

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANA CLARA BORGES MARTINS

USO DO ESCORE DE BOLOGNA NA
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Uberlândia – MG

2018

ANA CLARA BORGES MARTINS

USO DO ESCORE DE BOLOGNA NA
AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão do Curso de
Enfermagem da Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia, como
requisito para a conclusão do Curso
e obtenção do título de Enfermeira.
Orientadora: Prof. Dra Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

Uberlândia – MG

2018

ANA CLARA BORGES MARTINS

USO DO ESCORE DE BOLOGNA NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Uberlândia, dia 4 de julho de 2018.

Examinador 1

Examinador 2

Prof. Dr. Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades enfrentadas ao longo do curso.

À minha mãe, por seu apoio e amor incondicional. Você é o melhor exemplo em todas as situações. Impossível expressar em palavras o tamanho do meu orgulho em ser sua filha.

Ao meu noivo pelo apoio incondicional e incentivo em todas as situações. Sua paciência, apoio e todas as outras coisas que fez por mim me fizeram chegar até aqui.

À minha irmã Luana que sempre me apoiou e entendeu meus momentos de ausência. Sou muito grata por sua amizade, companheirismo e por ter me dado meus sobrinhos.

À minha orientadora por toda a ajuda no desenvolvimento deste trabalho e ao longo de todo o curso. Você é o exemplo de profissional que eu quero ser.

Aos meus familiares, em especial minha tia Lillia por todas as experiências trocadas.

E, aos meus amigos por me fortalecerem nos momentos de cansaço.

USO DO ESCORE DE BOLOGNA NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MARTINS, Ana Clara Borges¹; FREITAS, Efigênia Aparecida Maciel de²

¹Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia - FAMED UFU

²Professora Dra do Curso Graduação em Enfermagem - FAMED UFU

Objetivo: Avaliar a assistência ao parto e nascimento prestada em um Hospital público universitário do interior de Minas Gerais, de acordo com as boas práticas e o Escore de Bologna recomendados pela OMS. **Método:** Estudo transversal, prospectivo de abordagem quantitativa, realizado com 124 puérperas. A coleta de dados ocorreu durante os meses de abril e maio de 2018. **Resultados:** A idade média das parturientes foi 27 anos, 98,3% recebeu assistência pré-natal, e 93,4% delas realizou 6 ou mais consultas e 46,7 delas receberam orientação sobre trabalho de parto e parto. O parto vaginal foi planejado por 59,67% das mulheres e 40% teve esse tipo de parto. As pontuações do Escore de Bologna variaram de 2 a 5 pontos e 20% das mulheres tiveram seus partos estimulados, 50% delas por meio de episiotomia. **Conclusão:** O hospital pesquisado recebeu alta pontuação no Escore de Bologna o que indica a prestação de um atendimento de qualidade, apesar de precisar melhorar quanto ao uso de partograma e estímulo de parto em posição não supina. O estudo demonstrou que a orientação sobre trabalho de parto e parto, recebida durante o pré-natal, e o emprego de boas práticas no atendimento às gestantes e parturientes colaboram para a redução das taxas de cesariana.

Palavras Chave: Gestantes. Enfermagem Obstétrica. Cuidado Pré-Natal. Parto Normal. Cesárea.

USE OF THE BOLOGNA SCORE IN THE ASSESSMENT OF CARE IN A UNIVERSITY HOSPITAL

MARTINS, Ana Clara Borges¹; FREITAS, Efigênia Aparecida Maciel de²

¹Graduanda do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina da
Universidade Federal de Uberlândia - FAMED UFU

²Docente do Curso Graduação em Enfermagem - FAMED UFU

Objective: To evaluate the delivery and birth care provided at a university public hospital in the interior of Minas Gerais, according to the best practices and the Bologna Score recommended by the WHO. **Method:** This was a prospective, quantitative approach, carried out with 124 postpartum women. Data were collected during the months of April and May 2018. **Results:** The median age of parturients was 27 years, 98.3% received prenatal care, and 93.4% had 6 or more consultations and 46, 7 of them received guidance on labor and delivery. The vaginal delivery was planned by 59.67% of the women and 40% had this type of delivery. The Bologna Score ranged from 2 to 5 points and 20% of the women had their delivery augmented, 50% of them by episiotomy. **Conclusion:** The hospital studied received a high score in the Bologna score which indicates the provision of quality care, although it needs to improve regarding the use of partograph and a non supine position for birth. The study showed that guidance on labor received during prenatal care and delivery and the use of good practices in the care of pregnant women and parturients contribute to the reduction of cesarean rates.

Keywords: Pregnant Women. Obstetric Nursing. Prenatal Care. Natural Childbirth. Cesarean Section.

