



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CURSO DE ENFERMAGEM

HÉRICA VAZ FERREIRA
MARIANA GONÇALVES DE LIMA

ANÁLISE DO ESCORE DE BOLOGNA E A APLICAÇÃO DE SUAS
VARIÁVEIS NO PARTO VAGINAL

São Luís - MA

2024

HÉRICA VAZ FERREIRA
MARIANA GONÇALVES DE LIMA

**ANÁLISE DO ESCORE DE BOLOGNA E A APLICAÇÃO DE SUAS
VARIÁVEIS NO PARTO VAGINAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na
Universidade Federal do Maranhão como requisito básico
para conclusão do Curso de Enfermagem.

Orientador(a): Dra. Paula Cristina Alves da Silva

Co-orientador(a): Me. Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão

São Luís - MA

2024

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

Vaz Ferreira, Hérica.

ANÁLISE DO ESCORE DE BOLOGNA E A APLICAÇÃO DE SUAS
VARIÁVEIS NO PARTO VAGINAL / Hérica Vaz Ferreira, Mariana
Gonçalves de Lima. - 2024.

59 p.

Coorientador(a) 1: Kayo Elmano da Ponte Galvão.

Orientador(a): Paula Cristina Alves da Silva.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís, 2024.

1. Parto Normal. 2. Saúde da Mulher. 3. Parto
Humanizado. 4. Prática Clínica Baseada Em Evidências. I.
Alves da Silva, Paula Cristina. II. da Ponte Galvão, Kayo
Elmano. III. Gonçalves de Lima, Mariana. IV. Título.

ANÁLISE DO ESCORE DE BOLOGNA E A APLICAÇÃO DE SUAS VARIÁVEIS NO PARTO VAGINAL

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 Dr^a Paula Cristina Alves da Silva (Orientadora)
Doutora em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Me Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão (Co-orientador)
Mestre em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr^a Eremita Val Rafael (Examinadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Dr^a Maria Luziene de Sousa Gomes (Examinadora)
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradecemos a Deus, por nos guiar e nos permitir concluir essa etapa tão importante em nossas vidas.

À nossa amada família, que esteve ao nosso lado durante todos os momentos desde o início de nossa trajetória, oferecendo apoio, compreensão, incentivo, amor e foram o alicerce que nos possibilitou chegar neste momento tão importante.

Aos nossos amigos da vida, por nos proporcionarem momentos felizes e por nos incentivarem a alcançar nossos sonhos.

Aos nossos amigos de graduação, em especial, Ester Kétsia e Amihan Brennand, que sempre nos apoiaram e fizeram essa jornada ser mais leve. Levaremos sempre as experiências, os aprendizados e os momentos de risadas conosco.

Aos nossos companheiros, Lucas Milhomem e Alexandre Lago, pela parceria, cumplicidade, suporte e amor. Obrigada por sempre acreditarem em nossa capacidade e estarem ao nosso lado em momentos especiais, os tornando mais leves.

À nossa orientadora Paula Cristina Alves da Silva pela paciência e dedicação de nos guiar durante esse processo e pelos conhecimentos compartilhados.

Ao nosso co-orientador Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão, que esteve presente não só na produção deste trabalho, mas também em nossa trajetória acadêmica e nos ensinou com paciência e profissionalismo. Obrigada pelo apoio e por sempre acreditar no nosso potencial.

À Universidade Federal do Maranhão e ao Curso de Enfermagem por proporcionarem um ambiente com tantos conhecimentos e aprendizados.

Aos professores que nos ajudaram ao longo dos momentos difíceis e contribuíram para o nosso desenvolvimento acadêmico e profissional, em especial, os professores Eremita Val Rafael, Jhessica Ivanilde Silva Gomes e Leonel Lucas Smith de Mesquita, que se esforçaram para conseguirmos concluir a graduação com êxito.

Por fim, agradecemos uma à outra pela parceria, pelo empenho mútuo neste projeto e pela troca de ideias de forma respeitosa.

RESUMO

Introdução: A gravidez e o trabalho de parto são momentos únicos e que despertam mudanças na vida de uma mulher, juntamente com sua família. Com as fragilidades do parto no contexto atual, torna-se relevante a necessidade de elaborar um estudo voltado para a uma reflexão acerca das práticas baseadas em evidências implementadas no parto. O Escore de Bologna é um instrumento voltado para a avaliação da assistência ao parto vaginal, de extrema importância e precisa ser cada vez mais abordado. **Objetivos:** Analisar o Escore de Bologna e a aplicação de suas variáveis no parto vaginal. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental e quantitativa, realizada no Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil (HU-UMI) da Universidade Federal do Maranhão. A coleta das informações ocorreu entre janeiro e março de 2024. As variáveis do Escore de Bologna, que incluem a presença de acompanhante, o uso do partograma, a ausência de estimulação ao trabalho de parto, o parto em posição não supina e o contato pele-a-pele entre mãe e recém-nascido, foram analisadas em 89 prontuários. Para a análise dos dados, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas das variáveis, além dos testes estatísticos Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher, sendo considerado significativo um p-valor $< 0,05$. **Resultados:** Neste estudo foi encontrado a prevalência da pontuação 3, que representa um nível de assistência intermediário. Quanto às variáveis que abrangem o escore, a presença do acompanhante, de contato pele a pele e a ausência de estímulo no trabalho de parto revelaram resultados positivos, estando presentes e registradas na maioria dos prontuários. Já o uso de partograma e o parto na posição não supina não corresponderam aos resultados esperados e se apresentaram desfavoráveis, tendo ainda uma subnotificação destes critérios, devido à falta de registro das informações em diversos prontuários. Quanto aos enfermeiros, estes profissionais prestaram uma assistência maior em 51,7% do total de partos e se fizeram presentes na realização da maioria dos partos. Já quando associada a participação da enfermagem e a pontuação do Escore, 66,7% dos partos acompanhados por enfermeiros obtiveram 5 pontos. Em relação às principais atividades realizadas pelos mesmos, as que mais se destacaram foram o preenchimento do checklist de parto seguro e o histórico de enfermagem. **Conclusões:** Foi identificado a necessidade de aprimorar a assistência ao parto no contexto do Escore de Bologna. A alta prevalência da pontuação 3 indica a presença de uma assistência intermediária, sugerindo avanços, mas também áreas que requerem melhorias significativas.

Palavras-chave: Parto Normal. Saúde da mulher. Parto humanizado. Prática Clínica Baseada em Evidências.

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy and labor are unique moments that bring about changes in a woman's life, along with her family. Given the challenges associated with childbirth in the current context, it is relevant to develop a study aimed at reflecting on the evidence-based practices implemented during delivery. The Bologna Score is a tool designed to assess care during vaginal childbirth, which is of utmost importance and should be increasingly addressed. **Objectives:** To analyze the Bologna Score and the application of its variables in vaginal childbirth. **Methods:** This is a descriptive, documentary, and quantitative study conducted at the University Hospital Maternal-Child Unit (HU-UMI) of the Federal University of Maranhão. Data collection took place between January and March 2024. The Bologna Score variables, including the presence of a companion, the use of the partogram, the absence of labor stimulation, delivery in a non-supine position, and skin-to-skin contact between mother and newborn, were analyzed in 89 medical records. For data analysis, absolute and relative frequencies of the variables were used, along with the Pearson Chi-square and Fisher's Exact tests, with a p-value < 0.05 considered significant. **Results:** This study found a prevalence of score 3, which represents an intermediate level of care. Regarding the variables included in the score, the presence of a companion, skin-to-skin contact, and the absence of labor stimulation showed positive results, being present and recorded in most of the medical records. On the other hand, the use of the partogram and delivery in a non-supine position did not meet the expected results and were unfavorable, with underreporting of these criteria due to a lack of documentation in several medical records. As for nurses, they provided greater assistance in 51.7% of the total deliveries and were present in a minority of deliveries. When nursing involvement was associated with the score, 66.7% of the deliveries attended by nurses scored 5 points. Regarding the main tasks performed by them, the most notable were completing the safe delivery checklist and the nursing history. **Conclusions:** The need to improve childbirth care within the context of the Bologna Score was identified. The high prevalence of score 3 indicates the presence of intermediate care, suggesting progress, but also areas that require significant improvements.

Keywords: Natural Childbirth. Women's Health. Humanizing Delivery. Evidence-Based Practice.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

TABELAS

Tabela 1- Distribuição de frequências das variáveis que contemplam o Escore de Bologna das mulheres que tiveram parto vaginal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024.....	26
Tabela 2- Principais métodos de indução presentes no trabalho de parto, de acordo com a categoria profissional presente na assistência ao parto vaginal em um Hospital Universitário Materno Infantil do Maranhão, 2024.....	27
Tabela 3- Registro do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e justificativa da não realização no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, 2024.....	28
Tabela 4- Frequências da pontuação do Escore de Bologna associado aos indicadores de mulheres induzidas, a categoria e atuação dos profissionais no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, 2024.....	29
Tabela 5- Assistência da enfermagem, seu grau de participação durante o parto vaginal em mulheres no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, 2024.....	30

GRÁFICOS

Gráfico 1- Escore de Bologna das mulheres que tiveram parto vaginal no Hospital Universitário Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024.....	26
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial da Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar

HIAE - Hospital Israelita Albert Einstein

IHI - Institute for Healthcare Improvement

PPA - Projeto Parto Adequado

ALCON - Alojamento Conjunto

HU-UMI - Hospital Universitário Unidade Materno Infantil

CCO - Centro Cirúrgico Obstétrico

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

HUUFMA - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

MS - Ministério da Saúde

RN - Recém Nascido

TP - Trabalho de parto

CPP - Contato pele a pele

IHAC - Iniciativa Hospital Amigo da Criança

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	16
2.1 Geral.....	16
2.2 Específicos.....	16
3. MÉTODO.....	17
3.1 Tipo de estudo.....	17
3.2 Local e período de realização do estudo.....	17
3.3 População e amostra.....	17
3.4 Coleta de dados.....	18
3.5 Análise dos dados.....	18
3.6 Aspectos éticos.....	18
4. RESULTADOS.....	20
4.1. Artigo.....	20
5. CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES.....	43
APÊNDICE A - DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	43
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
ANEXOS.....	45
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	45
ANEXO B - NORMAS DA REVISTA.....	49

1. INTRODUÇÃO

O processo da gravidez e do trabalho de parto são momentos únicos e que despertam mudanças na vida de uma mulher, juntamente com sua família. A partir disso, é necessário que a assistência seja implementada de maneira adequada e baseada em evidências desde o pré-natal e até após o parto. Para isso, os profissionais da equipe de saúde são responsáveis pelo fornecimento de informações à essa mulher no intuito de diminuir seus medos e responder suas dúvidas sobre a gestação, o parto e o pós-parto (Limeira, 2023).

A humanização do parto no Brasil teve seu início por volta de 1990, trazendo ações que implementaram cuidados à mãe durante toda a gestação, parto e puerpério. A criação desse novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento teve como base estudos científicos e os direitos humanos das mulheres dentro dos serviços de saúde (Buffon; Martins, 2023).

A assistência humanizada e baseada em evidências apresenta fragilidades dentro do ambiente hospitalar e necessita de melhorias na sua implementação. Alguns fatores contribuem para esse processo, como o excesso de trabalho e a alta demanda de produção, o que dificulta o desempenho dos profissionais em realizar uma assistência de qualidade, de forma a prejudicar aquela gestante que necessita de cuidados. As boas práticas precisam ser implementadas antes mesmo da primeira consulta de pré-natal e devem ser fortalecidas no momento do parto (Carneiro, 2021).

