

MODELO LÓGICO DA REDE CEGONHA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E NASCIMENTO
LOGICAL MODEL STORK NETWORK IN SUPPORT DELIVERY AND BIRTH
LÓGICO RED CIGÜEÑA MODELO EN APOYO DE ENTREGA Y NACIMIENTO

Aline Maria Rodrigues Bezerra¹
Dayana Maia Saboia¹
Elisangela Guerra de Souza¹
Flávia de Andrade Oliveira¹
Francisca Gleidjane Silva Bessa¹
Saiwori de Jesus Silva Bezerra dos Anjos²

1. Discentes do curso de especialização em Gestão da Saúde. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Redenção, CE, Brasil.

2. Enfermeira. Docente do curso de graduação em Enfermagem. Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira - UNILAB, Redenção, CE, Brasil. saiwori@unilab.edu.br

RESUMO

Com a finalidade de reduzir os óbitos maternos e neonatais, o Ministério da Saúde desenvolveu em 2011 uma rede de cuidados direcionada à mulher, denominada Rede Cegonha. O objetivo do presente trabalho foi construir um Modelo Lógico da Rede Cegonha em uma maternidade de atenção terciária. Pesquisa descritiva do tipo documental, realizada durante os meses de novembro e dezembro de 2015. A coleta de dados se deu baseada no Relatório Institucional Assistencial da maternidade em questão, considerando o componente parto e nascimento da Rede Cegonha. Para construção do Modelo Lógico foram seguidas as orientações de Cassiolato e Guerese, 2010. Por meio de formulário estruturado, foram selecionadas informações referentes aos recursos, ações, produtos e resultados. A diagramação do Modelo Lógico foi realizada por meio do programa Excel®. A partir do modelo construído, percebe-se o alinhamento conceitual entre as práticas implementadas na maternidade estudada e às ações propostas pela rede. Dessa forma, podemos inferir que a estruturação do programa em âmbito local poderá favorecer o alcance dos resultados esperados. As limitações do estudo dizem respeito às características do método empregado, pois na avaliação de documentos alguns itens considerados importantes não puderam ser avaliados por falta de registro.

Descritores: Política de Saúde; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

In order to reduce maternal and neonatal deaths, the Ministry of Health developed

in 2011 a network of care directed to the woman, named Stork Network. The objective of this study was to build a network of Logical Model Stork on maternity tertiary care. Descriptive study of documentary type, during the months of November and December 2015. The data collection was based on the Institutional Report Maternity Care in question, considering the labor component and birth of Stork Network. To build the logical model we have followed the guidelines of Cassiolato and Guerese, 2010. Through structured form, were selected information relating to resources, actions, outputs and outcomes. The layout of the course model was carried out through the Excel® program. From the built model, you can see the conceptual alignment between practices implemented in the studied maternity and actions proposed by the network. Thus, we can infer that the program structure at the local level will enhance the achievement of the expected results. Limitations of this study relate to the method used features, as in the assessment documents some items considered important could not be assessed due to lack of registration.

Descriptors: Health Policy; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud; Women's Health.

RESUMEN

Con el fin de reducir la mortalidad materna y neonatal, el Ministerio de Salud desarrolló en 2011 una red de atención dirigida a la mujer, llamada Red Cigüeña. El objetivo de este estudio fue la de construir una red de Modelo Lógico Cigüeña en tercer nivel de atención de maternidad. Estudio descriptivo de tipo documental, durante los meses de noviembre y diciembre de 2015. La recolección de datos se basa en el Informe Institucional Maternidad de que se trate, teniendo en cuenta el componente de parto y el nacimiento de la Red Cigüeña. Para construir el modelo lógico que hemos seguido las directrices de Cassiolato y Guerese de 2010. A través de forma estructurada, se seleccionaron información relativa a los recursos, acciones, productos y resultados. El diseño del modelo de curso se llevó a cabo a través del programa Excel®. Desde el modelo construido, se puede ver la alineación conceptual entre las prácticas implementadas en la maternidad estudiado y acciones propuestas por la red. Por lo tanto, se puede inferir que la estructura del programa a nivel local mejorará el logro de los resultados esperados. Las limitaciones de este estudio se refieren a las características del método utilizado, como en la evaluación documenta algunos elementos considerados importantes no pudieron evaluarse debido a la falta de registro.

