa Rede de Atenção à Saúde assegura, portanto, o direito à mulher ao planejamento reprodutivo e uma atenção humanizada a todas as etapas, percorrendo a gestação, parto e puerpério, além de conferir à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis, fomentando a implementação de um novo modelo de atenção à saúde, baseado em evidências científicas (BRASIL, 2017b).

Mesmo diante da criação de políticas públicas voltadas para a qualificação da atenção materno-infantil, revelou-se necessário promover políticas que impulsionem a integralidade do cuidado à criança. Nesse contexto, ficou instituída em 2015 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito SUS, a qual tem por finalidade a proteção à saúde da criança e promoção do aleitamento materno, perante a oferta de uma atenção e cuidados integrais desde a gestação até os 9 meses de vida da criança, com o foco na primeira infância e naqueles em situação

de maior vulnerabilidade, com o intuito de reduzir a morbimortalidade, e promover um ambiente favorável à vida, dotado de condições dignas de existência e amplo desenvolvimento (BRASIL, 2015a).

Em suma, observa-se que o Brasil vem implementando diversas estratégias direcionadas ao avanço da atenção à saúde materno-infantil, por meio da criação de políticas, programas e projetos direcionados à temática. Essas ações possibilitam a integralidade do cuidado, com a ampliação dos direitos às gestantes e seus filhos, melhorando o acesso da população aos serviços de saúde, o qual passa a ofertar uma assistência de qualidade baseada nas melhores evidências científicas. Somado a isso, depara-se com a propagação e aplicação de uma atenção humanizada à mãe e ao seu filho, considerando questões psicossociais que permeiam o contexto do parto e nascimento. Contudo, muitos são os obstáculos à efetivação das atividades de tais políticas, com distintos cenários ao longo do território nacional, o que revela a importância de estudos que possam fazer uma análise da implementação dessas políticas no contexto regional.

2.2 A Rede Cegonha e os principais aspectos da atenção ao parto e nascimento

A RC foi proposta com a finalidade de contribuir para a modificação do modelo de atenção ao parto e nascimento nos serviços do SUS (FILHO; SOUZA, 2021). É, portanto, uma estratégia do Ministério da Saúde que fomenta a prática de um modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com direcionamento para a atenção ao parto e nascimento, crescimento, e desenvolvimento da criança de zero aos 2 anos de idade, de forma a garantir acesso, acolhimento e resolutividade, reduzindo a mortalidade materna e infantil com realce ao componente neonatal (BRASIL, 2011).

O MS ampliou os investimentos na melhoria da atenção ao parto e nascimento com a criação da RC, a qual incorporou a Política Nacional de Humanização (PNH) como uma de suas bases estruturantes, já que adotou o padrão teórico-político na sistematização de princípios e modos de operar (FILHO; SOUZA, 2021). Nessa perspectiva, busca-se a garantia da adoção dos princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão ao parto e nascimento. Estudo que comparou dados da Avaliação da Rede Cegonha (ARC), que foi um estudo avaliativo sobre o programa RC com o Nascer no Brasil (NB), que foi um inquérito nacional sobre parto e nascimento,

realizado de 2011 a 2012, antes do início da implementação da RC, atestou o alcance dos objetivos da RC de melhoria da atenção ao trabalho de parto e parto, com base nas evidências científicas, e reforçou o cumprimento do princípio de promoção da equidade do SUS (LEAL et al., 2021).

Instaurada no âmbito do SUS, a RC apresenta como princípios o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos; a participação e a mobilização social; assim como a manutenção de atividades compatíveis em diferentes estados (BRASIL, 2011). Nesse sentido, revela-se como uma estratégia, cujo modelo de assistência à saúde materno-infantil deve estar de acordo às diferentes demandas de distintos territórios brasileiros.

A RC organiza-se por meio de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). Para a presente pesquisa, ênfase foi dada ao componente do parto e nascimento. No contexto do componente da RC denominado parto e nascimento, a humanização, o direito à presença do acompanhante escolhido livremente pela gestante, a ambiência, seguimento de boas práticas e o acolhimento com classificação de risco, são potenciais definidores dos indicadores de saúde pertinentes à mãe e o bebê, tendo a capacidade de contribuir para a redução de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012).

Para o parto e nascimento é prevista uma série de ações de atenção à saúde: suficiência de leitos obstétricos e neonatais adequados às necessidades de cada região; ambiência das maternidades, orientada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); garantia da presença do acompanhante em todas as etapas referentes ao parto e nascimento, desde o acolhimento, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; incitação à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo a implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na PNH (BRASIL, 2011).

Na RC diversos são os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, organizados de acordo com aspectos de regionalização, densidade e escala tecnológica de acordo com os riscos, estando entre esses pontos as maternidades de risco

habitual, maternidades de alto risco, leitos obstétricos e neonatais (Unidade de Terapia Intensiva - UTI, Unidade de Cuidados Intensivos - UCI e Canguru), Centro de Parto Normal (CPN), e Casa de Gestante, bebê e puérpera (CGBP) (GIOVANNI, 2013). Dentre as ações da RC, está a implantação dos CPN vinculadas aos hospitais/maternidades que sejam referência no atendimento do alto risco obstétrico, sendo ambientes preparados para que a mulher possa exercer as suas escolhas, como se movimentar livremente e ter acesso a métodos não farmacológicos de alívio da dor, sendo essa paciente acompanhada por uma enfermeira obstetra (BRASIL, 2015b). No contexto da RC, houve também a criação e incentivo à implantação pelos municípios das CGBP, um espaço destinado a mães e recém-nascidos que precisam de cuidados específicos e necessitam estar próximo ao hospital, porém não internados (BRASIL, 2013).

A estratégia da RC foi criada para ser implementada, gradualmente, em todo território nacional, considerando os critérios epidemiológicos locais, possibilitando o provimento contínuo de ações de atenção destinadas à saúde materna e infantil, através da articulação de diferentes pontos de atenção à saúde, sistema de apoio, sistema logístico e da gestão da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011). Portanto, revela-se necessária a efetivação da rede de atenção obstétrica regionalizada, através do fortalecimento de pactuações entre gestores dos municípios, com adequada distribuição dos serviços de atenção ao parto e nascimento, tornando o sistema de referência para os municípios próximos mais resolutivo (ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

A operacionalização da RC ocorre através da execução de cinco fases, sendo elas: adesão e diagnóstico; desenho regional da RC; contratualização dos pontos de atenção; qualificação dos componentes e Certificação (BRASIL, 2011). Portanto, após os estados aderirem a essa iniciativa, foi formado um Grupo Conductor Estadual da Rede Cegonha e selecionadas as regiões de saúde prioritárias a serem feitos diagnósticos situacionais, com a formulação de planos e efetivação das ações em saúde, sempre se baseando em evidências científicas para a implementação das melhores práticas de cuidado, sendo verificadas a oferta, a demanda e a qualidade dos serviços nas regiões de saúde, tanto na atenção básica quanto na especializada (LEAL et al., 2021).

Com a elaboração de um Desenho Regional, deve ser criado um Plano de Ação Regional com o estabelecimento das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede (MARQUES, 2015). Na elaboração da proposta de Plano de Ação Regional deve haver a programação da atenção integral à saúde materna e infantil com a definição das diferentes atribuições e responsabilidades desempenhadas pela União, Estado, Distrito Federal e municípios relacionados. Para isso, deve haver o estímulo à instituição do Fórum Rede Cegonha que tem como intento a construção de espaços coletivos plurais, heterogêneos e múltiplos que possibilitam a participação dos cidadãos na construção do novo modelo de atenção ao parto e nascimento, por meio do acompanhamento e contribuição na implementação da RC na Região (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, o Fórum se propõe a ser um espaço contínuo, de aspecto deliberativo na tomada de decisões, o qual executa o planejamento, a avaliação, o monitoramento, a divulgação e a gestão de saúde (PESSÔA, 2017).

Depois de elaborado o Desenho Regional e criado o Plano de Ação Regional com a definição das ações de atenção à saúde para cada componente da Rede, inicia-se a fase de contratualização dos pontos de atenção da Rede pela União, Estado, Distrito Federal ou pelo Município, havendo o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas de atenção à saúde, perante os pontos de atenção à saúde da RC sob tal gestão, os quais serão monitorados e avaliados periodicamente pelo Grupo Conductor Municipal e Estadual da Rede Cegonha (MARQUES, 2015). O MS tem o papel de apoiar o Grupo Conductor Estadual no acompanhamento e avaliação da pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal, avaliando os resultados alcançados para a manutenção do repasse de recursos, repactuação das ações e metas (BRASIL, 2011).

Indicadores estratégicos auxiliam no monitoramento e avaliação da implantação e qualificação da RC. A verificação de indicadores revela o grau de organização do sistema de saúde quanto à assistência às mulheres e seus filhos, desde o acesso até a qualidade das ações e serviços ofertados (GONÇALVES, 2019). São exemplos de alguns indicadores de atenção ao parto e nascimento que podem ser avaliados: presença do acompanhante, presença de enfermeira obstétrica no atendimento, preenchimento do partograma, uso de métodos não farmacológicos para alívio de dor, possibilidade de deambulação, alimentação, utilização de cateter venoso periférico, analgesia, posição de parto, emprego da episiotomia e manobra de Kristeler (LEAL et al., 2019).

O monitoramento da qualidade da assistência ainda apresenta lacunas com ampla variação na avaliação realizada entre diferentes regiões e hospitais, havendo um grande número de estabelecimentos de saúde que não coletam regularmente os dados necessários para análise dos indicadores de qualidade (BITTENCOURT et al., 2021). A incorporação dos processos de monitoramento e avaliação no cotidiano dos serviços, a exemplo das maternidades, é um desafio, em grande parte por questões estruturais da cultura institucional (SILVA et al., 2021). A avaliação regular das ações da RC deve compor a base de informações utilizadas no direcionamento de políticas e regulamentação da atenção hospitalar ao parto e nascimento, o que contribui para a aproximação do planejamento em saúde da prática do cuidado, permeando discussões sobre a qualidade dos serviços (BITTENCOURT et al., 2021).

A literatura apresenta diversas falhas na implantação da RC no Brasil. Um estudo realizado no município de Recife revelou as falhas de associação e trabalho interligado entre os serviços que ofertam assistência pré-natal e aqueles que prestam assistência ao parto, em virtude de problemas organizacionais dos serviços de saúde, carência e má distribuição de vagas e leitos obstétricos, além de demonstrar um número elevado de cesarianas que supera os 15% preconizado pela OMS, o que se traduz em um caráter intervencionista e medicalizado da atenção ao parto no Brasil, revelando disparidades entre a busca e a execução dos serviços, seguros e efetivos, para as gestantes (SILVA et al., 2017). De tal modo, uma vez que, a RC caracteriza-se como uma estratégia firmada e executada entre as instâncias gestoras do SUS, torna-se essencial definir estratégias de sua execução junto aos serviços (FILHO; SOUZA, 2021).

Estudo que analisou o grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, conforme recomendado pela RC, por meio da avaliação de todos os 606 hospitais públicos e mistos das regiões de saúde que dispunham de plano de ação da RC em 2015, revelou que, a atenção ao parto e nascimento apresenta estágios distintos de implantação com diferenças entre as grandes regiões, sendo as regiões Sul e Sudeste as que demonstram situação privilegiada quanto ao grau de implantação (BITTENCOURT et al., 2021). Para além da realização do planejamento estratégico, os gestores devem executar as estratégias e definir mecanismos de controle e fiscalização dessas (RABELO et al., 2017).

De um modo geral, é imperativo afirmar que a RC revela-se uma estratégia de grande avanço e mudanças positivas no que tange a atenção integral à saúde materno-infantil. Especificamente, com relação ao componente do parto e nascimento, melhorias significativas são verificadas, a partir de um modelo de atendimento mais humanizado, com redução de intervenções e mudança da visão biomédica do parto, com um maior alcance da perspectiva fisiológica e natural do contexto gestacional, parto e puerpério. No entanto, mesmo diante de mudanças significativas, percebe-se que há ainda uma dificuldade de implementação da RC de forma ampla no território nacional, com aspectos distintos e perfil heterogêneo nas diversas regiões do país. Ainda como obstáculo, existe a falta de integralidade dos serviços, com falhas na vinculação das gestantes ao local de parto, e lacunas na comunicação entre os serviços, bem como, deficiências no processo de pactuação. Ademais, há uma escassez na literatura de informações referentes ao monitoramento da implementação e execução da RC nas diferentes regiões, estados e municípios, sobretudo no que se refere ao processo de regionalização e assistência ao parto e nascimento.

2.3 Síntese dos estudos avaliativos da atenção perinatal no Brasil

O campo da avaliação em saúde cresceu significativamente nas últimas décadas, e isso se refere tanto ao conhecimento dos aspectos teórico-metodológicos, como no campo de práticas, racionalmente dirigidas, conduzidas por sujeitos empenhados na melhor transformação de dada situação em saúde, atendendo a um arsenal de princípios e valores ético-políticos (SOUSA, 2018). No contexto da saúde pública a avaliação apresenta como objetivo principal oferecer suporte aos processos decisórios no âmbito do SUS (OLIVEIRA; REIS, 2016).

A avaliação em saúde deve auxiliar no diagnóstico de problemas e reorientar ações e serviços desenvolvidos, avaliando a incorporação de novas práticas e mensurando os efeitos das ações implementadas pelo serviço e programas sobre a saúde da população (BRASIL, 2005). Objetivando aperfeiçoar continuamente a assistência perinatal, é imperativo o desenvolvimento de avaliações que identifiquem inadequação ao cumprimento da política vigente, de modo a investigar a garantia dos direitos reprodutivos às usuárias do SUS (LEAL et al., 2016).

A análise do grau de implantação das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento, conforme indicado pela RC, foi realizada em um estudo a partir da configuração de uma matriz de julgamento para o Brasil e grandes regiões, tendo como referência normativa os documentos e a legislação que norteiam as ações da RC, sendo composta pelas cinco diretrizes do componente parto e nascimento da RC, subdivididas em dezessete dispositivos que se desdobraram em sessenta itens de verificação, cujos dados foram coletados por três diferentes métodos: entrevista dos gestores, profissionais de saúde e puérperas; análise documental; e observação in loco, sendo os parâmetros: adequado; parcialmente adequado e não adequado, utilizados no julgamento da adequação de implantação (BITTENCOURT et al., 2021).

Na tentativa de compreender o cotidiano da RC, foi realizado um Estudo de Caso de abordagem qualitativa fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano, em um município do Agreste Paraibano, tendo como cenários as maternidades e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campina Grande/PB, participando atores sociais envolvidos na RC (15 usuárias, 31 profissionais de saúde e 13 gestores) (GONÇALVES, 2019). É importante ressaltar que, as etapas de seleção, validação e interpretação de indicadores de avaliação e os seus resultados, devem ser realizadas em um processo participativo de todos os envolvidos, de forma a compreender o cotidiano dos serviços (SANTOS-FILHO, 2007).

No estudo conduzido em Campina Grande/PB, os dados foram coletados por meio da realização de entrevistas semiestruturadas e observação, sendo feita a triangulação dos dados com a submissão à Análise de Conteúdo Temática, resultando em três categorias: 1. Cenas do cotidiano do cuidado: a RC em construção; 2. (Des)conexões entre os pontos de atenção da RC; 3. A perspectiva das mulheres, profissionais de saúde e gestores sobre o cuidado nas maternidades da RC, tendo, por fim, os resultados indicado que a RC é construída e moldada nos cotidianos, nas interações entre os atores sociais, de maneira que as usuárias, os profissionais e gestores reelaboram formas de operacionalizar o cuidado (GONÇALVES, 2019). Nesse sentido, esse tipo de avaliação em uma perspectiva interdisciplinar permite a aproximação com a realidade existente, e vislumbra uma avaliação conectada aos processos de planejamento e de gestão, permitindo compreender as diferentes e complexas dimensões dos serviços de saúde (SANTOS-FILHO, 2007).

Além disso, é incontestável a importância da avaliação locorregional da RC, de modo a compreender especificidades em seus diversos contextos de implantação e

funcionamento. Contudo, a visualização do panorama geral da Rede, em todo o território nacional, faz-se também necessária. Nessa perspectiva, um estudo realizado em 2017 descreveu os resultados de dois estudos avaliativos, sendo um sobre a Rede Cegonha e outro que abordava o projeto Parto Adequado, com o intuito de identificar melhorias comparadas ao estudo Nascer no Brasil, que foi um estudo de caráter nacional realizado de 2011-2012, antes da implantação dos dois programas de intervenção, o que revelou como resultado um aumento importante do número de mulheres com acesso à tecnologia apropriada ao parto ao longo dos anos, bem como redução de práticas consideradas prejudiciais, a partir da avaliação dos seguintes indicadores de atenção ao parto e nascimento: presença de acompanhante, atendimento por enfermeira obstétrica, preenchimento de partograma, uso de métodos não farmacológicos, deambulação, alimentação, uso de cateter venoso periférico, analgesia, posição da mulher para o parto, episiotomia e manobra de Kristeler (LEAL et al., 2019).

Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado no Ceará, Brasil, avaliou a integralidade do cuidado e universalidade do acesso às mulheres no período gestacional e puerpério, por meio de uma pesquisa com 1.701 mulheres que deram à luz em uma unidade de referência obstétrica da Macrorregião de Saúde do Cariri, no período de janeiro a dezembro de 2015, através de informações coletadas do banco de dados do Sistema de Regulação do Estado do Ceará e dados do Sistema de Acompanhamento Pré-Natal, revelando taxas elevadas de parto cesáreo (49,7%), elevado tempo de espera para acesso ao parto de alto risco (32,6%) e unidade de terapia intensiva neonatal (72,9%), bem como baixo percentual (41,1%) de gestantes em número adequado de consultas de pré-natal, atendimento odontológico (20%), atividades educativas (15%), visitas à maternidade (0,1%), exames laboratoriais do terceiro trimestre (29,2%) e consulta puerperal (37,9%), o que mostra a não garantia de acesso e integralidade da atenção (MONTEIRO et al., 2019).

Os 606 hospitais que em 2015, tinham plano de ação da RC, sendo eles públicos e privados conveniados ao SUS, participaram de um estudo de avaliação das práticas obstétricas na atenção ao parto de adolescentes e mulheres em idade avançada, a qual teve como base informações de entrevistas com as puérperas e prontuário hospitalar, sendo empregada a técnica de “Estimativa Rápida Participativa” – ERP, com abordagem simples e rápida para se obter informações que reflitam as condições locais, o que resultou na caracterização de uma cenário em que as adolescentes têm em maior proporção a presença do acompanhante e menor uso de analgesia

no trabalho de parto, diferentemente das mulheres em idade avançada, que apresentaram maior chance de uso de analgesia e partos na posição de litotomia, com menor prática de amniotomia (VIELLAS et al., 2021). Ainda com relação ao contexto das desigualdades no atendimento, pesquisa da RC que utilizou questionários e análise de prontuários e utilizou indicadores de boas práticas e intervenções obstétricas, identificou distinções na atenção ao parto e nascimento, no que tange a questões raciais, sugerindo discriminação racial contra as pretas, que tiveram menos partograma preenchido (ALVES et al., 2021).

Os obstáculos na execução integral da atenção materna e infantil são diversos e variáveis conforme localidade e região, envolvendo distintos contextos. Quanto à atenção ofertada, após a instituição, no âmbito do SUS, da RC, por meio da portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o cenário da atenção perinatal passou por grandes mudanças, com uma prática humanizada e apoiada por evidências científicas. Contudo, ainda revela-se incipiente na literatura, estudos que abordem propostas metodológicas para avaliação da atenção perinatal de forma sistemática, por meio do monitoramento e avaliação dos indicadores da RC em todos os serviços de assistência perinatal, como intuito de aprimorar a gestão da informação e o cuidado às mulheres e crianças. As pesquisas até então publicadas pautam-se na avaliação de alguns cenários dos serviços de atenção ao parto e nascimento sem, no entanto haver uma padronização do processo avaliativo, que permita fazer estudos comparativos, e desse modo compreender as diferenças reais no processo de regionalização da atenção ao parto e nascimento por meio da estratégia da RC. Assim, essa pesquisa, terá como contribuição central a publicação de uma proposta metodológica envolvendo diversos atores, diferentes dimensões de avaliação, centradas na diretriz da regionalização, com critérios baseados em ampla revisão documental e revisão sistemática da literatura nacional e internacional.

3. METODOLOGIA

3.1 Delineamento do estudo

Este estudo se encontra aninhado a um projeto de pesquisa maior, intitulado “Regionalização da atenção ao parto e nascimento no SUS: estado da arte e implantação em macrorregião de saúde”.

Trata-se de um estudo metodológico que empregou duas estratégias: a revisão sistemática da literatura e a validação do Modelo Lógico (ML) por meio de técnica de consenso com especialistas e Estudo de Caso Regional. A revisão sistemática parte da definição de uma estratégia de busca, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos, análise criteriosa da qualidade da literatura selecionada, caracterização de cada estudo selecionado, avaliação da qualidade dos mesmos e identificação de conceitos importantes, de maneira que é possível realizar uma análise dos estudos e concluir sobre o que a literatura informa a respeito de determinada intervenção (SAMPAIO; MANCINI, 2007).

No processo de desenho da revisão sistemática foi empregada a estratégia PICO, a qual representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho), sendo esses quatro componentes elementos essenciais para a pesquisa e a construção da pergunta que auxiliou na busca bibliográfica de evidências (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Nesse sentido, “P” de pacientes se refere às parturientes; o “I” de intervenção, à gestão e atenção regionalizada ao parto e nascimento; o “C” de comparação diz respeito à comparação entre as diferentes características da atenção e da gestão, que foram avaliadas, e cotejadas com o proposto dentro das normativas; e o “O” referente à outcome ou desfecho, refere-se a integração regional da atenção ao parto.

Com base na estratégia PICO, a pergunta de investigação que orientou a revisão foi: quais características deveriam ter a gestão de serviços de saúde e/ou atenção regionalizada ao parto e nascimento, quando se avalia a configuração desse componente nas regiões de saúde? Para esta revisão foram consideradas como características da atenção elementos que envolviam a relação entre os profissionais de serviços vinculados a atenção ao parto e nascimento e entre esses com outros pontos de atenção da rede cegonha, elementos que envolviam a organização das práticas de saúde (serviços e ações) para produção do cuidado/atendimento ao parto e nascimento.

Concernente às características da gestão, consideraram-se elementos relacionados à gestão dos serviços de atenção ao parto, organização da relação entre os serviços da rede de atenção para acesso ao parto, financiamento de serviços de saúde destinados ao parto, gestão dos trabalhadores e/ou do processo de trabalho vinculados à assistência ao parto, entre outros aspectos gerenciais.

3.2 As estratégias de buscas nas bases de dados

Realizou-se a busca de estudos nacionais e internacionais, por meio da utilização de descritores selecionados e testados quanto à sensibilidade, nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS, Scielo, Portal de Periódicos CAPES (Web of Science e SCOPUS) e Catálogo de Teses e Dissertações - CAPES. A estratégia de busca utilizou descritores para os estudos internacionais indexados no Medical Subject Headings (MeSH) e, para os estudos nacionais, utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), cujas combinações utilizaram os operadores booleanos OR e AND. Assim, empregou-se os seguintes descritores: “Centros de Saúde Materno-Infantil”, “Serviços de Saúde Materno-Infantil”, “Centros de Assistência à Gravidez e ao Parto”, “Assistência Perinatal”, “Regionalização” e “Política de Saúde” - e os seus correlatos em língua inglesa: “Maternal-Child Health Services”; “Maternal-Child Health Centers”; “Birthing Centers”; “Perinatal Care”; “Regional Health Planning”; “Health Policy”.

3.3 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos (artigos, teses, dissertações) foi realizada por duas revisoras independentes (outra discente voluntária vinculado ao projeto maior desta pesquisa), de forma duplo-cega e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estudos avaliativos sobre atenção ao parto e nascimento ou atenção perinatal com foco na diretriz da regionalização de sistemas de saúde; estudos que avaliaram características da atenção (prestação do cuidado) e gestão (gerenciamento de serviços ou organização da rede) regionalizada ao parto e nascimento; estudos de avaliação com abordagem quantitativa, qualitativa e de métodos mistos sobre o tema; estudos na língua inglesa e portuguesa publicados de 2010 a 2020. Excluiu-se estudos publicados fora do recorte temporal definido, estudos de regionalização em saúde que não abordavam

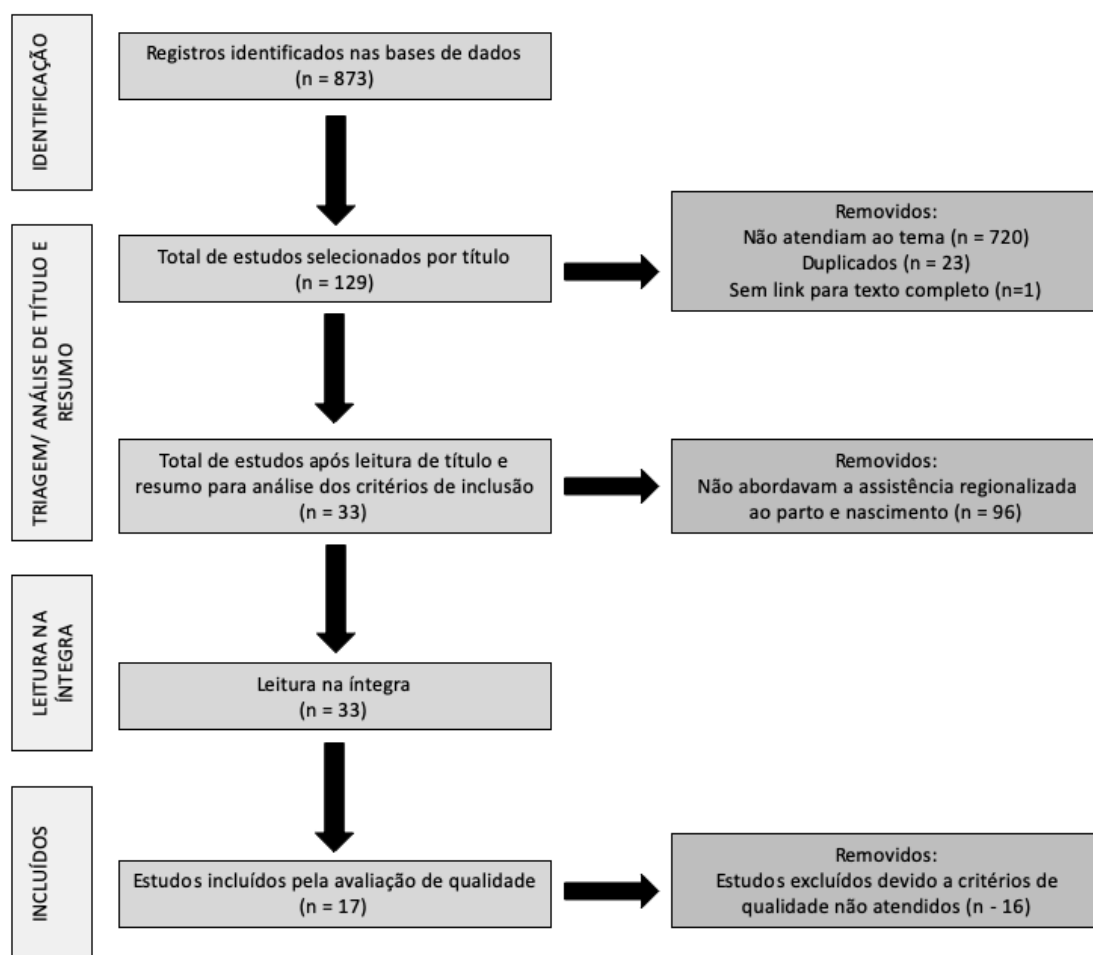
a atenção ao parto e nascimento, artigos de debate, ensaios teóricos, anais de congressos e demais eventos científicos.

Para o gerenciamento dos estudos, foram utilizados softwares específicos como o Mendeley que apresenta uma combinação de aplicação de desktop e Website, auxiliando pesquisadores no gerenciamento, compartilhamento e acesso a dados relacionados com a pesquisa, uma vez que, gera estatísticas relacionadas ao número de artigos encontrados. Ademais, outro software utilizado foi o Ryyan, onde podem ser criadas revisões novas ou trabalhar em uma existente, o que permite a análise dos artigos por dois ou mais pesquisadores de forma simultânea, já que ele funciona por um sistema de nuvem. Nesse contexto, o Ryyan permitiu que os avaliadores aplicassem os critérios de exclusão e avaliassem por título e por resumo, de forma duplo-cega, a permanência ou exclusão do estudo. Para cada revisão, o Ryyan carrega um ou mais arquivos de citações obtidos em pesquisas em bancos de dados diferentes e processa o arquivo de citação extraindo metadados diferentes, por exemplo, título, autores e outros, computando, por exemplo, termos MeSH e idioma do estudo, para cada artigo ou estudo no arquivo de citação (OUZZANI et al, 2016; YAMAKAWA et al, 2014).

A partir das buscas realizadas foram gerados 873 estudos. Inicialmente esses estudos foram selecionados por título e os pré-selecionados foram importados das bases para o gerenciador de referências Mendeley, totalizando, nesta etapa, 153 estudos, dos quais 23 foram removidos por duplicidade, bem como foi verificado que um artigo não possuía link disponível para texto completo, restando 129 estudos. Seguidamente, os 129 estudos foram exportados do Mendeley para o software Ryyan, de modo a serem avaliados adotando os demais critérios de inclusão da pesquisa por meio da leitura dos resumos de forma independente por dois revisores. Nessa etapa 93 estudos foram excluídos por não se caracterizarem como estudos avaliativos sobre atenção ao parto e nascimento, seja no aspecto da atenção ou da gestão. Ademais, 31 foram incluídos e cinco tiveram decisão conflitante sobre a inclusão, entre os dois revisores, sendo então analisados através da participação de um terceiro revisor (orientador do plano de trabalho), para discussão e consenso entre os pesquisadores, havendo, assim, a inclusão de mais dois estudos (entre os conflitantes), o que totalizou 33 manuscritos para serem avaliados na etapa por texto completo (avaliação da elegibilidade). Após a leitura na íntegra e avaliação da elegibilidade, 17 dentre os 33 estudos demonstraram potencial necessário para a inclusão na revisão. Assim, foi

possível excluir estudos que não atendiam aos critérios de qualidade e então, selecionar aqueles elegíveis para a pesquisa. Todo o processo de inclusão/exclusão seguiu o protocolo PRISMA para revisões sistemáticas (Figura 1). A recomendação PRISMA consiste em uma lista de verificação de 27 itens e a proposta de um fluxograma de quatro fases, o qual mostra o número de registros identificados, artigos excluídos e estudos incluídos (LIBERATI et al., 2009).

FIGURA 1 - Fluxograma da sistemática do processo de seleção, exclusão e inclusão dos estudos



Fonte: elaboração da autora (2021). Adaptação segundo as recomendações protocolo PRISMA (LIBERATI et al, 2009).

3.4 Avaliação da qualidade metodológica dos estudos

A avaliação da qualidade metodológica (elegibilidade) dos estudos incluídos foi realizada com o instrumento MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool – Versão 2011)

em sua versão traduzida e adaptada transculturalmente para a realidade brasileira, o qual é intitulado “Instrumento de avaliação da qualidade de pesquisas com métodos mistos- Versão 2011”. A escolha metodológica do instrumento MMAT se deu em função deste possibilitar a avaliação concomitante de estudos com diferentes abordagens (qualitativos, quantitativos e mistos). Essa ferramenta é composta de um checklist que inclui duas perguntas de triagem e 19 itens de critérios de qualidade que correspondem a cinco domínios metodológicos: pesquisa qualitativa, ensaios clínicos randomizados, quantitativos não randomizados, quantitativo descritivo e estudos mistos (SOUTO et al, 2020).