Levando em consideração o contexto histórico, em tempos mais antigos, o processo parturitivo ocorria em sua totalidade nos ambientes domiciliares e se configurava como uma prática majoritariamente feminina, acompanhado por parteiras, carregadas de saberes empíricos, desta forma a mulher era colocada como protagonista da assistência, tendo o seu processo natural de trabalho de parto respeitado (Buffon; Martins, 2023).

Com o desenvolvimento científico e da medicina ao longo dos anos, houve uma transição de ambientes no que se diz respeito à assistência ao trabalho de parto e ao nascimento, por meio do qual passou a ocorrer em sua maioria no ambiente hospitalar, tornando-se um processo menos natural e fisiológico e cada vez mais institucionalizado. Em virtude dessas mudanças, a figura médica ganhou protagonismo neste cenário, tendo o seu conforto priorizado em detrimento ao das mulheres, que assumem um papel mais passivo e de menos destaque, tendo suas vontades, sentimentos e direitos desvalorizados e desconsiderados (Oliveira; Galvão; Ramos, 2021).

Devido ao crescimento do cenário tecnicista e com grande foco na medicalização presente no processo de assistência ao parto e nascimento, a Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciou a partir de 1996 a criação e implementação de diretrizes e recomendações com foco na promoção do respeito e autonomia da mulher no momento intraparto, sendo os profissionais inseridos no processo os responsáveis pelo planejamento e execução das devidas condutas (Nakata, 2022).

As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentam o intuito de classificarem as práticas relacionadas ao parto vaginal em 4 categorias, de acordo com o que deve ou não ser realizado neste momento. Estas recomendações foram elaboradas baseadas em evidências científicas por meio da colaboração de peritos em obstetrícia de todas as regiões que fazem parte da OMS, tendo sua representação por meio das letras A, B, C, D, onde estão presentes as práticas úteis e que devem continuar sendo estimuladas, aquelas que devem ser abolidas, além das com evidências insuficientes e daquelas praticadas frequentemente de maneira inadequada (OMS, 1996).

Devido a necessidade de humanização da assistência obstétrica e neonatal, no Brasil, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da Portaria Nº 569 de 11 de junho de 2000, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, iniciadas desde o pré-natal até o momento que envolve o parto e o nascimento, voltado para a transformação no cuidado centrado neste público por meio da promoção de dignidade, segurança e atendimento de necessidades emocionais, psíquicas e sociais (De Oliveira *et al.*, 2020; Brasil, 2000).

Em 2005, como uma forma de reforçar as estratégias já existentes, foi estabelecida a Lei do Acompanhante que tem por objetivo assegurar nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) a presença um acompanhante para estar junto da parturiente em todo o período que envolve o trabalho de parto, parto e pós parto-imediato, sendo posteriormente ampliado para outros tipos de procedimentos e exames. Seguindo ainda estas mudanças, veio a Rede Cegonha, que emergiu em 2011 e consiste na oferta de uma rede de cuidados para as mulheres, oferecendo suporte desde o planejamento reprodutivo até a atenção humanizada durante a gravidez, parto e puerpério, estendendo esta atenção à criança por meio da promoção de um nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis. Com o objetivo de ampliar o cuidado integral e humanizado para mulheres e crianças, surgiu em 2024, a Rede Alyne, sendo um programa em fase de estruturação para substituição da Rede

Cegonha e apresenta como objetivo diminuir a mortalidade materna de mulheres negras em 50% até 2027. (Brasil, 2005; Brasil, 2023a; Brasil, 2011; Brasil, 2024).

Devido ao crescente número de cesarianas, em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu a resolução normativa nº 368 com o intuito de estimular o parto vaginal e reduzir o percentual de cirurgias cesáreas desnecessárias, por meio da ampliação do acesso à informação e do estabelecimento do uso de partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante. Ainda neste ano, em uma iniciativa da ANS junto ao Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), foi desenvolvido o Projeto Parto Adequado (PPA), com vista a incentivar a ocorrência de partos vaginais e reduzir a incidência de cesarianas desnecessárias no Brasil. Para viabilizar essas mudanças se faz necessário o uso de modelos inovadores e passíveis de serem implementados na atenção, com embasamento científico confiável, preparo da equipe multiprofissional e oferta de uma estrutura adequada (Brasil, 2015a; Limeira, 2023; Brasil, 2023b).

Com base no cenário vigente, em 2000, a OMS propôs a elaboração de um instrumento voltado para a avaliação da assistência ao parto normal, através da análise das práticas e condutas adotadas, sendo ele, o Escore de Bologna (Limeira, 2023). Para Chalmers e Porter (2001), responsáveis pela elaboração do instrumento, a estimativa da qualidade e da adoção das boas práticas durante a assistência às mulheres em trabalho de parto normal se dá por meio do cálculo de 5 variáveis, sendo elas: a presença de acompanhantes, utilização de partograma, ausência de estímulos no trabalho de parto (ocitocina, amniotomia, episiotomia, manobra de Kristeller), parto em posição não supina e realização de contato pele a pele entre mãe e bebê por 30 minutos na primeira hora após o nascimento. Cada uma das variáveis pontua 1 caso esteja presente e 0 se estiver ausente, sendo 5 a nota máxima e 0 a nota mínima.

Ao observar as fragilidades do parto no contexto atual, torna-se relevante a necessidade de elaborar um estudo voltado para a reflexão acerca das boas práticas implementadas na assistência ao parto a partir da utilização do Escore de Bologna, visto que é um instrumento de extrema importância e precisa ser cada vez mais abordado. Além dessa questão que gerou a oportunidade de elaborar este estudo, há também a motivação pessoal dos autores em estudar e explorar a área que envolve a saúde da mulher, principalmente no momento do parto. Nesse contexto, a pesquisa teve como foco analisar a implementação do parto com condutas adequadas para essas mulheres que estão em um momento tão complexo de suas vidas. Logo, este estudo apresenta como questão problema: de acordo com os critérios

do Escore de Bologna, o Hospital Universitário Unidade Materno Infantil está cumprindo os requisitos de boas práticas na assistência ao parto vaginal?

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar o Escore de Bologna e a aplicação de suas variáveis no parto vaginal.

2.2 Específicos

- Obter a pontuação do Escore de Bologna na assistência ao parto vaginal;
- Identificar a presença e os principais métodos de indução presentes no trabalho de parto, de acordo com a categoria profissional;
- Avaliar a realização do contato pele a pele na primeira hora após o nascimento entre mãe e recém-nascido;
- Analisar a implementação das boas práticas na assistência ao parto associado a categoria e assistência dos profissionais.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise documental e abordagem quantitativa dos dados, este método de pesquisa tem por intuito caracterizar determinada população ou fenômeno e ainda fazer o estabelecimento de relações entre variáveis e sua natureza (Nunes; Nascimento; Alencar, 2016). O estudo foi desenvolvido a partir do projeto intitulado “PARTO INSTITUCIONAL: avaliação da assistência ao parto normal a partir do escore de Bologna em uma maternidade escola de São Luís-MA”.

3.2 Local e período de realização do estudo

A pesquisa foi realizada no Alojamento Conjunto (ALCON) do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HU-UMI), no período de janeiro a março de 2024. O ALCON é o local para o qual as puérperas são destinadas junto aos seus RN 's, para acompanhamento e seguimento dos cuidados, caso estejam clinicamente estáveis. O HU-UMI é uma instituição pública federal, que abrange ensino, pesquisa e extensão para a área da saúde, sendo considerado referência no estado para as gestantes de alto risco, tanto para uma internação, quanto para o parto, é ainda referência para as gestantes de risco habitual dos bairros adjacentes. Com relação a sua estrutura organizacional do cenário de pesquisa, o HU-UMI, em sua parte voltada aos cuidados maternos e neonatais, disponibiliza de 65 leitos de alojamento conjunto, local no qual foram coletados os dados, 18 leitos para internação de gestantes com alto risco, 10 leitos para pré-parto, 10 leitos para cuidados intermediários convencionais e 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, direcionada para assistência aos recém-nascidos.

3.3 População e amostra

A amostra foi composta por mulheres que tiveram parto vaginal em prontuários que estavam no ALCON do HU-UMI, no período de realização da pesquisa, correspondendo a 89 prontuários. Não foram incluídos dados de prontuários de mulheres que, durante este período, evoluíram para partos via cesárea, dados incompletos e partos que evoluíram para óbito fetal. A seleção dos prontuários ocorreu de forma não probabilística, com uma amostragem por conveniência, onde foram selecionados os prontuários que estavam disponíveis às pesquisadoras no intervalo de tempo em que foi realizado a coleta de dados.

3.4 Coleta de dados

A coleta ocorreu entre janeiro e março de 2024, a partir da análise dos prontuários físicos das pacientes, onde estavam contidas as principais informações referentes ao trabalho de parto e nascimento.

O instrumento utilizado (APÊNDICE B) abordou as variáveis do Escore de Bologna, sendo eles: 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 (fórceps 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) (Limeira, 2023). Para complementar os objetivos da pesquisa, foram adicionadas subperguntas ao instrumento utilizado, sendo elas, o motivo da não realização do contato pele a pele, qual profissional acompanhou o parto e qual foi a assistência dos profissionais de enfermagem dentro do trabalho de parto e nascimento; podendo ser identificadas no instrumento nas questões, 5.1, 6 e 6.1, que estão destacadas em negrito. A pergunta de número 6.1 foi utilizada para construir um nivelamento para a assistência do enfermeiro prestada às parturientes e avaliar o grau desta assistência de forma subjetiva, de acordo com as atividades realizadas.

3.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foram usadas frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. Verificou-se associação das variáveis qualitativas com o parto induzido através dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Os dados coletados foram tabulados na planilha eletrônica Microsoft Excel e posteriormente analisados no IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os resultados obtidos estão expostos por meio de tabelas e gráficos e discutidos através de comparação com literaturas disponíveis sobre o tema.

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa segue 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 da pesquisa ao qual este estudo faz parte 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). Por se tratar de uma pesquisa documental, foi-solicitado a

dispensação da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme APÊNDICE A.

No que se refere aos riscos, os principais que poderiam vir a ocorrer são a quebra de confidencialidade e sigilo dos dados. No entanto, para minimizar essa questão, os pesquisadores se comprometeram a guardar os formulários em um local seguro para assim evitar a quebra de sigilo e manter o anonimato das participantes. Como benefício, a pesquisa irá contribuir para um maior conhecimento quanto às práticas adotadas no cenário de parto normal, para o levantamento de estatísticas e a obtenção e organização de conhecimentos científicos atualizados por meio dos dados coletados.

4. RESULTADOS

4.1. Artigo

ESCORE DE BOLOGNA E SUAS VARIÁVEIS NO PARTO VAGINAL

Artigo a ser submetido na Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil - Qualis B1
para a Enfermagem.

ESCORE DE BOLOGNA E SUAS VARIÁVEIS NO PARTO VAGINAL

Hérica Vaz Ferreira¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5171-8547>

Eremita Val Rafael²

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2454-9236>

Kayo Elmano Costa da Ponte Galvão³

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4409-7222>

Maria Luziene de Sousa Gomes⁴

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8583-0959>

Mariana Gonçalves de Lima⁵

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9457-1426>

Paula Cristina Alves da Silva⁶

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4843-5049>

^{1,3}Graduação de Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. Av. dos Portugueses, 1966, Vila Bacanga, São Luís, MA, Brasil. CEP: 65080-805. Email: herica.vaz@discente.ufma.br

^{2,3,4,6}Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, MA, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Analisar o Escore de Bologna e a aplicação de suas variáveis no parto vaginal.