Lista de Gráficos

Gráfico 1	Distribuição dos tipos de parto no período.	20
Gráfico 2	Resultado do Escore de Bologna entre as puérperas pesquisadas.	21
Gráfico 3	Proporção de mulheres por tipo de estimulação do parto.	21

Lista de Tabelas

Tabela 1	Perfil obstétrico das puérperas entrevistadas de acordo com a via de Parto	18
Tabela 2	História obstétrica pregressa das puérperas entrevistadas	19
Tabela 3	História obstétrica atual das puérperas entrevistadas	19

Lista de Abreviaturas e Siglas

PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
PPA	Programa Parto Adequado
OMS	Organização Mundial da Saúde
IHI	Institute for Healthcare Improvement
HC-UFU	Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
2. OBJETIVO GERAL.....	15
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3. METODOLOGIA.....	16
3.1 PLANOS DE RECRUTAMENTO:.....	Erro! Indicador não definido.
4. RESULTADOS	17
5. DISCUSSÃO.....	21
6. CONCLUSÕES.....	25
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICE	29

1. INTRODUÇÃO

Até o final do século XIX, os partos eram realizados por parteiras leigas ou diplomadas, esta segunda mais raramente. As parteiras assistiam partos nos domicílios das parturientes, ou em suas próprias casas, em casos mais graves ou quando as parturientes eram impedidas de dar à luz em casa, como por exemplo viúvas ou mães solteiras. Eram respeitadas e detentoras do conhecimento sobre os diversos temas relacionados ao universo feminino como cuidados com o corpo, doenças e aborto (BRENNES, 1991; MOTT, 2002).

Com a criação do ensino médico e dos cursos de formação de parteiras, precisou-se de locais em que os alunos pudessem aprender o ofício, instituindo-se gradativamente a hospitalização do parto. Inicialmente, os que defendiam esta prática tiveram grande dificuldade, visto que apenas mulheres dadas como desqualificadas socialmente pariam fora de casa. Uma das formas de instituir o parto hospitalar foi a criação de estabelecimentos de atendimento às gestantes pobres. Neles, seriam acolhidas mulheres pobres em estado avançado de gravidez e seriam prestados cuidados durante o trabalho de parto e ao bebê nos primeiros dias de vida, sendo que os partos complicados eram realizados por médicos e os partos normais por parteiras (MOTT, 2002).

Diante a crença de que a riqueza de um país era proporcional a quantidade de habitantes, a manutenção da vida da mãe e do crescimento saudável da criança se tornaram essenciais. Assim iniciou-se um maior cuidado desses grupos, estimulado por médicos e governantes. Nas primeiras décadas do século XX os hospitais passaram por uma campanha de valorização, onde pouco a pouco foi instituído que o parto era um evento médico potencialmente perigoso, e que, portanto, precisava de intervenções. A medicina evoluiu e novas técnicas, que prometiam maiores chances de sobrevivência para a mãe e para o filho começaram a ser executadas (MOTT, 2002).

A realização de diversos exames e o uso de clorofórmio possibilitaram o aumento da execução das cesarianas, e uma série de medicamentos que diminuía a dor e aceleravam o trabalho de parto foram lançados no mercado. Diante disso, era aconselhado que os procedimentos fossem realizados nas maternidades, já que estas possuíam todos os aparatos necessários para a realização das operações. Além de desaconselharem os partos domiciliares, os médicos colocavam diversas exigências para a sua realização, o

que fez com que estes diminuíssem em grande proporção. A partir de então houve um aumento contínuo das taxas de cesarianas desnecessárias no Brasil (MOTT, 2002).

O Ministério da Saúde vem implementando estratégias para modificar esta situação. Em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituído tendo em vista as necessidades específicas da gestante, do recém-nascido e da mãe no período pós-parto, entendendo que a humanização é a primeira necessidade para um melhor atendimento neste contexto (BRASIL, 2002).

Em abril de 2005, instituiu-se a lei do acompanhante, que garante às parturientes a presença de um acompanhante, de livre escolha da mulher, durante todo o trabalho de parto, parto, e pós-parto imediato, nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas redes conveniadas (BRASIL, 2005).

O Rede Cegonha é outro programa do Ministério da Saúde (BRASIL), lançado em 2011, que reúne diversos direitos que devem ser garantidos à mulher como planejamento reprodutivo, atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério, garantia de acolhimento e também atesta à criança o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Em 2015, os dados informados pelas operadoras de planos de saúde à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostraram que de um total de 569.118 partos, 481.571 ocorreram por cirurgias cesarianas, correspondendo a 84,6%. Este número assustador possibilitou a criação de diversas medidas que corrijam a situação vivenciada no Brasil (BRASIL, 2016).

Em 2015, a ANS estabeleceu a Resolução Normativa nº 368 que incentiva a redução do número de cesarianas desnecessárias a partir de várias medidas como aumento da informação pelas consumidoras sobre as taxas de cirurgias cesárias e partos normais realizados pelo médico, passa a ser obrigatório à operadora de plano de saúde fornecer cartão da gestante de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, e o uso do partograma passou a ser estimulado (BRASIL, 2016).

