



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

LAINÉ SILVA SERRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM UMA
MATERNIDADE ESCOLA DE SÃO LUÍS-MA**

SÃO LUÍS
2018

LAINÉ SILVA SERRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM UMA
MATERNIDADE ESCOLA DE SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem

Orientadora: Ma Paula Cristina Alves da Silva

SÃO LUÍS

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo (a) autor
(a). Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Serra, Laine Silva.

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM UMA
MATERNIDADE ESCOLA DE SÃO LUÍS-MA

/ Laine Silva Serra. - 2018.

63 f.

Orientador(a): Paula Cristina Alves da Silva.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Assistência ao Parto. 2. Avaliação em Saúde.
3. Parto Normal. 4. Saúde da Mulher. I. Silva, Paula
Cristina Alves da. II. Título.

LAINE SILVA SERRA

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM UMA MATERNIDADE
ESCOLA DE SÃO LUÍS-MA**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do
Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof.^a Paula Cristina Alves da Silva (Orientadora)
Mestre em Ciências Ambientais e Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Lena Maria Barros Fonseca (1º membro)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Claudia Teresa Frias Rios (2º membro)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico este trabalho à minha família, que
foi meu porto seguro perante as
dificuldades da vida.*

*Em especial à Ivan Lúcio (in memoriam),
porque me ver contente o fazia feliz.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sua presença e conforto em todos os momentos. Nada teria sido possível sem Ele.

À Universidade Federal do Maranhão e ao Hospital Universitário, por possibilitar aprendizagem, oferecendo suporte acadêmico no ensino, pesquisa e extensão. Ao Departamento e Coordenação de Enfermagem, pelo corpo docente preparado e sempre disposto a ajudar.

À orientadora deste trabalho, professora Ma. Paula Cristina Alves da Silva, por sua competência, atenção e dedicação. Obrigada por ser um exemplo de profissional a seguir, e por compartilhar comigo seus conhecimentos.

À professora Dr^a. Lena Fonseca e a professora Dr^a. Cláudia Rios, por terem aceitado participar desta banca, e pelas contribuições valiosas no momento da pré-banca.

À toda minha família, em especial à minha mãe, Raimunda Serra, que sempre apoiou minhas decisões, por seus sacrifícios e por tudo que abriu mão para que nunca faltasse nada para suas filhas, seu exemplo de vida que me incentiva a nunca desistir em meio as dificuldades. Você é a minha pessoa preferida!

Aos meu pais Edison Serra e Luís Louzeiro, sem vocês eu não teria chagado até aqui. Obrigada por estarem disponíveis para tudo!

Às minhas irmãs Ediane Serra e Taynara Serra, que estão ao meu lado desde o momento que eu nasci, sempre presentes, me protegendo e distribuindo “brincadeiras desnecessárias” (sem as quais eu não seria a Laine de hoje). E também às minhas irmãs Deisse Serra e Ludimylla Serra, as quatro são as melhores do mundo.

Ao meu namorado, Cristiano Alves, pelo amor, paciência, companheirismo e compreensão nos momentos em que não estive presente. E por todo apoio ao longo dos anos.

E à todos os amigos que direta ou indiretamente, contribuíram para minha trajetória no curso de Enfermagem, obrigada por me fazerem rir todos os dias, e tornarem os problemas mais leves!

“Para mudar o mundo é preciso antes,
mudar a forma de nascer.”

(Michel Odent)

RESUMO

Introdução: A humanização da assistência ao parto surgiu como um desafio para as instituições, profissionais de saúde e sociedade, visando a implementação de novas práticas assistenciais. Índice de Bologna é constituído por cinco medidas que, quando analisadas em conjunto com as taxas de cesáreas e a presença de um profissional de saúde no parto vaginal, refletem a qualidade da assistência. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da assistência ao parto normal em um Hospital Universitário com uso do Índice de Bologna (IB). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise documental retrospectiva de abordagem quantitativa. O instrumento de coleta de dados contempla o IB e questionamentos sobre o profissional na assistência obstétrica. Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel, e os resultados foram obtidos através de análise estatística proveniente do software Epi Info™ versão 7.2.2.6. **Resultados:** A presença do acompanhante foi verificada em 81,05%, dos casos, o uso do partograma em 21,40%, os partos não estimulados representaram 59,87%, adoção de posições não supinas foram identificadas em 13,04%, e o contato pele a pele foi realizado em 39,48%. Em relação as notas obtidas, apenas 0,79% (n=11), alcançaram nota máxima 5. A média obtida para os valores do escore foi 2,14. A frequência do profissional na assistência ao parto foi 100%, sendo 72,73% médicos e 12,68% enfermeiros obstetras, dos 11 casos com nota máxima, 8 foram de responsabilidade da Enfermagem. **Conclusão:** A alta taxa de cirurgias cesarianas e de partos induzidos/estimulados ou que houve utilização instrumental, e a baixa média alcançada pelo escore, demonstram a qualidade da assistência inferior à desejada, mesmo quando associado a presença de profissional de saúde em 100% dos casos, uma vez que a mesma não garantiu a aplicação de boas práticas obstétricas na instituição.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Assistência ao Parto. Parto Normal. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

Introduction: The humanization of the childbirth care emerged as a challenge for the institutions, health professionals and society, aiming at the implementation of new practices of care service. Index of Bologna is composed of five measures that, when analyzed together with the cesarean rates and the presence of a health professional in the vaginal labor, reflect the quality of the care service. **Aim of study:** Evaluate the quality of the care service to a normal childbirth at a University Hospital by using the Index of Bologna (IB). **Methods:** This is a descriptive research with a retrospective document analysis of quantitative approach. The data collection instrument contemplates the IB and inquiries about the obstetric care professional. The data were tabulated with the Microsoft Office Excel software and the results were obtained through statistical analysis coming from Epi Info™ software, version 7.2.2.6. **Results:** The presence of a companion was seen in 81,05% of the cases, the usage of a partogram in 21,40%, non stimulated labor represented 59,87%, the adoption of non supine positions were identified in 13,04%, and the skin-to-skin contact was seen in 39,48%. Regarding the grades obtained, only 0,79% (n = 11), reached a maximum grade 5. The average obtained in the score was 2,14. The frequency of the professional in the childbirth care was 100%, being 72,73% doctors and 12,68% obstetrics nurses. **Conclusion:** The high rate of cesarean surgeries and induced/stimulated labor or that there was instrumental utilization, and the low rate scored demonstrate the intended quality of the lower care, even when associated to the presence of a health professional in 100% of the cases, as the same one did not insure the application of good obstetrics practices in the institution.

Keywords: Evaluation in Health. Childbirth Care. Normal Childbirth. Woman's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

- Tabela 1.** Pontuação Índice de Bologna para os partos de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 39
- Tabela 2.** Frequência de profissionais de saúde na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 40
- Tabela 3.** Comparação da pontuação do Índice de Bologna, entre categoria profissional na assistência ao parto, em uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 42

QUADROS

- Quadro 1.** Frequência obtida por indicador do Índice de Bologna, referente aos partos vaginais de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 ... 31
- Quadro 2.** Dados referentes aos métodos de indução/estimulação/uso de instrumentais mais frequentes nos partos de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 36

GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Frequência obtida por indicador do Índice de Bologna, referente aos partos vaginais de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 ... 35
- Gráfico 2.** Pontuação Índice de Bologna para os partos assistidos por Enfermeiros em de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 (n = 176) 43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCO – Centro Cirúrgico Obstétrico

COMIC – Comissão Científica

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

HUUFMA – Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

HU-UMI – Hospital Universitário Unidade Materno Infantil

IB – Índice de Bologna

MNFAD – Métodos não farmacológicos para alívio da dor

MS – Ministério da Saúde

N – Número absoluto

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM – Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PPP – Pré-parto, Parto e Puerpério

RC – Rede Cegonha

SUS – Sistema Único de Saúde

TP – Trabalho de parto

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo Geral	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1	Evolução das Leis, Programas e Políticas de Atenção à Saúde Mulher	16
3.1.1	Humanização do parto e nascimento	18
3.1.2	Histórico das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (OMS)	20
3.2	Avaliação em saúde	21
3.2.1	Índice de Bologna	22
4	METODOLOGIA	24
5	RESUTADOS E DISCUSSÃO	27
6	CONCLUSÃO	43
	REFERÊNCIAS	44
	APÊNDICES	54
	APÊNDICE A - DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	57
	ANEXOS	58
	ANEXO A - PARECER DO COLEGIADO DE CURSO	59
	ANEXO B - PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP	60

1 INTRODUÇÃO

O momento do parto configura-se como um processo natural, que abrange aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Garantindo assim, uma experiência única e de importante impacto emocional, não só para a mulher, mas para a família (CARVALHO, 2014).

Historicamente, era um acontecimento domiciliar assistido pelas mulheres mais experientes da comunidade, denominadas parteiras, que realizavam além da assistência ao parto, os cuidados iniciais com o recém-nascido. Estas, executavam seu ofício através do conhecimento empírico, compartilhado entre as gerações por meio da prática e transmissão oral (BRIGAGÃO; GONÇALVES, 2010; ALVARENGA; KALIL, 2016).

No final do século XIX, com objetivo de reduzir as altas taxas de mortalidade materna e perinatais, ocorreu a institucionalização do parto. Este, foi gradualmente transformado em um evento controlado, com a presença de profissionais especializados, associado ao uso de tecnologias, difundindo-se assim, a ideia de que o novo modelo oferecia mais segurança que o parto domiciliar realizado por parteiras. Nesse período, a parturiente deixa de ser protagonista no ambiente hospitalar, e a equipe profissional responsável pelo parto, age com base em normas institucionais e práticas intervencionistas, mantendo a mulher isolada em salas de pré-parto ou parto, tendo em sua volta equipamentos e pessoas desconhecidas (MONTICELLI, 1994; PETER *et al.*, 2010; CARVALHO, 2014; AIRES *et al.*, 2015;).

Contudo, nas últimas décadas, este modelo de assistência tem levantando questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério. Conduzindo à criação de políticas públicas voltadas à saúde da mulher e humanização da assistência (REZENDE, 2014; AIRES *et al.*, 2015).

No Brasil, existem programas e políticas dirigidas para garantir a qualidade do atendimento prestado. A saúde da mulher, no entanto, apenas foi incluída às políticas nacionais de saúde no início do século XX, e estas, abordavam as ações referentes à gravidez e ao parto. Em 1984, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, além de outras

necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004a).

Em 1 de junho de 2000, por meio da Portaria GM nº 569, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecendo entre outros, os direitos da mulher durante gestação, parto e puerpério, e os princípios gerais e condições para a adequada assistência ao parto. A humanização da assistência surgiu como um desafio para as instituições de saúde, profissionais da área e sociedade de forma geral, visando a implementação de novas práticas assistenciais e principalmente a redefinição do sujeito protagonista nesse cenário (BRASIL, 2000; CARVALHO, 2014; GAIVA *et al.*, 2017).