Descritores: Política de Salud; Program Evaluation; Salud de la Mujer.

INTRODUÇÃO

No Brasil, observou-se a ocorrência de 16.520 óbitos maternos no intervalo de 10 anos (2000-2010). Este valor fez com que o país apresentasse razão de mortalidade materna de 54,83 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos nesse período, porém, sabe-se que a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera razoável o número de até 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos⁽¹⁾.

Acompanhando as ações mundiais, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde (MS), vem desenvolvendo políticas voltadas para qualificar o parto e nascimento.

Desta forma, surgiu em 2011 uma rede de cuidados direcionada à mulher, denominada Rede Cegonha (RC)⁽²⁾.

Em consonância com as orientações da OMS, a RC, instituído pela Portaria nº 1.459/11, possui cinco diretrizes: Garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; Garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; Garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; Garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e Garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A RC organiza-se ainda a partir de 04 (quatro) componentes: I - Pré-natal; II - Parto e Nascimento; III - Puerpério e Atenção Integral à saúde da criança; IV - Sistema Logístico: transporte sanitário e regulação⁽²⁾.

Contudo, apesar dos avanços, a oferta de uma assistência impessoal e fragmentada à saúde maternoinfantil ainda é vivenciada em nossa realidade, com indefinição de vínculos dos usuários e profissionais e intervenções que não se baseiam em fundamentos teóricos, produzindo baixa qualidade da assistência e manutenção de elevados índices de morbimortalidade materna e infantil.

Dessarte, a avaliação e o monitoramento de políticas públicas são etapas imprescindíveis no planejamento governamental. Tal avaliação permite melhoria nos processos políticos, na qualidade da gestão, economia financeira e maior controle social. Dentre as metodologias avaliativas, destaca-se o Modelo Lógico (ML) que se configura uma proposta visual do funcionamento de um programa, permitindo organizar as ações de forma articulada aos resultados⁽³⁾.

Portanto, o ML é um instrumento que procura interpretar a teoria de um programa, descrevendo, de forma resumida, o desenho de seu funcionamento e principais componentes, permitindo verificar se ele está estruturado para alcançar o desempenho esperado⁽⁴⁾. O ML também permite realizar uma representação visual e sistemática do programa, que apresenta em forma de figura (tabela, fluxograma) a sequência de passos e relações que conduzem aos efeitos esperados⁽⁵⁾.

Com a finalidade de contribuir com os gestores da instituição estudada, este estudo pretende construir uma proposta de ML adaptada às características da Rede

Cegonha, componente parto e nascimento, em uma maternidade de atenção terciária no município de Fortaleza, Ceará.

Com isso, objetiva-se desenvolver um desenho de avaliação e medidas de desempenho, focalizando elementos da estratégia RC na assistência integral ao parto e nascimento, permitindo conhecer os agentes, as características e necessidades, as atividades desenvolvidas, a organização do processo de trabalho, assim como fornecer subsídios para reorganização das práticas com vistas às necessidades em saúde maternoinfantil.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental, a qual se construiu um ML a fim de conhecer a estratégia da Rede Cegonha desenvolvida em uma maternidade, respondendo questões que explicitam seus aspectos essenciais.

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade de nível terciário no município de Fortaleza, Ceará, durante os meses de novembro e dezembro de 2015, e dividiu-se em duas etapas distintas.

O ML é apresentado como uma representação gráfica de estrutura dinâmica, adaptada da execução do programa para garantir adequação com a realidade encontrada. Fornece uma ideia geral do programa, explicitando seus objetivos (iniciais, intermediários e finais); recursos utilizados e atividades, sendo utilizado para nortear os futuros processos de avaliação e expansão do programa.