Outra medida que visa modificar a realidade do Brasil foi o Projeto Parto Adequado (PPA), uma iniciativa conjunta entre a ANS, Hospital Israelita Albert Einstein e Institute for Healthcare Improvement (IHI), iniciado em 2015. O objetivo do projeto é

elaborar, testar, avaliar e disseminar, entre os hospitais participantes, práticas de atenção ao parto baseadas em evidências que contribuam para a redução dos riscos decorrentes de cesarianas desnecessárias e a valorização do parto normal (ANS, 2016).

Diante a necessidade de diminuir os índices de cesarianas desnecessárias e aumentar a quantidade de partos normais, é importante melhorar a assistência ao parto de maneira geral, com práticas que sejam baseadas em evidências científicas e que possam ter seu uso justificado (ANS, 2016).

Em 1996 a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu uma classificação das práticas que são comuns durante a condução do parto normal, que são organizadas em práticas que devem ser estimuladas e as que não devem, e estão presentes no documento "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento". Esta classificação surgiu de pesquisas realizadas no mundo todo, baseada em evidências científicas (OMS, 1996).

Em 2000, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um instrumento, o Escore de Bologna, que avalia a qualidade da assistência ao parto normal, observando condutas e práticas utilizadas, como a ausência de estimulação do trabalho de parto, parto em posição não supina, entre outros. Este indicador será utilizado neste estudo com a finalidade de avaliar a adoção das boas práticas recomendadas pela OMS na assistência ao Parto e Nascimento (OMS, 2000).

Segundo Chalmers e Porter (2001, p. 80) “o trabalho de parto normal foi definido pela Força Tarefa Perinatal, em concordância com os critérios da OMS, como a gestação de mais de 37 e menos de 42 semanas completas, com feto único, apresentação cefálica, e início espontâneo” (CHALMERS, PORTER, 2001).

Os indicadores A, B e C, definidos pela OMS, determinam a segurança ofertada às parturientes durante o trabalho de parto, sendo que: A: porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde; B: porcentagem de mulheres que tiveram o trabalho de parto induzido ou foram submetidas à cesariana; C: Escore de Bologna (CHALMERS, PORTER, 2001).

Diante disso, a questão problema desta pesquisa foi: a assistência prestada pela equipe na maternidade do hospital em estudo segue as recomendações de assistência ao parto e nascimento da OMS?

Neste sentido, e considerando que o hospital onde foi realizada a pesquisa apresenta um elevado número de cirurgias cesarianas, esta análise possibilitará compreender se na assistência aos partos estão sendo consideradas as boas práticas de assistência ao parto e nascimento recomendadas pela OMS. Os resultados do presente estudo poderão propiciar uma reflexão sobre a assistência prestada e contribuir para redução das elevadas taxas de cesariana.

2. OBJETIVO GERAL

Descrever a assistência prestada ao parto e nascimento em um hospital público universitário durante o parto, de acordo com as práticas do Escore de Bologna recomendadas pela OMS.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar as mulheres atendidas pelo hospital para o parto quanto aos dados sociodemográficos, clínicos e obstétricos;

Identificar quais itens estão sendo cumpridos de acordo com o Escore de Bologna;

Identificar a via de parto mais recorrente neste hospital e relacionar ao Escore de Bologna;

Relacionar a aplicação das boas práticas de acordo com via de parto;

Analisar os desfechos maternos.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo de abordagem quantitativa, realizado na maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU), que é um hospital universitário e referência para atendimentos de média e alta complexidades para municípios do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A maternidade do referido hospital é composta por 36 leitos de alojamento conjunto que atende cerca de 150 partos por mês, entre cesarianas e partos vaginais (NOSOLOGIA HC-UFU, 2017).

Os critérios de inclusão foram mulheres necessariamente admitidas em trabalho de parto no HC-UFU no período do estudo e que concordaram em participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE, e os critérios de exclusão foram mulheres cujos partos ocorreram fora do HC-UFU e aquelas que se recusaram a assinar o TCLE e ou que retiraram seu consentimento durante a pesquisa.

A população do estudo foi composta pelas pacientes que deram à luz no referido hospital no período de abril de 2018. A forma de amostragem foi probabilística, por conveniência, uma vez que a população estava sabidamente no local da pesquisa. Para definir tamanho da amostra foi aplicado o seguinte cálculo (SANTOS, 2017):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral.

Considerando a média de 150 partos por mês ocorridos na referida maternidade, a amostra necessária será de no mínimo 109 participantes. Das 132 pacientes que foram abordadas 8 se recusaram a participar da pesquisa, sendo que destas, 4 eram adolescentes e uma mulher foi excluída da pesquisa por não atender aos critérios de inclusão, totalizando uma população de 124 mulheres entrevistadas.

A coleta dos dados foi realizada na maternidade do referido hospital durante os meses de abril e maio de 2018, a partir de entrevista com as puérperas, utilizando o apêndice 1, e também no setor de nosologia do referido hospital através da análise dos prontuários das pacientes entrevistadas.