Métodos: Pesquisa descritiva com análise documental e abordagem quantitativa dos dados.

Realizada no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HU-UMI) da Universidade Federal do Maranhão, que teve como população alvo, mulheres que tiveram parto vaginal no CCO. Os dados foram coletados por meio dos prontuários físicos das pacientes e para a sua análise foram usadas frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas e testes de associação. **Resultados:** Neste trabalho foi encontrado uma prevalência da pontuação 3, dentro do escore, que representa uma assistência intermediária, quanto às variáveis do escore, a presença de acompanhantes, de contato pele a pele e a ausência de estímulo no trabalho de parto revelaram resultados positivos, já o uso de partograma e o parto na posição não supina, não corresponderam aos resultados esperados. Quanto aos enfermeiros, estes profissionais prestaram uma assistência maior em 51,7% dos partos e se fizeram presentes na realização da minoria. A principal atividade realizada foi o preenchimento do checklist de parto seguro. **Conclusões:** A alta prevalência da pontuação 3 indica a presença de uma assistência intermediária, sugerindo avanços, mas também áreas que requerem melhorias significativas.

Palavras-chave: Parto Normal, Saúde da mulher, Parto humanizado, Prática Clínica Baseada em Evidências.

Introdução

O processo da gravidez e do trabalho de parto são momentos únicos e que despertam mudanças na vida de uma mulher, juntamente com sua família, a partir disso, é necessário que

a assistência seja implementada de maneira adequada e baseada em evidências desde o pré-natal e até após o parto.¹

A humanização do parto no Brasil teve seu início por volta de 1990, trazendo ações que implementaram cuidados à mãe durante toda a gestação, parto e puerpério. A criação desse novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento teve como base estudos científicos e os direitos humanos das mulheres dentro dos serviços de saúde.²

A assistência humanizada com base em evidências apresenta fragilidades dentro do ambiente hospitalar e necessita de melhorias na sua implementação. Alguns fatores contribuem para esse processo, como por exemplo, o excesso de trabalho e a alta demanda de produção, o que dificulta o desempenho dos profissionais em realizar uma assistência de qualidade. As boas práticas precisam ser implementadas antes mesmo da primeira consulta de pré-natal e deve ser fortalecida no momento do parto.³

Levando em consideração o contexto histórico, em tempos mais antigos, o processo parturitivo ocorria em sua totalidade nos ambientes domiciliares e se configurava como uma prática majoritariamente feminina, acompanhado por parteiras, carregadas de saberes empíricos, portanto neste cenário a mulher era colocada como protagonista da assistência, tendo o seu processo natural de trabalho de parto respeitado.^{2,4}

Com o desenvolvimento científico e da medicina ao longo dos anos, houve uma transição de ambientes no que se diz respeito à assistência ao trabalho de parto e ao nascimento, por meio do qual passou a ocorrer em sua maioria no ambiente hospitalar, o tornando um processo menos natural e fisiológico e cada vez mais institucionalizado. Em virtude dessas mudanças, a figura médica ganhou protagonismo neste cenário, tendo o seu conforto priorizado em detrimento ao das mulheres, que assumem um papel mais passivo e de menos destaque, tendo suas vontades, sentimentos e direitos desvalorizados e desconsiderados.⁵

Devido ao crescimento do cenário tecnicista e com grande foco na medicalização presente no processo de assistência ao parto e nascimento a Organização Mundial de Saúde (OMS), iniciou a partir de 1996 a criação e implementação de diretrizes e recomendações com foco na promoção do respeito e autonomia da mulher no momento intraparto, sendo os profissionais inseridos no processo os responsáveis pelo planejamento e execução das devidas condutas.⁶

As Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento desenvolvidas pela OMS, apresentam o intuito de classificarem as práticas relacionadas ao parto normal em 4 categorias, de acordo com o que deve ou não ser realizado neste momento. Estas

recomendações foram elaboradas baseadas em evidências científicas por meio da colaboração de peritos em obstetrícia de todas as regiões que fazem parte da OMS, tendo sua representação por meio das letras A, B, C e D.⁷

Devido a necessidade de humanização da assistência obstétrica e neonatal, no Brasil, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN),⁸ por meio da Portaria Nº 569 de 11 de junho de 2000, com o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, iniciadas desde o pré-natal até o momento que envolve o parto e o nascimento.⁹

Em 2005, como uma forma de reforçar as estratégias já existentes, foi estabelecida a Lei do Acompanhante que tem por objetivo assegurar nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) a presença um acompanhante para estar junto da parturiente em todo o período que envolve o trabalho de parto, parto e pós parto-imediato, sendo posteriormente ampliado para outros tipos de procedimentos e exames.^{10,11} Seguindo ainda estas mudanças veio a Rede Cegonha que emergiu em 2011 e consiste na oferta de uma rede de cuidados para as mulheres, oferecendo suporte desde o planejamento reprodutivo até a atenção humanizada durante à gravidez, parto e puerpério, estendendo esta atenção à criança por meio da promoção de um nascimento seguro e crescimento e desenvolvimento saudáveis.¹² Em 2024, como uma estratégia de reestruturação da antiga Rede Cegonha, surgiu a Rede Alyne, que apresenta o objetivo de diminuir a mortalidade materna em 25%.¹³

Devido ao crescente número de cesarianas, em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu a resolução normativa nº 368 com o intuito de estimular o parto normal e reduzir o percentual de cirurgias cesáreas desnecessárias por meio da ampliação do acesso à informação e do estabelecimento do uso de partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante.¹⁴ Ainda neste ano, em uma iniciativa da ANS junto ao Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Healthcare Improvement (IHI), foi desenvolvido o Projeto Parto Adequado (PPA), com vista a incentivar a ocorrência de partos normais e reduzir a incidência de cesarianas desnecessárias no Brasil.¹⁵

Com base no cenário vigente, em 2000, a OMS propôs a elaboração de um instrumento voltado para a avaliação da assistência ao parto normal, através da análise das práticas e condutas adotadas, sendo ele, o Escore de Bologna.¹ Para Chalmers e Porter¹⁶, responsáveis pela elaboração do instrumento, a estimativa da qualidade e da adoção das boas práticas durante a assistência às mulheres em trabalho de parto normal se dá por meio do cálculo de 5 variáveis, sendo elas: a presença de acompanhantes, utilização de partograma, ausência de estímulos no trabalho de parto (ocitocina, amniotomia, episiotomia, manobra de

Kristeller), parto em posição não supina e realização de contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora após o nascimento.

Diante disso, esta pesquisa tem como objetivo, analisar o Escore de Bologna e a aplicação de suas variáveis no parto vaginal.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva com análise documental e abordagem quantitativa dos dados. Este estudo foi desenvolvido a partir do projeto intitulado “PARTO INSTITUCIONAL: avaliação da assistência ao parto normal a partir do escore de Bologna em uma maternidade escola de São Luís-MA”. A foi realizada nas alas do Alojamento Conjunto (ALCON) do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil (HU-UMI), local para o qual as puérperas são destinadas junto aos seus RN 's, para acompanhamento e seguimento dos cuidados, caso estejam clinicamente estáveis.

O HU-UMI é uma instituição pública federal, que abrange ensino, pesquisa e extensão para a área da saúde, sendo considerado uma referência no estado para as gestantes de alto risco, tanto para uma internação, quanto para o parto, é ainda referência para as gestantes de risco habitual dos bairros adjacentes. Com relação a sua estrutura organizacional, o HU-UMI disponibiliza de 65 leitos de alojamento conjunto, local no qual foram coletados os dados, 18 leitos para internação de gestantes com alto risco, 10 leitos para pré-parto, 10 leitos para cuidados intermediários convencionais e 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, direcionada para assistência aos recém-nascidos.

No que diz respeito à população deste estudo, teve-se como alvo, mulheres que tiveram parto vaginal no CCO do HU-UMI e que foram encaminhadas para o ALCON, correspondendo a 89 prontuários. A seleção dos prontuários ocorreu de forma não probabilística, com uma amostragem por conveniência, onde foram selecionados os prontuários que estavam disponíveis às pesquisadoras no intervalo de tempo em que foi realizado a coleta de dados. Não foram incluídos dados de prontuários de mulheres que evoluíram para partos via cesárea, dados incompletos e partos que evoluíram para óbito fetal. A coleta ocorreu entre janeiro e março de 2024, a partir da análise dos prontuários físicos das pacientes, onde estavam contidas as principais informações referentes ao trabalho de parto e nascimento.

O instrumento utilizado abordou as variáveis do Escore de Bologna, sendo eles: 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 (fórceps 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).¹ Para complementar os objetivos da pesquisa, foram adicionadas subperguntas ao instrumento utilizado, sendo elas, o motivo da não realização do contato pele a pele e atuação dos profissionais de enfermagem dentro do trabalho de parto e nascimento. A pergunta de número 6.1 foi utilizada para construir um nivelamento para a assistência do enfermeiro prestada às parturientes e avaliar o grau desta assistência de forma subjetiva, de acordo com as atividades realizadas.

Para análise dos dados foram usadas frequências absolutas e relativas das variáveis qualitativas. Verificou-se associação das variáveis qualitativas com o parto induzido através dos testes Qui-quadrado de Pearson e Exato de Fisher. Os dados coletados foram tabulados na planilha eletrônica Microsoft Excel e posteriormente analisados no IBM Statistical Package for the Social Sciences versão 22.0. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$. Os resultados obtidos estão expostos por meio de tabelas e gráficos e discutidos através de comparação com literaturas disponíveis sobre o tema.

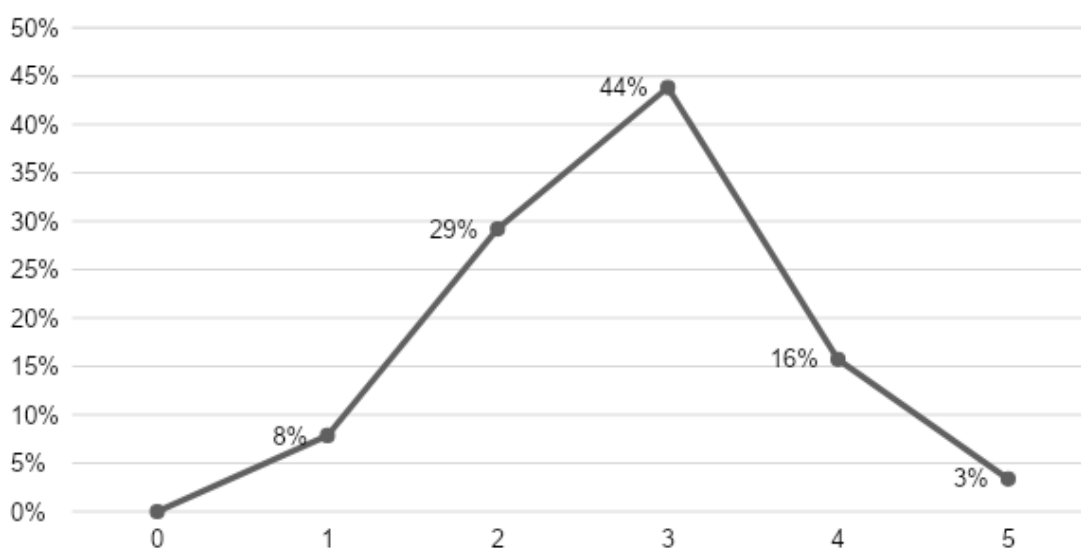
Esta pesquisa segue os pressupostos da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos. O projeto da pesquisa ao qual este estudo faz parte foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – HUUFMA, e sua aprovação foi realizada por meio do parecer número 2.073.252. Por se tratar de uma pesquisa documental, foi-solicitado a dispensação da utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Como população deste estudo, foram analisados 89 prontuários de mulheres submetidas ao parto vaginal e encaminhadas ao ALCON na instituição analisada. As informações obtidas foram colhidas do instrumento contendo as variáveis do Escore de Bologna e subperguntas que contemplam os objetivos a serem alcançados.