Utilizou-se a proposta⁽³⁾ que define três componentes para a formulação de um ML: (1) Explicação do problema e referências básicas; (2) estruturação do programa para alcance de resultados; e (3) definição dos fatores de contexto. No presente estudo, utilizou-se o segundo e terceiro componentes, pois os aspectos relacionados à explicação do problema e referências básicas são informações conhecidas em relação à RC. Fez-se uso também das etapas 1 - coleta e análise das informações; e 2 - pré-montagem do ML, não sendo possível a realização da etapa 3 - validação do ML.

A primeira etapa correspondeu à coleta e análise das informações. Para coleta de dados foi construído um formulário estruturado⁽⁵⁾ baseado em algumas questões elencadas. Como o problema, objetivos geral e específicos, metas e a população da Rede Cegonha já são bem definidos por meio de portarias

ministeriais, utilizaram-se questões relativas às variáveis: recursos necessários, atividade/intervenções realizadas e efeitos/metasp esperadas pela instituição para cumprimento dos objetivos da RC, componente parto e nascimento, em âmbito local.

A coleta de dados foi realizada por meio de pesquisa em documentos produzidos e publicados na *homepage* da instituição em estudo. Por constituírem dados de domínio público, o presente trabalho não necessitou de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Foram analisados os Protocolos Assistenciais e os Relatórios Institucionais referentes aos anos de 2013 e 2014.

O relatório referente ao ano de 2013 foi utilizado para o conhecimento das metas alcançadas pela instituição no ano de 2014. Todas as informações foram sistematizadas em documento auxiliar para a etapa seguinte.

Na segunda etapa, denominada pré-montagem do ML, procedeu-se à construção do diagrama em que foi organizado o ML a partir das informações coletadas. Para esta etapa foi utilizada uma planilha no programa Excel 2010.

Por fim, foi realizada a diagramação do ML baseado nas características locais da maternidade para a estratégia RC. A pesquisa buscou esclarecer o que se espera do programa mediante os resultados e pode ser utilizada para avaliação, com vistas a contribuir por meio de referências para avaliações posteriores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2011, a maternidade estudada aderiu à proposta da RC e implantou gradativamente as diretrizes sugeridas, encontrando-se no presente momento como centro de apoio para o Ministério da Saúde.

Dos dados coletados, foram selecionadas as informações referentes aos recursos, ações, produtos, resultados e impacto do componente parto e nascimento. O ML construído representa uma ideia geral do programa na instituição estudada, explicitando seu objetivo geral, recursos utilizados e atividades desenvolvidas para o alcance dos resultados (Figura 1).

Figura 1. Modelo Lógico Rede Cegonha.

RECURSOS		ATIVIDADES/ INTERVENÇÕES	PRODUTOS	RESULTADOS	IMPÁCTO	
Leitos obstétricos	Profissionais - CPH	Assistência padronizada ao parto	Exames	Nº Partos	Óbitos Mulheres	
165 leitos específicos do centro de parto humanizado	Médicos, Enfermagem, Nutrição, Psicologia, Serviço Social	Há protocolo	Sim. Unidade de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos e da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Citopatologia	3.911	10	
		Evidências científicas nas ações		Epsotomias	Óbitos RNs	
		Sim		15%	124	
		Exames		Indução TP	Alívio da dor não farmacológico	
Salas PPP	Ambiente	Sim. USG, cardiocografias	Medicamentos	25%		
08 apartamentos com camas de pré-parto, parto e pós-parto	Acolhimento, privacidade, tranquilidade, iluminação leve	Ações educativas	Sim	Cesarianas	90%	
		Sim	Vacinas	2.080 (53,7%)	Acompanhante	
		Oferta de líquidos e alimentos	Sem informação	Posição	85%	
		Sim	Acolhimento	Vertical (100%)	Laceração	
UTI Obstétrica	Alívio da dor não farmacológico	Sugestão de movimentos	Sim. Há protocolo		23%	
01 unidade com 04 leitos			Sim	Orientação	Assistido - Enfer. Obst.	
Ambiência	Cavalinho para balanceio pélvico, banqueta de parto vertical, bola de Bobath, manta térmica, mesa semi-circular	Posições de livre escolha	Sim		25%	
		Sim	Empoderamento		Analgesia	
RDC38/2008 ANVISA		Uso de ocitocina como rotina	Sem informação			1%
		Não				
	Acompanhante					
		Sim. Há protocolo				