O apêndice 1 foi utilizado para guiar a entrevista, e foi construído com os itens avaliados pelo Escore de Bologna, os dados sociodemográficos e dados da história obstétrica da parturiente como idade, paridade, quantidade de gestações, idade gestacional no momento da admissão no hospital, quantidade de consultas de pré-natal, quantidade de filhos vivos, qual a via de parto escolhida, desfecho materno, dentre outros.

O Escore de Bologna é um instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde para avaliar a assistência prestada durante o trabalho de parto normal. Esta ferramenta é constituída por cinco elementos: presença de acompanhante durante o parto; presença de partograma; ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa no fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumentos (fórcipe e/ou vácuo externo); parto em posição não supina; contato pele a pele da mãe com o recém-nascido, pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida. Para cada elemento presente é atribuído nota “1” e ausente nota “0”. Ao final, soma-se os a pontuação de todos os elementos. A nota “5” indica uma assistência de maior qualidade e a nota “0” indica uma assistência de menor qualidade.

Os dados foram coletados após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia sob o Parecer nº 2462012 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 47203215.5.0000.5152, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pacientes maiores de 18 anos, bem como do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do responsável pelo menor de 18 anos. Após a assinatura do termo, foi orientado que a participante poderia desistir da pesquisa a qualquer momento e por qualquer motivo.

4. RESULTADOS

A Tabela 1 demonstra o perfil das puérperas entrevistadas de acordo com a via de parto e Escore de Bologna. A média de idade das parturientes foi 27,25 anos com

predomínio da idade 24 anos. A média de idade gestacional foi 38,33 semanas, variando de 26 a 41 semanas.

A média de consultas de pré-natal realizadas pelas entrevistadas foi 9,5, variando de 2 a 21 consultas, e 93,44% das mulheres realizaram pelo menos 6 consultas. Quanto as orientações sobre trabalho de parto e parto, apenas 38,46% das primigestas afirmaram ter recebido essa informação.

Tabela 1: Perfil obstétrico das puérperas entrevistadas de acordo com a via de parto e Escore de Bologna, n=124 (Uberlândia, 2018)

Itens	Parto vaginal		Parto cesáreo	
	n	%	n	%
Faixa etária				
< 18 anos	1	33,33	2	66,66
18 a 35 anos	44	40,74	64	59,25
> 35 anos	3	23,07	10	76,92
Realização de pré-natal				
Sim	48	39,34	74	60,65
Não	2	100	-	-
Orientação sobre trabalho de parto e parto				
Sim	22	37,93	36	62,06
Não	26	40,62	38	59,37
Gestações				
Primigestas	15	38,46	24	61,53
Multigestas	35	41,17	50	58,82
Partos já realizados	59	47,58	90	72,58
Via de parto de escolha da gestação atual				
Parto vaginal	39	52,7	35	47,29
Parto cesariano	7	15,21	39	84,78
Indiferente	3	75	1	25
Via de parto final	50	40,3	74	59,68

Fonte: as autoras, 2018

O hospital apresentou uma taxa de 59,62% de cirurgias cesarianas, a maior parte, 51,62% classificadas como emergenciais, e foi observado que em nenhuma das cirurgias cesarianas ocorreu o contato pele a pele da mãe com o bebê. Das pacientes que estavam em sua primeira gestação, a maioria das entrevistadas, 79,48% afirmaram desejo por um parto vaginal, apesar disso, apenas 35,89% tiveram este tipo de parto. Das pacientes

múltiplas atendidas (85/68,54%), 73,33% já haviam sido submetidas à pelo menos uma cirurgia cesariana, enquanto 44% haviam tido pelo menos um parto vaginal. A Tabela 2 demonstra a história obstétrica progressiva das puérperas, enquanto a Tabela 3 demonstra a história obstétrica atual das mulheres entrevistadas.

Tabela 2: História obstétrica progressiva das puérperas entrevistadas, n=85 (Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018)

Número de partos	Parto vaginal		Parto cesáreo	
	n	%	n	%
1 parto	15	20	36	48
2 partos	11	14,66	15	20
3 partos	5	6,66	4	5,33
4 partos	2	2,66	-	-

Fonte: as autoras, 2018.

Tabela 3: História obstétrica atual das puérperas entrevistadas, n=124 (Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2018)

Número de partos	Parto vaginal		Parto cesáreo	
	n	%	n	%
Nenhum	65	52,41	34	27,41
1 parto	29	23,38	51	41,12
2 partos	15	12,09	21	16,93
3 partos	10	8,06	14	11,29
4 partos	3	2,41	4	3,22
5 partos	2	1,61	-	-

Fonte: as autoras, 2018.

Todos os trabalhos de parto foram assistidos por um profissional da área da saúde (indicador A). O indicador B, porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas a uma cesariana eletiva, foi evidenciado por 15 mulheres que tiveram seus partos induzidos de alguma maneira, e 10 partos classificados como cesariana eletiva. O Gráfico 1 demonstra a distribuição dos tipos de parto do hospital no período da pesquisa.