Com base no tipo de estudo, foram analisados os respectivos critérios de qualidade do instrumento MMAT, conforme detalhado no Anexo - A. Com relação à pontuação final, uma nota global de qualidade foi calculada para cada estudo. Para estudos qualitativos e quantitativos a nota se deu pelo número de critérios cumpridos, conforme elencado pelo MMAT, divididos por quatro, assim a pontuação de 25% referia-se a um critério atendido, 50% dois critérios atendidos, 75% três critérios atendidos e 100% todos os critérios atendidos. Para estudos de métodos mistos utilizou-se a seção de componentes dos métodos mistos, que avalia o componente qualitativo e a seção apropriada do componente quantitativo. A pontuação final da avaliação decorreu do percentual de conformidade de cada estudo nos critérios determinados pela ferramenta MMAT. Estudos com percentual menor que 50% foram excluídos, estudos com pontuação entre 50% e 75% foram analisados em consenso entre três pesquisadores, para então decidir pela inclusão ou exclusão, e estudos com percentual maior que 75% foram incluídos (Quadro 1). Diante disso, 17 estudos atenderam aos critérios de elegibilidade e qualidade, sendo a amostra final detalhada a seguir:

QUADRO 1- Amostra final dos artigos incluídos na revisão sistemática

| Autores | Ano | Título | Desenho do estudo | Avaliação MMAT |
|------------------|------------|---|--------------------------|-----------------------|
| Kilpatrick et al | 2019 | Obstetric Care Consensus n. 9: Levels of Maternal Care | Qualitativo | 100% |
| Coxon et al | 2017 | What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the UK? A qualitative evidence synthesis using a 'best fit' framework approach | Qualitativo | 100% |
| Gonçalves | 2019 | O prescrito e o cotidiano da Rede Cegonha de um município do agreste | Qualitativo | 100% |

| | | | | |
|-----------------------------|------|--|-------------------------|------|
| Gonçalves; Penna | 2019 | Cenas cotidianas do cuidado: a rede cegonha em construção | Qualitativo | 100% |
| Hinton et al | 2018 | Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups | Qualitativo | 100% |
| Patterson; Foureur; Skinner | 2017 | Remote rural women's choice of birthplace and transfer experiences in rural Otago and Southland New Zealand | Qualitativo | 100% |
| Leal et al | 2019 | Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos | Quantitativo descritivo | 100% |
| Menard et al | 2015 | Levels of maternal care | Qualitativo | 100% |
| Monteiro et al | 2019 | Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil | Quantitativo descritivo | 75% |
| Nowakowski et al | 2012 | Assessment of State Measures of Risk-Appropriate Care for Very Low Birth Weight Infants and Recommendations for Enhancing Regionalized State Systems | Qualitativo | 100% |
| Paudel et al | 2019 | A critical account of the policy context shaping perinatal survival in Nepal: policy tension of socio-cultural versus a medical approach | Qualitativo | 100% |
| Perinazzo | 2018 | Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo. | Misto | 100% |
| Rashidian et al | 2014 | The effectiveness of regionalization of perinatal care services - a systematic review | Qualitativo | 75% |
| Rayment et al | 2019 | Barriers to women's access to alongside midwifery units in England | Qualitativo | 100% |
| Rohr; Valongueiro; Araújo | 2016 | Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco | Misto | 100% |
| Serieux; Sepheri; Guliani | 2012 | What impact does contact with the prenatal care system have on women's use of facility delivery? Evidence from low-income countries | Misto | 100% |
| Simioni et al | 2017 | Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina | Misto | 100% |

Fonte: elaboração da autora (2021)

3.5 Processamento dos dados dos artigos

Realizou-se a sistematização dos dados dos artigos por meio de uma matriz-síntese, organizada em uma planilha de Excel versão 16.16.27, cujas informações sumarizadas foram: o título do estudo, autores, ano de publicação, país, âmbito (municipal, regional, estadual ou nacional), tipo de estudo (desenho do estudo), abordagem do estudo (quantitativa, qualitativa ou mista), objetivo geral, objeto de estudo (foco da avaliação), principais resultados, observações do pesquisador e link de acesso ao texto completo (Quadro 2).

QUADRO 2 - Matriz-síntese utilizada na sistematização e análise dos estudos

| Autores | Ano | País | Âmbito (nacional, municipal, estadual, regional, local) | Tipo de estudo | Abordagem (quantitativa, qualitativa ou mista) | Objetivo geral | Objeto de Estudo (aspecto em que o estudo se centrou) | Principais resultados | Dimensão de avaliação | Características da atenção (Possibilidade de critério de avaliação) | Características da gestão (Possibilidade de critério de avaliação) | Observações da pesquisadora | Link |
|---------|-----|------|---|----------------|--|----------------|---|-----------------------|-----------------------|---|--|-----------------------------|------|
| | | | | | | | | | | | | | |

Fonte: elaboração da autora (2021)

3.6 Levantamento e processamento das normativas

Em complementação a esse processo foi realizada uma ampla revisão normativa da política de saúde-materno infantil brasileira, por meio de portarias, leis, decretos, etc. No total foram identificados e revisados 11 documentos, sendo duas leis, oito portarias e uma resolução. A sistematização dos documentos normativos foi realizada em um quadro-síntese com as seguintes categorizações: título, âmbito, atividades ou ações propostas, objetivos atrelados às ações e atividades propostas, observações da pesquisadora e link de acesso (Quadro 3).

QUADRO 3 - Matriz-síntese utilizada na sistematização e análise das normativas

| SISTEMATIZAÇÃO NORMATIVA SOBRE ATENÇÃO PERINATAL NA REDE CEGONHA | | | | | | | | | |
|--|-------------------|------------------------------|--|---|-------------------------------|--|----------------------------|----------------|--------|
| Documento nº | Tipo de documento | Título (referência completa) | Âmbito (municipal/estadual/federal/regional) | Componente da atenção ao parto e nascimento | Atividades ou ações propostas | Objetivo (s) atrelado (s) à (s) ações proposta (s) | Observações do pesquisador | Link de acesso | Resumo |
| | | | | | | | | | |

Fonte: elaboração da autora (2021)

3.7 Cotejamento dos artigos e normativas

A análise dos estudos e a sistematização das normativas foram realizadas através da técnica de análise de conteúdo. Esse método é amplamente utilizado na análise de dados qualitativos, e compreende técnicas de pesquisa cuja finalidade é a busca do sentido de determinado documento, revelando ser uma ferramenta importante na condução da análise dos dados qualitativos (CAMPOS, 2004).

A partir dos dados produzidos pela revisão buscaram-se identificar as características da atenção e gestão regionalizada ao parto e nascimento, presentes em dimensões e critérios de avaliação, evidenciados nos estudos e nas propostas normativas brasileiras.

3.8 Construção do Modelo Lógico

A partir do cotejamento entre os resultados dos estudos da revisão sistemática e os dados da revisão normativa foi elaborado um ML preliminar da gestão e atenção regionalizada ao parto e nascimento. O ML trata-se de um esquema visual que apresenta como um programa, serviço ou política deve ser implementado e quais os resultados esperados para os mesmos. De tal modo, compreende-se como uma representação gráfica da teoria do programa, ou pode representar o programa como está sendo operacionalizado (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A sua construção envolve a inclusão de informações de pesquisas, experiências e conhecimentos vivenciados pelos atores envolvidos, bem como busca a avaliação de especialistas. De tal modo, essa ferramenta possibilita a construção de acordos no que tange aos componentes do programa e aos resultados da avaliação, permitindo definir o que precisa ser medido e qual a contribuição do programa nos resultados que se observa (MEDINA et al, 2005).

Nesse interim, no ML construído para essa pesquisa, foram sumarizados os componentes de avaliação, os recursos, as atividades, os produtos, resultados e impacto da atenção regionalizada ao parto e nascimento. Destaca-se, portanto, que o ML se mostra uma ferramenta de grande importância na avaliação de políticas de saúde, uma vez que, ele especifica o problema, a população-alvo, as condições do

contexto, o conteúdo do programa e as propriedades que levam aos efeitos esperados, o que torna programas e políticas mais explícitos, reduzindo erros no planejamento e nos resultados de avaliações (MEDINA et al, 2005).

3.9 Validação do Modelo Lógico

Em continuidade à elaboração do ML, programou-se a realização do processo de validação com especialistas, por meio da técnica de consenso utilizando o método Delphi, o qual possibilitaria reunir um arsenal de opiniões de especialistas, ou seja, resultaria em um consenso entre profissionais e gestores que estão geograficamente distantes, no que diz respeito a um determinado assunto ou problema. Por meio desse método, os especialistas participam de rodadas de apreciação do produto submetido para avaliação, expõem suas opiniões individuais, comparam com as do grupo e argumentam em defesa da sua opinião, mas permanecem solícitos a reconsiderar alguma ideia e a realizar alterações diante de outros argumentos, permanecendo todos os especialistas no anonimato (MARQUES; FREITAS, 2018).

A seleção do grupo de especialistas para as rodadas eletrônicas e anônimas teve como critério de inclusão: profissionais e gestores envolvidos em atividades de planejamento e gestão da Rede Cegonha, com experiência em gestão ou atenção ao parto e nascimento no SUS, com disponibilidade de recursos remotos para participação na pesquisa (computador e acesso à internet). Com base nesses critérios, foi construída uma lista com dezesseis especialistas selecionados que foram convidados a participar da validação do ML. O convite foi confeccionado e encaminhado por e-mail de forma individual e, em caso de aceite, a pesquisadora encaminhou o modelo preliminar com instrutivo para o participante, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura digital e a matriz de validação para que os especialistas atribuíssem pontuações sobre o grau de relevância e pertinência das dimensões propostas no ML.

3.10 Estudo de caso regional

Além do consenso foi realizado um estudo de caso regional do grau de implantação da atenção perinatal na Macrorregião de Saúde Oeste da Bahia, o que permitiu validar o ML e a matriz de avaliação elaborada. A avaliação da implantação de uma

intervenção em saúde revela ser uma estratégia de investigação eficaz para compreender se a intervenção (atenção ao parto e nascimento) foi implantada conforme a concepção idealizada na política (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

A macrorregião de saúde do Oeste da Bahia é constituída por 37 sistemas municipais de saúde, distribuídos em três microrregiões de saúde (Barreiras, Ibotirama e Santa Maria da Vitória), sendo a sede macrorregional, o município de Barreiras-Ba. O território conta com três instâncias de gestão regional - Comissões Intergestoras Regionais – sendo uma em cada microrregião de saúde. Há também, um Núcleo Regional de Saúde (NRS), que representa a inserção da gestão estadual para assessoramento técnico-político e coordenação estadual dos 37 municípios da região.

No estudo de caso realizado na Macrorregião de Saúde do Oeste baiano, para a produção dos dados levou-se em consideração o âmbito da gestão regional, tanto a Comissão Intergestora Regional (CIR), o Núcleo Regional de Saúde (NRS), o Comitê Regional da RC e coordenações de serviços de referência regional em atenção perinatal; o âmbito da gestão municipal, incluindo algumas secretarias municipais de saúde, as coordenações de Atenção Primária à Saúde e serviços de referência locais, além de setores de planejamento e gestão envolvendo a atenção ao parto e nascimento.

A seleção dos informantes-chave levou em consideração os seguintes critérios: a) ser representante regional, estadual ou municipal envolvido com o planejamento e gestão da RC no Oeste da Bahia; b) atuar, no mínimo, um ano nas funções de assistência ou coordenação de serviços estratégicos da RC na região estudada (sobretudo de atenção ao parto e nascimento).

Assim, no estudo de caso regional na Macrorregião Oeste, utilizou-se de entrevistas semiestruturadas, a partir de roteiros de entrevistas elaborados pelos pesquisadores envolvidos no projeto maior ao qual esse trabalho está aninhado. Foram entrevistados 14 informantes-chave, entre gestores municipais, regionais, gerentes de unidades de referência e profissionais de saúde, que forneceram informações importantíssimas para a compreensão do cenário da RC na Macrorregião Oeste, com enfoque na atenção ao parto e nascimento.

Maiores detalhes acerca das entrevistas realizadas e os dados e informações obtidos não serão aqui fornecidos, uma vez que, essas etapas referem-se ao plano de trabalho de outra pesquisadora, o qual está vinculado ao projeto maior já mencionado. Todavia, vale ressaltar que a estratégia do estudo de caso permitiu potencializar

a validação do modelo e da matriz elaborada, uma vez que foi possível aplicá-los em uma estratégia avaliativa, num contexto real da intervenção para o qual foram elaborados.

3.11 Análise dos dados

Houve baixa adesão dos especialistas (apenas um dentre dezesseis especialistas convidados aderiu à participação na etapa de validação do ML pela técnica de consenso). Mesmo após sucessivas tentativas de contato da pesquisadora, não foi possível dar continuidade à etapa de consenso para validação como planejado para a pesquisa, o qual deveria ser realizado em rodada única, anônima e eletrônica pelos especialistas, e os dados seriam tratados estatisticamente considerando a média das respostas e a moda, ou seja, o que mais se repetiria quanto à consideração de pertinência e relevância dos componentes presentes no ML preliminar de atenção perinatal regionalizada. Quanto ao aspecto pertinência deveria ser atribuída pelos especialistas as seguintes repostas: 1- sim ou 2- não. No que se refere à relevância, poderia ser considerado: 0-nada relevante, 1-pouco relevante, 2-pouco relevante (Quadro 4).

QUADRO 4 - Matriz de validação elaborada para ser empregada na consulta à opinião de especialistas

| Modelo Lógico da gestão e atenção perinatal regionalizada | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------|------------|---------|-----------|---------|---------------------------------|--|--------------------|
| Componente | Objetivo de avaliação do componente | Recursos | Atividades | Produto | Resultado | Impacto | PERTINÊNCIA 1- Sim 2- Não | RELEVÂNCIA 0 - Nada relevante 1- Pouco relevante 2- Muito relevante | Comentário do item |
| | | | | | | | | | |

Fonte: elaboração da autora (2021)

A análise dos dados que deveria passar pela validação, seria portanto, realizada de forma quantitativa e qualitativa. Quantitativa, uma vez que seria analisada a média e a moda das respostas, e qualitativa, pois seria feita uma análise do conteúdo das sugestões, com a identificação das críticas, sugestões de correção, inclusão e exclusão de informações referentes aos componentes avaliativos e critérios propostos.

Apesar da etapa de consenso não ter sido concretizada, o estudo de caso regional desenvolvido e vinculado ao projeto maior, ao qual esse trabalho está vinculado, possibilitou validar o ML proposto em condições contextuais para qual o mesmo foi desenvolvido, compensando, portanto, a necessidade de testar as dimensões e critérios propostos em um cenário de avaliação regional.

Após esse processo uma versão final do ML foi obtida, com as dimensões, critérios e padrões avaliativos validados, a serem usados na metodologia de análise dos resultados desse estudo.

3.12 Construção da matriz avaliativa

Por meio da consulta ao ML, e aos critérios e dimensões, foi possível construir uma matriz síntese avaliativa em que foram estabelecidos os padrões avaliativos. De tal modo, foi estabelecido um escore simples variando de 0 a 10 pontos para cada um dos critérios, totalizando 280 pontos, dentre as seis dimensões propostas no ML. Contudo, para cada dimensão foram definidos pesos variados em função do número de critérios estabelecidos, de maneira que o peso de cada dimensão correspondeu ao total de pontos dos critérios pertencentes a ela.

Ademais, por meio dessa matriz avaliativa foi possível elaborar uma matriz de julgamento, por meio da construção de situações-objetivo com a gradação para cada critério em cenários esperados para distintas situações de implantação da Rede Cegonha, nesse estudo, classificadas como incipiente, intermediária e avançada.

Desse modo, a partir do processo de construção do ML foi construída uma matriz síntese de avaliação, a qual norteou a elaboração de uma matriz de julgamento. A primeira sintetiza os padrões esperados para cada critério das seis dimensões propostas com base nas normativas nacionais. E, a segunda tem como objetivo possibilitar o julgamento do avaliador considerando cenários e situações esperadas para a regionalização perinatal em diferentes territórios.

3.13 Aspectos éticos

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFOB, sob o número do parecer 4.042.110, CAAE número 31931320.0.0000.8060. O único especialista participante do consenso e demais entrevistados no estudo de caso regional

assinaram o TCLE de forma digital, o qual foi enviado por e-mail, sendo arquivado uma via sob domínio do participante convidado e, uma cópia do documento assinado foi enviado para a pesquisadora.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização geral dos artigos revisados

Dezessete estudos atenderam aos critérios de qualidade para esta revisão, sendo 11 internacionais e seis nacionais. Dentre os estudos incluídos na revisão, um foi continental, sete foram nacionais, quatro regionais, um estadual, dois municipais e um local. Quanto à abordagem, dentre os estudos internacionais dez eram qualitativos e um misto e, dos estudos nacionais, dois eram qualitativos, três mistos e um quantitativo. O objeto de estudo dos trabalhos internacionais voltou-se, predominantemente, para serviços de cuidado materno e assistência perinatal, com maior frequência para a compreensão da escolha do local de parto, a partir da percepção da gestante, bem como, no que diz respeito às experiências das mulheres e impressão do seu trabalho de parto, revelando, assim, que a centralidade da produção científica internacional tem sido direcionada para subjetividades do processo de parto e nascimento, com menor enfoque sobre as questões relativas à gestão dos sistemas e serviços de saúde, com raros enfoques sobre de pactuação regional das ações de serviços de saúde.

Quanto aos estudos nacionais, houve maior foco para o funcionamento da Rede, acesso e integralidade do cuidado, encaminhamento das gestantes, indicadores obstétricos nacionais, políticas de regionalização e qualificação da atenção hospitalar no âmbito estadual e experiência das gestantes com o uso da RC. De tal modo, percebe-se que os estudos nacionais possuem diferentes objetos de análise, com maior espectro avaliativo para critérios concernentes à gestão e atenção ao parto e nascimento, especialmente, na busca pela compreensão sobre o funcionamento da rede materno-infantil (Quadro 5).