Os recursos utilizados para alcance dos objetivos podem ser divididos em humanos, financeiro e material⁽⁶⁾. Portanto, foram considerados como recursos os instrumentos próprios para garantia da implementação das ações da RC em âmbito local, como leitos obstétricos, salas pré-parto, parto e pós-parto (PPP), Unidade de Terapia Intensiva - UTI obstétrica, garantia da ambiência de acordo com RDC 36/2008⁽⁷⁾ que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neo Natal, presença de laboratório, fornecimento de exames, equipamentos, materiais/insumos, medicamentos, vacinas e equipe multiprofissional.

A instituição possui atualmente 85 leitos obstétricos distribuídos em duas clínicas obstétricas; quatro leitos de UTI materna; oito apartamentos pré-parto, parto e puerpério (PPP) com banheiros individuais, camas PPP, TVs, poltronas individuais, tubulações de oxigênio e ar comprimido, espaldários, bolas de Bobath, cavalos de balanço e uma enfermaria com dois leitos para atendimento às parturientes com pré-eclampsia ou outras em observação específicos do Centro de Parto Humanizado (CPH) e sala para Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR).

Os serviços de laboratório e fornecimento de exames são os implantados em hospital vizinho pertencente ao mesmo complexo hospitalar e compartilhados com a maternidade estudada.

Atuam no CPH equipe médica, de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social, contudo não apresenta de forma explícita e documentada as atividades específicas desempenhadas por cada membro da equipe multiprofissional, configurando-se em uma fragilidade encontrada.

Os dados coletados sobre a ambiência local não são citados de forma específica, porém são descritas a climatização das salas do centro cirúrgico e a privacidade durante todo o momento de parturição devido à existência de quartos PPP. As questões referentes às vacinas não puderam ser respondidas por falta de dados no relatório analisado.

Foram incluídas como ações àquelas realizadas na instituição que contribuem com algum resultado esperado pelo programa, como a existência de Colegiado Gestor, ACCR, protocolos assistenciais, adoção de boas práticas de atenção ao parto e nascimento, entre outras.

Na instituição em questão há procedimentos padronizados e protocolos para a assistência ao parto, amparando todas as ações em evidências científicas disponíveis e segundo as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento da OMS. Trinta protocolos estão disponíveis na *homepage* da instituição, estes dizem respeito ao acolhimento da parturiente, assistência ao parto vaginal, indução do trabalho de parto, dentre outros.

As parturientes são recebidas segundo a lógica do ACCR. Quanto aos exames disponíveis, são descritos ultrassonografias e cardiotocografias como realizados na própria instituição.

Em relação às boas práticas, são oferecidos líquidos e alimentos leves às parturientes; incentiva-se a mulher a deambular e se movimentar durante o trabalho de parto e a adotar posições de sua escolha durante o parto, salvo restrições médicas; dispõe-se de métodos não farmacológicos para alívio de dor como cavalinhos para balanceio pélvico, bola de Bobath, dentre outras.

Incentiva-se a presença de acompanhante de livre escolha da parturiente em toda a sua permanência no CPH, no entanto foi suspenso o projeto das doulas voluntárias, mas no relatório é citado a sua retomada o mais breve possível.

De acordo com o Ministério da Saúde, o apoio proporcionado pelas doulas promove, em várias evidências, uma série de benefícios para as mulheres. Metanálise de estudos randomizados envolvendo 15.061 mulheres demonstrou que, para aquelas parturientes alocadas para o suporte contínuo, houve uma maior incidência de parto vaginal espontâneo, menor necessidade de analgesia e maior satisfação com a experiência do parto. Tiveram também menor probabilidade de serem submetidas à cesariana ou ao parto instrumental e de terem bebê com baixos escores de Apgar no quinto minuto⁽⁸⁾.

A análise de subgrupo sugeriu que o suporte contínuo é mais efetivo quando promovido por uma mulher que não faça parte da equipe do hospital nem da rede social da gestante (doulas), e em locais onde não há disponibilidade de analgesia peridural⁽⁸⁾.