Posteriormente, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 instituiu no âmbito do SUS a Rede Cegonha (RC), reforçando a proposta do PHPN de adoção de estratégias com o objetivo de garantir melhoria do acesso, da cobertura e qualidade da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal, assim como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Sendo assim, de acordo com as políticas supracitadas, a assistência obstétrica deve estar pautada na qualidade e respeito. Mas para a garantia da evolução dos serviços e cumprimento das políticas vigentes, avaliações contínuas são necessárias. Oliveira *et al.* (2015), ressaltam que a avaliação pode servir como um programa de garantia da qualidade, atuando como importante instrumento de gestão, permitindo através dela a visualização da assistência prestada. Em abril de 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o departamento regional da OMS elaboraram uma cartilha de recomendações sobre a assistência ao parto. Com o objetivo de atualizar e reforçar as recomendações da cartilha anterior, em 1996, a OMS lançou o Manual de Boas Práticas e Atenção ao Parto e o Nascimento (OMS, 1996).

Este manual, divide as práticas realizadas na assistência ao parto em quatro categorias: CATEGORIA A - práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas; CATEGORIA B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; CATEGORIA C - práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; e CATEGORIA

D - práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado; sendo seu principal objetivo padronizar a condução do trabalho de parto (TP) e parto pelo mundo (OMS, 1996; GIGLIO *et al.*, 2011).

Baseando-se nessa categorização, no ano de 2000, a OMS propôs um sistema de escore para avaliação da assistência ao parto normal, chamado Índice de Bologna. É constituído por cinco medidas: presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; presença de partograma; ausência de estimulação do TP ou cesariana de emergência ou uso de instrumental; parto em posição não supina e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (GIGLIO *et al.*, 2011; CARVALHO, 2014).

Este sistema de avaliação, possibilita uma avaliação quantitativa mais precisa da assistência ao parto e nascimento, quando associado com outros dois indicadores: porcentagem de mulheres com estimulação do trabalho de parto ou cesariana e porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde. Assim, a qualidade da assistência é considerada máxima quando se encontra associado baixas porcentagens de cesarianas ou indução de parto, altas porcentagens de partos assistidos por um profissional de saúde e alto índice de Bologna (GIGLIO *et al.*, 2011; CARVALHO, 2014).

Diante dessas considerações, torna-se relevante conhecer como se define hoje a assistência hospitalar ao parto normal. Principalmente, após o movimento de humanização iniciado nessas últimas décadas, tendo como marco importante as recomendações de Boas Práticas pela OMS em 1996, na tentativa de resgatar condutas benéficas anteriormente utilizadas.

Assim, a questão problema desta pesquisa é: o Hospital Universitário Materno Infantil de São Luís-MA, cumpre as recomendações de boas práticas avaliadas pelo Índice de Bologna, no processo de assistência ao parto e nascimento? A mesma foi realizada a partir das fichas de monitoramento da assistência ao parto, da instituição. Escolheu-se uma maternidade escola, por acreditar que este tipo de instituição é mais sensível as mudanças e recomendações que ocorrem no cenário nacional e, assim também, contribuir com reflexões sobre a temática.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a qualidade da assistência ao parto normal em um Hospital Universitário com uso do Índice de Bologna.

2.2 Objetivos Específicos

- Determinar o Índice de Bologna para os partos vaginais;
- Verificar o percentual de cesarianas e partos vaginais;
- Avaliar quais os métodos de indução mais frequentes no trabalho de parto;
- Verificar a relação entre o resultado do Índice de Bologna obtido e o profissional na assistência ao parto.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura que subsidia o presente estudo é apresentada em dois subcapítulos, os quais tecem considerações a respeito da evolução das leis, programas e políticas de atenção à saúde da mulher, e sobre avaliação da qualidade da assistência ao parto normal.

3.1 Evolução das Leis, Programas e Políticas de Atenção à Saúde da Mulher

A Atenção à Saúde da Mulher só foi incluída às políticas nacionais de saúde no início do século XX. No entanto, os programas elaborados nesse período, traduziam a visão da maternidade como principal função da mulher, ficando restrito apenas às questões relacionadas ao período gravídico e ao parto. Em 1975, foi criado o Programa Materno Infantil, que além de abordar ações voltadas ao pré-natal, parto e puerpério, também continha ações relacionadas ao período pré-concepcional. Porém, este programa não foi suficiente para influenciar positivamente os indicadores de saúde da mulher (MARQUES, 2016).

Em 1984, em razão dos movimentos sociais e femininos, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS), representando a primeira iniciativa do governo de incluir o planejamento familiar nas ações de atenção à saúde da mulher. O PAISM, tinha como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização, regionalização, integralidade e equidade da atenção. Além disso, o programa passou a abranger ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, abordando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, e outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004a; MARQUES, 2016).

Levando em consideração as altas taxas de morbidade e mortalidade materna, perinatal e neonatal, foi instituído por meio da Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como objetivo primordial: “assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às

gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002).

O MS instituiu, em 2004, o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que consiste na execução de um conjunto de ações articuladas, garantindo a qualificação da atenção obstétrica e neonatal. Para tanto, foram assumidas algumas ações estratégicas, tais como: garantir o acolhimento de mulheres e recém-nascidos, evitando a peregrinação em busca de atendimento; atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento; ampliação das ações de planejamento familiar; e aprimoramento dos serviços das maternidades (BRASIL, 2004b).

Ainda em 2004, foi elaborada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta, incorpora a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca a consolidação dos avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento reprodutivo, na atenção ao abortamento inseguro e aos casos de violência doméstica e sexual. Além disso, expande suas ações para grupos anteriormente excluídos das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2015).

Em 2005, entrou em vigor a lei nº 11.108, de 7 de abril, que trouxe alteração à lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, garantindo assim, às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. A Lei determina que o acompanhante deve ser indicado pela gestante, proporcionando assim, um ambiente seguro e acolhedor (BRASIL, 2005).

Posteriormente, em 2011, com a proposta de qualificar assistência ofertada pelo SUS no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e puerpério, o Governo Federal institui pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha, que tem como objetivos a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha tem como foco a atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses; a organização da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e redução da mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. Dessa forma, a Rede Cegonha contribui para o

fortalecimento dos serviços com qualidade, bem como a humanização do parto e nascimento (BRASIL, 2011; ARAUJO *et al.*, 2014).

3.1.1 Humanização do parto e nascimento

Segundo Moreira (2014), a humanização possui vários significados, no entanto, na prática, pode ser compreendida como um vínculo entre profissionais e usuários, devendo ser fundamentada em termos éticos e guiada através de ações de valorização e compreensão do indivíduo, estando diretamente ligada à qualidade da assistência prestada e a valorização do cliente com reconhecimento dos seus direitos (ALVES, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015; SANCHES *et al.*, 2016; POSSATI *et al.*, 2017).

Nesta perspectiva, a humanização do parto e nascimento pode ser conceituada como uma experiência humana que envolve a valorização da mulher através de uma assistência individualizada, e pautada em práticas que visem o desenvolvimento saudável dos processos de gestação, parto e nascimento. No entanto, é necessária a organização das instituições, bem como a capacitação dos profissionais de saúde para que ocorra o abandono de condutas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2000; POSSATI *et al.*, 2017).

Baseando-se nessas proposições, o PHPN, instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, propôs várias recomendações baseando-se nas necessidades da gestante e puérpera, entre elas estão a melhoria do acesso aos serviços de saúde e melhor cobertura e qualidade da assistência prestada. Além disso, para garantir um melhor funcionamento o PHPN foi estruturado tendo como princípios o direito ao atendimento digno, garantia ao acesso à maternidade, além do direito ao acompanhante durante parto e puerpério (SANCHES *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015; POSSATI *et al.*, 2017).

Dessa forma, com a inserção do PHPN, o MS trouxe uma mudança nas condutas realizadas, instituindo um novo modelo de assistência, promovendo o respeito pela mulher durante o ciclo gravídico puerperal. E servindo como meio de instrumento para avaliações da qualidade do serviço prestado pelas instituições de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

3.1.2 Histórico das Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento (OMS)

Em 1985 aconteceu em Fortaleza a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento e Parto, nesta Conferência, a OMS realizou algumas recomendações, entre elas o livre acesso de um acompanhante a critério da gestante durante trabalho de parto e parto. Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, a partir de uma atualização dos trabalhos da Conferência de Fortaleza de 1985, orientando os cuidados baseados em evidências científicas (OMS, 1996; CHAMPE *et al.*, 2016). A mesma foi categorizada da seguinte forma:

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS

1. Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
2. Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
3. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
4. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
5. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
6. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
7. Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
8. Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
9. Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
10. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
11. Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
12. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
13. Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
14. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
15. Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
16. Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
17. Condições estéreis ao cortar o cordão
18. Prevenção da hipotermia do bebê
19. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
20. Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS:

1. Uso rotineiro de enema
2. Uso rotineiro de tricotomia
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto

4. Cateterização venosa profilática de rotina
5. Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
6. Exame retal
7. Uso de pelvimetria por Raios-X
8. Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
9. Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
10. Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
11. Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
14. Lavagem uterina rotineira após o parto
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO:

1. Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
2. Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
3. Pressão do fundo durante o trabalho de parto
4. Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto
6. Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical
8. Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO:

1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
2. Controle da dor por agentes sistêmicos
3. Controle da dor por analgesia peridural
4. Monitoramento eletrônico fetal
5. Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
7. Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
9. Cateterização da bexiga
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
12. Parto operatório

13. Uso liberal e rotineiro de episiotomia
14. Exploração manual do útero após o parto (OMS, 1996, p. 34-36).

Em fevereiro de 2018, objetivando reduzir intervenções médicas desnecessárias e o número de partos cirúrgicos, quando estes, puderem ser evitados, a OMS publicou uma atualização das recomendações de boas práticas para o parto normal, trazendo suas orientações divididas em: recomendações de cuidados durante todo o parto e nascimento, recomendações na primeira etapa do trabalho, recomendações na segunda etapa do trabalho, recomendações na terceira etapa do trabalho, recomendações durante os cuidados com o recém-nascido e recomendações para os cuidados com a puérpera. Tal atualização fortalece as práticas estabelecidas anteriormente (OMS, 2018).

3.2 Avaliação em saúde

A avaliação da qualidade em saúde é uma importante ferramenta para direcionar o planejamento e a gestão dos serviços prestados, uma vez que estes, podem ser avaliados nas suas diferentes dimensões, podendo acontecer nos cuidados individuais, e nos níveis mais complexos de assistência, como funcionamento de políticas e programas governamentais, além de poder ser relacionada com a formação profissional e recursos terapêuticos disponíveis. Assim, proporciona alterações significativas no campo assistencial, pois através da mesma, é possível identificar falhas no atendimento e mal direcionamento dos recursos (STEIN, 2013; AKERMAN; FURTADO, 2015).

O modelo de avaliação mais utilizado atualmente, foi proposto por Donabedian em 1960, o mesmo abrange os componentes básicos dos serviços de saúde separados em três categorias: estrutura, processo e resultados (GIGLIO *et al.*, 2011).

Na análise da estrutura, são levantados recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência hospitalar, incluindo financiamento e mão-de-obra. A avaliação do processo deve levar em consideração os procedimentos necessários para a condução dos casos atendidos, verificando sua eficácia e permitindo a identificação de procedimentos realizados desnecessariamente. O resultado por sua vez, reflete o produto final da assistência

prestada, avaliando saúde, satisfação e expectativas dos usuários dos serviços (GIGLIO *et al.*, 2011; ALMEIDA, 2017).