Quanto à pontuação total do Escore de Bologna, para avaliação da assistência, adquirida por meio do somatório, a mesma foi classificada de 1 a 5, no qual a pontuação 1 representa uma menor qualidade na assistência e a pontuação 5, representa a nota máxima obtida no Escore e uma assistência de maior qualidade. Dentre os resultados obtidos, 8% receberam a pontuação 1, 29% receberam a pontuação 2, 44% obtiveram 3 de pontuação, 16% pontuaram 4 e apenas 3% do total pontuou 5, conforme evidencia o gráfico 1.

Gráfico 1. Escore de Bologna das mulheres que tiveram parto vaginal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024.



Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024.

Na tabela 1, quanto à presença de acompanhante, 87,6% deste total foram acompanhados, sendo que 7,9% da amostra não teve esta informação registrada. O partograma foi aplicado somente em 36%. A presença ou não de métodos de indução representada pela variável “Ausência de estímulos de parto”, foi totalizada em 59,6%. Em relação à escolha da posição durante o trabalho de parto pela mulher na posição não supina, observou-se uma quantidade significativa de não informado (44,9%). No que diz respeito ao contato pele a pele estabelecido entre mãe e bebê analisado nos primeiros 30 minutos de vida, o mesmo esteve presente e foi registrado em 78,7% da população estudada.

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis que contemplam o Escore de Bologna das mulheres que tiveram parto vaginal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024 (continua).

Variáveis	n	%
Presença de acompanhante		
Não	4	4,5
Sim	78	87,6
Não informado	7	7,9
Uso de partograma		
Não	57	64,0
Sim	32	36,0

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024 (continua).

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis que contemplam o Escore de Bologna das mulheres que tiveram parto vaginal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024 (conclusão).

Ausência de estímulos do trabalho de parto		
Não	34	38,2
Sim	53	59,6
Não informado	2	2,2
Parto na posição não supina		
Não	35	39,3
Sim	14	15,7
Não informado	40	44,9
Contato pele a pele da mãe com o RN		
Não	17	19,1
Sim	70	78,7
Não informado	2	2,2

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024 (conclusão).

De acordo com a tabela 2, dos 89 partos realizados, 38,2% foram induzidos. No que se refere aos métodos de indução, os mais registrados foram a Ocitocina (51,5%), Misoprostol (24,2%) e Amniotomia (15,2%). Quanto à assistência ao parto, tanto de induzidos quanto de não induzidos, 83,1% foram realizados pela medicina, 5% pela enfermagem e 10,1% pela medicina juntamente com a enfermagem. Já nos partos induzidos, daqueles realizados somente por médicos, 38,6% receberam indução e dos que foram acompanhados pela enfermagem, 28,6% foram induzidos por indicação médica. Em relação ao parto não induzido, o acompanhamento pelo profissional médico ocorreu em 61,4%, em comparação aos acompanhados por enfermeiros, que obtiveram um total de 71,4%.

Tabela 2. Principais métodos de indução presentes no trabalho de parto, de acordo com a categoria profissional presente na assistência ao parto vaginal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024 (continua).

Variável	n	%	-
Método de Indução*			
Ocitocina	17	51,5	-
Misoprostol	8	24,2	-
Amniotomia	5	15,2	-
Ocitocina e Misoprostol	2	6,1	-
Ocitocina e Amniotomia	1	3,0	-
Trabalho de parto acompanhado por			
Medicina	74	83,1	-
Enfermagem	5	5,6	-
Enfermagem e Medicina	9	10,1	-
Não informado	1	1,1	-

Do total de partos realizados 38,2% foram induzidos; Para o cálculo dessas variáveis foram utilizados os testes

Qui-quadrado de Pearson e *Exato de Fisher

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024 (continua).

Tabela 2. Principais métodos de indução presentes no trabalho de parto, de acordo com a categoria profissional presente na assistência ao parto vaginal no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024 (conclusão).

Trabalho de parto acompanhado	Parto induzido		p-valor
	Não n (%)	Sim n (%)	
Médicos			
Não	4 (66,7)	2 (33,3)	1,000***
Sim	51 (61,4)	32 (38,6)	
Enfermeiros			
Não	45 (60,0)	30 (40,0)	0,611**
Sim	10 (71,4)	4 (28,6)	

Do total de partos realizados 38,2% foram induzidos; Para o cálculo dessas variáveis foram utilizados os testes

Qui-quadrado de Pearson e *Exato de Fisher

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024 (conclusão).

O contato pele a pele entre mãe e recém-nascido foi realizado em 78,7% dos casos; Os resultados encontrados quanto a ausência do contato pele a pele são justificáveis, principalmente devido a condições de saúde do recém-nascido, como hipotonia (17,6%) e prematuridade com desconforto (11,8%), além de recusa materna (11,8%). Em 2,2% dos casos, não houve informação sobre a prática, se foi realizado ou não, e em 17,6% dos casos sem contato pele a pele, a justificativa não foi especificada. Esses dados destacam a importância de se dar continuidade a políticas de apoio que estimulem a prática, para a manutenção dos resultados positivos, conforme descrito na tabela 3.

Tabela 3. Registro do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e justificativa da não realização no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024.

Registro do contato pele a pele da mãe com o RN*	n	%
Não	17	19,1
Sim	70	78,7
Não informado	2	2,2
Justificativa da ausência do contato pele a pele	n	%
RN hipotônico	3	17,6
RN hipoativo	2	11,8
RN prematuro com desconforto	2	11,8
Mãe recusou	2	11,8
Mãe foi realizar procedimento	1	5,9
Morte aparente após distócia de ombros	1	5,9
RN sem choro	1	5,9
RN com necessidade de cuidados imediatos	1	5,9
RN em anóxia	1	5,9
Não informado	3	17,6

*Serão considerados os contatos pele e a pele de no mínimo 30 minutos na primeira hora após o nascimento.

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024.

A tabela 4 revela a relação entre a pontuação do Escore com os partos realizados juntamente com a presença da assistência dos profissionais de saúde. Nos partos com

pontuação 1, a maioria (85,7%) foram realizados por médicos, com baixa participação de enfermeiros (28,6%), mas com maior assistência da enfermagem (85,7%). Nos partos de pontuação 2, 100% tiveram acompanhamento médico, enquanto apenas 7,7% contaram com enfermeiros, com 57,7% dos casos apresentando maior assistência da enfermagem. Nos partos de pontuação 3, médicos acompanharam 97,4% dos casos e 10,3% tiveram enfermeiros, com 48,7% mostrando maior assistência da enfermagem. Com pontuação 4, 85,7% dos partos foram realizados por médicos, e a assistência de enfermagem foi mais baixa (71,4%). Finalmente, nos partos com pontuação 5, 66,7% não tiveram médicos, mas contaram com enfermeiros em 66,7%, com a maioria apresentando maior assistência de enfermagem (66,7%). A significância estatística para médicos e enfermeiros indica que sua presença ou ausência influencia de forma diferente o Escore de Bologna.

Tabela 4. Frequências da pontuação do Escore de Bologna associado aos indicadores de mulheres induzidas, a categoria e atuação dos profissionais no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024.

Escore de Bologna						
Variáveis	1	2	3	4	5	p-valor*
Médicos						
Não**	1 (14,3)	-	1 (2,6)	2 (14,3)	2 (66,7)	0,002
Sim**	6 (85,7)	26 (100,0)	38 (97,4)	12 (85,7)	1 (33,3)	
Enfermeiros						
Não**	5 (71,4)	24 (92,3)	35 (89,7)	10 (71,4)	1 (33,3)	0,031
Sim**	2 (28,6)	2 (7,7)	4 (10,3)	4 (28,6)	2 (66,7)	
Grau de assistência do enfermeiro***						
Baixa assistência	1 (14,3)	11 (42,3)	20 (51,3)	10 (71,4)	1 (33,3)	0,125
Maior assistência	6 (85,7)	15 (57,7)	19 (48,7)	4 (28,6)	2 (66,7)	

*Para o cálculo estatístico dessa variável foi utilizado o teste p-valor = Exato de Fisher; 1 a 5 = equivalem a pontuação do Escore de Bologna; ** Os termos Sim e Não referem-se à quantidade de profissionais que assistiram aos partos induzidos; ***Foi utilizado como critério para classificação o tipo de atividade realizada e seu nível de importância.

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024.

Na tabela 5, que aborda informações quanto ao grau de assistência do enfermeiro, classificado de acordo com o tipo de atividade exercida e a sua importância, 51,5% dos casos apresentaram uma maior assistência. Em relação à atividade exercida pela enfermagem, as

que se destacam são o Checklist de parto seguro (95,5%), o Histórico de Enfermagem (53,9%), a realização de testes rápidos (47,2%) e o Exame Físico (42,7%).

Tabela 5. Assistência da enfermagem, seu grau de participação durante o parto vaginal em mulheres no Hospital Universitário Unidade Materno Infantil do Maranhão, São Luís, 2024.

Variáveis	n	%
Grau de assistência do enfermeiro*		
Baixa assistência	43	48,3
Maior assistência	46	51,7
Assistência do enfermeiro**		
Checklist de parto seguro	85	95,5
Histórico de Enfermagem	48	53,9
Realização de testes rápidos	42	47,2
Exame Físico	38	42,7
Outros	19	21,3

*Está incluído enfermeiros residentes e efetivos **Para o cálculo estatístico dessa variável foi utilizado o teste variável múltiplo (a soma do percentual ultrapassa 100%)

Fonte: Dados de prontuários do HU-UMI adaptado pelos autores, 2024.

Discussão

Avaliar a assistência ao parto ofertada à mulher é relevante para que se tenha uma visão do nível de qualidade dos cuidados oferecidos a mãe e do impacto dos mesmos neste momento complexo para a mulher.¹⁷ O Escore de Bologna, neste contexto, se configura como um importante indicador da qualidade desta assistência, visto que, permite quantificar a presença de práticas baseadas em evidências.¹⁸

Neste estudo, por meio dos dados obtidos com o cálculo do Escore, conclui-se que há uma maior prevalência da pontuação 3, que reflete a presença de uma assistência de nível intermediário. Limeira¹ ao avaliar uma amostra de 250 mulheres em uma maternidade escola localizada no Rio Grande do Norte, encontrou uma pontuação média de 3,82, do qual foi equivalente ao encontrado por este estudo.

Outros estudos realizados no Brasil, mais especificamente em João Pessoa-PB e em três cidades do Rio Grande do Sul, demonstraram resultados semelhantes aos encontrados por este trabalho, com predominância de uma assistência obstétrica com média 3 de pontuação, classificada como de qualidade intermediária.^{19,20} Desta forma, infere-se com os resultados obtidos, a presença de falhas no que diz respeito aos serviços obstétricos e nível de qualidade dos cuidados oferecidos pelos mesmos, fomentando a necessidade de implementação de melhorias, incentivos à aplicação das boas práticas ao parto e nascimento, capacitação das equipes e valorização do protagonismo feminino.