Constatou-se também registros positivos acerca da amamentação na primeira hora de vida; contato pele a pele da mãe com o bebê e medidas de prevenção de hipotermia materno-fetal, como o uso de gorro, saco plástico e temperatura ambiente da sala cirúrgica em 26°C.

Para alguns autores, as ações incentivadas pela RC buscam a melhoria da assistência obstétrica e ultrapassam o repasse de recursos, o aumento de leitos ou da oferta de procedimentos⁽⁹⁾.

No que se refere aos produtos, que dizem respeito aos efeitos esperados e alcançados em curto prazo, foi possível verificar que na instituição há uma Unidade de Diagnóstico por Imagem e Métodos Gráficos que realizou durante todo o ano de 2014, tanto em clientes internos como externos, um total de 6.463 dos seguintes exames ultrassonográficos: Obstétrico, US pélvico, transvaginal, dopplervelocimetria, abdominal, de parede (abdome), de mama, além de biópsia

de mama - PAFF (punção aspirativa com agulha fina) e CORE (biópsia de tecido).

Quanto aos exames laboratoriais, foram realizados 141.743 em 2014, através da Unidade de Laboratório de Análises Clínicas e Citopatologia. Isso equivale a uma média de 11.812 exames realizados mensalmente. Já os exames microbiológicos a fresco do conteúdo vaginal e de citologia oncótica cervicovaginal se configuraram em um total de 5.162 também em 2014.

Verificou-se que o uso de medicamentos como, por exemplo, os de analgesia farmacológica tiveram um índice abaixo de 1%. Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, como o uso do balanceio pélvico (cavalinho e bola de Bobath), deambulação, banho de aspersão, massagens e técnicas de relaxamento, foram utilizados em quase 90% das mulheres em trabalho de parto em 2014. Vale destacar que estas são práticas comprovadamente úteis, devendo ser estimuladas⁽¹⁰⁾.

Todavia, a taxa de uso de ocitocina para indução e condução do trabalho de parto em 2014 teve uma média de 25%. Nesse período, foram realizadas 2039 anestésias para cesáreas, sendo 41 para cesárea com laqueadura tubária, 47 para esvaziamento de mola hidatiforme, 549 para realização de curetagem pós-aborto, 58 para realização de curetagem semiótica, 362 anestésias para realização de outros procedimentos cirúrgicos obstétricos no centro cirúrgico, 27 anestésias para cirurgias neonatais e 1180 anestésias para realização de cirurgias ginecológicas.

Outro fator importante observado foi a existência do Protocolo de Acolhimento à Parturiente, pois compreende-se que acolher é um compromisso de resposta às necessidades de todos cidadãos que procuram pelos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Sendo assim, o protocolo apresenta as seguintes orientações: atender, ouvir a cliente, assumindo postura ética; receber a cliente com cordialidade e humanismo; dar boas vindas; apresentar-se à parturiente, identificando-se; chamá-la pelo nome; encaminhá-la ao leito e mostrar as dependências; ouvir suas queixas, mantendo escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos; orientar sobre o trabalho de parto; orientar sobre o uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor; estimular deambulação e exercícios verticalizados; acolher o acompanhante; estimular o contato pele a pele com o bebê no pós-parto imediato; estimular o aleitamento precoce na primeira hora de vida; oportunizar o corte do

cordão umbilical executado pelo pai ou acompanhante; promover o vínculo do trinômio mãe-bebê-pai.

Os resultados do programa/estratégia podem ser classificados de acordo com as metas alcançados em médio prazo e o impacto a longo prazo. A coluna de resultados intermediários evidencia mudanças nas causas dos problemas e reúne os resultados que, partindo dos produtos do programa, levam àquele resultado final⁽⁹⁾.

Quanto ao quesito resultados, ocorreram 3911 partos na instituição em 2014 (110 a mais que no ano anterior), sendo 1831 (46,8%) partos vaginais e 2080 (53,2%) cesáreas ou parto abdominal. Segundo dados do relatório, tal fato ocorre devido a instituição pesquisada ser referência municipal e estadual para atendimento obstétrico de nível terciário, recebendo grande número de clientes com patologias obstétricas e complicações.