QUADRO 5 - Caracterização dos estudos incluídos na revisão

| Autores | Ano | País | Âmbito | Abordagem | Objeto de estudo | Objetivo geral | Principais informações metodológicas do artigo |
|------------------|------|-------------|-----------|-------------|---|--|---|
| Kilpatrick et al | 2019 | EUA | Nacional | Qualitativa | Serviços de cuidados maternos em todos os níveis de atenção | Reafirmar a necessidade de níveis de cuidado materno, os quais têm como meta reduzir a morbidade e mortalidade materna | Documento de revisão do Consenso original de 2015 sobre níveis de cuidados obstétricos e de cuidados maternos, que foi revisado principalmente para esclarecer terminologias e incluir dados mais recentes com base em literatura publicada e feedback dos níveis de cuidados maternos implementados nas maternidades. |
| Coxon et al | 2017 | Reino Unido | Nacional | Qualitativa | Escolha do local de parto a partir da percepção da gestante | Reunir evidências que exploram as influências quanto às preferências, escolhas e tomadas de decisão das mulheres no que se refere ao local de trabalho de parto, e assim compreender os fatores que influenciaram a tomada de decisão e capacidade de escolha dessas mulheres, | Síntese de evidências qualitativas de pesquisas do Reino Unido publicadas de janeiro de 1992 a março de 2015, usando um "melhor ajuste" na abordagem da estrutura. As buscas foram realizadas em sete bancos de dados eletrônicos, aplicando uma estratégia de busca abrangente. A análise da estrutura temática foi usada para sintetizar os dados extraídos dos estudos incluídos. |
| Gonçalves | 2019 | Brasil | Municipal | Qualitativa | Funcionamento da rede | Compreender o cotidiano da Rede Cegonha de um município do Agreste Paraibano, na perspectiva das usuárias, profissionais de saúde e gestores | Estudo de Caso de abordagem qualitativa fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. Os cenários foram as maternidades e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Campina Grande/PB, que é o segundo município do estado com maior demanda obstétrica, por ser referência regional nesse tipo de atenção. Participaram do estudo os atores sociais envolvidos na Rede Cegonha, sendo 15 usuárias, 31 profissionais de saúde e 13 gestores. Para a coleta de dados realizaram-se entrevistas semiestruturadas e observação. Posteriormente os dados foram triangulados e em seguida foram submetidos à Análise de Conteúdo Temática, emergindo três categorias empíricas: 1. Cenas cotidianas do cuidado: a Rede Cegonha em construção; 2. (Des)conexões entre os pontos de atenção da Rede Cegonha; 3. O olhar das mulheres, dos profissionais de saúde e |

| Autores | Ano | País | Âmbito | Abordagem | Objeto de estudo | Objetivo geral | Principais informações metodológicas do artigo |
|----------------------------------|------|---------------|-----------|-------------|---|--|---|
| | | | | | | | dos gestores sobre o cuidado nas maternidades da Rede Cegonha. |
| Gonçalves; Penna | 2019 | Brasil | Municipal | Qualitativa | Experiência das gestantes com o uso da Rede Cegonha | Desvelar as cenas cotidianas vivenciadas nos serviços de saúde que compõem a Rede Cegonha de Campina Grande (PB) | Estudo de caso de abordagem qualitativa, fundamentado na Sociologia Compreensiva do Cotidiano. A coleta de dados ocorreu entre julho e setembro de 2017, por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas e observação não participante com os atores sociais envolvidos na Rede Cegonha de um município paraibano. A amostra totalizou 58 participantes, sendo, destes, 15 usuárias, 31 profissionais de saúde e 12 gestores. Foram realizadas a triangulação dos dados e a análise de conteúdo temática. |
| Hinton et al | 2018 | Inglaterra | Nacional | Qualitativa | Experiência de escolha das gestantes sobre o local de parto | Fornecer evidências sobre as experiências de escolha e tomada de decisão das mulheres sobre onde realizar o parto | Estudo qualitativo de grupo focal incluindo 69 mulheres no último trimestre de gravidez na Inglaterra, entre 2015 e 2016. Sete grupos focais foram conduzidos online por meio de um portal da web personalizado, e um foi presencial. Para explorar diferentes aspectos da experiência das mulheres, cada grupo incluiu mulheres com características específicas: planejando um parto em casa, morando em áreas com muitas opções, morando em áreas com escolha limitada, primeira vez mães, morando próximo a uma unidade de obstetrícia independente/ free-standing midwifery unit (FMU) em que as parteiras são as principais responsáveis pelo cuidado, morando em áreas em que o atendimento obstétrico é realizado na alongside midwifery unit (AMU) que possui serviço de parteira e também cuidados obstétricos, neonatais e anestésicos, morando em áreas socioeconomicamente desfavorecidas e planejando dar à luz em uma Unidade Obstétrica (OU) também chamada de Sala de Parto, isto é, com acompanhamento de um profissional médico obstetra. As transcrições dos grupos focais foram analisadas tematicamente. |
| Patterson; Fourer; Skinner | 2017 | Nova Zelândia | Regional | Qualitativa | Impressões das mulheres quanto ao | Explorar retrospectivamente a escolha e decisões sobre o local de nascimento e as experiências de trabalho de parto de | Treze mulheres que vivem em áreas rurais remotas em Otago e Southland na Ilha do Sul da Nova Zelândia, recrutadas por anúncios em jornais locais e folhetos, tendo dado a luz nos últimos 18 meses, participaram de entrevistas semiestruturadas individuais, gravadas digitalmente usando |

| Autores | Ano | País | Âmbito | Abordagem | Objeto de estudo | Objetivo geral | Principais informações metodológicas do artigo |
|--------------|------|--------|----------|-------------|--|---|--|
| | | | | | seu trabalho de parto | uma amostra de mulheres residentes em áreas rurais remotas de Otago e Ilha Sul da Nova Zelândia | um método interpretativo pragmático de abordagem. Os dados (transcrições e notas de campo) foram analisados por meio da análise temática e de conteúdo. |
| Leal et al | 2019 | Brasil | Nacional | Mista | Indicadores obstétricos nacionais | Descrever os primeiros resultados de dois estudos avaliativos - um que abordou a Rede Cegonha, denominado Avaliação da Rede Cegonha, e outro que abordou o projeto Parto Adequado, denominado Nascer Saudável. De tal modo, visou identificar possíveis melhorias nos indicadores obstétricos em comparação ao estudo Nascer no Brasil (2011-2012) | Para as comparações entre os indicadores de atenção ao parto e nascimento avaliados nos dois estudos foi utilizado o teste do qui-quadrado para amostras independentes e nível de 95% de confiança. O estudo avaliação da Rede Cegonha incluiu todas as 606 maternidades públicas e mistas envolvidas na Rede Cegonha e um total de 10.675 puérperas. O estudo Nascer Saudável incluiu uma amostra de conveniência de 12 hospitais da rede privada e um total de 4.798 mulheres. Ambos os estudos têm desenho seccional, realizados em 2017. |
| Menard et al | 2015 | EUA | Nacional | Qualitativa | Aspectos de cuidados maternos e Pactuação regional | Uniformizar, padronizar e desenvolver definições e designações referentes ao cuidado materno em todos os aspectos dos cuidados pré-parto, intra-parto e pós-parto da gestante, de acordo ao nível de cuidado materno, fornecendo uma diretriz consistente que promova a integração proativa de serviços e consequente melhoria da qualidade e promoção da saúde | Documento elaborado com o foco nos cuidados maternos, de modo a distinguir e separar dos cuidados voltados ao recém-nascido. De tal modo, elabora-se uma sistema de classificação de níveis de cuidados maternos. |

| Autores | Ano | País | Âmbito | Abordagem | Objeto de estudo | Objetivo geral | Principais informações metodológicas do artigo |
|------------------|------------|-------------|---------------|------------------|---|---|--|
| Monteiro et al | 2019 | Brasil | Regional | Quantitativa | Acesso e Integralidade do Cuidado | Avaliar a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso às mulheres na gravidez e no puerpério do Ceará, Brasil | Estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, utilizando informações coletadas no banco de dados do sistema de regulação do estado do Ceará e dados do Sistema de Acompanhamento do Pré-natal. A população da pesquisa foi composta por 1.701 mulheres que deram à luz em unidade obstétrica de referência na área da saúde Macrorregião do Cariri, Ceará, Brasil de janeiro a dezembro de 2015. |
| Nowakowski et al | 2012 | EUA | Regional | Qualitativa | Regionalização perinatal | Avaliar as medidas de melhorias na assistência a saúde no cuidado ao risco para bebês de muito baixo peso ao nascer. | Revisão de modelos estaduais de regionalização perinatal e níveis de cuidado para comparar as várias definições entre os estados e avaliar mecanismos de medição e áreas para melhoramento. Sete estados que se apresentaram em uma Associação de Programas de Saúde Materno-Infantil Perinatal Regionalizada foram incluídos na avaliação. Informações que foram colhidas a partir de apresentações de reuniões, apresentadores, estados representantes e sites estaduais. |
| Paudel et al | 2019 | Nepal | Nacional | Qualitativa | Estratégias políticas (nacionais) na implementação da assistência perinatal | Fornecer um relato crítico dos principais documentos políticos para a sobrevivência perinatal no Nepal. | Seis documentos-chave de política cobrindo o período de 2000-2015 foram revisados usando uma estrutura adaptada e foram analisados por meio de análise de conteúdo qualitativa |
| Perinazzo | 2018 | Brasil | Regional | Mista | Políticas de regionalização e a qualificação da atenção hospitalar no Estado. | Analisar o acesso à atenção ao parto no SUS nas regiões de saúde do estado de São Paulo (2010 a 2016). | Estudo descritivo e avaliativo, embasado em informações e dados quantitativos, de 2010 a 2016. Utilizou-se o acesso ao parto para análise da ampliação do acesso em âmbito regional. Levantou-se os Planos de Ação da Rede Cegonha, identificando as transferências financeiras, analisou-se a capacidade instalada de leitos relacionados à Rede e os fluxos de internações para partos, segundo risco. Os dados foram provenientes dos sistemas de informações, cadastros gerais e produção de serviços de saúde do SUS. Os dados foram comparados e analisados considerando os desenhos regionais estabelecidos nas políticas do Estado |

| Autores | Ano | País | Âmbito | Abordagem | Objeto de estudo | Objetivo geral | Principais informações metodológicas do artigo |
|---------------------------|------------|---|---------------------|------------------|--|---|--|
| Rashidian et al | 2014 | EUA | Local | Qualitativa | Implementação da regionalização perinatal local. | Identificar evidências sobre a eficácia da regionalização perinatal e sobre a melhoria dos resultados de saúde materna e neonatal. | Revisão sistemática de estudos de intervenção que avaliou os efeitos da implementação de um programa de regionalização perinatal em um país, ou em uma região (ões) de um país, em importante processo neonatal e materno de cuidados e resultados de saúde. Foram realizadas pesquisas em bancos de dados bibliográficos como Medline, EMBase, EconLit, HMIC, usando termos de pesquisa sensíveis para estudos de intervenção com relatos importantes de pacientes ou resultados do processo. |
| Rayment et al | 2019 | EUA | Nacional | Qualitativa | Identificar barreiras intransponíveis ao acesso à assistência perinatal. | Compreender como as unidades de obstetrias são organizadas, equipadas e administradas, fornecendo cuidados seguros, de alta qualidade e sustentáveis. | Estudos de casos organizacionais em quatro locais do National Health Service (NHS) na Inglaterra, selecionados pela variação geográfica e características de suas unidades de obstetrícia, com características contrastantes. O trabalho de campo realizado de dezembro de 2011 a outubro de 2012 incluiu observações (> 100 h); entrevistas semi-estruturadas com funcionários, gestores e partes interessadas (n = 89) e com mulheres pós-parto e parceiros (n = 47). Os dados foram analisados tematicamente usando o software NVivo10. |
| Rohr; Valongueiro; Araújo | 2016 | Brasil | Estadual | Mista | Encaminhamento inadequado das gestantes. | Descrever a distribuição dos partos dos nascidos vivos e os deslocamentos feitos pelas mulheres na ocasião do parto em Pernambuco. | Por meio das Declarações de Nascidos Vivos, foram investigados deslocamentos do município de residência da mãe e de ocorrência do parto. Foram construídos mapas de fluxo para o Recife e estimado o número esperado de nascidos vivos com parto de risco habitual e de alto risco para os municípios da Gerência Regional de Saúde (GERES) I do Estado de Pernambuco em 2012. |
| Serieux; Sepheri; Guliani | 2012 | Ásia, África Subsaariana e América latina | Nacional/Continente | Qualitativa | Escolha do local de parto a partir da percepção da gestante. | Avaliar a relação entre o atendimento pré-natal e a decisão da mulher em dar a luz em uma unidade de saúde ou em casa. | Utilizando dados demográfico e dados de pesquisas de saúde (DHS) para trinta e dois países de baixa renda na Ásia, África Subsaariana e América Latina, e empregando um modelo de interceptação aleatória de dois níveis, avaliou-se empiricamente a influência do atendimento pré-natal e observações individuais, familiares e características comunitárias na decisão de uma mulher de dar à luz em uma unidade de saúde ou em casa. |

| Autores | Ano | País | Âmbito | Abordagem | Objeto de estudo | Objetivo geral | Principais informações metodológicas do artigo |
|----------------|------------|-------------|---------------|------------------|---------------------------|---|--|
| Simioni et al | 2017 | Argentina | Local | Mista | Regionalização perinatal. | Avaliar o desempenho da política de regionalização na província de Santa Fé, Argentina. | A pesquisa de implementação foi conduzida usando metodologia mista. A necessidade de uma avaliação levou ao estabelecimento de indicadores traçadores para medir a adesão aos componentes da política. Os atores foram estudados para identificar as barreiras e facilitadores da implementação. |

Fonte: elaboração da autora (2021)

4.2 Achados centrais dos artigos

Os estudos internacionais, que focam nas impressões e experiências das parturientes a respeito do local de parto evidenciaram que apesar das mulheres terem a capacidade de escolha, a sua maioria opta pelo parto hospitalar, uma vez que o parto domiciliar é visto como complexo e até mesmo é contestado por profissionais da saúde envolvidos e familiares, sendo a escolha moldada por valores, crenças e experiências, além dessas mulheres recorrerem a fontes de informação diversas para guiar suas escolhas, que incluem internet e experiências pessoais de amigos e familiares. Diante disso, ocorrem impasses existentes entre a realização do parto em casa e nas instituições de saúde, bem como entre as estratégias de cuidados culturalmente adequados e centrados na mulher, nas comunidades e serviços de orientação médica. Por outro lado, as políticas vigentes reconhecem a necessidade de fornecer e abordar os cuidados centrados na mulher, equidade, inclusão social e uma abordagem baseada em direitos, e na comunidade como o modo de prestação de serviços (COXON et al, 2017; HINTON et al, 2018; PATTERSON; FOUREUR; SKINNER, 2017; PAUDEL et al 2019).

Com relação ao funcionamento da regionalização da atenção ao parto e nascimento em outros países, que não o Brasil, verificou-se uma polaridade no modo de organização dos serviços regionais e há consenso sobre a presença de algumas barreiras, entre elas, a dificuldade de implementação de níveis na atenção materna, sendo necessário um sistema de classificação que direcione o atendimento apropriado, desenvolvendo ações que sejam adequadas às diferentes classificações de risco materno (KILPATRICK et al, 2019; MENARD et al, 2016; NOWAKOWSKI et al, 2012).

De outro modo, mesmo com os impasses para o pleno processo de regionalização da atenção ao parto e nascimento apresentado pelos estudos internacionais, os mesmos também concluem que existem, de maneira evidente, com a regionalização, melhorias em alguns pontos da atenção, como redução da mortalidade neonatal, baixo peso ao nascer, melhor assistência neonatal e infantil. Ademais, também é demonstrada maior satisfação das usuárias dos serviços que proporcionam: melhor acolhimento, ambiência humanizada, uso tecnologias e práticas para o manejo da dor. E, por fim, aponta-se melhora no número de partos em hospitais com estruturas apropriadas e em maternidades com cuidados obstétricos e neonatais essenciais (RASHIDIAN et al, 2014; RAYMENT et al, 2019; SIMIONI et al, 2017).