No que diz respeito à presença de acompanhante, observou-se um cenário positivo, assim como o encontrado em quatro maternidades no Paraná, evidenciando a presença de

acompanhante em 93% dos partos realizados.¹⁹ Esse dado revela conformidade com os termos do art. 19-J da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, onde a mulher tem o direito à presença de acompanhante no parto, trabalho de parto e no pós-parto imediato.¹⁰ Inclusive, este direito foi ampliado para consultas, exames e outros procedimentos em unidades de saúde públicas ou privadas, conforme o art.19-J da Lei nº 14.737, de 27 de novembro de 2023.¹¹

A presença do acompanhante é um fator primordial para a mulher no momento do parto, visto que gera segurança, apoio emocional, auxílio físico, além de contribuir para a melhora do estresse em um momento tão delicado. Araújo et al,²¹ mostraram em seu estudo que a ausência de acompanhante reduziu a prevalência de aleitamento materno durante a primeira hora de vida.

Em contrapartida, esse estudo sinaliza um resultado insatisfatório quanto ao uso de partograma, visto que, em mais da metade dos prontuários analisados, o mesmo não foi preenchido, o que evidencia certa dificuldade na operacionalização deste instrumento por parte da equipe, e conseqüentemente, desfavorece a visualização de possíveis complicações durante o parto e dificulta a implementação das condutas a serem realizadas. Um estudo realizado em uma maternidade escola no nordeste mostrou que a sobrecarga no trabalho é o principal fator para não utilização do partograma, além da falta de adesão dos profissionais, falta de conhecimento ou treinamento.²²

Nóbrega et al,¹ ao quantificarem a utilização desse instrumento em um estudo observacional, encontraram números que diferem dos obtidos aqui, sendo o partograma preenchido em 85,4% dos partos avaliados na amostra, resultado considerado positivo. Os estudos mostram divergências quanto ao uso deste importante instrumento e refletem o uso e o não uso em diferentes instituições, expondo que é possível alcançar bons números na utilização de partograma, por meio da aplicação de uma melhor divisão de tarefas, medidas que facilitem o uso e preparo adequado dos profissionais quanto ao preenchimento correto. A partir disso, é importante identificar os motivos da não implementação desse instrumento, visto que, contribui na orientação de condutas do profissional durante a assistência ao parto.

Os métodos de indução, sendo eles farmacológico e não farmacológico, representados por ocitocina, misoprostol e amniotomia, estiveram ausentes na maioria dos partos, sendo assim um resultado favorável, visto que a utilização desses métodos impacta diretamente nas boas práticas no parto. A ocitocina foi o método de indução mais observado neste estudo, dado este, que diverge com os encontrados por Paixão et al²³, ao avaliarem a indução em uma maternidade de alto risco, sendo o misoprostol o mais utilizado (85,7%).

Quanto à aplicação de ocitocina, a recomendação da OMS e do MS é de que sua utilização ocorra somente nos casos em que houver uma indicação clínica adequada, onde se leva em consideração os riscos e benefícios para a díade mãe-bebê e a fase do trabalho de parto em que a mulher se encontra. Diante do exposto, uma pesquisa realizada em um Centro de Parto Normal trouxe a utilização da ocitocina em somente 5,1% das mulheres, destacando-se ainda que este resultado está relacionado ao uso de tal método no local estudado pela pesquisa, exclusivamente nas circunstâncias em que houver a parada de progressão do TP.²⁴

Ao analisar a relação entre os partos realizados por enfermeiros e a presença de métodos indutivos devido a indicação médica, é possível concluir que não há associação entre ambas as variáveis, ou seja, a presença de profissionais da enfermagem no parto não está ligada a uma maior ocorrência de indução. Ferreira et al,²⁵ em seu trabalho de abordagem qualitativa realizado em Fortaleza, enfatizam a importância da presença da enfermagem na obstetrícia e do papel fundamental do enfermeiro para uma atenção focada no bem estar materno e infantil, sendo a redução do uso de induções uma prática recomendada.

Em relação à posição implementada durante o parto, este estudo encontrou resultados desfavoráveis, devido à baixa prevalência da posição não supina e a falhas identificadas no registro desta informação, visto que, na maioria dos prontuários, esses dados não estavam descritos. A importância da prática de uma posição não supina durante o parto, sendo a posição vertical uma delas, se dá devido aos diversos benefícios que podem ser proporcionados para a mulher, dentre eles está a promoção de um maior conforto para a mesma e a possível diminuição e controle da dor. Os achados desta pesquisa vão de encontro a um estudo realizado em um serviço de atenção obstétrica no nordeste brasileiro, que apresentou um número considerável de mulheres que pariram em posição horizontal, contribuindo para uma redução da pontuação do Escore de Bologna.¹⁹ Diante do exposto, destaca-se a necessidade de que a mulher seja orientada e tenha total liberdade e conhecimento quanto ao seu direito de escolha, assim como das vantagens de ter a autonomia de escolher o seu posicionamento neste momento tão complexo.

O contato pele a pele (CPP) entre mãe e recém nascido durante a primeira hora de vida é uma prática que traz diversos benefícios, dentre eles, uma melhor adaptação do bebê a vida extrauterina, regulação da temperatura, aumento do vínculo entre mãe e filho, além de ser uma das ações de incentivo ao aleitamento materno.²⁶ É importante ressaltar que o Escore de Bologna avalia a prática do CPP dentro dos primeiros 30 minutos, entretanto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) preconiza que o CPP seja realizado por pelo menos 1

hora após o nascimento.²⁷ Em síntese, os achados deste estudo demonstram uma boa adesão ao CPP, de forma a contribuir para as boas práticas durante o parto, assim como um estudo realizado em um Hospital Universitário no Rio Grande do Norte, que apresentou o CPP em 64,8 % dos partos normais realizados.¹

O principal motivo para a não realização do contato pele a pele (CPP) estava relacionado a problemas no quadro clínico do recém-nascido (RN) no momento do nascimento, sendo justificável a sua não realização. Essa observação é consistente com o estudo realizado com 586 mulheres no Rio Grande do Sul, onde 47,7% dos RNs também não realizaram CPP imediato devido a condições clínicas desfavoráveis.²⁸ No entanto, este estudo identificou a ausência de registros nos prontuários sobre as razões da não realização do CPP, sugerindo uma lacuna significativa no preenchimento de informações por parte dos profissionais de saúde nos prontuários. O registro adequado dessas informações é essencial não só para acompanhar a evolução do trabalho de parto (TP), mas também para embasar as decisões clínicas e permitir análises futuras sobre a assistência. Portanto, é fundamental que os profissionais estejam atentos a registrar de forma completa e precisa, de modo a garantir que os dados necessários para o bem-estar e acompanhamento de ambos sejam adequadamente documentados, promovendo uma assistência mais informada e contínua.

O Escore de Bologna obtido por esta pesquisa permite identificar e mensurar a aplicação das boas práticas na assistência ao parto vaginal. Ao analisar a relação entre a pontuação obtida pelo Escore e os profissionais responsáveis por realizarem o parto, notou-se uma maior associação entre a presença da pontuação máxima e os partos realizados pela enfermagem quando comparados aos partos realizados por médicos. Reforçando os achados que demonstram a importância da enfermagem obstétrica e suas implicações na assistência, Moura et al,²⁹ trazem no estudo em uma maternidade de referência, resultados significativos nos partos assistidos por estes profissionais, visto que houve um maior número de práticas cientificamente recomendadas empregadas e ainda um impacto positivo para as mulheres no momento do parto e no puerpério.

Quando feita a associação das notas obtidas no escore e o grau de assistência da enfermagem, observou-se que na maioria dos contemplados com nota 1, a assistência destes profissionais foi maior, enquanto dos que foram pontuados com 5, grande parte também teve uma maior intervenção de enfermeiros. Estes dados controversos, revelam que por mais que haja uma assistência adequada da equipe de Enfermagem nos partos com pontuação máxima, ainda se faz necessário o emprego de critérios de Bologna que assegurem a implementação de um cuidado que esteja de acordo com as boas práticas. Já Ribeiro et al,¹⁷ em estudo realizado

na capital do Ceará, expuseram achados que afirmam a associação entre atuação da enfermagem na realização de partos e a promoção de uma atenção baseada em evidências, com o mínimo de intervenções desnecessárias e com valorização do protagonismo da mulher. Diante disto, infere-se que quando há um maior índice de Bologna associado aos partos assistidos diretamente pela enfermagem, está havendo uma implementação adequada de boas práticas pela categoria profissional, e, é ainda possível afirmar que o enfermeiro obstetra possui potencial de promover melhorias neste cenário por meio de maior autonomia e valorização do seu trabalho, visando o conforto da díade mãe-bebê e a redução de possíveis intercorrências.

A enfermagem exerce um papel fundamental dentro da assistência ao parto, através de bases científicas e práticas que visam o cuidado adequado oferecido à mulher e ao RN. Na atual pesquisa, foi observado que o enfermeiro apesar de estar presente em todo processo do parto, ainda apresenta algumas limitações em assumir papéis de maior responsabilidade. Além disso, identificou-se durante a coleta de dados, uma taxa mínima de partos realizados por enfermeiros obstetras. Esse fato ocorre principalmente pelo domínio médico dentro dos setores e pela maternidade avaliada ser de alto risco, dificultando a realização de partos pelos enfermeiros. Desta forma, no que se refere a assistência do enfermeiro, o checklist de parto seguro foi a conduta com maior implementação dentro desse estudo. O checklist de parto seguro é um instrumento elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que garante a segurança e evita eventos adversos durante o parto. Em um estudo realizado em dois hospitais públicos no Distrito Federal, mostrou que os profissionais da enfermagem relataram os benefícios ao implementarem o checklist, contribuindo assim no cuidado à e na assistência do parto.³⁰

A alta prevalência da pontuação 3 indica a presença de uma assistência intermediária, sugerindo avanços, mas também áreas que requerem melhorias significativas. A presença de práticas com base em evidências durante o parto é fundamental para a saúde da mãe e do bebê pois garante segurança, respeito e acolhimento em um momento tão subjetivo, incentivando principalmente a autonomia da mulher. Desta forma, o Escore de Bologna se configura como um indicador que contribui para qualificação do nível da assistência ao parto vaginal. A partir disso, a implementação de ações voltadas ao cuidado baseado em evidências, principalmente pelos profissionais de saúde, é crucial nesse processo. A enfermagem, por exemplo, exerce um papel essencial dentro da humanização ao parto, porém é necessário a implementação de outras ferramentas que garantam melhorias na atenção ao parto e ao nascimento.

Neste estudo foi possível identificar uma limitação, como a questão da falta de informação dentro dos registros em prontuários, dificultando a continuidade do cuidado, o acompanhamento da evolução do TP e a análise da assistência prestada por meio de informações que deveriam estar contidas em prontuário. Sendo assim, os achados encontrados neste estudo a partir do Escore, demonstraram diversos avanços mas também fragilidades que precisam ser trabalhadas.