Tal fato também justifica, segundo relatório, o número de óbitos em mulheres e recém-nascidos, que durante o período analisado, foram em número de nove óbitos maternos e 124 óbitos em recém-nascidos. Nos últimos 30 anos, a comunidade internacional de saúde tem considerado que a taxa ideal de cesáreas seria entre 10% e 15% de todos os partos. Em recente estudo da OMS, foi identificado que ao nível populacional, taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas com redução de mortalidade materna e neonatal⁽¹²⁾.

Ao analisar os dados sobre mortalidade materna, observa-se um declínio significativo dos números de 2014 em relação aos de 2013. Tal fato pode refletir o esforço empregado na adoção de condutas obstétricas seguras e revela o alcance do objetivo maior proposto pela RC, a diminuição da mortalidade nesse público alvo.

Outros resultados avaliados foram acerca de indicadores do centro obstétrico, suas metas alcançadas e os possíveis fatores que interferiram no alcance destas, a fim de avaliar o impacto e os efeitos das ações implementadas na instituição.

Totalizaram-se quatorze indicadores de boas práticas de atenção ao parto e nascimento descritos a seguir. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto foram usados em 90% das parturientes, contudo o documento avaliado não aprofunda a questão dos tipos de métodos utilizados e suas frequências em separado. A instituição reafirma que quando da

contraindicação de uso de algum método, outro poderá ser utilizado, fato que poderá justificar o alto índice de seu uso.

O indicador presença de acompanhante teve sua frequência em torno de 85%. Esse valor foi estabelecido pela instituição como meta, pois consideram a possibilidade de existirem mulheres que optem por parirem sem acompanhante ou, por alguma questão social, estejam impossibilitadas de tê-los.

A ocitocina para indução e condução do trabalho de parto foi utilizada em 25% das parturientes. Para a instituição, essa taxa demonstra a cautela no uso da medicação, principalmente a considerar que o valor vem decrescendo nos últimos anos. Um estudo realizado em centro de parto registrou que 30% das mulheres receberam ocitocina durante o trabalho de parto⁽¹³⁾.

A episiotomia é considerada como prática utilizada frequentemente de modo inadequado⁽¹⁰⁾ sendo desencorajado seu uso rotineiro. A taxa de episiotomia encontrada no ano de 2014 foi de 15%, semelhante a dados de outras maternidades brasileiras⁽¹⁴⁾.

Contudo, a taxa de lacerações perineais encontrada no mês de dezembro foi de 23%, não especificando o grau das lacerações. Reconhecendo a episiotomia como uma laceração de 2º grau, a instituição se compromete em avaliar melhor essas taxas, pois afirma que o aumento das taxas de laceração perineal podem estar relacionadas com práticas não recomendadas na assistência ao parto, não explicitadas no relatório estudado.

Em relação ao profissional que realizou a assistência ao parto, em torno de 25% das parturientes foram assistidas por enfermeiras obstétricas, sendo esse valor inferior aos anos anteriores. O relatório da instituição explica esse declínio pela admissão de novos profissionais médicos no 2º semestre de 2014 e de novas enfermeiras obstetras que poderiam desconhecer as diretrizes da instituição.

O indicador analgesia farmacológica teve um declínio em comparação ao ano de 2013. Seu valor em 2014 esteve abaixo de 1%, enquanto que no ano anterior aproximadamente 4,6% dos partos ocorreram com analgesia. Tal fato é atribuído à deficiência de profissionais anestesiológica no ano avaliado.

Para muitas mulheres, o alívio da dor pode ser obtido apenas com um suporte físico e emocional adequado. Deve-se transmitir segurança à parturiente, assim como orientá-la adequadamente sobre a evolução do parto.