Com relação aos estudos nacionais, os mesmos abordaram o funcionamento da RC, ou seja, como ocorre o processo de atenção ao parto e nascimento. Com relação ao seu funcionamento, seja através da visão do usuário, profissional da saúde ou gestor, evidenciou-se a existência de relações afetivas nos cuidados ofertados, criação de vínculo e confiança entre profissionais de saúde e usuárias, o que leva ao dinamismo, resolutividade e superação de entraves, a exemplo da ausência ou deficiência de insumos diagnósticos e terapêuticos (GONÇALVES, 2019; GONÇALVES, PENNA, 2019). Identificou-se ainda, melhorias voltadas para a atenção ao parto e nascimento no Brasil, como aumento do acesso à tecnologia apropriada, redução das taxas de cesariana, aumento da taxa de parto vaginal, presença de acompanhante, uso de partograma e de métodos não farmacológicos para alívio da dor ((LEAL et al, 2019; MONTEIRO et al, 2019; PERINAZZO, 2018; ROHR, VALONGUEIRO, ARAÚJO, 2016).

Por outro lado, ainda se verifica elevada taxa de partos cesáreos de indicação questionável, com tempo elevado de espera para regulação de parto, ausência de acesso às ações de promoção e prevenção à saúde no pré-natal. De tal modo, perceberam-se alguns entraves ao pleno funcionamento da RC, como ações e serviços de saúde fragmentados e desarticulados nas regiões de saúde, priorização de investimentos em serviços mais complexos, em detrimento daqueles de menor tecnologia, tendo assim redução de leitos obstétricos e aumento do referenciamento entre as regiões de saúde para os partos de risco habitual, gerando superlotação e ineficiência dos serviços de atenção obstétricos, o que mostra a difícil tarefa de tornar efetiva a rede obstétrica regionalizada (LEAL et al, 2019; MONTEIRO et al, 2019; PERINAZZO, 2018; ROHR, VALONGUEIRO, ARAÚJO, 2016).

A leitura, sistematização e análise dos estudos selecionados, permitiu com que fossem identificadas dimensões referentes ao componente parto e nascimento tanto em estudos nacionais, como internacionais (Quadro 6).

QUADRO 6 – Achados centrais dos estudos incluídos na revisão.

| Autores | Ano | Dimensões | | | | | |
|-----------------------------|------|----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------|---------------------|
| | | Infraestrutura | Planejamento e pactuação regional | Gestão Regional | Qualificação regional | Atenção perinatal | Vigilância regional |
| Kilpatrick et al | 2019 | | | | | | |
| Coxon et al | 2017 | | | | | | |
| Gonçalves | 2019 | | | | | | |
| Gonçalves; Penna | 2019 | | | | | | |
| Hinton et al | 2018 | | | | | | |
| Patterson; Foureur; Skinner | 2017 | | | | | | |
| Leal et al | 2019 | | | | | | |
| Menard et al | 2015 | | | | | | |

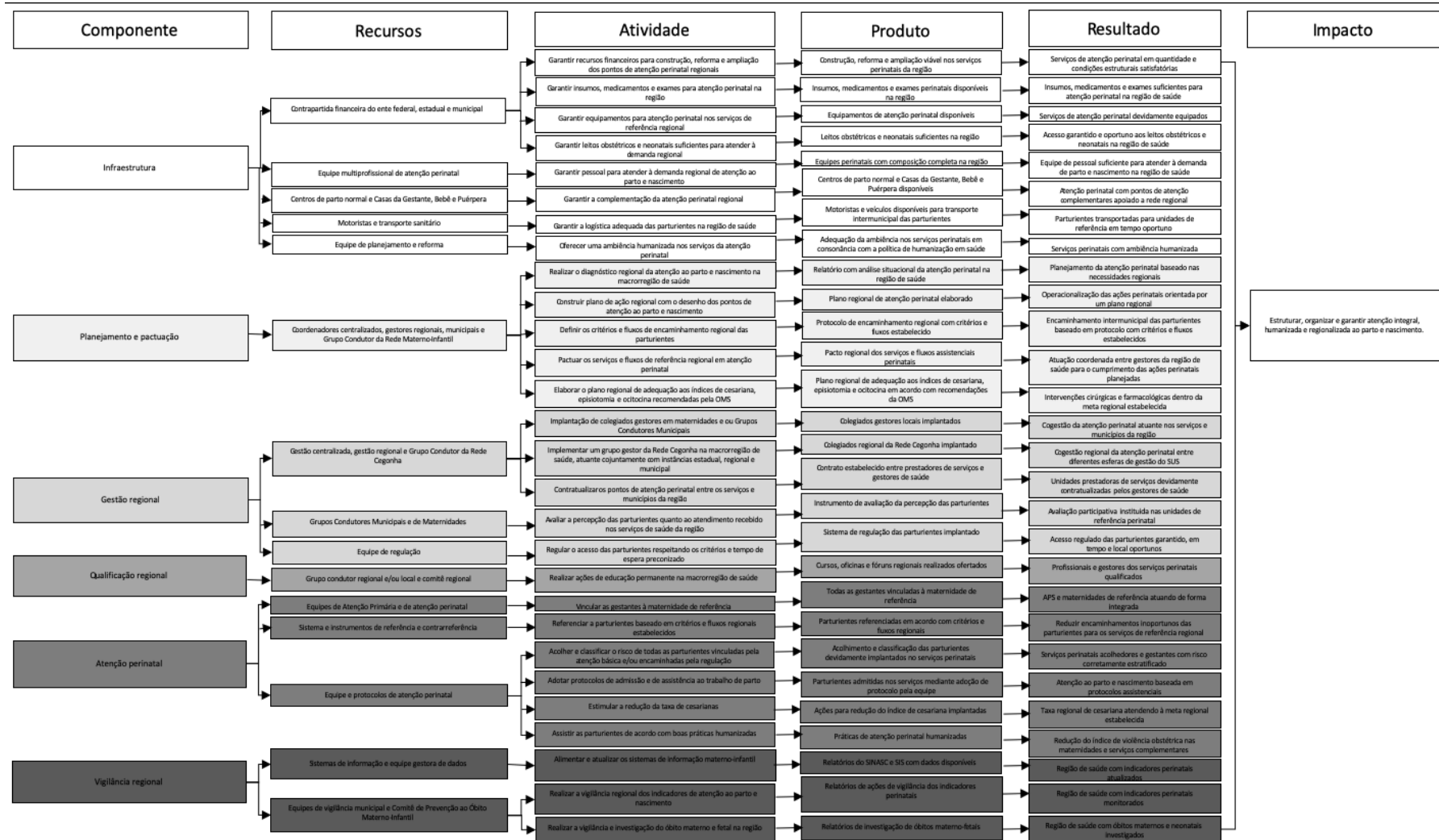
| | | | | | | | |
|---------------------------|------|--|--|--|--|--|--|
| Monteiro et al | 2019 | | | | | | |
| Nowakowski et al | 2012 | | | | | | |
| Paudel et al | 2019 | | | | | | |
| Perinazzo | 2018 | | | | | | |
| Rashidian et al | 2014 | | | | | | |
| Rayment et al | 2019 | | | | | | |
| Rohr; Valongueiro; Araújo | 2016 | | | | | | |
| Serieux; Sepheri; Guliani | 2012 | | | | | | |
| Simioni et al | 2017 | | | | | | |

Fonte: elaboração da autora (2021)

4.3 O Modelo Lógico para avaliação da gestão e atenção regionalizada ao parto e nascimento

A partir das características sistematizadas nos resultados dos 17 estudos selecionados para a pesquisa, bem como, das características propostas nas normativas da política de saúde nacional, foram identificadas quais dimensões de avaliação da atenção e gestão regionalizada ao parto e nascimento seriam importantes para mensurar o grau de implantação desse componente nas regiões de saúde. Essas dimensões foram organizadas em uma versão preliminar do ML de avaliação. De tal modo, em posse dessas informações foi possível construir o ML para avaliação da atenção regionalizada ao parto e nascimento, o qual revela-se uma ferramenta que demonstra de uma maneira compreensível, visual e estruturada uma determinada política de saúde, com os seus componentes e recursos necessários, atividades a serem implementadas, produtos oriundos dessas atividades, os resultados esperados e os impactos da política (Figura 2).

FIGURA 2 - Modelo Lógico para avaliação da Regionalização da atenção ao parto e nascimento no SUS



Fonte: elaboração da autora (2021)

Nesse interim, utilizando-se do ML é possível compreender as propriedades de um programa, a exemplo do componente da atenção ao parto e nascimento da RC, tornando mais explícitos os seus aspectos, permitindo, assim, uma avaliação da plena execução, análise de resultados, além de contribuir na minimização de erros de planejamento. O processo de construção do ML possibilita que os aspectos dos programas, verificados por gerentes e demais grupos implicados, sejam especificados através da busca da opinião de especialistas e inclusão de informações de pesquisas, de modo que, a apresentação e discussão do ML de um programa permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados (MEDINA et al, 2005).

O ML preliminar construído (Figura 2), possui seis componentes avaliativos, a saber: a) infraestrutura, b) planejamento e pactuação regional, c) gestão regional, d) qualificação regional, e) atenção perinatal e f) vigilância regional. Estes componentes serão melhor caracterizados e discutidos a seguir.

4.3.1 Infraestrutura

O componente infraestrutura abrange o direcionamento pela gestão de recursos financeiros para construção, reforma e ampliação dos pontos de atenção perinatal de modo a garantir a oferta de leitos obstétricos e neonatais suficientes para atender à demanda regional dos serviços de atenção perinatal, em quantidade e condições estruturais satisfatórias, os quais devem estar devidamente equipados, com insumos, medicamentos e exames suficientes para a atenção perinatal na região de saúde, devendo o acesso ser garantido e oportuno aos leitos obstétricos e neonatais, com equipe suficiente para atender à demanda de parto e nascimento, havendo pontos de atenção complementares apoiados à rede regional, bem como transporte de parturientes para unidades de referência em tempo oportuno e serviços perinatais com ambiência humanizada.

No que se refere ao âmbito internacional, os estudos pouco abordam a dimensão da infraestrutura, e assim foi possível perceber apenas a necessidade de ampliação da cobertura de serviços de atenção ao parto e nascimento em alguns locais, sobretudo quando envolve disparidades sociais e econômicas.

A nível nacional os estudos trazem a problemática da falta de insumos, medicamentos e exames essenciais, havendo grande deficiência de insumos diagnósticos

e terapêuticos (GONÇALVES, 2019; GONÇALVES; PENNA, 2019). Ademais, o potencial da infraestrutura relaciona-se mais à capacidade do gestor local, do que às necessidades de saúde, havendo, muitas vezes, a priorização de investimentos em serviços mais complexos, em detrimento daqueles de menor tecnologia, o que acarreta em uma redução de leitos obstétricos e aumento do referenciamento entre Regiões de Saúde para partos de risco habitual, com escassez de CPN (PERINAZZO, 2018).

As normativas nacionais propõem o direcionamento de recursos para construção, ampliação e reforma das unidades de atendimento ao parto e nascimento, bem como a implementação de Centros de Parto Normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera (BRASIL, 2011). Além disso, deve haver recursos voltados para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, os quais devem possuir suficiência de leitos obstétricos e neonatais, equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, materiais e equipamentos adequados ao nível de complexidade e necessidade conforme demanda (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

4.3.2 Planejamento e pactuação

Quanto ao componente planejamento e pactuação é necessário a atuação de coordenadores centralizados, gestores regionais, municipais e Grupo Conductor da Rede Materno-Infantil, e na prática, o componente avalia se na região houve um processo de planejamento da atenção perinatal baseado nas necessidades regionais, com elaboração de um plano de ação regional, com especificação de critérios de acesso e fluxos de encaminhamento intermunicipal das parturientes com base em protocolo e trajetos estabelecidos, além de investigar se na região esses fluxos foram pactuados nos espaços cogestores regionais e se são cumpridos pelos gestores e unidades demandantes (que encaminham as parturientes para aos serviços de referência da região).

Estudos internacionais como os realizados nos Estados Unidos, demonstram que há uma variabilidade nos modelos de atenção regionalizada e sua abordagem entre os estados, o que revela que apesar das recomendações feitas para o atendimento baseado no risco, nenhum padrão definido para designar níveis de cuidado ou regulamentação de cuidado apropriado ao risco é exigido por lei federal ou órgãos de

credenciamento nacionais (NOWASKOWSKI, et al, 2012). Essa falta de obrigatoriedade quanto aos critérios, criou variações de estado nas definições dos níveis de atenção e no desenvolvimento de sistemas regionalizados, e conseqüentemente na forma como são realizados os planejamentos e pactuações entre os diferentes serviços.

No Brasil, adota-se o seguimento de fluxos propostos, mas também elaboraram-se alternativas para atender às necessidades de saúde das usuárias, além do que, há fragilidade no processo de contrarreferência e articulação dos pontos da RC (GONÇALVES, 2019). As ações e os serviços de saúde estão fragmentados e desarticulados entre os serviços de saúde, havendo uma descontinuidade do acesso nos três níveis de atenção (MONTEIRO, et al, 2019). Além do que, nota-se um aumento do referenciamento entre as Regiões de Saúde para os partos de risco habitual (PERINAZZO, 2018). Nesse interim, acentua-se a desestruturação da rede de assistência, sendo necessário o fortalecimento de pactuações entre gestores municipais, objetivando uma melhor distribuição dos serviços de atenção obstétrica e um sistema mais eficiente de referência para os municípios próximos (ROHR, VALONGUEIRO, ARAÚJO, 2016).

Conforme normativas nacionais, uma das etapas da implementação da Rede Cegonha é o processo de diagnóstico regional, o qual deve seguir uma matriz diagnóstica conforme portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, e assim dar seguimento a um plano de ação materno-infantil elaborado, adotando-se medidas que levem ao avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto. Ademais, deve haver a contratualização pela União, Estado, Distrito Federal e Municípios, dos pontos de atenção da Rede, com a definição das responsabilidades.

4.3.3 Gestão regional

Na gestão regional torna-se fundamental a atuação coordenada entre a gestão estadual, regional e grupos condutores municipais e grupos condutores de maternidades, além de equipes de regulação do acesso das parturientes. Espera-se avaliar se há uma cogestão da atenção perinatal atuante nos serviços e municípios da região, uma cogestão regional da atenção perinatal entre diferentes esferas da gestão do SUS, unidades prestadoras de serviços contratualizadas pelos gestores de saúde, avaliação participativa instituída nas unidades de referência perinatal e acesso regulado garantido das parturientes, em tempo e local oportuno.

No contexto internacional ainda há muitas distinções, dentro de um mesmo território, no que se refere ao processo de regionalização, o que leva à busca da instituição de níveis de atenção (KILPATRICK, et al, 2019). De tal modo, faz-se necessário o desenvolvimento de um sistema de classificação, devendo as autoridades estaduais e regionais trabalharem em conjunto com as várias instituições de uma região de modo a concretizar um sistema coordenado de atendimento (MENARD et al, 2015).

Os estudos nacionais não mantêm o foco na gestão regional, havendo, portanto, uma escassez pesquisas nesse quesito. Contudo, é possível verificar que, o desenvolvimento da Rede Cegonha em determinadas regiões relaciona-se em grande parte com a capacidade dos gestores locais (PERINAZZO, 2018).

No aspecto da gestão regional, as normativas preconizam a implementação de colegiados gestores nas maternidades, bem como outros dispositivos cogestores conforme Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011). Devem ser instituídos Grupos Condutores Municipais que constituirão o Colegiado de Gestão Regional, o qual é apoiado pela Secretaria Estadual de Saúde, bem como, o Ministério da Saúde deve apoiar o Grupo Condutor Estadual, o que permite o acompanhamento, avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e Municipal (BRASIL, 2011).

4.3.4 Qualificação regional

No âmbito da qualificação regional, o qual necessita, para o seu pleno cumprimento, da existência de um grupo condutor regional e/ou local e comitê regional, os profissionais e gestores dos serviços perinatais devem ser qualificados para atuarem na atenção ao parto e nascimento na macrorregião de saúde. Deve haver, portanto, ações de educação permanente com a oferta de cursos, oficinas e fóruns regionais, tanto para profissionais como para gestores dos serviços perinatais, o que contribui para estruturar, organizar e garantir uma atenção integral, humanizada e regionalizada ao parto e nascimento.

Internacionalmente, as pesquisas que tratam da regionalização perinatal não abordam a dimensão da qualificação regional. Compreende-se que essa lacuna, decorre de um processo de regionalização ainda em estruturação, com a instituição de definições e níveis de atenção, não havendo, ainda, a compreensão da crucial necessidade de qualificação dos profissionais e gestores de saúde.

No Brasil, estudos mostram o potencial da qualificação para as ações de saúde, com o aumento da proporção de uso de práticas benéficas e redução de práticas que são consideradas prejudiciais na situação parto e nascimento, havendo redução da taxa de parto cesariana anteparto, com aumento da taxa de parto vaginal, emprego de métodos não farmacológicos para alívio de dor e uso do partograma (LEAL et al, 2019).

Conforme normativas nacionais, o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para os profissionais, conforme as atividades desenvolvidas, sendo essas ações de educação registradas para possível monitorização e avaliação da execução dos serviços (BRASIL, 2008).