Contribuição dos autores

Ferreira HV: Coleta de dados, análise e interpretação de dados, redação do manuscrito; Rafael EV: revisão final do manuscrito. Galvão KEP: Revisão do manuscrito, supervisão do estudo, revisão final do manuscrito; Gomes MLS: revisão final do manuscrito. Lima MG: Coleta de dados, análise e interpretação de dados, redação do manuscrito; Silva PCA: Revisão do manuscrito, supervisão do estudo; Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Limeira JHA, Moura VA. Aplicação do Escore de Bologna na avaliação da assistência ao parto normal de risco habitual em uma maternidade pública. *Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Out 25];17(1)35-52. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/11059>.
2. Buffon T de M, Martins CAL. A humanização do parto: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review* [Internet]. 2023 [acesso em 2023 Out 28]; 6(3)11095-11109. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60251/43550> doi: 10.34119/bjhrv6n3-216.
3. Carneiro EC da SP. Percepção de mulheres em relação à assistência em maternidade pública de Marechal Hermes: um estudo fenomenológico [tese]. Niterói (RJ): Universidade Federal Fluminense; 2021.
4. Leal NP, Versiani MH, Leal M do C, Santos YRP. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puerperas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Out 30]; 26(3)941-950. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n3/941-950/> doi: 10.1590/1413-81232021263.13662020.
5. Oliveira TS de D, Galvão MLS, Ramos TO. Enfermagem obstétrica: assistência ao parto no Brasil reflexos da colonialidade do poder e do saber. *Revista Encantar* [Internet]. 2021 [acesso em 2023 Out 31]; 3:e021010. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/encantar/article/view/13124> doi: <https://doi.org/10.46375/reecs.v3i.13124>.
6. Nakata TN, Colombiano IMC, Rodrigues RMS. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade. *Femina* [Internet]. 2022 [acesso em 2023 Out 28]; 50(6):360-6. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/ru/biblio-1380718>.

7. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: OMS; 2000 [cited 2023 Oct 31]. 63p. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf.
8. Oliveira GP de, Takamatsu TC de S, Santos MR dos, Cabanha RS da CF, Carmiati T de SM, Loureiro NRG de O, *et al.* Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: integração das políticas públicas na promoção da maternidade segura. *Contribuciones de Las Ciencias Sociales* [Internet]. 2024 [acesso em 2024 Mar 16];17(1):5085-94. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/4511> doi: 10.55905/revconv.17n.1-303
9. Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 569/2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento [Internet]. Brasil: MS; 2000 [acesso em 2023 Out 31]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html.
10. Brasil. Presidência da República. Lei n° 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 2005 Apr 7. Seç 1.
11. Brasil. Presidência da República. Lei n° 14.737, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. *Diário Oficial da União*. 2023 Nov 27. Seç 1.
12. Ministério da Saúde (BR). Portaria n° 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU 27 de Julho de 2011. [acesso em 2023 Out 31]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil. Brasília (DF): 30 de setembro de 2024. [acesso em 2024 Dez 26] Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>.
14. Ministério da Saúde (BR). Resolução Normativa n° 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais. Brasília (DF): DOU 7 de Janeiro de 2015. [acesso em 31 Out 2023]. Disponível em: https://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892.
15. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Parto adequado [internet]. Brasília (DF); 2024. [acesso em 2024 Out 25]. In: Gov.br. Brasília: Ministério da Saúde, c2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>.
16. Chalmers B, Porter R. Assessing Effective Care in Normal Labor: The Bologna Score. *Birth*. 2001 Jun;28(2):79–83.
17. Ribeiro GL, Costa CC da, Damasceno AK de C, Vasconcelos CTM, Souza MRT de, Esteche CMG da C, *et al.* Utilização das boas práticas no parto e experiência e satisfação materna.

- Rev. enferm. UFPI [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Set 17];12:e4148. Disponível em: <https://periodicos.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/4148/3950> doi: 10.26694/reufpi.v12i1.4148.
18. Rocha KKA, Leitão KRS, Sousa IM de O, Ferreira CA, Galvão KEC da P, Corrêa R da GCF. Avaliação de boas práticas obstétricas no processo de parturição. Saúde Coletiva (Barueri) [Internet]. 2022 [acesso em 2024 Set 18];12(79):11045-58. Disponível em: <https://www.revistasau decoletiva.com.br/index.php/sau decoletiva/article/view/2687> doi: <https://doi.org/10.36489/sau decoletiva.2022v12i79p11045-11058>.
 19. Nóbrega MCP, Silva MI da, Albuquerque GPM de, Castro JF de L, Faustino W de M, Holanda VR de. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna. Enfermería global [Internet]. 2022 [acesso em 2024 Set 18]; 21(2):356-397. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/487441> doi: <https://doi.org/10.6018/eglobal.487441>.
 20. Alves EM, Malta NJF, Oliveira PP dos S, Oliveira LS, Pinto KRT da F, Ferrari RAP, Bernardy CCF. Avaliação da assistência ao parto no norte do Paraná pelo Índice de Bologna. Revista Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Set 18];13(6):e7046. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/sau de/article/view/7046> doi: <https://doi.org/10.25248/reas.e7046.2021>
 21. Araujo LR, Carvalhaes MA de BL, Gomes C de B. Presence of a companion in the delivery room and breastfeeding in the first hour of life: is there an association?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Set 28];23:e20220055. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/63CHyWJGqBgwqmy9gDCRmhb/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1806-9304202300000055>.
 22. Medeiros AB de, Freire ILS, Santos FR dos, Silva BCO da, Batista GF de M, Menezes MM de. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. Rev Cuid [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Set 26]; 11(3): e1046. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v11n3/2346-3414-cuid-11-3-e1046.pdf> doi: <https://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1046>
 23. Paixão GP do N, Marques TC da S, Oliveira JD de, Santana MCS, Fraga CD de S. Indução do trabalho de parto em uma maternidade de alto risco: indicações e desfechos. Rev. Saúde.Com [Internet]. 2023 [acesso em 2024 Out 3];19(2):3274-3287. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/11440/8035> doi:10.22481/rsc.v19i2.11440.
 24. Lopes GA, Teixeira TT, Leister N, Riesco ML. Métodos de indução e condução do parto em um centro de parto normal peri-hospitalar: estudo transversal. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2024 [acesso em 2024 Out 3];57:e20230158. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/nwkGMVSfgW9SbQbfrbxDCcJ/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0158en>
 25. Ferreira AR Júnior, Brandão LC dos S, Teixeira AC de MF, Cardoso AMR. Potencialidades e limitações da atuação do enfermeiro no Centro Parto Normal. Esc Anna Nery [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Oct 3];25(2):e20200080. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/3qqTn8j7RGWnG4BMkF9s3kw/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0080>
 26. Jung SM, Rodrigues FA, Herber S. Contato pele a pele e aleitamento materno: Experiências de Puérperas. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro [Internet]. 2020 [acesso em 2024

- Out 10];10:e3657. Disponível em: <https://seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3657/2457> doi: <http://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3657>
27. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): DOU 22 de Maio de 2014. [acesso em 2024 Dez 05]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
 28. Campos PM, Gouveia HG, Strada JKR, Moraes BA. Contato pele a pele e aleitamento materno de recém-nascidos em um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Out 10];41(esp):e20190154. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/d9ZGSyPWYzSWvDv3r8fPHfp/?format=pdf&lang=pt> doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190154>
 29. Moura NAS, Holanda VR, Albuquerque GPM, Castro JFL, Silva HRL, Rocha EPG. Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. *Rev Rene* [Internet]. 2020 [acesso em 2024 Out. 4];21:e43671. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/hevila/RevRene/2020/vol21/30.pdf> doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143671>
 30. Custódio RJ de M, Kapassi LB, Alves DT, Barros AF, Melo MC, Boeckmann LMM, *et al.* Percepção dos profissionais de enfermagem sobre a utilização do checklist do parto seguro. *Cogitare enferm* [Internet]. 2021 [acesso em 2024 Out 12];26:e74752. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cenf/a/CH4hg3cGG7RQJGrYZnybw3F/?format=pdf&lang=pt> doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74752>

5. CONCLUSÃO

O Escore de Bologna é fundamental para qualificar o nível de assistência ao parto prestado à mulher, sendo possível identificar condutas adequadas implementadas pelos profissionais de saúde. A aplicação de práticas baseadas em evidências durante parto é uma abordagem que proporciona uma experiência confortável para a mulher e para o bebê, a partir disso, a aplicação do Escore de Bologna contribui diretamente nesse processo. A instituição avaliada neste estudo obteve uma pontuação mediana no escore, apresentando avanços, dentre eles, presença de acompanhante e contato pele a pele. Porém, também apresentou pontos a serem melhorados, como o preenchimento do partograma e parto na posição não supina. Quanto aos principais métodos observados na pesquisa teve-se a ocitocina seguida de misoprostol, e os profissionais médicos estiveram presentes na realização da maioria dos partos. Logo, foi identificado a necessidade de aprimorar a assistência ao parto no contexto do Escore de Bologna. A alta prevalência da pontuação 3 indica a presença de uma assistência intermediária, sugerindo avanços, mas também áreas que requerem melhorias significativas.

Diante de todos os resultados encontrados por este estudo, tem-se como sugestão a implementação de mudanças no serviço obstétrico, dentre elas, a maior conscientização dos funcionários quanto a implementação de práticas baseadas em evidências, além da promoção e facilitação do acesso ao conhecimento para as mulheres em relação aos seus direitos durante o parto, com vista a alcançar resultados cada vez mais proveitosos. Por ser um hospital escola, que proporciona diversas práticas e experiências, faz-se necessário o aprimoramento por parte dos estudantes no cuidado materno infantil. Sugere-se ainda, a elaboração de estudos visando implementar o Escore de Bologna na avaliação da assistência em outras maternidades do Maranhão, principalmente as de risco habitual, visto que, é um instrumento que contém práticas de extrema importância, que proporcionam diversos benefícios na assistência ao parto e necessitam ser ampliadas para que futuramente sejam utilizadas de maneira rotineira dentro dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde são fundamentais durante a assistência ao parto, em vista disso, vale ressaltar a enfermagem, que possui contato mais próximo com as parturientes. Dessa forma, o enfermeiro necessita dispor de conhecimento adequado para a aplicação de práticas baseadas em evidências durante o parto. Esta pesquisa tem como implicações para a saúde materno infantil e para a enfermagem, o estímulo à presença de um cuidado com bases científicas no cenário obstétrico, a adoção de práticas que visem melhorar a qualidade da assistência e que atendam aos critérios do Escore, o subsídio de possíveis estudos futuros

voltados para a discussão da humanização deste cuidado direcionado para mãe e neonato e sua importância para a redução de complicações com potenciais danos à saúde e ainda a capacitação de estudantes e profissionais para atuar na área.

REFERÊNCIAS

1. 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: 16 mar. 2024.
2. BRASIL. Presidência da República. **Lei no 11.108**, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 abr, 2005. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em: 31 out. 2023.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 jun. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 31 out. 2023.
4. BRASIL. **Resolução Normativa n° 368**, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais. Brasília, 2015a. Disponível em: https://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892. Acesso em: 31 out. 2023.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Parto adequado**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/parto-adequado-1>. Acesso em: 3 nov. 2023.
6. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 14.737**, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da União, DF, 27 nov, 2023. Seç 1, p.1. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/14737.htm. Acesso em 18 de nov. 2024.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Rede Alyne: novo programa busca reduzir mortalidade materna no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/assuntos/noticias/rede-alyne-novo-programa-busca-reduzir-mortalidade-materna-no-brasil>. Acesso em 26 de dez. 2024
8. CARNEIRO, E. D C. S. P. **Percepção de mulheres em relação à assistência em maternidade pública de Marechal Hermes: um estudo fenomenológico**. 2021. 235 f. 2023. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde)-Escola de Enfermagem Saberes Plur.
9. CHALMERS, Beverley; PORTER, Richard. Assessing effective care in normal labor: The Bologna Score. **Birth**, v. 28, n. 2, p. 79-83, 2001.