A análise do processo, pode ocorrer de forma individual e coletiva. A análise individual pode ser realizada através de auditorias e perícias, tendo como base normas e rotinas pré-estabelecidas. Enquanto a avaliação do processo de forma coletiva, deve ser realizada através de indicadores, podendo haver comparação de indicadores entre instituições (PORTELA, 2000; GIGLIO *et al.*, 2011).

No que se refere a avaliação da qualidade da assistência ao parto e nascimento, os indicadores mais utilizados são: a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva e porcentagem de parturientes atendidas por um profissional de saúde que, quando associados ao Índice de Bologna, podem refletir a eficácia dos serviços ofertados (CARVALHO; BRITO, 2016).

3.2.1 Índice de Bologna

Considerando que o parto normal é um evento fisiológico e que as condutas realizadas devem ser baseadas em evidências científicas, evitando intervenções desnecessárias, a OMS identificou a necessidade de avaliar a assistência ofertada à mulher durante o parto e puerpério. Para isso, utilizou as recomendações categorizadas em 1996, criando, uma ferramenta denominada Score de Bologna ou Índice de Bologna (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Tal ferramenta, é pioneira na avaliação quali-quantitativa da assistência ao parto vaginal, sendo composto de cinco itens: 1) presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; 2) utilização de partograma; 3) ausência de estimulação do TP ou uso de instrumental; 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (GIGLIO *et al.*, 2011; NOVO *et al.*, 2016).

Para cada item é concedida uma pontuação: “1”, quando presente, e “0”, quando ausente. O somatório das notas atribuídas a cada item, corresponde ao resultado final. A pontuação máxima “5” representa a efetiva condução do parto, enquanto a pontuação “0” representa a má qualidade da condução do parto. Pontuações entre esses limites, correspondem às variações da qualidade de assistência (GIGLIO *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com a OMS, a qualidade dos cuidados ofertados no período do parto e nascimento é avaliada de forma mais adequada quando realizada associando o índice Bologna (Indicador C) com os indicadores: “porcentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana” (Indicador A) e “porcentagem dos partos acompanhados por um profissional de saúde” (Indicador B). Dessa forma, quando se encontra a associação de baixas porcentagens de cesarianas e/ou induções de parto, altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto índice Bologna, a qualidade de assistência ao parto é considerada máxima (GIGLIO *et al.*, 2011; CARVALHO, 2014).

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise documental retrospectiva e de abordagem qualiquantitativa dos dados. A pesquisa descritiva com análise documental pretende descrever os fatos e os fenômenos de uma determinada realidade, criando formas de compreendê-los e dar a conhecer como estes têm se desenvolvido. É realizada, através da coleta de dados de fontes como tabelas estatísticas, pareceres, relatórios, notas, projetos de lei, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos entre outros (SÁ-SILVA *et al.*, 2009. ALMEIDA, 2017).

Este estudo é derivado da pesquisa intitulada “PARTO INSTITUCIONAL: avaliação da assistência ao parto normal a partir do escore de Bologna em uma maternidade escola de São Luís-MA”. Foi realizada no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), na Unidade Materno-Infantil.

O Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HU-UMI) é uma referência estadual para gestantes de alto risco, tanto para internação obstétrica como para o parto, e também referência para a gestante de risco habitual dos bairros circunvizinhos. O CCO possui capacidade instalada de 11 leitos de pré-parto, parto e puerpério (PPP) e duas salas de parto convencionais. Atuam neste setor, além de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, profissionais de fisioterapia, psicologia, nutrição, serviço social que buscam oferecer uma assistência integral a parturiente. E por se tratar de uma maternidade escola, o setor é campo de treinamento para residentes das seguintes categorias: medicina, enfermagem, psicologia, serviço social e fisioterapia. E também para internos de medicina e enfermagem.

Em 2015, foram realizados 3377 partos, sendo 49% (1672) de parto operatório cesáreo e 51% (1749) de parto normal. Em 2016, foram realizados 3291 partos, sendo 46,9% (1545) de partos vaginais e 53,1% (1746) de cesarianas. Em 2017, o hospital realizou 2957 partos, nos quais 46,7% (1382) destes foram partos vaginais e 53,3% (1575) de cesarianas. Apesar do número elevado de parto operatório cesariano, o parto vaginal é sempre a primeira opção para o nascimento neste serviço.

Compõe a população deste estudo todas as mulheres que pariram no CCO, do HUUFMA Unidade Materno-Infantil. Ficam excluídas as mulheres que neste intervalo tiveram óbito fetal e as que foram submetidas à curetagem, além das parturientes que não tiveram a ficha de monitoramento preenchida. Assim, foram coletadas informações de 1388 fichas.

Os dados foram coletados referentes ao período compreendido entre julho de 2017 e maio de 2018. A coleta foi realizada a partir da Ficha de Monitoramento dos Procedimentos Obstétricos, que é um instrumento utilizado no Centro Obstétrico do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil para registro dos procedimentos realizado com cada parturiente,

O instrumento de coleta de dados (APÊNDICE B), contempla as variáveis do Escore de Bologna que são: 1) Presença do acompanhante durante o parto; 2) Uso de partograma; 3) Ausência de estimulação ou indução durante o trabalho de parto e parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia), ou uso de instrumental (fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) Parto em posição não supina; 5) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento). E, possui questionamentos sobre o profissional na assistência ao trabalho de parto e parto. Durante a avaliação dos resultados, para cada variável foi atribuída uma pontuação: “1”, se presente, e “0” se ausente. A pontuação final é obtida com o somatório de todas as variáveis, sendo a nota máxima (5) correspondente à efetiva condução do parto, e a nota mínima (0) correspondente a um parto mal conduzido. Pontuações intermediárias indicam variações na qualidade da assistência (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

O instrumento de coleta de dados, foi aplicado com o intuito de verificar a aplicabilidade das boas práticas recomendadas aos partos normais, através do Escore de Bologna. Desta forma, o mesmo foi aplicado apenas às fichas relacionadas aos partos vaginais ocorridos no HU-UMI, no período referido.

Após a coleta de dados, as informações foram tabuladas no programa Microsoft Office Excel. Os resultados foram obtidos através de análise estatística proveniente do software Epi Info™ versão 7.2.2.6. A exposição dos mesmos, foi realizada através de tabelas e gráficos, e discutidos por meio de comparação com literaturas disponíveis sobre o tema.

Para que esta pesquisa fosse realizada, foram levados em consideração os pressupostos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho

Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – HUUFMA, e sua aprovação foi realizada por meio do parecer número 2.073.252 (ANEXO A). Também foi submetido à análise e aprovação do Colegiado do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (ANEXO B).

Foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de uma pesquisa documental, sendo inviável a aplicação do mesmo. Por ser um estudo documental, os riscos tornam-se secundários por não ter contato direto com o público-alvo da pesquisa. Dessa forma, passam a ser relacionadas a coleta de dados, realizada nas fichas de monitoramento.

Para minimizar riscos relacionados à quebra de confidencialidade e sigilo dos dados, os pesquisadores comprometeram-se em armazenar os formulários de coleta de dados em local seguro, e manter o anonimato das participantes. A pesquisa trará como benefício à contribuição para a elaboração de estatísticas e a obtenção e organização de conhecimentos científicos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período correspondente a julho de 2017 e maio de 2018, o número total de partos realizados no hospital de estudo foi de 2890, destes, 1484 (51,3%) são referentes a cirurgias cesarianas e 1406 (48,7%) relacionados aos partos vaginais.

Dados epidemiológicos apontam que, mesmo após a publicação do Manual de Boas Práticas elaborado pela OMS em 1996 e a implementação dos programas de humanização, o Brasil vive um cenário com altas taxas de cesarianas e partos induzidos ou realizados com a utilização de instrumentais. No entanto, deve-se levar em consideração que o mesmo, não é um procedimento livre de riscos, portanto, sua realização deve ser criteriosa, preferencialmente realizada apenas quando os benefícios ultrapassarem os riscos (BRASIL, 2016; SOUZA *et al.*, 2017).

Eufrásio (2018), em sua pesquisa realizada através dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), onde foram analisados os dados referentes aos tipos de partos em todas as regiões do Brasil, afirma, que as taxas de cesarianas ultrapassam 50%, embora seja classificado pela OMS como prática frequentemente usada de modo inadequado (CATEGORIA - D). De acordo com o DATASUS, em 2016, 55,44% dos nascimentos ocorridos no país, foram por meio de cirurgias cesarianas. Quando analisado apenas os dados referentes a Região Nordeste, neste mesmo período, a frequência foi de 49,91%, sendo que a OMS recomenda a taxa máxima de 15% de partos cirúrgicos, pois os mesmos quando realizados sem indicação representam um risco para o crescimento dos índices de morbimortalidade materna, neonatal e infantil (OMS, 1996; BRASIL, 2016; CHAMPE *et al.*, 2016; BRASIL, 2018).

Esses achados, tendem a corroborar com este estudo, uma vez que a taxa de cesariana encontrada foi de 51,3%, porém, vale salientar que o alto índice de partos cirúrgicos evidenciados por esta pesquisa pode representar o perfil da maternidade em estudo, uma vez que esta é um Hospital Universitário e referência para gestação de alto risco. Giglio *et al.* (2011), em pesquisa realizada em 13 hospitais de referência para partos de risco habitual, em Goiânia, comprovou o índice de cesárias de 56%, apresentando ainda, uma variação significativa entre hospitais públicos 38% e privados 85%. Moura e Feitosa (2017), em pesquisa efetivada no Ceará, com o

objetivo de coletar dados referentes ao tipo de parto mais frequente no estado, também obtiveram elevada taxa de cirurgias cesarianas (53,6%).

Ye *et al.* (2014), realizaram uma compilação dos dados relacionados às últimas três décadas, em mais de 10 países. Nesse estudo, analisaram as taxas de cesáreas levando em consideração os fatores econômicos, e as taxas de mortalidade materna, neonatal e infantil. Seus resultados apontaram, que quanto menor a frequência de partos cirúrgicos sem indicação, menor o percentual de mortalidade materna, neonatal e infantil. Mostrando a partir desses dados, a necessidade de adequação às práticas hospitalares recomendadas pela Organização Mundial de Saúde, de forma a alcançar diminuição de partos cesáreos e de partos induzidos (MOURA; FEITOSA, 2017).

Madeiro *et al.* (2017) e Eufrásio (2018), concordam com essas considerações, uma vez que as altas taxas de cirurgias cesarianas encontradas em seus respectivos estudos apontam a necessidade de intervenções. No entanto, para que haja mudança nesse cenário é necessária a inclusão de ações educativas, como palestras e seminários, tendo como alvo além das gestantes, os profissionais de saúde, a fim de melhorar a assistência materno-infantil e aumentar o índice de partos normais realizados. Além disso, uma forma eficaz de conscientizar e dividir o conhecimento com as gestantes é através de sala de espera, que consiste em pequenas palestras e rodas de conversa, otimizando o tempo e desmistificando o parto normal.