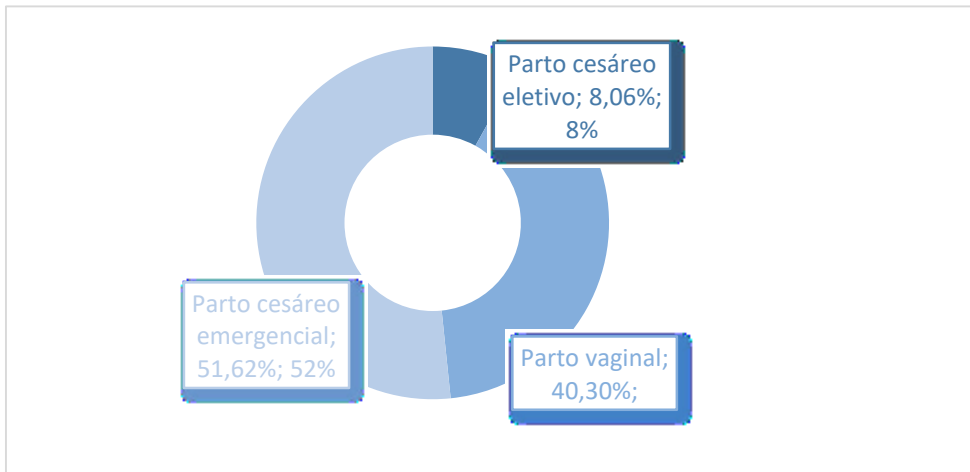


Gráfico 1: Distribuição dos tipos de parto no período, n=124. (Uberlândia, 2018)

O Escore de Bologna, indicador C, foi aplicado aos partos normais, 40,3% da população pesquisada, o mais rápido possível após a conclusão do trabalho de parto, conforme orientado pelos criadores da ferramenta. A instituição teve média final de 3,48 no escore, com resultados variando de 2 à 5 pontos; 2 (16%), 3 (32%), 4 (40%), 5 (12%). A maioria dos partos normais, 40%, recebeu 4 pontos; 84% das mulheres tiveram ao seu lado um acompanhante de sua livre escolha; 58% das mulheres tiveram a evolução de seu parto registrado no partograma; 80% das mulheres não tiveram estimulação para o trabalho de parto; 72% das mulheres tiveram contato pele a pele com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos; e, 54% estavam em posição não-supina durante o parto.

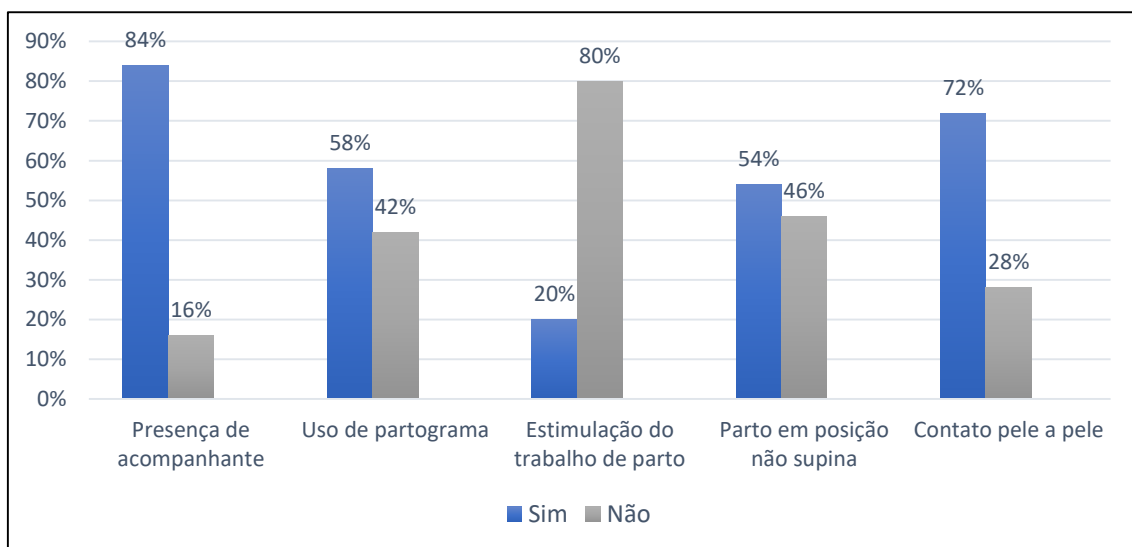


Gráfico 2: Resultado do Escore de Bologna entre as puérperas pesquisadas, n=50. (Uberlândia, 2018)

Do total de mulheres (10/20%) que foram submetidas à estimulação do parto: 30% receberam ocitocina; 30% misoprostol; em 50% dos casos ocorreu episiotomia; e, uso do fórceps em uma paciente (10%). O Gráfico 3 demonstra a proporção de mulheres submetidas a algum tipo de estimulação para o parto.