10. DE DEUS OLIVEIRA, Tainá Santana; GALVÃO, Mary Lúcia Souto; RAMOS, Ticiania Oswald. Enfermagem obstétrica: assistência ao parto no Brasil reflexos da colonialidade do poder e do saber. **Revista Encantar**, v. 3, p. e021010-e021010, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n3/941-950/> doi: 10.1590/1413-81232021263.13662020. Acesso em: 31 out. 2023.
11. DE MOURA BUFFON, Talita; MARTINS, Cleydiane Aparecida Leal. A humanização do parto: uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 11095-11109, 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60251/43550>. Acesso em: 28 out. 2023.
12. DE OLIVEIRA, Gerson Pedroso et al. Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: integração das políticas públicas na promoção da maternidade segura. **CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES**, v. 17, n. 1, p. 5085-5094, 2024. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em 31 out. 2024.
13. LEAL, Neide Pires et al. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 941-950, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n3/941-950/> doi: 10.1590/1413-81232021263.13662020. Acesso em: 30 out. 2023.
14. LIMEIRA, Jader. APLICAÇÃO DO ESCORE DE BOLOGNA NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL DE RISCO HABITUAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina**, v. 17, n. 1, p. 35-52, 2023. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/11059>. Acesso em: 25 out. 2023.
15. NAKATA, Taise Namie; COLOMBIANO, Isa Mafalda Costa; RODRIGUES, Raíssa Maria Sampaio. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima. **Femina**, p. 360-366, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/gim/resource/ru/biblio-1380718>. Acesso em: 28 out. 2023.
16. NUNES, Ginete Cavalcante; NASCIMENTO, Maria Cristina Delmondes; DE ALENCAR, Maria Aparecida Carvalho. Pesquisa científica: conceitos básicos. **ID on line. Revista de psicologia**, v. 10, n. 29, p. 144-151, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390/527>. Acesso em: 06 dez. 2024
17. OMS - Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra**: OMS, 2000. 63 p. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/maternidade_segura_assistencia_parto_normal_guia_pratico.pdf. Acesso em: 31 out. 2023.

APÊNDICES

APÊNDICE A - DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

19

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu Paula Cristina Alves da Silva, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa intitulada Parto institucional: 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, assinando 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.

Paula Cristina Alves da Silva
Paula Cristina Alves da Silva

Endereço: Rua Alagoas, n 1883, Santa Rita Sub-esquina com Av. Industrial, Imperatriz - MA

Fone: (91) 3439-1127

Email: dr.paulacristina@yahoo.com.br

São Luís, 02 de maio de 20 17

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Formulário N°: _____

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. Houve estimulação do trabalho de parto?

() uso de ocitocina

() pressão no fundo uterino

() episiorrafia

() aminiotomia

() sim () não NOTA _____

3.1 Qual a indicação do método de indução?

04. O parto foi realizado em posição supina?

() sim () não NOTA _____

4.1 A escolha da posição foi feita pela parturiente?

() Sim () Não

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

5.1 Se não, qual motivo?

() sim () não NOTA _____

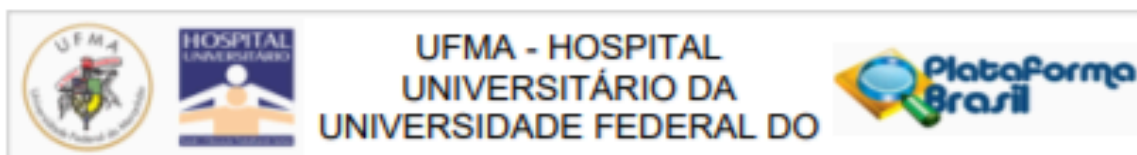
06. Trabalho de parto acompanhado por qual profissional de saúde?**6.1 De que forma o profissional enfermeiro atuou na assistência ao trabalho de parto?**

07. Parto acompanhado por qual profissional de saúde? _____

Pontuação Final: _____

ANEXOS

ANEXO A - 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

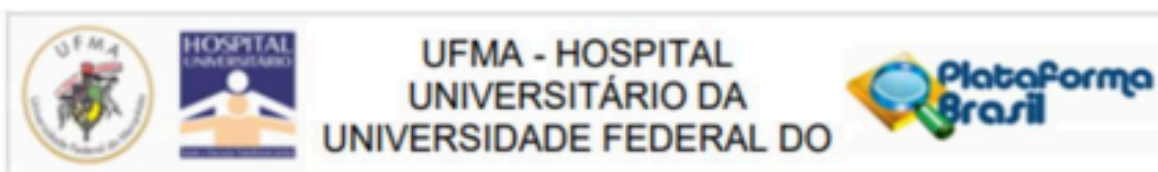
CEP: 65.020-070

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

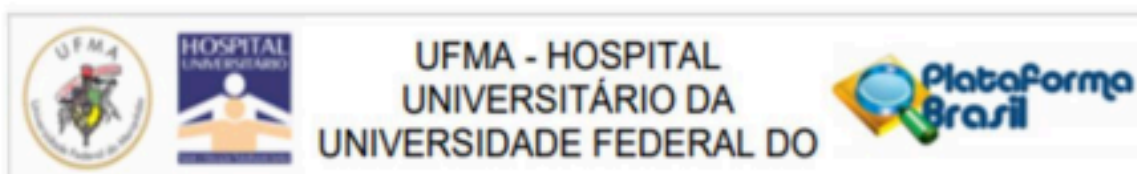
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

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

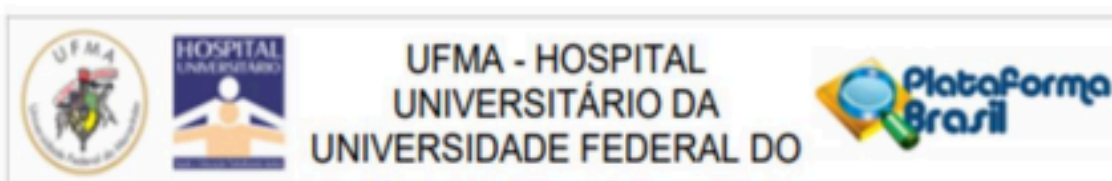
UF: MA

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

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br

ANEXO B - NORMAS DA REVISTA

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI) / Brazilian Journal of Mother and Child Health (BJMCH) é uma revista de acesso aberto com publicação em fluxo contínuo. A missão da RBSMI é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. As contribuições contemplam os diferentes aspectos da saúde materna, saúde da mulher e saúde da criança, podendo levar em conta seus múltiplos determinantes epidemiológicos, clínicos, cirúrgicos e psicossociais.

Cada artigo é publicado em inglês e português ou inglês e espanhol conforme a língua de origem do manuscrito submetido, podendo ser enviado em qualquer um dos três idiomas. A avaliação e seleção dos manuscritos baseia-se no princípio da avaliação pelos pares.

É exigido que o manuscrito submetido não tenha sido publicado previamente bem como não esteja sendo submetido concomitantemente a outro periódico.

Tipos de documentos aceitos

Os manuscritos submetidos devem se adequar a uma das seguintes seções da Revista:

Editorial escrito por um ou mais Editores ou a convite do Editor Chefe ou do Editor Executivo, sendo obrigatório incluir as referências bibliográficas das citações.

Revisão avaliação descritiva e analítica de um tema, tendo como suporte a literatura relevante, devendo levar em conta as relações, a interpretação e a crítica dos estudos analisados bem como sugestões para novos estudos relativos ao assunto. Podem ser do tipo narrativa, ou sistemática, podendo esta última, ser expandida com meta-análise. As revisões narrativas e integrativas só serão aceitas a convite dos editores. Sua organização pode conter tópicos referentes a subtemas conforme a sua relevância para o texto, e para as revisões sistemáticas, seguir as recomendações do *PRISMA statement*. As revisões devem se limitar a 6.000 palavras e até 60 referências. Recomenda-se o registro dos protocolos de revisões sistemáticas, como PROSPERO, o qual não é obrigatório, mas em se fazendo deverá ser mencionado no artigo.

Artigos Originais divulgam resultados de pesquisas inéditas e devem procurar oferecer qualidade metodológica suficiente para permitir a sua reprodução. Para os artigos

originais recomenda-se seguir a estrutura convencional, conforme as seguintes seções: *Introdução*: onde se apresenta a relevância do tema estudos preliminares da literatura e as hipóteses iniciais, a questão da pesquisa e sua justificativa quanto ao objetivo, que deve ser claro e breve; *Métodos*: descrevem a população estudada, os critérios de seleção inclusão e exclusão da amostra, definem as variáveis utilizadas e informam a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados. Os trabalhos quantitativos devem informar a análise estatística utilizada. *Resultados*: devem ser apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em sequência lógica e apoiados nas ilustrações como: tabelas e figuras (gráficos, desenhos e fotografias); *Discussão*: interpreta os resultados obtidos verificando a sua compatibilidade com os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes e vinculando as conclusões aos objetivos do estudo. Os manuscritos deverão ter no máximo 5.000 palavras, as tabelas e figuras devem ser no máximo cinco no total e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas. Para cada desenho de estudo deve-se seguir as recomendações internacionais, utilizando suas respectivas listas de checagem, como *STROBE statement*, para estudos observacionais, *STARD statement*, para estudos de acurácia diagnóstica, *CONSORT statement*, para ensaios clínicos, etc. No caso de ensaio clínico é obrigatório o registro do protocolo em bases de dados especializadas, como o ClinicalTrial.gov ou Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC). Trabalhos qualitativos são aceitos, devendo seguir os princípios e critérios metodológicos usuais para a elaboração e redação dos mesmos. O artigo qualitativo deve apresentar explicitamente análises e interpretações fundamentadas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova o diálogo entre as Ciências Sociais e Humanas e a Saúde Pública. No seu formato é admitido apresentar os resultados e a discussão em uma seção única, neste caso, pode ser acrescentado o item “Considerações finais”.

Notas de Pesquisa relatos concisos sobre resultados preliminares de pesquisa, com 1.500 palavras, no máximo três tabelas e figuras no total, com até 15 referências.

Relato de Caso/Série de Casos casos raros e inusitados. A estrutura deve seguir: *Introdução*, *Descrição* e *Discussão*. O limite de palavras é 2.000 e até 15 referências. Podem incluir até duas figuras.

Informes Técnico-Institucionais referem-se a informações relevantes de centros de pesquisa concernentes às suas atividades científicas e organizacionais. Deverão ter estrutura similar a uma Revisão Narrativa. Por outro lado, podem ser feitas, a critério do autor, citações

no texto e suas respectivas referências ao final. O limite de palavras é de 5.000 e até 30 referências.

Ponto de Vista opinião qualificada sobre temas do escopo da revista (a convite dos editores).

Resenhas crítica de livro publicado e impresso nos últimos dois anos ou em redes de comunicação *online* (máximo 1.500 palavras).

Cartas crítica a trabalhos publicados recentemente na revista, podendo ter no máximo 600 palavras e até 10 referências.

Artigos Especiais textos cuja temática esteja ligada direta ou indiretamente ao escopo da revista, seja considerada de relevância pelos editores e não se enquadrem nas categorias acima mencionadas. O limite de palavras é de 7.000 e até 30 referências.