Em relação ao percentual de partos vaginais ocorridos na instituição de estudo, o valor obtido foi de 48,7%, frequência esta, aquém da recomendada pela OMS. Gottems *et al.* (2018), em seu estudo descritivo e quantitativo, realizado em 11 centros obstétricos de hospitais públicos do Distrito Federal, com o objetivo de avaliar a adesão dos profissionais de saúde às boas práticas de assistência ao parto e nascimento, concluíram que embora os profissionais realizem as boas práticas baseadas em evidências científicas, ainda intervêm desnecessariamente no parto (OMS, 1996).

Calculando a frequência para cada padrão do escore de Bologna, se obteve os resultados demonstrados no quadro 1, que podem ser melhor visualizados no gráfico 1.

Quadro 1. Frequência obtida por indicador do Índice de Bologna, referente aos partos vaginais de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018.

Itens do Score	N*	%
Presença do acompanhante	1125	81,05
Uso de partograma	297	21,40
Ausência de indução/estimulação ou uso de instrumentais	831	59,87
Parto na posição não supina	181	13,04
Contato pele a pele	548	39,48

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

* Valor referente à frequência encontrada de cada item na população

O respeito à escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto, está presente na categoria de práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas (CATEGORIA – A), além disso, no Brasil é um direito garantido por lei. No entanto, no estudo atual a presença do mesmo foi registrada em 81,05% dos nascimentos. No estudo realizado no Camboja, 100% das parturientes tiveram a presença de um acompanhante de sua escolha. Em 2014, Melo *et al.* (2017), em pesquisa documental similar a esta, realizada no Ceará, coletou dados de 300 fichas de monitoramento, destas apenas 14,3%, tiveram registro de um acompanhante. E no estudo realizado por Cederfeldt *et al.* (2016), em Nepal, 98,2% das puérperas não contaram com a presença de alguém da sua escolha (SANDIN-BOJÕ *et al.*, 2012).

A presença de um acompanhante de escolha da mulher – seja marido, familiar ou qualquer pessoa de confiança – representa um modo de minimizar a ansiedade frente as dificuldades relacionadas ao momento do trabalho de parto e parto. Em estudo de análise transversal e longitudinal, realizado na região Sul do Brasil, Monguilhott *et al.* (2018), perceberam através dos seus resultados, que, a presença de acompanhante durante o trabalho de parto, pode ser associada à maior oferta de líquidos e/ou alimentos, ao uso mais frequente de métodos não farmacológicos para alívio da dor (MNFAD), redução da tricotomia e intervenções desnecessárias. Além disso, verificou que no parto, o acompanhante possibilita o

atendimento da mulher no sistema PPP, a adoção de posição não supina, e o contato pele a pele (GAIVA *et al.*, 2017).

No que se refere ao partograma, que se trata de uma representação gráfica do trabalho de parto, sua utilização é uma recomendação da OMS desde 1994, e pela Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) desde 1998, esse documento de registro é um importante instrumento para diagnosticar alterações da evolução do trabalho de parto, e possibilitar que intervenções sejam realizadas em tempo oportuno, garantindo assim, o bem-estar da mãe e filho, porém ainda é pouco utilizado nas maternidades brasileiras, como no presente estudo, onde o partograma foi utilizado em 21,40% (n=297) dos casos estudados (GIGLIO *et al.*, 2011; LIMA *et al.*, 2017).

Levando em consideração estudos internacionais sobre o tema, em Nepal e Camboja, os dados obtidos mostram-se satisfatórios, sendo estes, respectivamente 95,1% e 88%. Em estudo realizado em Curitiba, Oliveira *et al.*, (2015), encontraram o registro do partograma em 97% dos partos analisados. Em pesquisa realizada por Melo *et al.* (2017), no Ceará, 48,3% dos partos apresentaram partograma preenchido (SANDIN-BOJÃO *et al.*, 2012; CEDERFELDT *et al.*, 2016).

Vale destacar que a qualidade da assistência ao parto está relacionada à utilização do partograma. Dessa forma, o emprego deste, reflete o monitoramento efetivo do trabalho e demonstra que os profissionais de saúde, reconhecem a importância de avaliar objetivamente a progressão do trabalho parto. Assim, os achados nesta pesquisa podem sugerir que este instrumento não está sendo valorizado na maternidade em estudo (GIGLIO *et al.*, 2011, SANDIN-BOJÃO *et al.*, 2012, CEDERFELDT *et al.*, 2016).

A frequência de partos com ausência de indução ou utilização de instrumentais nesta pesquisa, foi de 59,87% (n=831). Os resultados obtidos em diferentes estudos sobre o tema, apresentam bastante variação. Novo *et al.* (2016), realizaram um estudo prospectivo com 100 puérperas, em um Hospital Público de Sorocaba, o percentual atingido foi consideravelmente menor, apenas 7% dos partos não foram induzidos. No entanto em 2014, Carvalho, quando entrevistou 314 mulheres que haviam parido em hospitais públicos de Natal, encontrou o percentual de 98,3 para os partos não induzidos. Em Curitiba, os resultados obtidos através da coleta de dados em 3 maternidades, contou com uma amostra de 406 puérperas, das

quais 78,7%, não tiveram interferência de algum método de indução, durante o trabalho de parto e parto (CARVALHO, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Quando há indicação para acelerar o trabalho de parto pode-se optar pela indução do trabalho de parto ou utilização de instrumental, evitando assim, a realização de um parto cirúrgico, no entanto deve-se levar em consideração as particularidades da parturiente. O índice de Bishop é um instrumento que permite avaliar o colo uterino (dilatação, apagamento, consistência e posição) e altura da apresentação fetal, possibilitando verificar a probabilidade de um parto vaginal sem intercorrências realizado através da indução. Porém, estas intervenções têm sido utilizadas de forma indiscriminada, uma vez que os métodos de indução muitas vezes acabam tornando-se frequentes sem necessidade comprovada (SCAPIN *et al.*, 2018).

A adoção de posições não supina para o parto, é considerada como boa prática na assistência obstétrica (CATEGORIA – A). A utilização de posições verticais ou lateralizadas, além de influenciar na adaptação da anatomia da cintura pélvica materna, é um importante método não farmacológico para o alívio da dor. Por esse motivo, a OMS e o MS, sugerem aos profissionais de saúde, encorajar as parturientes à adoção de posições variadas (BRASIL, 2002; OMS, 2018).

Em estudo randomizado, Gupta *et al.* (2017), evidenciaram que adoção de posições não supinas, no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do mesmo. Além disso, diminui a necessidade de anestesia peridural e não parece ter associação com o aumento da frequência de intervenções obstétricas.

Neste estudo, a posição supina foi frequente em 86,96% dos partos. Dessa forma, apenas 13,8% das pacientes utilizaram posições variadas no período expulsivo do trabalho de parto. Os dados encontrados em pesquisas brasileiras, realizadas anteriormente, conseguem ser ainda mais preocupantes. Em Curitiba e Natal, respectivamente apenas 1% e 0,3%, adotaram outras posições. Os estudos internacionais, também não apresentam melhores resultados, no Camboja em 2012, e Nepal (2016), nenhum dos casos estudados adotaram posicionamento não supino durante o nascimento (CEDERFELDT *et al.*, 2016; SANDIN-BOJÓ *et al.*, 2012; CARVALHO, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Como é possível verificar, a predominância da posição supina na maternidade em estudo não é algo isolado. O percentual desta posição, pode sugerir que não ocorre incentivo por parte dos profissionais de saúde, seja por despreparo ou comodidade dos mesmos, além disso, a falta de conhecimento das parturientes e

acompanhantes é um fator determinante para não adoção de outras posições durante o nascimento. Sendo assim, a baixa frequência de partos realizados em posição não supina, é um dos responsáveis, pela dificuldade de alcançar a nota máxima no score (OLIVEIRA *et al.*, 2015; ANDRADE *et al.*, 2017).

No que tange a humanização dos cuidados após o parto, direcionados a mãe e recém-nascido (RN), o contato pele a pele na primeira hora de vida, se destaca pela facilidade de execução e pelos benefícios baseados em evidências científicas que proporcionam a mãe e ao RN. Dessa forma, quando o nascimento de um RN a termo ocorre sem complicação ou baixo peso ao nascer, não existem contraindicações para que o mesmo ocorra (MARQUES, 2016; TEIXEIRENSE; SANTOS, 2018).

Contudo, apesar de ser uma prática benéfica categorizada pela OMS como práticas que devem ser estimuladas (CATEGORIA – A), estudos apontam que a frequência da sua realização logo após o parto é baixa. Nesta pesquisa, a frequência encontrada para esse indicador foi de 39,48%, inferior ao esperado, uma vez que se trata de uma prática de fácil realização, e que não requer a participação de um profissional de saúde permanente (OMS, 1996)

Siqueira (2017), também encontrou uma baixa frequência em seu estudo realizado em São Paulo, onde houve contato imediato entre mãe e bebê em 38,8% dos nascimentos estudados, no entanto, o autor não avaliou o tempo de permanência de contato pele a pele. Percentuais ainda mais baixos foram encontrados em estudos recentes no Brasil.

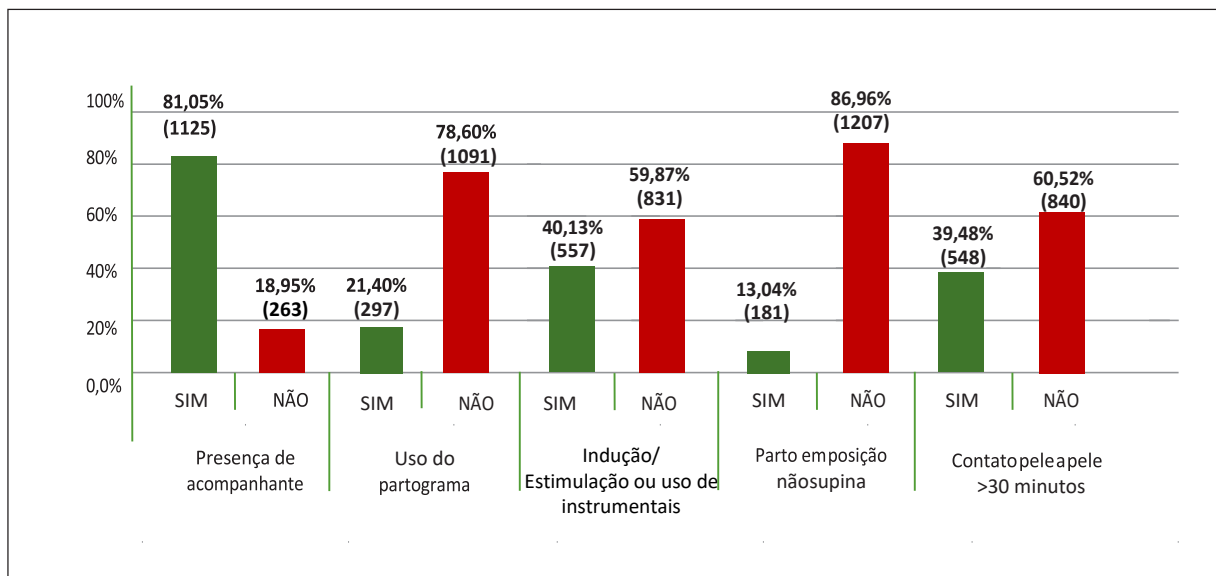
Em um estudo descritivo-exploratório, realizado em uma maternidade de João Pessoa, Sampaio *et al.* (2016) verificou que, embora a maioria das puérperas tenham tido o contato com o bebê nos primeiros minutos de vida, apenas 9,3%, permaneceu com o filho por no mínimo 30 minutos. Da mesma forma, em pesquisa documental, retrospectiva realizada por Siqueira e Colli (2013), em um Hospital Materno Infantil, com título de Hospital Amigo da Criança, em São Paulo, observou-se um baixo índice de contato pele a pele por tempo maior que meia hora (7%).