A presença de um familiar pode contribuir sobremaneira para a redução da intensidade dolorosa. As massagens corporais, banhos (de chuveiro ou imersão), deambulação ativa, técnicas de respiração e relaxamento, toques confortantes, utilização das bolas de nascimento e outras medidas de suporte físico e emocional também devem ser utilizadas para alívio da dor. Quando for constatada a necessidade ou houver solicitação da mulher, métodos farmacológicos de alívio da dor devem ser utilizados. A analgesia peridural ou raquidiana e peridural combinada devem ser os métodos farmacológicos de alívio da dor de escolha, após se obter o consentimento da mulher, que deve receber orientação detalhada sobre os seus riscos e benefícios e implicações para o parto⁽¹⁵⁾.

Constatou-se que todas as parturientes pariram em posições verticalizadas. Os indicadores clampeamento do cordão umbilical, contato pele a pele entre mãe e bebê após o parto e aleitamento materno na primeira hora de vida não puderam ser avaliados devido à baixa taxa de preenchimento dos dados, tendo os seus valores omitidos no documento analisado.

CONCLUSÃO

A análise do quesito parto e nascimento local a partir do ML construído demonstrou, em geral, alinhamento conceitual entre as práticas implementadas pela maternidade estudada e às ações propostas pela RC.

Frente ao achados, levando em consideração a prioridade atribuída à avaliação como instrumento essencial para melhoria da gestão, pôde-se pontuar como fragilidades a baixa taxa de partos assistidos por enfermeiros, o percentual decrescente de analgesia de parto, a dificuldade em treinar profissionais recém admitidos e a pausa no projeto de doulas voluntárias. Como potencialidades, tem-se a existência do ACCR, a sedimentação das boas práticas, implementação de rotinas através da disponibilização de fluxogramas/protocolos à equipe multiprofissional e a colaboração da instituição nas ações realizadas pela Rede Cegonha durante o ano avaliado.

Dessa forma, pode-se inferir que estruturação do programa em âmbito local poderá favorecer o alcance dos resultados esperados em nível nacional. Contudo, o impacto positivo na morbimortalidade materna e neonatal proposto pela RC não dependerá exclusivamente das variáveis analisadas do componente parto e

nascimento da referida instituição, mas de outros fatores como qualidade do pré-natal, acesso das gestantes e parturientes aos exames e cuidados em saúde, dentre outros.

O ML mostrou-se uma ferramenta de gestão útil e factível na organização de processos de avaliação. As limitações do estudo dizem respeito às características do método empregado, pois na avaliação de documentos alguns itens considerados importantes não puderam ser avaliados pela ausência de registros, além da possibilidade de omissão de alguns dados na construção dos relatórios analisados.

REFERÊNCIAS

1. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de desenvolvimento do milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/Coordenação. Brasília: Ipea; 2014.
2. Ministério da Saúde (BR). Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. [Internet] 2011 [citado 2015 jun 15]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
3. Cassiolato M, Guerresi S. Como elaborar modelo lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010.
4. Cavalcanti PCS, Gurgel Junior GD, Vasconcelos ALR, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013; 23(4):1297-316.
5. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. P.65-78.
6. Romeiro C, Nogueira JAD, Tinoco SG, Carvalho KMB. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. *Rev Bras Atividade Física Saúde*. 2013; 18(1):132-42.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 36/2008 ANVISA - que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal [Internet] 2008 [citado 2015 jan 13]. Disponível em:

http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/040608_1_rdc36.pdf

8. Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Sys Rev.* 2012; 8:CD000012.

9. Cavalcanti PCS. O modelo lógico da Rede Cegonha. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife; 2010.

10. Organização Mundial de Saúde. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. [Internet] 1996 [citado 2015 ago 13]:1-93. Disponível em: http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf

11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia. [Internet] 2014 [citado 2015 ago 13]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/dae/ManualObstetricia.pdf>

12. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas [Internet] 2015 [citado 2015 jan 13]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf

13. Oliveira JSL, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(5):1031-8.

14. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Characteristics of labor and delivery care in three healthcare models within the Unified National Health System in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27(9):1789-800.

15. Ministério da Saúde (BR). Cadernos humanizaSUS. Humanização do parto e do nascimento. [Internet] 2014 [citado 2015 jan 13]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf MS 2014