4.3.5 Atenção perinatal

A plena execução da atenção perinatal relaciona-se diretamente a um adequado processo de trabalho entre as regionais de saúde, com fluxos regionais estabelecidos e que garantam uma assistência integral às parturientes. Nesse aspecto, faz-se necessário a atuação de equipes de atenção primária e de atenção perinatal, integrada existência de protocolos de atenção perinatal e de sistema e instrumentos de referência e contrarreferência, sendo possível avaliar sob a luz desse componente se serviços de atenção primária à saúde e maternidades estão atuando de forma articulada, se há uma redução nos encaminhamentos inoportunos de parturientes para os serviços de referência regional e se os serviços perinatais acolhem as gestantes com risco corretamente estratificado, se as práticas de cuidado estão baseadas em protocolos assistenciais, se os serviços cumprem a taxa regional de cesariana que deve atender a meta regional, e se são implementadas ações para redução do índice de violência obstétrica nas maternidades e serviços complementares.

Os estudos internacionais têm um direcionamento das suas pesquisas quanto à atenção perinatal muito voltados para a percepção das mulheres quanto ao atendimento, e os motivos que as levaram a escolher determinado local de parto. Em outros países, a mulher pode fazer essa escolha, sendo o parto domiciliar uma opção, porém pouco encorajada em muitos locais, e associado a isso, há poucas orientações dadas a essas mulheres pela equipe de saúde, sendo as informações obtidas de fontes diversas, como por internet, experiências de amigos e familiares, dentre outras (COXON et al, 2017; HINTON et al, 2018; PATTERSON; FOUREUR; SKINNER, 2017).

No Brasil, as relações afetivas são características marcantes entre quem busca e oferta o cuidado, o que leva muitas vezes à resolutividade e superação de entraves em decorrência do dinamismo e caráter social das relações (GONÇALVES, 2019). Ademais, apesar da realidade da violência obstétrica, as práticas humanizadas passaram a estar presentes em muitos atendimentos, com a garantia de direitos como a presença do acompanhante (LEAL et al, 2019). A descontinuidade do acesso às ações e serviços ocorre nos três níveis de atenção, havendo uma desestruturação da rede de assistência, não garantindo atenção contínua, integral e humanizada (MONTEIRO et al, 2019; ROHR; VALONGUEIRO; ARAÚJO, 2016).

As normativas nacionais abordam de forma veemente como deve ocorrer a atenção perinatal, prezando pela garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, com a vinculação da gestante ao local de parto desde o pré-natal, com a realização de acolhimento e classificação de risco, estabelecimento dos serviços de referência e contrarreferência, de forma a garantir a continuidade da atenção, sempre em seguimento a protocolos, normas e rotinas técnicas (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011). Ademais, o direito à assistência ao parto e ao puerpério está diretamente conectado às práticas humanizadas e seguras (BRASIL, 2000).

4.3.6 Vigilância regional

O componente da vigilância regional pauta-se na existência de sistemas de informação atualizados regularmente e equipe gestora de dados, além de equipes de vigilância municipal e Comitê de Prevenção ao Óbito materno-infantil, que deve implementar na região, processos de atualização e monitoramento dos indicadores de atenção, sobretudo por meio de ações de investigação de óbitos maternos e neonatais.

A vigilância regional revela-se como uma estratégia não abordada nos estudos internacionais sobre o processo de regionalização perinatal, bem como nas pesquisas nacionais sobre a RC. De tal maneira, pode-se inferir que pouca relevância é dada à necessidade de sistemas de informação atualizados, sendo desvalorizadas as ações de monitoramento de indicadores.

Contudo, as normativas nacionais são claras quanto à vigilância regional, devendo os Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal implementarem e manterem seus registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento, devendo

também encaminhar à vigilância em saúde, o consolidado dos indicadores de cada semestre (BRASIL, 2008; BRASIL 2011).

4.4 Matriz-síntese de avaliação e Matriz de julgamento

Em posse das dimensões anteriormente descritas, construiu-se a matriz-síntese de avaliação (Quadro 7). E, a partir dessa, formulou-se uma matriz de julgamento (Quadro 8) a ser empregada nas etapas de verificação do grau de implantação da atenção perinatal regionalizada.

O desenho de uma matriz que apresente critérios/ indicadores e parâmetros a serem utilizados deve ser implementado no processo de avaliação de um programa, sendo o critério aquele que descreve a qualidade da atenção oferecida em um serviço de saúde, e o parâmetro um detalhamento preciso do critério que possibilita atingir um determinado grau de qualidade (MEDINA et al, 2005). Assim, a matriz-síntese de avaliação consegue cumprir com esse objetivo de tornar claro os pontos a serem verificados em um processo de avaliação em saúde.

As estratégias de mensuração devem possibilitar verificar e monitorar as características centrais de um programa, porém, de modo especial, deve contemplar as relações de causa-efeito conjecturadas no ML, abrangendo o que se supõem serem fatores do contexto e que influenciam na sua implantação (MEDINA et al, 2005). Nessa perspectiva, a matriz de julgamento, elaborada a partir da matriz-síntese, possibilita a avaliação da aplicabilidade de um programa em saúde orientada por um desdobramento do que é o padrão esperado, frente a diferentes situações, sejam elas, de emprego incipiente, intermediário ou avançado do que se preconiza na política de saúde em questão.

A matriz síntese de avaliação apresenta seis dimensões, com 28 critérios distribuídos entre essas dimensões. Com base nas normativas nacionais estabeleceu-se o que se preconiza como padrão esperado para cada um dos critérios. Cada um dos critérios recebeu um escore simples com pontuação variando de 0 a 10 pontos, que serão atribuídos com base na matriz de julgamento. Diante do número distinto de critérios para cada uma das dimensões, essas apresentaram pesos diferentes, sendo a infraestrutura a dimensão de maior peso, e a qualificação regional a de menor peso.

Na perspectiva do que é o padronizado para cada critério, dentro das respectivas dimensões, foi então elaborada a matriz de julgamento em que a partir do padrão

foi feita uma gradação das situações que podem ser encontradas no cotidiano, havendo, portanto, a possibilidade de se encontrar realidades incipientes, intermediárias ou avançadas, as quais quando verificadas receberão pontuação variando entre 2, 5 e 10 pontos, respectivamente. As situações incipientes referem-se a não aplicabilidade do que é definido como padrão, as intermediárias quando não há a realização do padronizado em sua totalidade, o que difere das situações avançadas, em que o serviço funciona conforme o que é adotado como o padrão. Diante desse instrumento, o avaliador irá pontuar o grau de implantação da atenção perinatal na região de saúde estudada, confrontando dados do contexto, isto é, as evidências, com as diferentes gradações/situações da matriz de julgamento.

QUADRO 7 - Matriz-síntese para avaliação do grau de implantação da atenção perinatal regionalizada

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|-----------------|---|---|-------------------------|
| Infraestrutura | Recursos financeiros para construção, reforma e ampliação dos pontos de atenção perinatal regionais | Recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 de 3 de junho de 2008 da ANVISA | 10 |
| | Insumos, medicamentos e exames para atenção perinatal na região | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda, conforme detalhamento do item 7 da Portaria nº 36 de 3 de junho de 2008. Assim como, o serviço deve dispor ou garantir o acesso, em tempo integral, aos recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos, detalhados no item 8 da Portaria nº 36 de 3 de junho de 2008, de acordo com o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária. | 10 |
| | Equipamentos para atenção perinatal nos serviços de referência regional | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda, conforme detalhamento do item 7 da Portaria nº 36 de 3 de junho 2008. | 10 |
| | Leitos obstétricos e neonatais suficientes para atender à demanda regional | Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais. | 10 |
| | Pessoal para atender à demanda regional de atenção ao parto e nascimento | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda, devendo ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo respectivo conselho de classe | 10 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|-----------------------------------|--|--|-------------------------|
| | Complementação da atenção perinatal regional | Centros de parto normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera disponíveis | 10 |
| | Logística adequada das parturientes na região de saúde | Conforme inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 | 10 |
| | Ambiência humanizada nos serviços da atenção perinatal | O serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde. | 10 |
| Total da dimensão | | | 80 |
| Planejamento e pactuação regional | Diagnóstico regional da atenção ao parto e nascimento na macrorregião de saúde | Apresentação e análise da matriz diagnóstica conforme o anexo I da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 | 10 |
| | Plano de ação regional com o desenho dos pontos de atenção ao parto e nascimento | Região de saúde com plano de ação materno-infantil elaborado | 10 |
| | Critérios e fluxos de encaminhamento regional das parturientes | Adoção de medidas que possibilitam o avanço da organização e regulação do sistema de assistência à gestação e ao parto, com o estabelecimento de ações que integrem todos os níveis desta assistência, e definição de mecanismos de regulação com a criação de fluxos de referência e contra-referência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido; | 10 |
| | Serviços e fluxos de referência regional em atenção perinatal pactuados | Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede | 10 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|--------------------------|--|---|------------------|
| | Plano regional de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendadas pela OMS | Tais intervenções, devem ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade. O médico obstetra deverá realizar uma revisão e diagnosticar a falha de progresso do trabalho de parto e decidir sobre as opções de conduta, incluindo o uso de ocitocina, a realização de episiotomia e cesariana. A taxa ideal de cesárea está entre 10% e 15% e o parto cesariano é uma intervenção cirúrgica, segundo as normas do Ministério da Saúde, e que, portanto, somente pode ser prescrito em situações nas quais o parto normal não seja mais o recomendado. | 10 |
| Total da dimensão | | | 50 |
| Gestão Regional | Colegiados gestores em maternidades e ou Grupos Condutores Municipais | Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização. Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o Colegiado de Gestão Regional com apoio institucional da Secretaria Estadual de Saúde. | 10 |
| | Grupo gestor da Rede Cegonha na macrorregião de saúde, atuante conjuntamente com instâncias estadual, regional e municipal | O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal. A operacionalização da Rede Cegonha deve ocorrer conforme Art.9º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 | 10 |
| | Pontos de atenção perinatal contratualizados entre os serviços e municípios da região | Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação municipais. | 10 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|--------------------------|---|--|------------------|
| | Percepção das parturientes quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde da região | Os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, com valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde. De tal modo, o atendimento deve ser humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes. | 10 |
| | Acesso regulado das parturientes respeitando os critérios e tempo de espera preconizado | Pacientes reguladas conforme o caráter do atendimento necessário: urgência; internação; e ambulatorial. Conforme inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. E, de acordo com alínea "a" do parágrafo 2º da Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, que afirma a necessidade de criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares | 10 |
| Total da dimensão | | | 50 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|--------------------------|---|---|------------------|
| Qualificação regional | Ações de educação permanente na macrorregião de saúde | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas. As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista de participantes assinada, data e período de duração das atividades | 10 |
| Total da dimensão | | | 10 |
| Atenção perinatal | Gestantes vinculadas à maternidade de referência | Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto | 10 |
| | Parturientes referenciadas baseado em critérios e fluxos regionais estabelecidos | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contrarreferência de forma a garantir a continuidade da atenção. A transferência da mulher ou do recém nascido, em caso de necessidade, deve ser realizada após assegurar a existência de vaga no serviço de referência, em transporte adequado às necessidades e às condições estabelecidas na Portaria GM/MS n. 2.048, de 05 de novembro de 2002. As ocorrências relacionadas à referência e contra-referência devem ser registradas no prontuário de origem. E, os procedimentos de referência e contrarreferência devem ser acompanhados por relatório de transferência legível, com identificação e assinatura de profissional legalmente habilitado, que passará a integrar o prontuário no destino. | 10 |
| | Todas as parturientes vinculadas pela atenção básica e/ou encaminhadas pela regulação | Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal | 10 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|----------|--|---|------------------|
| | acolhidas e classificadas quanto ao risco. | | |
| | Protocolos de admissão e de assistência ao trabalho de parto | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve dispor de normas, protocolos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de fácil acesso a toda a equipe de saúde em conformidade com legislação vigente e com evidências científicas. Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais. | 10 |
| | Redução da taxa de cesarianas | Segundo recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021, considerando que as cesarianas sem indicação clínica aumentam o risco de desfechos adversos para a mulher e para o recém-nascido, deve-se seguir os seguintes critérios para a cobertura obrigatória das cirurgias cesarianas: I - Cesarianas intraparto e/ou de urgência/emergência, por indicação materna ou fetal, justificadas por relatório médico circunstanciado acompanhado de partograma; II - As cesarianas durante o trabalho de parto, por distócia ou outra intercorrência, e/ou de urgência/emergência, devem ser realizadas de acordo com o documento “Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana”, do Ministério da Saúde; III - Cesarianas programadas eletivas por indicação materna ou fetal conforme relatório médico; Cesarianas eletivas sem indicação clínica com estabelecimento de fluxo de cuidado à mulher no pré-natal e no puerpério, em que o médico que realiza a assistência pré-natal deverá registrar em prontuário o pedido materno de realizar a cirurgia cesariana sem indicação clínica | 10 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|--------------------------|--|---|------------------|
| | Parturientes assistidas de acordo com boas práticas humanizadas | Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000 | 10 |
| Total da dimensão | | | 60 |
| Vigilância regional | Sistemas de informação materno-infantil alimentados e atualizados | O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade. | 10 |
| | Vigilância regional dos indicadores de atenção ao parto e nascimento | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve disponibilizar à vigilância sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos. Assim, o Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho. E, o consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa. A avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa. Bem como, deve-se seguir a Matriz Diagnóstica composta por quatro grupos de indicadores, conforme ANEXO I presente na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. | 10 |

| Dimensão | Critério | Padrão | Pontuação máxima |
|--------------------------|--|---|------------------|
| | Vigilância e investigação do óbito materno e fetal na região | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve implantar e manter em funcionamento comissões, comitês e programas definidos em normas pertinentes, em especial a comissão ou comitê de análise de óbitos maternos, fetais e neonatais. A investigação de óbito materno e fetal deve seguir o grupo de Indicadores de Mortalidade e Morbidade da Matriz Diagnóstica presente no ANEXO I da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. | 10 |
| Total da dimensão | | | 30 |
| TOTAL GERAL | | | 280 |

Fonte: elaboração da autora (2021)

QUADRO 8 - Matriz de julgamento para avaliação do grau de implantação da atenção perinatal regionalizada