Os baixos índices registrados nesta e nas pesquisas expostas são semelhantes aos resultados encontrados no estudo nacional, realizado por Moreira *et al.* (2014), segundo as regiões do Brasil, onde as taxas das regiões Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste, foram respectivamente 27,9%, 28,8%, 26,9%, 32,5% e 25,5%.

A permanência do RN saudável com a mãe logo após o nascimento transmite segurança e diminuição da ansiedade materna, uma vez que o mesmo permite uma aproximação inicial do binômio mãe-bebê. As causas para a interrupção desse contato variam, podem ser relacionadas a fatores emocionais ou psicológicos da mãe, ou devido a solicitação da equipe de saúde para realização dos primeiros cuidados filho (SILVA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2014).

A partir das taxas expostas, evidencia-se a necessidade de adoção de práticas que priorizem o contato pele a pele, e conseqüentemente o aleitamento materno, logo após o parto. Para que isso seja possível, é importante a conscientização da equipe, uma vez que o excesso de intervenções imediatamente após o parto pode impedir que haja o contato precoce entre mãe e filho (SILVA *et al.*, 2016; MOREIRA *et al.*, 2014).

Gráfico 1. Frequência obtida por indicador do Índice de Bologna, referente aos partos vaginais de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018.



Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Como é possível verificar no gráfico 1, 40,13% (n=557) dos partos foram induzidos. Ao levar-se em consideração os dados relacionados a métodos de indução/estimulação ou uso de instrumentais, obteve-se os resultados demonstrados no quadro 2.

Quadro 2. Dados referentes aos métodos de indução/estimulação/uso de instrumentais mais frequentes nos partos de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018.

Métodos de indução/estimulação ou uso de instrumentais	N*	%
Medicação	388	69,66
Amniotomia	185	33,21
Episiotomia	89	15,98
Kristeller	12	2,15
Fórceps	8	1,44

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

* Valor referente à frequência encontrada nos partos induzidos

Dos 577 partos induzidos nesta pesquisa, 69,66% (n=388) foram induzidos através de medicação. A utilização rotineira da ocitocina, está classificada pela OMS, como práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara, e que devem ser utilizadas com cautela (CATEGORIA – C), porém, foi o fármaco mais utilizado, estando presente em 57,47%, o misoprostol por sua vez em 38,92%, os 3,61% restantes tiveram a utilização das duas medicações de forma concomitantes. Scapin *et al.* (2018), encontrou resultados diferentes em pesquisa de análise transversal e quantitativa, tendo como público-alvo, as mulheres que foram internadas para indução de trabalho de parto, em um Centro Obstétrico de um hospital universitário do Sul do Brasil, a mesma apresentou as seguintes frequências de medicações utilizadas, 46% misoprostol e apenas 12% ocitocina.

A indução do parto objetiva antecipar as contrações uterinas efetivas, promovendo dilatação do colo e descida da apresentação, quando a continuidade da gestação oferece risco materno-fetal, maior que a sua interrupção. Devendo ser diferenciada da condução do parto, realizada durante o trabalho de parto, com o intuito de acelerá-lo. Segundo Gomes *et al.* (2010), os motivos mais frequentes para a indução do TP são: rotura prematura de membranas, gravidez prolongada, pré-eclâmpsia/hipertensão, retardo de crescimento intrauterino e diminuição dos movimentos fetais. No entanto, a mesma, tem sido utilizada de forma indiscriminada,

a fim de acelerar o trabalho de parto e otimizar o tempo da equipe de saúde (LEMES *et al.*, 2015; ALMEIDA *et al.*, 2017).

Outro método de indução avaliado foi amniotomia, classificada pela OMS, como práticas que devem ser utilizadas com cautela (CATEGORIA – C) que consiste na ruptura artificial das membranas ovulares, é um procedimento simples, no entanto, pode ocasionar complicações como prolapso do cordão umbilical, compressão do polo cefálico com desacelerações da frequência cardíaca fetal, aumento da taxa de infecção ascendente, sangramento fetal ou placentário, e desconforto materno (OMS, 1996).

Smyth *et al.* (2013), realizaram um estudo sistemático onde foi analisado 15 ensaios clínicos randomizados, com o objetivo de determinar a eficácia da amniotomia para o encurtamento do trabalho de parto. De acordo com os pesquisadores, não houveram evidências significativas relacionadas a duração do trabalho de parto.

Apesar dessas considerações, o método se fez presente em 33,21% dos partos avaliados nesta pesquisa e em 39% dos casos analisados por Leal *et al.* (2014), quando estudou as intervenções obstétricas realizadas durante o trabalho de parto, em todas as regiões do Brasil, através de banco de dados nacionais. Em pesquisa transversal, realizado por Prado *et al.* (2017), em hospitais públicos e privados, a realização da amniorexe foi identificada em 49,3% dos casos.

A episiotomia, utilizada para condução do parto é considerada como prática frequentemente utilizada de forma inadequada (CATEGORIA – D), consiste na realização de uma incisão na região perineal utilizada para ampliação do canal vaginal, realizada como profilaxia para evitar lacerações perineais graves. No entanto, essa prática pode favorecer complicações como: extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematomas, dispareunia, fistulas retovaginais, disfunção sexual, aumento do índice de infecção, além de lesão tissular (OMS, 1996; PRADO *et al.*, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Os resultados obtidos nesta pesquisa, indicaram que a mesma, foi realizada em 15,98% dos casos. Outros estudos apresentaram valores mais elevados, no estudo realizado por Prado *et al.* (2017), em maternidades públicas de Sergipe, 43,9% dos partos analisados houveram a realização desse procedimento. Da mesma forma, Siqueira (2017), obteve taxas elevadas em São Paulo (50%) (SANTOS *et al.*, 2016; GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Outros métodos de condução do TP mencionados na tabela 2, foram a manobra de Kristeller, e a utilização do Fórceps. A manobra de Kristeller, consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero durante o período expulsivo do parto, para facilitar a expulsão do bebê. Porém, devido à falta de estudos que comprovem seus benefícios, sua prática deve ser evitada (CATEGORIA – C) (OMS, 1996).

Além disso, o Ministério da Saúde por meio da publicação Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada para a Mulher, classificou a manobra de Kristeller como claramente prejudicial ou ineficaz, devendo ser eliminada das práticas obstétricas (CATEGORIA – B). E devido falta de evidências que comprovem seus benefícios, o COFEN, por meio da Portaria nº 1927/2016, veda a participação de profissionais de Enfermagem na realização desta manobra. Apesar destas considerações, o resultado encontrado na maternidade em estudo foi de 2,15%, enquanto uma pesquisa nacional aponta a frequência de 37% (LEAL *et al.*, 2014; OMS, 1996; BRASIL, 2001; COFEN, 2016).

O Fórceps por sua vez, é o instrumento utilizado para extrair a cabeça do feto por preensão do polo cefálico, em condições em que a descida da apresentação é interrompida gerando perigo imediato para mãe e feto. Porém, sua utilização pode ser associada ao aumento do risco de morbidade e mortalidade fetal, e morbidades maternas (LEAL *et al.*, 2014).

Segundo Lourenço *et al.* (2012), a probabilidade de lacerações perineais de 3º e 4º graus é superior quando realizado comparação com parto normal. No entanto, as taxas de lacerações perineais extensas apresentaram declínio nos últimos anos, essa redução deve-se à redução da utilização desse instrumental. Dessa forma, seu uso deve ser considerado após análise rigorosa da situação evitando assim, intercorrências maternas como laceração do esfíncter anal e do canal de parto, e morbidades neonatais como lesões faciais, hemorragia intracraniana, lesões oculares entre outras (LEAL *et al.*, 2014; KANANO *et al.*, 2017).

Neste estudo, 1,44% dos partos ocorridos foram com auxílio deste instrumental. Em pesquisa realizada por Sousa *et al.* (2014), em Minas Gerais, apenas 2,1% dos nascimentos aconteceram com o auxílio do mesmo. Esses dados indicam que o parto por fórceps não tem sido realizado de forma indiscriminada (LEAL *et al.*, 2014).

Tabela 1. Pontuação Índice de Bologna para os partos de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018.

Pontuação	N*	%
0	33	2,38
1	348	25,07
2	518	37,32
3	369	26,59
4	109	7,85
5	11	0,79
TOTAL	1388	100

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

* Valor referente à frequência encontrada de cada item na população

Agrupados na tabela 1, estão demonstradas as pontuações do escore de Bologna. Vale ressaltar, que para cada indicador presente pontua-se 1, e ausente atribui-se o valor 0. Dessa forma, foram obtidos os resultados finais: 2,38% (n=33) dos partos realizados com nota 0; 25,07% (n=348) pontuaram 1; representando 37,32% (n=518), a nota 2; 26,59% (n=369) com a pontuação 3; 7,85% (n=109) com nota 4, e apenas 0,79% (n=11) alcançaram a pontuação máxima 5.

Segundo Siqueira (2017), o Índice de Bologna engloba as práticas consideradas essenciais para a oferta de uma assistência adequada ao parto. Nos estudos que utilizaram esse Escore para avaliar a qualidade dos serviços obstétricos, os resultados obtidos foram variados. No estudo transversal prospectivo, realizado no Camboja, Sandin-Bojõ, avaliou dados de 177 partos, os resultados encontrados para o escore de Bologna, variaram entre 0 e 4 pontos, ou seja, nenhum dos partos, alcançou a pontuação máxima. O valor 4, foi encontrado em 56,9%, os valores de 3 a 0, apresentaram respectivamente os seguintes percentuais 24,3%; 5,9%; 2,0%; 0,6% (SANDIN-BOJÕ *et al.*, 2012; SIQUEIRA, 2017).

Os resultados do Índice de Bologna encontrados por Carvalho (2014), em duas maternidades de Natal, também apresentaram variação de 0 a 4, sendo suas pontuações as seguintes: 4 (0,64%), 3 (27,07%), 2 (52,55%), 1 (17,83%), 0 (1,91%). A pontuação máxima (5) do IB, sugere uma assistência ao trabalho de parto e parto pautada em práticas baseadas em evidências científicas, no entanto, a mesma não foi

alcançada nos trabalhos realizados no Camboja, Sorocaba e região sudeste do Brasil (SANDIN-BÖJO, 2012; CARVALHO, 2014; NOVO *et al.*, 2016).