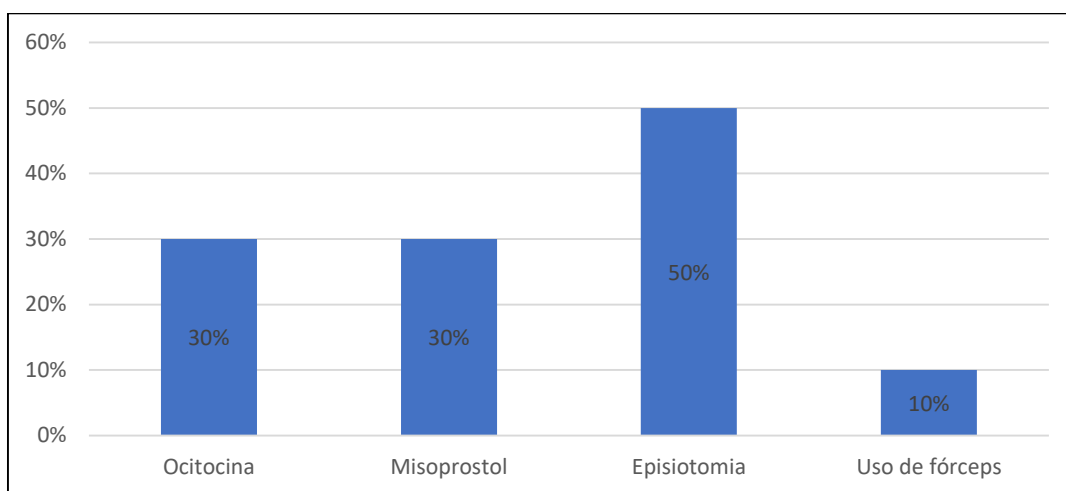


Gráfico 3: Proporção de mulheres por tipo de estimulação do parto, n=50. (Uberlândia, 2018)

5. DISCUSSÃO

A Tabela 1 demonstrou a faixa etária das parturientes entrevistadas: 2,41% das parturientes tinham menos de dezoito anos; 87,09% tinham entre dezoito e trinta e cinco anos; e, 10,48% tinham mais de trinta e cinco anos. De acordo com SHILLER (2015), em 2013, 7,62% das parturientes da região sudeste do Brasil tinham menos de dezoito anos; 81,84% tinham entre dezoito e trinta e cinco anos; e, 10,53% tinham mais de trinta e cinco anos. Nota-se uma diminuição na atual pesquisa no número de parturientes menores de dezoito anos, porém, como dito anteriormente, o hospital em questão recebeu mais pacientes nessa faixa etária, estas não participaram da pesquisa por estarem desacompanhadas do responsável legal. Portanto, observa-se pouca mudança ao longo de cinco anos.

Em 2017, o Cone Sul, união dos países Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai, lançou um conjunto de estratégias para prevenção e redução da gravidez na

adolescência. Uma das estratégias recomendadas é “expandir o grau de institucionalização, fortalecimento da educação integral em sexualidade, e abrangência das ações de prevenção, cuidado e proteção da gravidez não intencional na adolescência, e para adolescentes que estão fora do sistema educacional, incluindo novos parceiros” (UNFPA, 2016, p. 14).

Ainda é cedo para esperar um retorno expressivo deste programa, que em junho de 2018 completou um ano. Porém, havendo a aplicação das medidas propostas por ele existem grandes chances de mudar a realidade desses países no que diz respeito à gravidez não intencional na adolescência.

Um dos objetivos do estudo foi verificar a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da instituição examinada durante o parto e nascimento, baseado nas recomendações da OMS. A pesquisa demonstrou que quase todas as mulheres receberam atendimento pré-natal, sendo que a maioria delas realizou pelo menos o número mínimo de consultas, 6, estabelecido pelo PHPN. Quanto a orientação sobre trabalho de parto e parto, menos da metade das mulheres declararam ter recebido, o que vai em contra partida ao que é determinado pelo PHPN. Segundo o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério (Brasil, 2005), deve-se haver um momento durante o pré-natal em que seja realizado um preparo para o parto, considerando local, transporte, bem como o esclarecimento de dúvidas referentes à gestação e ao parto.

Das mulheres que declararam ter recebido orientações sobre trabalho de parto, menos de um quarto teve um parto diferente do que haviam planejado. Já no grupo de mulheres que declarou não ter recebido tais orientações, quase a metade teve um parto diferente do que havia planejado. Esses dados confirmam a ideia de que quanto mais informação a mulher recebe, maior é o protagonismo dela no momento do parto, permitindo escolhas conscientes e adequadas para a sua saúde e a do bebê (ANS, 2016).

Ainda a respeito das orientações sobre trabalho de parto e parto, apenas 38,46% das primigestas declararam ter recebido essas informações, e todas as mulheres declaram ter realizado pré-natal pelo SUS, o que demonstra uma grande falha no atendimento oferecido na cidade. Essa informação certamente explica a taxa de 64,10% de primigestas sendo submetidas à cirurgia cesariana, sendo que destas, 43,58% afirmaram desejo por

parto vaginal. O oposto também ocorreu: 5,12% das primigestas que afirmaram desejo por cirurgia cesariana ao final tiveram um parto vaginal.