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------------|--|---|--|--|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| Infraestrutura | Garantir recursos financeiros para construção, reforma e ampliação dos pontos de atenção perinatal regionais | Recursos para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, e recursos para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, de acordo com os parâmetros estabelecidos na RDC nº 36 de 3 de junho de 2008 da ANVISA | Não são destinados recursos para construção, reformas ou ampliações de serviços de atenção obstétrica e neonatal. (2,0) | São destinados recursos para construção, reformas ou ampliações de serviços de atenção obstétrica e neonatal, mas não são suficientes para garantir infraestrutura física com ambientes e instalações necessários à assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade. (5,0) | São destinados recursos para construção, reformas ou ampliações de serviços de atenção obstétrica e neonatal de forma a garantir infraestrutura física com ambientes e instalações necessários e adequadas a assistência e à realização dos procedimentos com segurança e qualidade. (10,0) |
| | Garantir insumos, medicamentos e exames para atenção perinatal na região | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir materiais e medicamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda, conforme detalhamento do item 7 da Portaria nº 36 de 3 de junho de 2008. Assim como, o serviço deve dispor ou garantir | A oferta de insumos, medicamentos e exames para atenção obstétrica e neonatal não atende o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária. (2,0) | A oferta de insumos, medicamentos e exames para atenção obstétrica e neonatal atende em partes o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária. (5,0) | A oferta de insumos, medicamentos e exames para atenção obstétrica e neonatal atende a todas as demandas, tipo de atendimento e faixa etária. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|--|---|---|---|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | o acesso, em tempo integral, aos recursos assistenciais, diagnósticos e terapêuticos detalhados no item 8 da RC nº 36 de 3 de junho de 2008, de acordo com o perfil de demanda, tipo de atendimento e faixa etária. | | | |
| | Garantir equipamentos para atenção perinatal nos serviços de referência regional | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve possuir equipamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda. | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal não possui equipamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda. (2,0) | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal possui equipamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento, mas não atende à demanda. (5,0) | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal possui equipamentos de acordo com sua complexidade e necessidade de atendimento à demanda. (10,0) |
| | Garantir leitos obstétricos e neonatais suficientes | Suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais. | A oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) não são suficientes. (2,0) | A oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) atende, em partes, a demanda | A oferta de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) atende todas as demandas regional de |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|--|---|---|--|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | para atender à demanda regional | | | regional de atenção ao parto e nascimento. (5,0) | atenção ao parto e nascimento. (10,0) |
| | Oferta de pessoal para atender à demanda regional de atenção ao parto e nascimento | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada, quantitativa e qualitativamente, atendendo as normatizações vigentes, e de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda, devendo ter um responsável técnico (RT) e um substituto, legalmente habilitados pelo respectivo conselho de classe. | Os municípios não dispõem de equipes perinatais com composição completa na região. (2,0) | Os municípios dispõem de equipes perinatais, entretanto, não são suficientes para atender à demanda de parto e nascimento na região de saúde. (5,0) | Os municípios dispõem de equipes perinatais completas e suficientes para atender à demanda de parto e nascimento na região de saúde. (10,0) |
| | Garantir a complementação da atenção perinatal regional | Centros de parto normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera disponíveis | As regionais de saúde não dispõem de Centros de parto normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera. (2,0) | As regionais de saúde dispõem de Centros de parto normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera, porém não são suficientes para | As regionais de saúde dispõem de Centros de parto normal e Casas da Gestante, Bebê e Puérpera e são suficientes para complementar os |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|-----------------|---|---|--|--|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | | | complementar os pontos de atenção perinatal. (5,0) | pontos de atenção perinatal. (10,0) |
| | Garantir a logística adequada das parturientes na região de saúde | Conforme inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 | As regiões de saúde não dispõem de motoristas e veículos para transporte intermunicipal das parturientes. (2,0) | As regiões de saúde dispõem de motoristas e veículos para transporte intermunicipal das parturientes, porém não ocorre em tempo oportuno. (5,0) | As regiões de saúde dispõem de motoristas e veículos para transporte intermunicipal das parturientes em tempo oportuno. (10,0) |
| | Garantir ambiência humanizada nos serviços de atenção perinatal | O serviço deve promover ambiência acolhedora e ações de humanização da atenção à saúde. | A oferta de ambiência adequada e cuidado humanizado nos serviços perinatais é inexistente. (2,0) | A oferta de ambiência adequada e cuidado humanizado nos serviços perinatais não existe em totalidade. (5,0) | A oferta de ambiência adequada e cuidado humanizado nos serviços perinatais é existente na totalidade dos serviços de atenção perinatal. (10,0) |
| SUBTOTAL | | | 16 | 40 | 80 |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|---|--|---|---|---|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| Planejamento e pac- tuação regio- nal | Realizar o diag- nóstico regional da atenção ao parto e nasci- mento na macror- região de saúde | Apresentação e análise da ma- triz diagnóstica conforme o anexo I da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 | Não realizou diagnóstico regional e análise situacio- nal da atenção perinatal na região de saúde. (2,0) | Realizou diagnóstico re- gional e análise situacio- nal da atenção perina- tal na região de saúde, mas sem o planeja- mento da atenção peri- natal baseado nas ne- cessidades regionais. (5,0) | Realizou diagnóstico regi- onal e análise situacional da atenção perinatal na região de saúde, mas sem o planejamento da atenção perinatal base- ado nas necessidades re- gionais. (10,0) |
| | Construir plano de ação regional com o desenho dos pontos de atenção ao parto e nascimento | Região de saúde com plano de ação materno-infantil elaborado | Não existe plano regional de atenção perinatal elabo- rado. (2,0) | Existe a elaboração de plano regional de aten- ção perinatal, porém não orientou a operacio- nalização das ações pe- rinatais. (5,0) | Existe a elaboração de plano regional de atenção perinatal que orientou a operacionalização das ações perinatais. (10,0) |
| | Definir os critérios e fluxos de enca- minhamento regi- onal das parturi- entes | Adoção de medidas que possibi- litam o avanço da organização e regulação do sistema de assis- tência à gestação e ao parto, com o estabelecimento de ações que integrem todos os ní- | As regionais de saúde não definiram protocolo de en- caminhamento regional com critérios e fluxos esta- belecidos. (2,0) | As regionais de saúde definiram protocolo de encaminhamento regio- nal com critérios e flu- xos estabelecidos, po- | As regionais de saúde de- finiram protocolo de enca- minhamento regional com critérios e fluxos estabele- cidos e baseiam os enca- minhamentos intermuni- cípios. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|--|---|---|--|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | veis desta assistência, e definição de mecanismos de regulação com a criação de fluxos de referência e contrarreferência que garantam o adequado atendimento à gestante, ao parto e ao recém-nascido. | | rem não baseiam os encaminhamentos intermunicipais. (5,0) | |
| | Pactuar os serviços e fluxos de referência regional em atenção perinatal | Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede | As regionais de saúde não planejam e não pactuam os serviços e fluxos de referência regional em atenção perinatal. (2,0) | As regionais de saúde planejam e pactuam os serviços e fluxos de referência regional em atenção perinatal, mas sem atuação coordenada entre gestores da região de saúde para o cumprimento das ações perinatais planejadas. (5,0) | As regionais de saúde planejam e pactuam os serviços e fluxos de referência regional em atenção perinatal com atuação coordenada entre gestores da região de saúde para o cumprimento das ações perinatais planejadas. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|-----------------|---|---|---|---|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | Elaborar o plano regional de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendadas pela OMS. | Tais intervenções, devem ser utilizadas de forma parcimoniosa, apenas em situações de necessidade. | As regiões de saúde não elaboram plano regional de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina em acordo com recomendações da OMS. (2,0) | As regiões de saúde elaboram plano regional de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina em acordo com recomendações da OMS, no entanto, as intervenções cirúrgicas e farmacológicas não estão dentro da meta regional estabelecida. (5,0) | As regiões de saúde elaboram plano regional de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina em acordo com recomendações da OMS, e as intervenções cirúrgicas e farmacológicas não estão dentro da meta regional estabelecida. (10,0) |
| SUBTOTAL | | | 10 | 25 | 50 |
| Gestão regional | Implantação de colegiados gestores em maternidades e/ ou Grupos Condutores Municipais | Estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização. Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada Município que compõe o Colegiado de Gestão Regional com apoio institucional | As regiões de saúde não implantaram colegiados gestores locais e outros dispositivos de cogestão. (2,0) | As regiões de saúde implantaram colegiados gestores locais implantados sem cogestão da atenção perinatal atuante nos serviços e municípios da região. (5,0) | As regiões de saúde implantaram colegiados gestores locais implantados com cogestão da atenção perinatal atuante nos serviços e municípios da região. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|---|--|---|--|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | da Secretaria Estadual de Saúde. | | | |
| | Implementar um grupo gestor da Rede Cegonha na macrorregião de saúde, atuante conjuntamente com instâncias estadual, regional e municipal | O Ministério da Saúde apoiará o Grupo Condutor Estadual no acompanhamento e avaliação do processo de pactuação e execução do Plano de Ação Regional e do Plano de Ação Municipal | As regiões de saúde não implementaram colegiados regional da Rede Cegonha. (2,0) | As regiões de saúde implementaram colegiados regional da Rede Cegonha sem cogestão regional da atenção perinatal entre diferentes esferas de gestão do SUS. (5,0) | As regiões de saúde implementaram colegiados regional da Rede Cegonha e cogestão regional da atenção perinatal entre diferentes esferas de gestão do SUS. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|---|---|--|--|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | Contratualizar os pontos de atenção perinatal entre os serviços e municípios da região | Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município dos pontos de atenção da Rede Cegonha observadas as responsabilidades definidas para cada componente da Rede de acordo com o Plano de Ação Regional e os Planos de Ação municipais. | As regiões de saúde não estabeleceram contrato entre prestadores de serviços e gestores de saúde. (2,0) | As regiões de saúde estabeleceram contrato entre prestadores de serviços e gestores de saúde sem unidades prestadoras de serviços devidamente contratualizadas pelos gestores de saúde. (5,0) | As regiões de saúde estabeleceram contrato entre prestadores de serviços e gestores de saúde com unidades prestadoras de serviços devidamente contratualizadas pelos gestores de saúde. (10,0) |
| | Avaliar a percepção das parturientes quanto ao atendimento recebido nos serviços de saúde da região | Os ambientes físico, social, profissional e de relações interpessoais devem estar relacionados a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana, com valorização da dimensão subjetiva e social, em todas as práticas de atenção e de gestão da saúde, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às ques- | As regiões de saúde não utilizam instrumento de avaliação da percepção das parturientes. (2,0) | As regiões de saúde utilizam instrumento de avaliação da percepção das parturientes, mas sem uma avaliação participativa instituída nas unidades de referência perinatal. (5,0) | As regiões de saúde utilizam instrumento de avaliação da percepção das parturientes e uma avaliação participativa instituída nas unidades de referência perinatal. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|--|---|---|---|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | tões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas, garantindo o acesso dos usuários às informações sobre saúde. De tal modo, o atendimento deve ser humanizado e seguro às mulheres, recém-nascidos, acompanhantes, familiares e visitantes. | | | |
| | Regular o acesso das parturientes respeitando os critérios e tempo de espera preconizado | Pacientes reguladas conforme o caráter do atendimento necessário: urgência; internação; e ambulatorial. Conforme inciso IV do Art. 7º da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. E, de acordo com alínea "a" do parágrafo 2º da Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000, que afirma a necessidade de criação de condições técnicas, financeiras e operacionais que permitam o | As pacientes não são reguladas respeitando os critérios e tempo de espera preconizado, conforme o caráter do atendimento necessário. (2,0) | As paciente são em sua maioria reguladas conforme os critérios e tempo de espera preconizado, e o caráter do atendimento necessário. (5,0) | As pacientes são sempre reguladas respeitando os critérios e tempo de espera preconizado, conforme o caráter do atendimento necessário. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|-----------------------|--|---|--|--|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | desenvolvimento de mecanismos destinados à organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal por meio do estabelecimento de protocolos de regulação, da estruturação de Centrais de Regulação e estruturação de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares | | | |
| SUBTOTAL | | | 10 | 25 | 50 |
| Qualificação regional | Realizar ações de educação permanente na macrorregião de saúde | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve garantir educação permanente para os trabalhadores, priorizando o controle, prevenção e eliminação de riscos sanitários, em conformidade com as atividades desenvolvidas. As ações de educação permanente devem ser registradas, contendo nome do responsável, especificação de conteúdo, lista | As regiões de saúde não garantem a qualificação técnica regular para os profissionais da atenção perinatal. (2,0) | As regiões de saúde realizam esporadicamente qualificação técnica regular para os profissionais da atenção perinatal. (5,0) | As regiões de saúde garantem a qualificação técnica regular para os profissionais da atenção perinatal. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|-------------------|---|---|---|--|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | de participantes assinada, data e período de duração das atividades. | | | |
| SUBTOTAL | | | 2 | 5 | 10 |
| Atenção perinatal | Vincular as gestantes à maternidade de referência | Vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto | Não é assegurado a vinculação da gestante à maternidade de referência. (2,0) | É assegurado a vinculação da gestante à maternidade de referência, mas Atenção Primária à Saúde (APS) e maternidades e hospitais públicos de referência não atuam de forma integrada. (5,0) | É assegurado a vinculação da gestante à maternidade de referência, e a Atenção Primária à Saúde (APS) e maternidades e hospitais públicos de referência atuam de forma integrada. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|--|---|---|---|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | Referenciar a parturientes baseado em critérios e fluxos regionais estabelecidos | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter documento formal estabelecendo os serviços de referência e contrarreferência de forma a garantir a continuidade da atenção. | Não existe um sistema de referência e contrarreferência macrorregional de acordo com critérios e fluxos regionais, e as gestantes e puérperas se responsabilizam por buscar o cuidado puerperal por conta própria. (2,0) | Existe um sistema de referência e contrarreferência macrorregional de acordo com critérios e fluxos regionais, mas não consegue reduzir encaminhamentos inoportunos das parturientes para os serviços de referência regional. (5,0) | Existe um sistema de referência e contrarreferência macrorregional de acordo com critérios e fluxos regionais que garante a redução de encaminhamentos inoportunos das parturientes para os serviços de referência regional. (10,0) |
| | Acolher e classificar o risco de todas as parturientes vinculadas pela atenção básica e/ou encaminhadas pela regulação | Realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal | As regiões de saúde não ofertam acolhimento e classificação de risco das parturientes devidamente implantados no serviços perinatais. (2,0) | As regiões de saúde ofertam acolhimento e classificação de risco das parturientes devidamente implantados no serviços perinatais, porém não garantem serviços perinatais acolhedores e gestantes com risco corretamente estratificado. (5,0) | As regiões de saúde ofertam acolhimento e classificação de risco das parturientes devidamente implantados no serviços perinatais, porém não garantem serviços perinatais acolhedores e gestantes com risco corretamente estratificado. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|---|---|--|--|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | Adotar protocolos de admissão e de assistência ao trabalho de parto | A equipe do serviço de saúde deve estabelecer protocolos, normas e rotinas técnicas em conformidade com legislação vigente e com evidências científicas. Na assistência ao trabalho de parto, o serviço deve estimular que os procedimentos adotados sejam baseados na avaliação individualizada e nos protocolos institucionais. | As regionais de saúde não adotam protocolos e diretrizes próprios e nem nacionais para admissão de parturientes nos serviços. (2,0) | As regionais de saúde incorporam protocolos e diretrizes nacionais, possui protocolos próprios, entretanto, não capacita as equipes para incorporá-los. (5,0) | As regionais de saúde incorporam protocolos e diretrizes nacionais, possui protocolos próprios e os mesmos são de conhecimento e uso pelos profissionais dos serviços. (10,0) |
| | Estimular a redução da taxa de cesarianas | Segundo recomendação nº 011, de 07 de maio de 2021, considerando que as cesarianas sem indicação clínica aumentam o risco de desfechos adversos para a mulher e para o recém-nascido, deve-se seguir os seguintes critérios para a cobertura obrigatória das cirurgias cesarianas: I - Cesarianas intra- | Não se identificou a implementação de ações para redução do índice de cesariana (2,0) . | Identificou-se a implementação de ações para redução do índice de cesariana, no entanto, não atende à taxa regional de cesariana estabelecida. (5,0) | Identificou-se a implementação de ações para redução do índice de cesariana, atendendo à taxa regional de cesariana estabelecida. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|----------|--|------------|---------------|----------|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | <p>parto e/ou de urgência/emergência, por indicação materna ou fetal, justificadas por relatório médico circunstanciado acompanhado de partograma; II - As cesarianas durante o trabalho de parto, por distócia ou outra intercorrência, e/ou de urgência/emergência, devem ser realizadas de acordo com o documento "Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana", do Ministério da Saúde; III - Cesarianas programadas eletivas por indicação materna ou fetal conforme relatório médico; Cesarianas eletivas sem indicação clínica com estabelecimento de fluxo de cuidado à mulher no pré-natal e no puerpério, em que o médico que realiza a assistência pré-natal deverá registrar em</p> | | | |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|---------------------|--|--|--|--|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | prontuário o pedido materno de realizar a cirurgia cesariana sem indicação clínica. | | | |
| | Assistir as parturientes de acordo com boas práticas humanizadas | Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas no Anexo II da Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. | Não existe a adoção de práticas de atenção perinatal humanizadas. (2,0) | Existe a adoção de práticas de atenção perinatal humanizadas, mas não garante a redução do índice de violência obstétrica nas maternidades e serviços complementares. (5,0) | Existe a adoção práticas de atenção perinatal humanizadas que garantam a redução do índice de violência obstétrica nas maternidades e serviços complementares. (10,0) |
| SUBTOTAL | | | 12 | 30 | 60 |
| Vigilância regional | Alimentar e atualizar os sistemas de informação materno-infantil | O responsável técnico deve implantar, implementar e manter registros de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, buscando processo contínuo de melhoria da qualidade. | Não existem relatórios dos Sistemas de Informação em Saúde com dados disponíveis. (2,0) | Existem relatórios dos Sistemas de Informação em Saúde com dados disponíveis da Região, porém sem indicadores perinatais atualizados. (5,0) | Existem relatórios dos Sistemas de Informação em Saúde com dados disponíveis da Região e com indicadores perinatais atualizados. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|----------|---|---|--|---|---|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | Realizar a vigilância regional dos indicadores de atenção ao parto e nascimento | O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve encaminhar à vigilância sanitária local o consolidado dos indicadores do semestre anterior, nos meses de janeiro e julho. E, o consolidado do município deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde e o consolidado dos estados à Anvisa. A avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global do Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal, deve ser realizada levando em conta os Indicadores para a Avaliação dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal e as demais disposições estabelecidas na Instrução Normativa (IN) n. 02, de 03 de junho de 2008, da Anvisa. Bem como, deve-se | Não existem relatórios de ações de vigilância dos indicadores perinatais. (2,0) | Existem relatórios de ações de vigilância dos indicadores perinatais, os quais, no entanto, não são adequadamente monitorados. (5,0) | Existem relatórios de ações de vigilância dos indicadores perinatais monitorados. (10,0) |

| DIMENSÃO | CRITÉRIO | Padrão | Gradação | | |
|-----------------|---|---|---|---|--|
| | | | Incipiente | Intermediária | Avançada |
| | | seguir a Matriz Diagnóstica composta por quatro grupos de indicadores, conforme ANEXO I presente na Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. | | | |
| | Realizar a vigilância e investigação do óbito materno e fetal na região | A investigação de óbito materno e fetal deve seguir o grupo de Indicadores de Mortalidade e Morbidade da Matriz Diagnóstica presente no ANEXO I da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. | Não existem relatórios de ações de vigilância dos indicadores perinatais de óbito materno e fetal. (2,0) | Existem relatórios de ações de vigilância dos indicadores perinatais de óbito materno e fetal, porém, os mesmos não são adequadamente atualizados e monitorados. (5,0) | Existem relatórios de ações de vigilância dos indicadores perinatais de óbito materno e fetal atualizados e monitorados. (10,0) |
| SUBTOTAL | | | 6 | 15 | 30 |
| TOTAL | | | 56 | 140 | 280 |

Fonte: elaboração da autora (2021)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do questionamento acerca das características que deveriam ter a gestão de serviços de saúde e a atenção regionalizada ao parto e nascimento, quando se avalia a configuração desse componente nas regiões de saúde, pôde-se perceber o potencial de um trabalho que pudesse sistematizar tais características, considerando as lacunas nos artigos publicados.