Em Curitiba, Oliveira *et al.* (2015), em pesquisa de avaliação normativa, transversal, retrospectiva e de abordagem quantitativa, verificou que, 0,2% obtiveram o valor 5. Neste estudo, 0,79% dos partos vaginais receberam a nota máxima de Bologna. No entanto, a maior frequência encontrada, foi a do estudo sueco, realizado em 2008, onde, 22,7% foram pontuados com valor 5 (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Nos estudos realizados através do escore de Bologna, as médias obtidas a partir das pontuações, foram as seguintes: Goiânia, apresentou média 1,04; Nepal obteve média 1,43; por sua vez, Sorocaba atingiu 1,95. Resultados um pouco mais elevados foram verificados nas pesquisas realizadas na região Sudeste do Brasil e em Natal, sendo respectivamente 2,01 e 2,1. No presente estudo, a média atingida foi de 2,14, esta média representa baixos valores do escore e conseqüentemente reflete uma assistência de qualidade intermediária, pois a mesma apresentou como maiores pontuações os indicadores 2 e 3, respectivamente 37,32% e 26,59% (GIGLIO *et al.*, 2011, CEDERFELDT *et al.*, 2016; NOVO *et al.*, 2016; CARVALHO, 2014; SIQUEIRA, 2017).

Tabela 2. Frequência de profissionais de saúde na assistência ao trabalho de parto em uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018.

Profissional	N	%
Médico	498	35,88
Enfermeiro	314	22,62
Fisioterapeuta	53	3,82
Outros*	297	21,40
Ausente**	226	16,28
TOTAL	1388	100

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

* Percentual referente ao trabalho de parto assistido por mais de uma categoria profissional.

**Percentual referente ao trabalho de parto sem assistência de profissional de saúde.

A avaliação da qualidade dos serviços obstétricos, realizada através do Índice de Bologna, deve ser concretizada, juntamente com os dados relacionados à frequência de profissionais na assistência ao trabalho de parto e parto. Vale ressaltar que os dados estão dispostos em duas tabelas, onde a tabela 2 agrupa os dados relacionados ao trabalho de parto e a tabela 3, dados referentes à assistência ao parto (GILGIO *et al.*, 2011; CARVALHO, 2014).

Referente à assistência prestada durante o trabalho de parto, de acordo com a tabela 2, os resultados mostram que 16,28% (n=226) não foram acompanhadas por profissional, sendo que estes, compreendem as mulheres que já chegaram ao hospital em período expulsivo no trabalho de parto, não sendo possível realizar essa assistência. Dessa forma, esse percentual não reflete déficit na prestação do serviço ofertado pela instituição deste estudo.

Assim, 83,72% (n=1162) dos trabalhos de parto foram acompanhados por algum profissional de saúde, destes 35,88% (n=498) foram assistidos por médicos, 22,62% (n=314) por enfermeiros, 3,82% (n=53) por fisioterapeutas e 21,40% (n=287) dos partos, foram assistidos por mais de uma categoria profissional, indicando a participação da equipe multiprofissional.

Em pesquisa qualitativa realizada por Dodou *et al.* (2017), foi evidenciado que as atividades em equipe na assistência ao trabalho de parto, bem como a presença de profissionais capacitados, influenciam diretamente na qualidade dos serviços ofertados. Além disso, os profissionais veem essa relação como positiva uma vez que médicos obstetras, enfermeiros obstetras e fisioterapeutas atuam interagindo e compartilhando conhecimentos, permitindo assim um atendimento holístico e humanizado.

A presença de um profissional da saúde na assistência ao trabalho de parto e parto, neste estudo, assim como nos estudos anteriores, realizados utilizando o mesmo instrumento de coleta, apresentaram resultados similares, exceto na Suécia onde, 99,9% dos nascimentos foram acompanhados por um profissional de saúde, apresentando o melhor percentual. No entanto, trata-se de um país desenvolvido, onde as condições do sistema de saúde diferem do suporte oferecido em países como Nepal e Camboja (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008; SANDIN-BOJÖ *et al.*, 2012; CEDERFELDT *et al.*, 2016).

Tabela 3. Comparação da pontuação do Índice de Bologna, entre categoria profissional na assistência ao parto, em uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018.

Pontuação	Medicina		Enfermagem	
	N*	%	N*	%
0	29	87,88	4	12,12
1	333	95,69	15	4,31
2	476	91,89	42	8,11
3	310	84,01	59	15,99
4	61	55,96	48	44,04
5	3	27,27	8	72,73
TOTAL	1212	87,31	176	12,68

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

* Valor referente à frequência encontrada de cada item na população

Quando analisados os dados referentes a assistência ao parto, 100% (n=1388) dos casos avaliados contaram com a participação de um profissional de saúde, 87,31% (n=1212) foram assistidos por médicos e 12,68% (n=176) por enfermeiros, como pode ser observado na tabela 5.

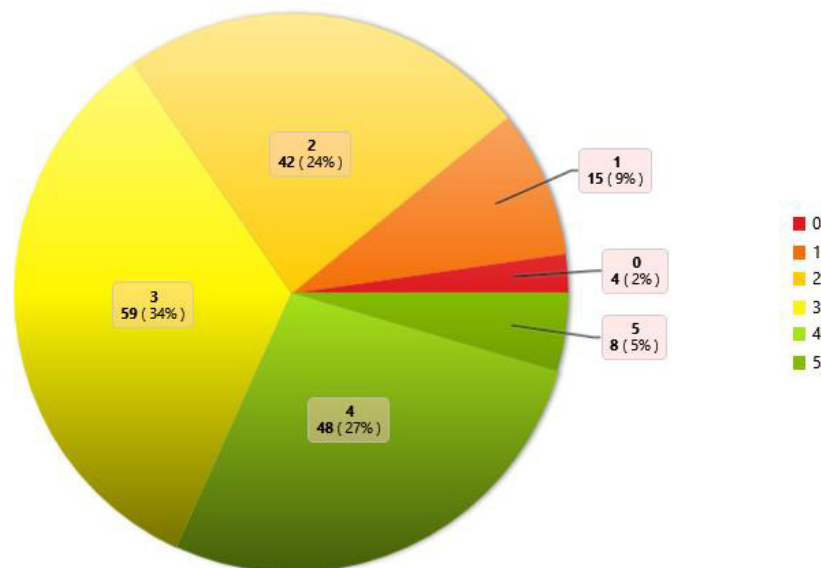
A performance de enfermeiros obstétricos, possui respaldo legal para prestar assistência no acompanhamento ao trabalho de parto e parto de risco habitual. No entanto, apenas 12,68% foram realizados por enfermeiros obstetras. Mesmo quando levado em consideração apenas os partos de risco habitual, a assistência de enfermagem ao parto só é evidente em 24,94% dos mesmos (SIQUEIRA, 2017).

Em pesquisa realizada por Siqueira (2017), tendo como alvo a região Sudeste do Brasil, frequências similares foram obtidas, sendo elas 80% para o profissional médico e, 13% dos casos, para a assistência prestada por obstetras ou enfermeiros obstétricos. Essa diferença também foi observada nos estudos desenvolvidos no Camboja e no Nepal. O estudo realizado em Goiânia, apresentou maior percentual de predominância da assistência médica (95,8%), ficando a assistência da enfermagem em apenas 5,2%. Esses resultados podem ser atribuídos ao risco apresentado pela gestante, uma vez que os profissionais de Enfermagem

estão habilitados a assistirem apenas os partos de risco habitual. Além disso, após a institucionalização do parto, a assistência a esse momento deixou de ser prestada por parteiras, passando a ser ofertada por médicos e esse modelo ainda se reflete na realidade atual (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008; GIGLIO *et al.*, 2011; SANDIN-BOJÓ, 2012; CEDERFELDT *et al.*, 2016).

Comparando os resultados pontuados pelo escore de Bologna entre as categorias profissionais, 72,73% dos casos com nota 5, são relacionados a assistência ao parto prestada por Enfermeiros. As pontuações mais frequentes, na assistência ao parto pela enfermagem, são respectivamente 3, 4 e 2. Enquanto, as variáveis predominantes na assistência médica foram 2, 1 e 3. Mesmo havendo desproporção considerável entre o número de partos assistidos por cada categoria, fica visível que ambas categorias profissionais necessitam de adequação e comprometimento às recomendações da OMS e do Ministério da Saúde acerca, da assistência obstétrica ofertada.

Gráfico 2. Pontuação Índice de Bologna para os partos assistidos por Enfermeiros em de uma maternidade escola, São Luís, Maranhão, maio/2018 (n = 176).



Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Quando levado em consideração apenas os partos realizados por enfermeiros (Gráfico 2), 5% dos mesmos obtiveram nota 5, e as variáveis que apresentaram maior e menor frequência foram respectivamente 3 (34%) e 0 (2%),

apresentando média de 2,88. Implicando em uma assistência intermediária que deve se adequar às recomendações de boas práticas obstétricas.

De acordo com a OMS, a qualidade dos cuidados ofertados no período do parto e nascimento é avaliada de forma mais adequada quando realizada associando o índice Bologna (Indicador C) com os indicadores: “porcentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana” (Indicador A) e “porcentagem dos partos acompanhados por um profissional de saúde” (Indicador B) (GIGLIO *et al.*, 2011; CARVALHO, 2014).

Dessa forma, neste estudo a média do escore de Bologna alcançada foi 2,14, considerado como uma pontuação intermediária. A taxa de cirurgias cesarianas, esteve acima do recomendado pela OMS, além disso, quando se inclui a essa taxa, a frequência dos partos induzidos/estimulados ou que houve utilização instrumental, o percentual obtido é ainda mais elevado (70,6%). A variável de melhor resultado foi a porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde pois a mesma alcançou 100% dos casos.

Consequentemente, pode-se perceber que mesmo se tratando de um hospital escola, onde a sensibilidade para a realização de mudanças é maior, muito precisa ser mudado para que a qualidade da assistência seja considerada ideal.

6 CONCLUSÃO

A utilização do Índice de Bologna permitiu a avaliação da qualidade da assistência prestada à mulher no período parturitivo, em um Hospital Escola de São Luís-MA. Esse Escore, possibilita a visualização das boas práticas realizadas, bem como os déficits nos serviços obstétricos ofertados. Portanto, a aplicação do mesmo deve ser incentivada, uma vez que permite classificar a qualidade dos processos assistenciais relacionados ao parto e nascimento, através de indicadores como utilização do partograma e presença de acompanhante.

Foi possível observar que alguns procedimentos baseados em evidências científicas recomendados pela OMS foram identificados de forma positiva (presença de acompanhantes e presença de profissional de saúde). Porém, práticas recomendadas como preenchimento do partograma e adoção de posições não supina foi evidenciado em mínimos percentuais. Além do mais, procedimentos potencialmente prejudiciais ou sem comprovação científica foram realizados (manobra de Kristeller e Episiotomia).

A presença do acompanhante é essencial uma vez que os estudos apontam que esta pode ser associada a baixas taxas de intervenções desnecessárias, a oferta de líquidos e alimentos, aplicação de métodos não farmacológicos para alívio da dor, adoção de posições variadas no período expulsivos, além de proporcionar apoio emocional. Embora o resultado para esse indicador nesta pesquisa tenha sido favorável, ainda é necessário que a mulher receba informações sobre o direito ao acompanhante, e que a equipe de saúde incentive a sua participação durante o trabalho de parto e parto.