Algumas características resumidas das seções dos manuscritos estão descritas na tabela abaixo:

Seção	Número de palavras	Número de Tabelas / Figuras	Número de Referências	Resumo (210 palavras)	Contribuição do autor
Editorial (à convite do Editor Chefe)	700	Até 2	Até 15	Não	Não
Artigo de Revisão	6.000	Até 5	Até 60	Sim	Sim
Artigo Original	5.000	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Nota de Pesquisa	1.500	Até 3	Até 15	Sim	Sim

Relato de Caso / Série de Casos	2.000	Até 2	Até 15	Sim	Sim
Informe Técnico-Institucional	5.000	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Ponto de Vista	1.500	Até 2	Até 15	Não	Sim
Artigo Especial	7.000	Até 5	Até 30	Sim	Sim
Resenha	1.500	Até 2	Até 15	Não	Sim
Cartas	600	Até 2	Até 10	Não	Sim

Preprints serão aceitos aqueles depositados em servidor e/ou durante o processo de avaliação por pares.

Contribuição dos autores

A RBMSI passou a utilizar a estrutura de taxonomia do *Contributor Roles Taxonomy CRediT*. Em caso de mais de um autor, na produção de artigo, de acordo com a taxonomia CRediT, todos os autores devem descrever a sua participação na elaboração do manuscrito.

Preparação do Manuscrito

A RBMSI indica aos autores que antes da submissão, verifiquem se o manuscrito esteja de acordo com às normas da Revista para que o mesmo seja protocolado mais rapidamente seguindo o fluxo. Os manuscritos deverão ser digitados no programa *Microsoft Word for Windows*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12, espaço duplo. Deve-se estruturar o manuscrito conforme as normas de cada seção do periódico.

Notas

1. Em todos os tipos de arquivo a contagem do número de palavras exclui títulos, resumos, palavras-chave, tabelas, figuras e referências.

2. Por ocasião da submissão os autores devem informar o número de palavras do manuscrito.

3. Nos artigos de título extenso (12 ou mais termos) é exigido também apresentar o título abreviado (máximo 9 termos).

4. *Cover Letter*: texto de encaminhamento do manuscrito para a revista que deve ser informado sobre a originalidade do mesmo e a razão porque foi submetida à RBSMI. Além disso deve informar a participação de cada autor na elaboração do trabalho, que todos os autores revisaram a versão submetida, que o artigo não foi submetido a outra revista, o autor responsável pela troca de correspondência e as fontes, tipo de auxílio e nome da agência financiadora.

Formato de Envio dos Artigos

Identificação:

Títulos do trabalho (português ou espanhol e em inglês);

Títulos abreviados (Português ou Espanhol e em Inglês) (máximo 9 palavras);

Nome e endereço institucional completo dos autores e respectivas instituições (uma só por autor);

Nome dos autores (quando sobrenome composto [Ex.: Castelo Branco C, Levi-Castilho R, Coelho Netto NM]);

Afiliação completa dos autores;

ORCID de todos os autores;

E-mail do autor de contato;

Resumos deverão ter no máximo 210 palavras e serem escritos em português ou espanhol e em inglês. Para os artigos originais e notas de pesquisa os resumos devem ser estruturados em: *Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões*. Relatos de caso/Série de casos devem ser estruturados em: *Introdução, Descrição e Discussão*. Nos artigos de revisão sistemática os resumos deverão ser estruturados em: *Objetivos, Métodos* (fonte de dados,

período, descritores e seleção dos estudos), *Resultados* e *Conclusões*. Para o informes técnico-institucionais e artigos especiais o resumo não é estruturado.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a seis palavras-chave em português ou espanhol e em inglês, utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DECS) da Metodologia LILACS e o seu correspondente em inglês o *Medical Subject Headings* (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Os metadados, compreendendo o título, resumo e palavras-chaves devem ter obrigatoriamente versão no idioma inglês, quando o idioma do texto é diferente do inglês;

Financiamento Informar fontes;

Registro de DOI (caso *preprints*);

Idioma dos artigos;

Comprimento dos manuscritos (considerar espaçamento);

Declaração informando que a pesquisa foi aprovada por um comitê de ética institucional.

Ativos Digitais

Tabelas e figuras somente em branco e preto ou em escalas de cinza (gráficos, desenhos, mapas e fotografias) deverão ser inseridas após a seção de referências. Os gráficos deverão ser bidimensionais. Não publicamos em colorido, hachurado, tridimensional, nem em formato de pizza; Resolução 300dpi.

Citações e Referências

A revista adota as normas do *International Committee of Medical Journals Editors* – ICMJE (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos aqui especificados:

Livro

Autor. Título. Edição. Local: casa editora; Ano

Heeringa SG, West BT, Berglund PA. Applied survey data analysis. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press, Taylor and Francis Group; 2017.

Capítulo de Livro

Autor. Título do capítulo. In: organizadores. Título do livro. Edição. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final do capítulo

Demakakos P, McMunn A, Steptoe A. Well-being in older age: a multidimensional perspective. In: Banks J, Lessof C, Nazroo J, Rogers N, Stafford M, Steptoe A, editors. Financial circumstances, health and well-being of the older population in England. The 2008 English Longitudinal Study of Ageing (Wave 4). London: The Institute for Fiscal Studies; 2010. p.131-93.

E-book

Editor, Organizador, Compilador (Autor (es), editor. Título. Local: casa editora; Ano

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer. Washington(D.C): National Academy Press; 2001.

Eventos no todo (Reuniões, Encontros Científicos)

Evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano

Anais do IX Congresso Estadual de Medicina Veterinária; 13-16 jul 1985; Santa Maria, RS. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1985.

Proceedings of the 12th International Triennial Congress of the International Ergonomics Association; 1994 Aug 15-19; Toronto, CA. Toronto: IEA; 1994.

Trabalho apresentado em evento (anais publicados)

Autor. Título do trabalho. In: evento; Data; Local do evento. Local: casa editora; Ano. Páginas inicial e final

Jung MRT. As técnicas de marketing a serviço da Biblioteconomia. In: Anais IX Congresso Brasileiro de Biblioteconomia e Documentação; 18 - 19 maio 2005; Salvador, BA. Brasília (DF): Associação Brasileira de Bibliotecários; 2005. p. 230-9.

Trabalho apresentado em evento (não publicados)

Autor. Título [Evento; Data; Local do evento]

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [Apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: desafios para a saúde pública; 1994 set 20; Rio de Janeiro, Brasil].

Dissertações e Teses

Autor. Título [dissertação/tese]. Local: entidade responsável; Ano.

Pedroso M. Inteligência decisória e análise de políticas públicas: o caso das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) [tese]. Brasília(DF): Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília; 2011.

Jardim DMB. Pai-acompanhante e a sua compreensão sobre o processo de nascimento do filho [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Considerando que o estilo Vancouver não considera com as informações das leis brasileiras, há adaptações:

Documentos de Natureza Governamental

Competência (país, estado, cidade). Título (especificações da legislação, número e data). Ementa. Título da publicação oficial. Local (cidade): casa editora e Data (ano, mês e dia); Seção, volume, número, paginação. [data de acesso]. Site disponível

Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU 27 de junho 2011. [acesso em 2020 set 20]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde (BR). Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): DOU 20 de setembro de 1990. [acesso em 2022 set 15]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília (DF): DOU 4 de março de 2008. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: Sífilis 2019. Brasília (DF): Ministério da Saúde; Outubro de 2019. [acesso em 2022 set 15]. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2019/sifilis/boletim_sifilis_2019_internet-1.pdf/view

World Health Organization (WHO). Ear and hearing care: indicators for monitoring provision of services. Geneva: WHO; 2019. [access in 2022 set 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/ear-and-hearing-care-indicators-for-monitoring-provision-of-services>

Artigo Publicado em Periódico

Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final

Stewart JE, Bentley JE. Hearing loss in pediatrics: what the medical home needs to know. *Pediatr Clin North Am*. 2019 Abr; 66 (2): 425-36.

Artigo Publicado em Número Suplementar

Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número suplemento): páginas inicial e final

Ko JY, DeSisto CL, Simeone RM, Ellington S, Galang RR, Oduyebo T, et al. Adverse pregnancy outcomes, maternal complications, and severe illness among US delivery hospitalizations with and without a coronavirus disease 2019 (COVID-19) Diagnosis. *Clin Infect Dis*. 2021 Jul; 73 (Supl. 1): S24-S31.

Citação de Editorial, Cartas

Autor. Título [Editorial/Carta]. Sigla do Periódico. Ano; Volume (número): páginas inicial e final

Cabral-Filho JE. A Pesquisa Qualitativa, um foco da RBSMI [Editorial]. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2022; 22 (2): 197.

Souza ASR, Katz L, Amorim MMR. Esforços para combater a mortalidade materna por COVID-19 no Brasil [Carta]. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2022; 22 (2): 453-4.

Artigo Publicado em periódico eletrônico

Autor. Título. Sigla do Periódico [internet]. Ano [data de acesso]; Volume (número): páginas inicial e final. Site disponível

Neuman NA. Multimistura de farelos não combate a anemia. J Pastoral Criança [periódico online]. 2005 [acesso em 2006 jun 26]. 104: 14p. Disponível em: www.pastoraldacrianca.org.br/105/pag14/pdf.

Najim RA, Al-Waiz MM, Al-Razuqi RA. Acetylator phenotype in Iraqi patients with atopic dermatitis. Dermatol Online J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 12 (7). Available from: <https://escholarship.org/uc/item/2t24z87g>

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [Internet]. 2006 [access in 2007 Jan 9]; 96 (8): 696-7. Available from: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/1211/645>

Artigo aceito para publicação em periódico

Autor. Título. Sigla do Periódico. Ano. (No prelo).

Yang AF, San Chun K, Yu L, Walter JR, Kim D, Lee JY, et al. Validation of a hand-mounted wearable sensor for scratching movements in adults with atopic dermatitis, J Am Acad Dermatol. 2022. (No prelo).

Materiais eletrônicos disponíveis em CD-Rom

Autor. Título [tipo de material]. Editor, Edição. Versão. Local: Editora; Ano.

Reeves JRT, Maibach H. CDI, clinical dermatology illustred [monografia em CD-ROM]. Multimedia Group, producers. 2nd ed.Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

Material de acesso exclusivo em meio eletrônico

Homepage

Autoria. Título. [suporte]. Local; Ano [acesso ano mês dia]. Disponibilidade de acesso

Instituto Oswaldo Cruz. Departamento de Ensino. IOC ensino [Internet]. Rio de Janeiro, Brasil; 2004. [acesso em 2004 mar 3]. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/ensino-no-ioc>

Para outras informações consulte o site ICMJE.

Documentos Suplementares

Na ocasião de submissão do manuscrito, faz-se obrigatório o preenchimento e envio dos seguintes formulários:

Formulário sobre Conformidade com a Ciência Aberta;

Formulário de Disponibilidade de Dados – **Nível 1**;

Declaração de Direitos autorais;

Aprovação do Comitê de Ética.

Declaração de Financiamento

Informar se durante a pesquisa houve fontes de apoio, patrocinadores, incluindo nomes e explicações sobre o papel dessas fontes.

Informações Adicionais

A submissão é feita, **exclusivamente online**, através do Sistema de gerenciamento de artigos. Deve-se verificar o cumprimento das normas de publicação da RBSMI conforme itens de tipos de documento, preparação do manuscrito e formato de envio segundo às seções da Revista. A revista é open and free access com disponibilidade online e adota a política de dados abertos.