Sobre a porcentagem dos tipos de partos, a Tabela 2 demonstrou a história obstétrica pregressa das mulheres, ou seja, a quantidade de partos aos quais as mulheres já haviam sido submetidas. Sobre os partos vaginais, 52,41% nunca haviam tido um parto vaginal; 20% havia vivenciado um parto vaginal; 14,66% vivenciaram dois partos vaginais; 6,66% três partos vaginais; e, 2,66% quatro partos vaginais. Já sobre os partos cesáreos, 27,41% nunca haviam tido um parto cesáreo; 48% havia vivenciado um parto cesáreo; 20% vivenciaram dois partos cesáreos; e, 5,33% três partos cesáreos.

A pesquisa de SHILLER (2015) apontou a quantidade de partos vaginais a que cada parturiente já havia sido submetida em 2013, na região sudeste: 48,23% nunca havia tido um parto vaginal; 14,83% havia vivenciado um parto vaginal; 3,11% dois partos vaginais; 2,64% três partos vaginais; e, 38,06% quatro ou mais partos vaginais. Já sobre os partos cesáreos pelos quais as parturientes de 2013 já haviam passado, sua pesquisa apontou que na região sudeste 70,42% não tinha passado por um parto cesáreo; 19,78% tiveram um parto cesáreo; 4,77% já haviam tido duas cesáreas; 0,97% três cesáreas; e, 4,05% vivenciaram quatro ou mais cesáreas.

A comparação entre as duas pesquisas indica um possível aumento de cirurgias cesarianas nos últimos anos, apesar dos esforços do Ministério da Saúde em reverter esta situação. A diferença entre a taxa de mulheres que nunca haviam vivenciado um parto cesáreo entre 2013 em toda a região sudeste do Brasil e em 2018 no hospital onde foi realizado a pesquisa foi maior que 40%. Entretanto, notou-se um pequeno aumento nas taxas de mulheres que já passaram por um, dois ou três partos vaginais.

Ainda sobre os partos cesáreos, mais da metade dos partos da instituição foram considerados cesarianas de emergência, porém, apenas 8 (12,5%) possuíam partograma ou foi realizada indução, indicando tentativa de prosseguimento para parto normal.

Quase dois terços dos partos totais do hospital em questão foram realizados por cirurgia cesariana. A OMS considera desde 1985 que a taxa ideal de cesárea deva ser entre 10% e 15% (OMS, 2015). Apesar da taxa alta de cesarianas, o hospital conta com projetos para sua redução, um deles é embasado em realizar o plano de parto com as mulheres, para que estas se empoderem e tenham voz ativa durante seu trabalho de parto.

Sobre o escore de Bologna, em comparação com dois estudos OLIVEIRA et al (2015), realizado na cidade de Curitiba-PR e CARVALHO e BRITO (2016), realizado em Natal-RN, os valores são semelhantes. Nas três cidades em que foi aplicado este escore, houve presença de acompanhante em quase todos os partos nos três estudos; o uso de partograma durante a evolução do trabalho de parto variou de 2,2% a 98,5%; a ausência de estimulação do trabalho de parto variou de 39,5% a 80%; o parto em posição não supina variou de 0,1% a 54%; e, o contato pele a pele com o recém-nascido permaneceu acima de 70% nos três estudos.

Observa-se grande variação quanto a presença de partograma e estímulo ao parto em posição não supina. No hospital onde foi realizado o presente estudo, o partograma esteve presente anexado à todos os prontuários de puérperas internadas em sua maternidade, porém, apenas pouco mais da metade deles foi preenchido de maneira correta. A outra parte dos prontuários não é preenchida devido encaminhamento da paciente diretamente para cirurgia cesariana, ou devido não ser realizado acompanhamento do trabalho de parto. Apesar de a mulher já se encontrar internada no hospital e evoluindo em seu trabalho de parto, o registro dele não ocorre até que ela esteja em fase bem avançada do trabalho de parto, muitas vezes em período expulsivo, e seja transferida para uma das salas de pré-parto do hospital em questão.

Com relação ao parto em posição não supina, no presente estudo houve entrevista com as puérperas e estas descreveram em qual posição estavam no momento do parto. Assim como nas outras pesquisas, não havia relato nos prontuários sobre em qual posição aconteceu o parto.

A indução ocorreu em um quinto dos trabalhos de parto vaginais, sendo que do total, metade das mulheres foram submetidas à episiotomia, apesar de ser uma prática considerada desnecessária e ir contra as recomendações das Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (Brasil, 2017). Este documento também aponta que 56 a cada mil mulheres multíparas passam por episiotomia. No caso das nulíparas a situação piora, sendo 242 a cada mil mulheres.

A ocitocina foi utilizada em um terço das mulheres que tiveram seus partos induzidos de alguma forma. De acordo com as Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal (Brasil, 2017) seu uso deve ser realizado em situações pontuais, quando ocorre

parada do progresso do trabalho de parto, além disso, deve ser explicado para a parturiente todos os efeitos que o uso de ocitocina pode causar: aumento da frequência e intensidade das contrações, e aumento da monitoração da mulher e da criança.