Além disso, a alta taxa de cirurgias cesarianas e de partos induzidos/estimulados ou que houve utilização instrumental, e a baixa média alcançada pelo escore, demonstram a qualidade da assistência inferior à desejada, mesmo que associado a presença do profissional de saúde na assistência ao trabalho de parto em 83,72% e em 100% na assistência ao parto dos casos estudados, uma vez que a mesma não garantiu a aplicação de boas práticas obstétricas na instituição.

Através dos resultados obtidos, percebeu-se que as práticas realizadas na instituição, necessitam de adequação aos modelos propostos pela OMS, e por políticas nacionais de atenção ao parto e nascimento. Pode-se evidenciar, que

embora haja profissionais capacitados na assistência, a frequência de condutas não recomendadas se mostrou elevadas, enquanto, práticas simples e de fácil realização não alcançaram taxas favoráveis.

Vale ressaltar, que a melhoria da qualidade da assistência obstétrica apresenta impacto positivo nos indicadores de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil. Conseqüentemente, torna-se necessária a melhoria e adequação do modelo obstétrico atual, às boas práticas de atenção ao parto. Para isso, é preciso que os profissionais na assistência ao TP e parto, em especial o obstetra e enfermeiros obstetras, se conscientizem que o acompanhamento eficaz, com o mínimo de intervenções possíveis, bem como o registro de mesmo no partograma oferecem benefícios comprovados cientificamente.

Para que a assistência obstétrica atinja excelência, ainda há um longo caminho a percorrer, portanto é necessário que a equipe multiprofissional atue em conjunto com a parturiente e acompanhante, na tomada de decisões, atendendo suas necessidades, oferecendo apoio emocional e garantindo um cuidado de qualidade.

REFERÊNCIAS

- AIRES, N. T.; *et al.* Aplicabilidade dos direitos das parturientes: do paradigma à realidade. **Rev. Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 41, n. 1, Jan./Jul, p.263-270, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/16195>> Acesso em: 10 maio 2017.
- AKERMAN, M.; FURTADO, J. P. **Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos** / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde) ISBN: 978-85-66659-46-7 Disponível em: <<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-atencao-basica-e-educacao-na-saude/praticas-de-avaliacao-em-saude-no-brasil-dialogos-pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- ALMEIDA, L. M. S.; *et al.* **Métodos de indução do trabalho de parto: misoprostol, ocitocina e sonda foley**: revisão de literatura. Ciências Biológicas e de Saúde Unit. Aracaju. v. 4, n. 1, p. 43-58. Mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/download/3559/2163>>. Acesso em: 10 maio 2017.
- ALMEIDA, M. S. **CUIDADO PRÉ-NATAL A MULHERES NEGRAS E BRANCAS NO BRASIL: INDICADOR DE ADEQUAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS** [dissertação]. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2017. Salvador, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/23695/1/millani_souza_de_almeida%20%281%29.pdf>. Acesso em: 09 maio 2018.
- ALVARENGA, S. P.; KALIL, J. H. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: como o mito “parirás com dor” afeta a mulher brasileira. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 14, n. 2, p. 641-649, ago. /dez. 2016. Disponível em: <http://periodicos.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/2755/pdf_562> Acesso em: 10 maio 2017.
- ALVES, T. J. S. **Influência do parto humanizado como fator de proteção à depressão pós-parto**. [TCC] Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, 2014. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8092/1/2014_TalitaJulietaSilvaAlves.pdf>. Acesso em: 10 maio 2017.
- ANDRADE, L. O.; *et al.* PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DIANTE DO PARTO HUMANIZADO. **Revista Enfermagem**. UFPE online., Recife, v. 11 jun. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23426/19113>> . Acesso em: 20 maio 2018.

ARAÚJO, J. P.; *et al.*, História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, Dez. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000601000&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 17 maio 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 569/2000** - Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html>. Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em; 20 jun 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto, Humanização do pré-natal e nascimento/** Ministério da Saúde, – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:
<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. 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, 2004a. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 02 out 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf> > Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. 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, 2004c. Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Presidência da República. Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.108/2005**, Brasília (Brasil): 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm> Acesso em: 29 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459/2011** - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 29 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.965/2015**- Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, Grupo de Trabalho para a elaboração dos Planos de Ação para os compromissos na área de saúde assumidos e anunciados pelo Governo Federal durante a "V Marcha das Margaridas". (Brasil): Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1965_03_12_2015.html> Acesso em: 29 jun. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **PORTARIA Nº 306/2016** - Aprova as Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/31/MINUTA-de-Portaria-SAS-Cesariana-03-03-2016.pdf>> Acesso em: 30 jun. 2017.

_____. DATASUS. **Informações de Saúde**. Nascidos Vivos, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 12 jun. 2018

BRIGAGÃO, J. I. M.; GONÇALVES, R. **O USO DAS TECNOLOGIAS EM OBSTETRÍCIA: uma leitura crítica**. In: Fazendo Gênero-9, 2010. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832_ARQUIVO_fg9_texto_completo\[Brigagao;Goncalves\].pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278302832_ARQUIVO_fg9_texto_completo[Brigagao;Goncalves].pdf)> Acesso em: 10 maio 2017.

CARVALHO, I. S. **Avaliação da qualidade da assistência à mulher e ao filho durante o parto normal**. – Natal, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/19437>> Acesso em: 8 mar. 2018.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Usando o Bologna Score para avaliar o atendimento de parto normal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 741-748, out. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500741&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 de jun. de 2018.

CEDERFELDT, J.; *et al.* Quality of intra-partum care at a university hospital in Nepal: A prospective cross-sectional survey. **Rev. Sexual & Reproductive Healthcare**.

2016; v. 7: p. 52-57. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2015.11.004>>
Acesso em: 01 abr. 2018.

CHAMPE, T. S.; *et al.* **As boas práticas de atenção ao parto e nascimento sob a ótica de enfermeiros**. Biblioteca Lascasas, 2016. Disponível em:
<<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0886.php>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

Conselho Federal de Enfermagem. **Portaria nº 1927/2016**. Veda a participação de profissionais de enfermagem na realização da manobra de kristeller. (Brasil): COFEN; 2016. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/01/PARECER-DE-RELATOR-PROCESSO-ADM-N%C2%BA-638-2016.pdf>. Acesso em: 02 maio 2018.

DODOU, H. D.; *et al.* Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cad. Saúde Colet.**, 2017, Rio de Janeiro, 25. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n3/1414-462X-cadsc-1414-462X201700030082.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018

EUFRASIO, L. S.; *et al.* Diferenças regionais brasileiras e fatores associados à prevalência de cesarianas. **Rev. Fisioter. Mov.** Curitiba, v. 31, e003108, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2018.

GAIVA, M. A. M.; *et al.* **Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito**. Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil, 2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0018.pdf> Acesso em: 20 mar. 2018

GIGLIO, M. R.P.; *et al.* Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online]. 2011, v. 33, n.10, pp.297-304. ISSN 0100-7203. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000005>>
Acesso em: 13 mar. 2018.

GOMES, K.; *et al.* Indução do trabalho de parto em primíparas com gestação de baixo risco. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]; v. 12. 2010. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a21.htm>>. Acesso em 10 jun 2018.

GOTTEMS, L. B. D.; *et al.* Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 26, 2018. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100317&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 02 jun. 2018.

GUIMARAES, N. N. A.; *et al.* ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS À PRÁTICA DA EPISIOTOMIA. **Rev. Enfermagem UFPE** [online], Recife, abr, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/231010/28667>>. Acesso em: 15 maio 2018.

GUPTA, J. K.; *et al.*, Posição no segundo estágio do trabalho de parto para mulheres sem anestesia peridural. Base de dados. **Cochrane Syst Rev.** Maio 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539008>>. Acesso em: 15 maio 2018.

NAKANO, A. R.; *et al.* O trabalho de parto do obstetra: estilo de pensamento e normalização do “parto cesáreo” entre obstetras. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 3, p. 415-432, Jul. 2017 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000300415&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LEAL, M. C.; *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 maio 2018.

LEMES, C. M.; *et al.* PERCEPÇÃO DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO À INDUÇÃO DO PARTO. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 2, p. 86 - 91, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Janie_Almeida/publication/279713379_Percepcao_das_puerperas_em_relacao_a_inducao_do_parto/links/5598188308ae21086d23651d/Percepcao-das-puerperas-em-relacao-a-inducao-do-parto.pdf>. Acesso em: 10 jun 2018.

LIMA, J. M.; *et al.* **A UTILIZAÇÃO DO PARTOGRAMA PELA ENFERMAGEM NO TRABALHO DE PARTO SEM DISTOCIA.** 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5892/ruvrd.v15i1.2813>>. Acesso em: 10 maio 2018.

LOURENÇO, C.; *et al.* Ventosa Obstétrica: Uma Revisão da Literatura. **Arq Med**, Porto, v. 26, n. 6, p. 254-263, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0871-34132012000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MADEIRO, A.; *et al.* Partos cesáreos no Piauí: tendência e fatores associados no período 2000-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 81-90, Mar. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000100081&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2018.

MARQUES, C. P. C. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha/Consuelo Penha Castro Marques.** - São Luís, 2016. Disponível em: <http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf>. Acesso em: 04 maio 2018.

MELO, B. M.; *et al.* Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Ver. Rene.** 2017. maio-jun; 18(3):376-82. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/viewFile/20065/30715>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

MONGUILHOTT, J. J. C.; *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 1, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000100200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2018.

MONTICELLI, M. **O nascimento como um rito de passagem:** uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/76041/95046.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 10 maio 2017.

MOREIRA, M. E. L.; *et al.* Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 30, supl. 1, p. S128-S139. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jun. 2018.

MOREIRA, F.S.D.R. **Fatores que influenciam a preferência pela via do parto.** Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real. 2014. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/11447/1/Filipa%20Sofia%20Moreira.pdf>> Acesso em: 03 maio 2018.

MOURA, V.; FEITOSA, F. E. L. Avaliação de cesáreas na Maternidade Escola Assis Chateaubriand utilizando o sistema de classificação de Robson em dez grupos. **Rev Med UFC.** 2017. Disponível em: <periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/download/19822/30455> Acesso em: 07 jun 2018.

NOVO, J. L. V. G. *et al.* Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 30-35, abr. 2016. ISSN 1984-4840. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24276>>. Acesso em: 1 jun. 2018.

OLIVEIRA, F. A. M.; *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 177-184, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500177&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 maio 2018.

OLIVEIRA, N. R. G.; *et al.* Assistência à Parto Normal em Duas Maternidades Públicas: Percepção dos Profissionais de Saúde. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 202-208, maio de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000500202&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 de junho de 2018.

Organização Mundial da Saúde. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneva: WHO; 1996. Disponível em: <http://helid.digicollection.org/en/p/printable.html>>. Acesso em: 10 de fev. 2018.

Organização Mundial da Saúde. **Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

PETER, A. P. C.; *et al.* **O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no Hospital, com ênfase no contexto domiciliar**: abrindo novos caminhos para a enfermagem. [TCC]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/120856/317768.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 10 maio 2017.

PORTELA, M. C. **Avaliação da qualidade em saúde**. Fundamentos da Vigilância Sanitária [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, pp. 259-269. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

POSSATI, A. B.; *et al.* Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2018.