Com o intuito de cumprimento ao objetivo da pesquisa, foi possível sistematizar na literatura nacional e internacional as características da atenção e gestão regionalizada ao parto e nascimento, e assim propor um Modelo Lógico e uma matriz avaliativa com componentes, critérios e padrões de avaliação da gestão e atenção regionalizada ao parto e nascimento.

Os estudos revisados demonstram o grande potencial do processo de regionalização da atenção ao parto e nascimento, porém muitas são as falhas na execução da política, e é nítido que as avaliações em saúde são muitas vezes ausentes, o que dificulta o planejamento das ações e melhorias do serviço oferecido à mãe e ao bebê. Tanto os estudos nacionais como internacionais demonstram essas falhas, sobretudo no que concerne ao componente de “vigilância regional”, debruçando-se quase que em sua totalidade nos aspectos da infraestrutura, especificamente nas publicações do Brasil, e na perspectiva da atenção perinatal internacionalmente, uma vez que, os estudos buscaram prioritariamente compreender as motivações e percepções das parturientes a respeito do local de parto.

As normativas nacionais deixam claro como deve ser a execução do processo de regionalização da atenção ao parto e nascimento, porém esse conteúdo se restringe em muitas situações apenas à prática teórica, não se adequando ao contexto e realidades regionais, sendo, portanto, necessário o processo de avaliação padronizado, que permita fazer comparações entre macrorregiões, identificar problemáticas e então buscar solucioná-las a nível da realidade local. Nesse aspecto, torna-se indiscutível o potencial da Matriz de avaliação para o planejamento e funcionamento dos serviços de atenção perinatal, reafirmando a importância do produto desse trabalho.

A criação deste Modelo Lógico permitirá visualmente compreender a política da regionalização, e em conjunto com a aplicabilidade da matriz de avaliação e de julgamento, mostram-se ferramentas importantes para nortear as pesquisas avaliativas dos gestores e avaliadores em saúde, sendo de grande valia para o campo da Saúde

Coletiva, seja no domínio da pesquisa, da gestão, da prestação dos serviços de saúde, e conseqüentemente torna-se fator modificador da atenção dispensada à população, a qual pode se beneficiar dos ótimos resultados oriundos de reorganizações dos serviços, orientadas por evidências avaliativas.

De outro modo, algumas limitações metodológicas estiveram presentes neste trabalho, principalmente com destaque ao momento crítico mundial da pandemia do COVID-19, que dificultou o contato com os profissionais e gestores, sendo as entrevistas remotas na etapa do estudo de caso regional, e ademais pouca foi a adesão remota ao processo de validação pelos especialistas. Contudo, apesar dos impasses, o estudo de caso regional permitiu refinar a metodologia em uma condição real de campo, do contexto do sistema de saúde para a qual a metodologia foi construída para avaliar.

Por fim, é indiscutível os ganhos advindos da aplicabilidade e verificação crítica de uma ferramenta de avaliação em saúde, sendo, portanto, esse trabalho de grande contribuição social. Porém, ainda são necessários estudos futuros com ênfase nos aspectos comparativos da atenção materna e infantil, estudos em outras macrorregiões de saúde, a exemplo das interestaduais e de fronteiras entre países, comparação de macrorregiões de saúde bem desenvolvidas, com outras em desenvolvimento, de forma a enriquecer o processo de análise da regionalização da atenção ao parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

ALVES, M. T. S. B. et al. Desigualdade racial nas boas práticas e intervenções obstétricas no parto e nascimento em maternidades da Rede Cegonha. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 837-846, 2021.

BITTENCOURT, S. D. A. et al. Labor and childbirth care in maternities participating in the “rede cegonha/brazil”: An evaluation of the degree of implementation of the activities. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 801–821, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, junho de 2008.

BRASIL, 2019a. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, sistema de informações sobre mortalidade. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>>. Acesso em: 23 de março de 2021.

BRASIL, 2019b. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, sistema de informações sobre mortalidade. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10uf.def>>. Acesso em: 23 de março de 2021.

BRASIL, 2019c. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, sistema de informações sobre estatísticas vitais. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 23 de março de 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de janeiro de 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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**, Brasília, DF, junho de 2011. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, maio de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 11, de 07 de janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, janeiro de 2015. 2015b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 1o de junho 2000. Regulamenta o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 de junho de 2000. Seção 1, página 4, 5 e 6.

BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. 13 de julho de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1 Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015. 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento** / Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 465 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido** : Método Canguru : manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde. 2017a. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005. 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal: modelo de Mobilização e Diálogo Social para Promoção dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio**. Contempla as sugestões apresentadas durante o Seminário Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, realizado pelo Ministério da Saúde, em Brasília/DF, nos dias 10 e 11 de fevereiro de 2004, e aprovado na Tripartite e no Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2004. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **O SUS no seu município : garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 46 p.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, G. et al. Práticas De Atenção Perinatal Em Maternidades De Risco Habitual: Avaliação Na Perspectiva De Mulheres* Perinatal Care Practices in Normal Risk Maternity Hospitals: an Evaluation in the Women'S Perspective. **Cogitare enferm.**, v. 21 (2), n. 2, p. 01–08, 2016.

CASSIANO, A. C. M. et al. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 227-244, abr./jun. 2014.

COXON, K. et al. What influences birth place preferences, choices and decision-making amongst healthy women with straightforward pregnancies in the

UK? A qualitative evidence synthesis using a “best fit” framework approach. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 17, n. 1, 31 mar. 2017.

CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F., orgs. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, 414 p.

FILHO, S. B. D. S.; DE SOUZA, K. V. Rede cegonha network and the methodological challenges of implementing networks in the sus. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 775–780, 2021.

GIOVANNI, M. **Rede Cegonha: da concepção à implantação**. 2013. 98p. Monografia (Especialização) – Curso de Especialização em Gestão Pública, Escola Nacional de Administração Pública – ENAP, Brasília, 2013.

GONÇALVES, R. L. **O prescrito e o cotidiano da Rede Cegonha de um município do agreste paraibano**. 2019. 153f. Tese (Doutorado) – Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

GONÇALVES, R. L.; PENNA, C. M. M. Everyday scenes of care: the stork network under construction. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019.

GULIANI, H.; SEPEHRI, A.; SERIEUX, J. What impact does contact with the prenatal care system have on women’s use of facility delivery? Evidence from low-income countries. **Social Science and Medicine**, v. 74, n. 12, p. 1882–1890, jun. 2012.

HINTON, L. et al. Birthplace choices: What are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 18, n. 1, 8 jan. 2018.

KILPATRICK, S. J. et al. Obstetric Care Consensus #9: Levels of Maternal Care: (Replaces Obstetric Care Consensus Number 2, February 2015). **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 221, n. 6, p. B19–B30, dez. 2019.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659–668, 2005.

LAMY, Z. C. et al. Labor and childbirth care in maternity facilities in Brazil’s north and northeast regions: Perceptions of the evaluators of the stork network program. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 951–960, 2021.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. suppl 1, p. S192–S207, 2014.

LEAL, G. C. G. et al. Práticas da atenção perinatal em maternidades de risco habitual: avaliação na perspectiva de mulheres. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2,

p. 01-08, abr. – jun. 2016.

LEAL, M. D. C. et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cadernos de saúde pública**, v. 35, n. 7, p. 1-14, 22 jul. 2019.

LEAL, M. D. C. et al. Reduction of inequities of access to appropriate childbirth care in Rede Cegonha. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 823–835, 2021.

LIBERATI, A., et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. **J Clin Epidemiol**, v. 62, n. 10, 2009.

MARQUES, C. P. C. (org.). Redes de Atenção à Saúde: A Rede Cegonha. **Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA**, 43f., São Luís, 2015.

MARQUES, J. B. V.; FREITAS, D. DE. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Pro-Posições**, v. 29, n. 2, p. 389–415, 2018.

MEDINA, M. G., et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

MENARD, M. K. et al. Levels of maternal care This document was developed jointly by the. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 212, n. 3, p. 259–271, 1 mar. 2015.

MONTEIRO, M. F. V. et al. Access to public health services and integral care for women during the puerperal gravid period period in Ceará, Brazil. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, 20 nov. 2019.

NETO, E. T. S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107–119, 2008.

NOWAKOWSKI, L. et al. Assessment of state measures of risk-appropriate care for very low birth weight infants and recommendations for enhancing regionalized state systems. **Maternal and Child Health Journal**, v. 16, n. 1, p. 217–227, jan. 2012.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde**. São Luís: EDUFMA, 2016, 57 p.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. suppl 1, p. S25–S32, 1998.

OUZZANI, M. et al. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews.

Systematic Reviews, v. 5, n. 1, p. 1–10, 2016.

PACHECO, R. L. et al. PROSPERO: base de registro de protocolos de revisões sistemáticas. Estudo descritivo. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 23, n. 3, p. 101–104, 2018.

PATTERSON, J.; FOUREUR, M.; SKINNER, J. Remote rural women's choice of birthplace and transfer experiences in rural Otago and Southland New Zealand. **Midwifery**, [S.l.], v. 52, p. 49-56, may. 2017.

PAUDEL, M. et al. A critical account of the policy context shaping perinatal survival in Nepal: Policy tension of socio-cultural versus a medical approach. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, 14 mar. 2019.

PESSÔA, S. M. A. **Fórum Rede Cegonha Piauí: análise da produção de um coletivo de gestão de políticas públicas de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira - IFF da Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 92 f. 2017.

PERINAZZO, T. F. **Regionalização da atenção hospitalar: uma análise do acesso e fluxos de partos no estado de São Paulo**. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 123p. 2018.

RABELO, M. et al. Estratégias da gestão para implantação do modelo da rede cegonha em uma maternidade pública de Curitiba* TT - Management strategies for the implementation of the stork network model at a public maternity in Curitiba TT - Estrategias de la gestión para i. **Cogitare enferm**, v. 22, n. 2, p. 1–9, 2017.

RASHIDIAN, A. The effectiveness of regionalization of perinatal care services: a systematic reviews. **Public Health**, [S.l.], v. 128, n. 10, p. 877-885, oct. 2014.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. suppl 1, p. 759–768, 2009.

RAYMENT, J. et al. Barriers to women's access to alongside midwifery units in England. **Midwifery**, v. 77, p. 78–85, 1 out. 2019.

ROHR, L. K.; VALONGUEIRO, S.; DE ARAÚJO, T. V. B. Assistência ao parto e inadequação da rede de atenção obstétrica em Pernambuco. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 16, n. 4, p. 457–465, dez. 2016.

RUAS, C. A. M. et al. Profile and spatial distribution on maternal mortality. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 385–396, 2020.

SAMPAIO, R. F; MANCINI, M. C. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, Belo Horizonte, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan/fev, 2007.

SANTOS-FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 999–1010, 2007.

SANTOS, C. M. D. C.; PIMENTA, C. A. D. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007.

SILVA, A. L. A. D et al. A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: A satisfação das gestantes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 12, p. 1–14, 2017.

SILVA, L. B. R. A. DE A. et al. Evaluation of the Rede Cegonha: Feedback of results for Brazilian maternity hospitals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 931–940, 2021.

SIMIONI, A. T. Regionalization of perinatal health care in the province of Santa Fe, Argentina. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 41, n. 38, p. 1-7, 2017.

SOUSA, A. N. Monitoramento e avaliação na atenção básica no Brasil: a experiência recente e desafios para a sua consolidação. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 289–301, 2018.

SOUTO, R. Q., et al. Tradução e adaptação transcultural do instrumento Mixed Methods Appraisal Tool ao contexto brasileiro. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.12, p. 510-516, jan/dez, 2020.

SOUZA, T. G. DE; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. DOS A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 479–486, 2011.

VIANA, A. L. D. et al. O Processo de regionalização no Brasil: Influência das dimensões Política, estrutura e organização. **Revista Brasileira de Saude Materno Infantil**, v. 17, p. S27–S43, 2017.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. 110.

VIELLAS, E. F. et al. Childbirth care for adolescents and advanced maternal age in maternities linked to Rede Cegonha. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 847–858, 2021.

YAMAKAWA, E. K. et al. Comparativo dos softwares de gerenciamento de referências bibliográficas: Mendeley, EndNote e Zotero. **Transinformacao**, v. 26, n. 2, p. 167–176, 2014.

ANEXOS

Anexo A - Ferramenta de avaliação de métodos mistos (Mixed Methods Appraisal Tool - MMAT) - Versão 2011

Table 1 - Final version of the Mixed Methods Research Quality Assessment Instrument - Version 2011. Recife, PE, 2016

| Component Types for Mixed Method Studies or Primary Studies | Criteria for Methodological Quality (see tutorial for definition and examples) | Answers | | | |
|---|---|---------|----|-----------|----------|
| | | Yes | No | Undefined | Comments |
| Screening Questions (for all types) | <ul style="list-style-type: none"> • Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives *), or a clear mixed methods question (or objective *)? • Is it possible that the collected data can answer the research questions (objective)? For example, consider whether the follow-up period was long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components). | | | | |
| | The next questions are not appropriate to answer when the answers are "No" or "Undefined" to one or both of the screening questions. | | | | |
| 1. Qualitative | 1.1. Are qualitative data sources (files, documents, informants, observations) relevant to answer the research question (objective)? 1.2. Is the process of analyzing qualitative data relevant to answering the research question (objective)? 1.3. Is appropriate consideration given to the relationship between the results and the context, ie, the environment or context in which the data were collected? 1.4. Is appropriate consideration given to the relationship between the results and the influence of the researchers, e.g., by their interactions with the participants? | | | | |
| 2. Quantitative controlled randomized trial (essay) | 2.1. Is there a clear description of randomization (or an appropriate random selection)? 2.2. Is there a clear description of allocation secrecy (or "masking" when applicable)? 2.3. Is there complete result data (80% or more)? 2.4. Is there a low withdrawal / dropout rate (less than 20%)? | | | | |
| 3. Quantitative Not Randomized | 3.1. Are participants (organizations) selected in a way that avoids selection bias? 3.2. Regarding exposure / intervention and outcomes, are the measurements appropriate (clear source, known validity, or instrument standard; and no cross-group contamination when appropriate)? 3.3. In groups being compared (exposed vs. unexposed; with interventions vs. no interventions; cases vs. controls), are participants comparable? Or do researchers also take into account (control for) the difference between these groups? 3.4. Are outcome data complete (80% or more), and where applicable, is there an acceptable response rate (60% or more), or an acceptable follow-up rate for cohort studies (depending on the duration of follow-up)? | | | | |
| 4. Quantitative Descriptive | 4.1. Is the sampling strategy relevant to answering the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed method research question)? 4.2. Is the sample of the study population representative? 4.3. Are the chosen measures appropriate (clear source, known validity, or instrument standard)? 4.4. Is there an acceptable response rate (60% or more)? | | | | |
| 5. Mixed Methods | 5.1. Is mixed method research design relevant to answering qualitative and quantitative research (or objective) questions, or the qualitative and quantitative aspects of the mixed method (objective) question? 5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results *) to answer the research question (objective) relevant? 5.3. Is due consideration given to the limitations associated with this integration? For example, the divergence of qualitative and quantitative data (or results) in a triangulation strategy. | | | | |
| | In addition to items 5.1 to 5.3, a qualitative component (1.1 to 1.4) and the appropriate qualitative component (2.1 to 2.4, or 3.1 to 3.4, or 4.1 to 4.4) must be answered. | | | | |