6. CONCLUSÕES

Os resultados mostraram que as mulheres atendidas para o parto no hospital são adultas jovens, quase todas tiveram assistência pré-natal, e menos da metade delas recebeu orientação sobre trabalho de parto e parto. A maioria é multigesta, já passou por um parto cesáreo e gostaria de ter tido um parto normal.

A análise dos dados coletados na pesquisa permitiu a avaliação do hospital em questão através do Escore de Bologna. Os resultados refletem que apesar de falhar parcialmente no tocante à utilização do partograma e ao estímulo ao parto em posição não supina, as outras medidas avaliadas pelo escore como presença de acompanhante, ausência de indução do trabalho de parto e contato pele a pele possuíram taxas elevadas de realização, o que responde a questão problema deste estudo, pois apesar de não seguir integralmente todas as recomendações da OMS para o parto e nascimento, este hospital segue a maior parte delas.

A via de parto mais recorrente neste hospital foi cirurgia cesariana, como já era esperado, uma vez que, como falado anteriormente, este serviço apresenta uma das maiores taxas de cesarianas do país. O hospital tem trabalhado para reduzir esta realidade, e é um dos hospitais que participou do projeto piloto do PPA. Este estudo demonstrou que o emprego de boas práticas no atendimento às gestantes e às parturientes é diretamente proporcional à maneira que elas se comportam frente ao trabalho de parto, se sentindo mais seguras e preparadas para o parto normal.

Como contribuição, os resultados desta pesquisa demonstram que a implantação das boas práticas de acordo com o preconizado pela OMS vem acontecendo gradativamente com possibilidade de melhora e implementação de todos os itens recomendados no Escore de Bologna. Assim, sugere-se novas pesquisas de acompanhamento prospectivo de tais implementações vislumbrando melhoria na qualidade da assistência, maior satisfação das puérperas e redução das taxas de cesariana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde : Projeto Parto Adequado - fase 1 / Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement. – Rio de Janeiro : ANS, 2016. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/.web_total_parto_adequado.pdf>. Acesso em: 21 maio 2018.

BRASIL. **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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm>. Acesso em 12 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2002. 27 p : il. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em 22 maio 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico – Brasília: **Ministério da Saúde**, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pre-natal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em 23 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida – Brasília : **Ministério da Saúde**, 2017. 51 p : il. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf> Acesso em 22 maio 2018.

BRASIL. **PORTARIA Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 12 set. 2017.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 135-149, June 1991.

CARVALHO, Isaiane da Silva; BRITO, Rosineide Santana de. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 741-748, Oct. 2016.

CHALMERS, B; PORTER, R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna Score. **Birth**. [S.l.], June 2001.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNFPA. CONE SUL. **Estratégia regional para prevenção e redução da gravidez não intencional na adolescência uma aliança sub-regional para avançar com a implementação das políticas no cone sul**. Assunção, 2017. 20 p. Disponível em: <<http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Marco%20Estrat%C3%A9gico%20-%20Gravidez%20na%20Adolesc%C3%Aancia%20no%20Cone%20Sul%20-%20UNFPA.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2018.

MOTT, M. ASSISTÊNCIA AO PARTO: DO DOMÍLIO AO HOSPITAL (1830-1960). **Projeto História. Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, São Paulo, v. 25, p. 197-219, Ago. 2002.

OLIVEIRA, Fabio André Miranda de et al. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. spe, p. 177-184, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, 2015.

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <<http://www.calculoamostral.vai.la>>. Acesso em: 15 set. 2017.

SCHILLER, Esther Ferreira. **A relação entre perfis de parturientes e vias de parto no Brasil**. 2015. 52 f., il. Monografia (Bacharelado em Ciências Sociais)—
Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em:
<<http://bdm.unb.br/handle/10483/12862>>. Acesso em 21 maio 2018.

World Health Organization (CH). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. **Care in normal birth: a practical guide**. Geneva; 1996.

APÊNDICE

Paciente nº: _____ Data: ____/____/____

Idade: ____ IG: _____

Fez pré-natal: () Sim () Não | Quantidade de consultas de pré-natal: _____

Teve orientação sobre o trabalho de parto? () Sim () Não

G __ P __ A __ Cesária: ____ PV: ____

Quantidade de filhos vivos: ____

Via de parto de escolha da mulher: () PV () Cesária

Via de parto: () PV () PCemerg. () PCElet. () PV assistido (Fórceps, Vácuo)

Presença de acompanhante: () Sim () Não

Estimulação do parto: () Sim () Não

() Ocitocina () Episiotomia () Fórceps/Vácuo () Pressão externa do fundo uterino

Presença de partograma: () Sim () Não

Contato pele a pele na primeira hora por 30 min: () Sim () Não () RN em observação

Parto em posição não supina: () Sim () Não