PRADO, D. S.; *et al.* Practices and obstetric interventions in women from a state in the Northeast of Brazil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 63, n. 12, p. 1039-1048, Dec. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302017001201039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 3 junho 2018.

REZENDE, C. N. D. V. **Violência obstétrica**: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil. Brasília: Centro Universitário de Brasília –

UniCEUB. 2014. Disponível em:

<<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>> Acesso em: 10 maio 2017.

SAMPAIO, A. R. R.; *et al.* Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 281-290, 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000200281&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 junho 2018.

SANCHES, R. C. N.; *et al.* Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 48-54, mar. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000100048&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 junho 2018.

SANTOS, R. C. S.; SANTOS, R. G. S. **Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil**: revisão de literatura. Estação Científica (UNIFAP) Macapá, v. 6, n. 2, p. 43-52, maio/ago. 2016. Disponível em:

<<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1699>> Acesso em: 10 junho 2018.

SANDIN-BOJO, A. K; KVIST, L. J: **Care in labor**: a Swedish survey using the Bologna Score. *Birth*. 2008, 35: 321-328. 10.1111/j.1523-536X.2008.00259.x.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036045>> Acesso: 04 maio 2018.

SANDIN-BOJÖ, A. K.; *et al.* **Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia**: a survey using the Bologna Score. *Midwifery*. 2012. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172744>> Acesso em: 04 maio 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; *et al.* Pesquisa documental: pistas, teorias e metodologias. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, 2009, v. 1, n. 1, p. 1-1. Disponível em:

<<https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/6>>. Acesso em: 01 maio 2018.

SCAPIN, S. Q.; *et al.*, INDUÇÃO DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: MÉTODOS E DESFECHOS. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e0710016, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000100300&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2018.

SIQUEIRA, F. P. C.; COLLI, M. PREVALÊNCIA DO CONTATO PRECOCE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA. **Rev. Enferm. UFPE** [on line], Recife, 7(11):6455-61, nov., 2013. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/12292/14959>>. Acesso em: 01 maio 2018.

SIQUEIRA, R. J. **Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – “Nascer no Brasil”**. [dissertação] Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo. 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17042017-093732/pt-br.php>>. Acesso em: 16 maio 2018.

SOUSA, A. M. M.; *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, Junho, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000200324&lng=en&nrm=iso>. Acesso em; 15 fev. 2018.

SOUZA, D. A.; *et.al.* **Parto Cesariana: Perfil Epidemiológico no Estado de Sergipe (2009-2013)**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Edição 04. Ano 02, Vol. 01. P. 803-816, Julho de 2017. ISSN:2448-0959. Disponível em: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/parto-cesariana-perfil-epidemiologico>>. Acesso em: 09 fev. 2018.

SMYTH, R. M.; *et al.* **Amniotomy for shortening spontaneous labour**. 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780653>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

STEIN, A. T. A avaliação dos serviços de saúde deve ser realizada com instrumentos validados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 22, n. 1, p. 179-181, mar. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100019&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio. 2018.

TEIXEIRENSE, M. M. S.; SANTOS, S. L. S. From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 22, n. 65, p. 399-410, Apr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000200399&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 jun. 2018.

YE, J.; *et al.* **Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery**. Birth. v. 41. p. 237-244. 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/birt.12104>>. Acesso em: 15 abr. 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A
DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Laine Silva Serra, pesquisador (a) responsável pelo projeto de pesquisa intitulada **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL A PARTIR DO ESCORE DE BOLOGNA EM UMA MATERNIDADE ESCOLA DE SÃO LUÍS-MA**, solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com a seguinte justificativa: Trata-se de pesquisa retrospectiva com uso de relatórios de enfermagem da instituição.

Declaro:

- a) Que o acesso aos dados registrados em prontuário de pacientes ou em bases de dados para fins da pesquisa científica será feito somente após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética Em Pesquisa Humana;
- b) Que o acesso aos dados será supervisionado por uma pessoa que esteja plenamente informada sobre as exigências de confiabilidade;
- c) Meu compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados preservando integralmente o anonimato e a imagem do participante bem como a sua não estigmatização;
- d) Não utilizar as informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro;
- e) Que o pesquisador responsável estabeleceu salvaguardar e assegurar a confidencialidade dos dados de pesquisa;
- f) Que os dados obtidos na pesquisa serão usados exclusivamente para finalidade prevista no protocolo;
- g) Que os dados obtidos na pesquisa somente serão utilizados para o projeto vinculado, os quais serão mantidos em sigilo, em conformidade com o que

prevê os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Devido à impossibilidade de obtenção do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) de todos os participantes, assino este termo para salvaguardar seus direitos.

Laine Silva Serra

Endereço: Avenida Vicente Venâncio Queiroga, nº 1ª, Parque Timbira, São Luís-MA
Fone: (98) 9840929948
e-mail: laineserra@outlook.com

São Luis, 10 de maio de 2018

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário N^o: _____

Nome da parturiente:

Número do prontuário: _____

01. Há presença do acompanhante durante o trabalho de parto?

sim não NOTA _____

02. Houve utilização de partograma?

sim não NOTA _____

03. Ausência estimulação/indução do trabalho de parto?

sim não NOTA _____

Medicação _____ Forcésps

Amniotomia Kristeller

Episiotomia

04. O parto foi realizado em posição não supina?

sim não NOTA _____

05. Houve contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por 30 minutos na primeira hora após o nascimento?

sim não NOTA _____

Pontuação Final: _____

06. Trabalho de parto acompanhado por qual profissional de saúde?

07. Parto acompanhado por profissional de saúde?

ANEXOS

ANEXO A
PARECER DO COLEGIADO DO CURSO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

PARECER

1. TÍTULO: Avaliação da assistência ao parto normal a partir do escore de BOLOGNA em uma maternidade escola de São Luís-MA.

2. ALUNO(A): Laine Silva Serra

3. ORIENTADOR(A): Profª. Me Paula Cristina Alves da Silva

4. INTRODUÇÃO: A aluna faz uma ampla e atualizada abordagem sobre o processo de parto e nascimento e outros aspectos como as políticas nacionais e as diretrizes da Organização Mundial de Saúde sobre a atenção às mulheres sobre a temática. Fundamenta com referências atualizadas.

5. JUSTIFICATIVA

Destaca a importância do instrumento de avaliação da qualidade da assistência ao parto (escore de Bologna) que será utilizado no estudo.

6. OBJETIVOS

Passíveis de serem alcançados.

7. PROCESSO METODOLÓGICO

Apresenta os elementos básicos desse item, claros e bem definidos, necessários para o alcance dos objetivos propostos.

8. CRONOGRAMA

Atualizado.

9. TERMO DE CONSENTIMENTO

Compatível com o trabalho.

10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Obedece a normatização pela ABNT.

11. CONCLUSÃO DO PARECER: o projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvido, relevância para melhorar a assistência à mulher no trabalho de parto, somos de parecer favorável á realização.

São Luís, 30 de abril de 2018.

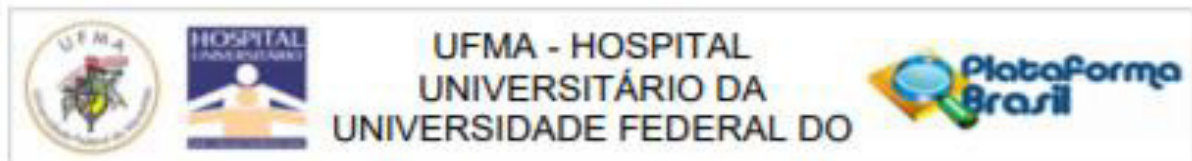
Professor relator

- **Aprovado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30/04/2018.
- **Aprovado "ad referendum"** do Colegiado de Curso em / / .
- **Referendado** pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / / .

Profª Drª Leny Alves Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTO INSTITUCIONAL: avaliação da assistência ao parto normal a partir do Escore de Bologna em uma Maternidade Escola de São Luís-MA.

Pesquisador: Paula Cristina Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68024917.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.073.252

Apresentação do Projeto:

O surgimento de o parto hospitalar traz uma mudança brusca no processo parturitivo pois daí por diante, a mulher vivencia o nascimento do seu filho num ambiente hospitalar, isolada dos familiares e na presença de um profissional de saúde. O parto domiciliar assistido por parteiras ficou visto então, como sinônimo de sujeira e rusticidade sendo mais frequente na zona rural. O modelo hospitalar tornou-se predominante por volta dos anos 50 caracterizado por práticas intervencionistas e medicalizadoras, centrado no profissional médico resultando na perda do protagonismo feminino. Hoje na atenção obstétrica se busca resgatar o direito à privacidade e protagonismo feminino vivenciados no parto domiciliar oferecendo uma assistência centrada nas suas necessidades e ao mesmo tempo ter recursos tecnológicos disponíveis caso seja necessário. Tem-se como objetivo dessa pesquisa avaliar a assistência ao parto normal a partir do Escore de Bologna de uma maternidade escola em São Luís – MA. Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise documental e abordagem quantitativa dos dados que será realizada no Centro Cirúrgico Obstétrico do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil. Compõe a população de estudo todas as gestantes que pariram, de parto normal no segundo semestre do ano de 2016 e o primeiro semestre de 2017. Os dados serão coletados da Ficha de Monitoramento dos Procedimentos Obstétricos e os resultados obtidos através de análises estatísticas. Financiamento

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.073.252

próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência ao parto normal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil a partir do Escore de Bologna.

Objetivo Secundário:

- 1-Calcular o Escore de Bologna na população em estudo e discutir cada variável;
- 2-Identificar modelo assistencial adotado ao parto normal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil;
- 3-Identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os riscos que eventualmente venham a ocorrer, diz respeito à quebra de confidencialidade e sigilo dos dados. Para minimizá-los, os pesquisadores se comprometem a guardar os formulários de coleta de dados em local seguro, para assim evitar a quebra de sigilo e manter o anonimato das participantes. Em relação aos benefícios, relatam que a pesquisa trará como benefício a contribuição para a elaboração de estatísticas e a obtenção e organização de conhecimentos científicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, pois pretende avaliar a assistência ao parto normal realizado no Hospital Universitário Materno Infantil, utilizando o Escore de Bologna. Os resultados da pesquisa permitirão maior conhecimento científico e embasamento para os profissionais da área, contribuindo na melhoria da assistência prestada às pacientes atendidas no serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.073.252

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_838416.pdf	03/05/2017 00:23:57		Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO_NOS_CREDITOS.pdf	03/05/2017 00:22:43	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	TERMO_DE_COMPROMISSO.pdf	03/05/2017 00:19:10	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_DISPENSA_DE_TCLE.pdf	03/05/2017 00:17:21	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_TCC_Patricia_ATUAL.docx	24/04/2017 17:01:39	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	img004.pdf	17/02/2017 15:32:12	PATRICIA DE FRANCA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e	img003.pdf	17/02/2017 15:31:41	PATRICIA DE FRANCA COSTA	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.073.252

Infraestrutura	img003.pdf	17/02/2017 15:31:41	PATRICIA DE FRANCA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	img002.pdf	17/02/2017 15:31:10	PATRICIA DE FRANCA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	img006.pdf	17/02/2017 15:26:44	PATRICIA DE FRANCA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 19 de Maio de 2017

Assinado por:

Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br