

# Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal

## *Evaluation of the quality of care for normal delivery*

### Artigo original

#### Palavras-chave

Assistência à saúde  
Avaliação de serviços de saúde  
Trabalho de parto  
Parto normal  
Estudos transversais

#### Keywords

Delivery of health care  
Health services evaluation  
Labor, obstetric  
Natural childbirth  
Cross-sectional studies

#### Resumo

**OBJETIVO:** Avaliar a qualidade da assistência hospitalar ao parto normal em Goiânia. **MÉTODOS:** Foi estudada uma amostra de 404 mulheres que tiveram partos normais em 13 hospitais de Goiânia, durante o período de abril a dezembro de 2007. Os dados foram obtidos de entrevistas com as puérperas e revisão dos prontuários médicos. A qualidade de assistência aos partos foi avaliada por meio do cálculo do índice Bologna e da comparação dos procedimentos utilizados com normas e procedimentos recomendados. **RESULTADOS:** O índice Bologna apresentou valor médio de 1,04 (IC95%=0,9–1,1). A proporção de cesarianas eletivas foi 30%, a de cesarianas de urgência foi 10% e os partos induzidos representaram 1,6%. A porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde foi de 100%, mas o pediatra esteve presente na sala de parto em apenas 30% dos casos. Durante o trabalho de parto, metade das parturientes não teve avaliação da dinâmica uterina e 29,1% não tiveram avaliação dos batimentos cardíofetais, com o partograma sendo utilizado em somente 28,5% dos casos. Por outro lado, a utilização de ocitocina foi de 45,8%. **CONCLUSÕES:** Os resultados indicam má qualidade da assistência ao parto normal em Goiânia, com baixo valor do índice Bologna, altas proporções de cesarianas eletivas e de urgência, frequência não-adequada de intervenções benéficas e alta ocorrência de algumas intervenções consideradas prejudiciais na assistência ao parto.

#### Abstract

**PURPOSE:** To evaluate the quality of health care assistance during childbirth in the hospitals of Goiânia, in Brazil. **METHODS:** Thirteen hospitals were appraised from April to December 2007, and a random sample of 404 normal births was studied. Data were obtained from interviews with mothers after delivery and by consulting their medical records. The quality of assistance at birth was evaluated by using the Bologna score and by comparing the procedures used in those hospitals to standard recommended practices. **RESULTS:** The Bologna score presented an average value of 1.04 (95%CI=0.9–1.1). The elective caesarian rate was 30%, the emergency caesarian rate was 10%, and the rate of induced childbirth was 1.6%. The percentage of childbirths attended by health care professionals was 100%, but pediatricians in the delivery room were present only in 30% of the time. During labor, half of the women had no evaluation of the uterine dynamics and 29% had no auscultation fetal monitoring. The partogram was used for only 28.5% of the women, whereas the use of oxytocin was 45.8%. **CONCLUSIONS:** The results indicate a poor quality of childbirth care with low values of the Bologna score, high elective and emergency caesarians rates, a high number of unnecessary and potentially harmful interventions, and an insufficient frequency of beneficial interventions.

#### Correspondência:

Elisabeth Barbosa França  
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais  
Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – sala 731  
CEP: 30130-100  
Belo Horizonte (MG), Brasil

#### Recebido

15/02/2011

#### Aceito com modificações

26/10/2011

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>1</sup> Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup> Professora-Associada do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup> Professor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

## Introdução

Diminuir a mortalidade materna e a infantil são algumas das metas a serem atingidas pela Declaração do Milênio até 2015. Aproximadamente dois milhões de recém-nascidos morrem anualmente em todo o mundo nas primeiras 24 horas de vida. Da mesma forma, cerca de 600.000 mulheres morrem de complicações relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério<sup>1</sup>.

Há uma ampla variedade nas taxas de mortalidade materna e neonatal, bem como em suas causas entre os países. Nestes, há ainda entre as diversas regiões, refletindo, entre outros fatores, nas desigualdades socioeconômicas entre as populações. Nos países em desenvolvimento, grande parte dos óbitos maternos e neonatais poderia ser evitada com adequada assistência ao pré-natal e ao parto. Nesses países, verifica-se que ocorre maior disparidade na distribuição de cuidados durante o parto do que em relação a outros cuidados de saúde<sup>1,2</sup>. Além disso, há evidências de que a via de parto atende mais aos aspectos socioeconômicos e culturais do que aos médicos, sendo o parto normal mais frequente na população de menor poder aquisitivo, sendo muitas vezes questionada a qualidade da assistência prestada<sup>1-3</sup>.

Para avaliação da qualidade do processo da assistência ao parto normal, tem sido preconizada a comparação de procedimentos usados na assistência com normas e procedimentos recomendados na literatura como padrão-ouro, além de alguns indicadores de processo, tais como: a presença de partograma no prontuário médico e a porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde<sup>1,4,5</sup>. No entanto, esses indicadores são pouco precisos, não conseguindo discriminar a qualidade dessa assistência nos locais em que a maioria dos partos é acompanhada por profissional de saúde. Por isso, mais recentemente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado um novo indicador para avaliar a assistência ao parto normal, que é denominado de índice Bologna<sup>5</sup>.

Partindo da premissa de que o parto normal ao início de baixo risco é um evento natural que deve ser conduzido com o mínimo de intervenções possíveis, o índice Bologna é um indicador robusto, composto por variáveis que contemplam desde aspectos relacionados ao apoio à gestante quanto aos relacionados aos procedimentos técnicos da assistência ao trabalho de parto. Embora ainda pouco utilizado, esse indicador foi a primeira ferramenta disponível que avaliou a qualidade do processo de assistência ao parto normal de forma quantitativa<sup>5</sup>.

Em Goiânia, as disparidades nas taxas de mortalidade neonatal e de cesarianas entre grupos populacionais chamam atenção para as desigualdades na assistência ao parto<sup>3</sup>. Além disso, em estudo realizado nesse município, verificou-se maior proporção de morte neonatal entre os

partos normais. Embora a estratificação por grupos populacionais indicasse que o parto normal foi mais realizado em situações de risco para morte materna e neonatal, verificou-se que quase 30% dos óbitos neonatais ocorreram em recém-nascidos com peso superior a 2.500 g, muitos desses associados à asfixia durante o parto<sup>3</sup>. Esse aspecto chama atenção para as possíveis deficiências na assistência ao parto normal.

A partir destas considerações, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência aos partos normais realizados em Goiânia, em 2007.

## Métodos

Foi realizado um estudo transversal de amostra de puérperas de partos normais, ocorridos em 13 dos 14 hospitais que eram referência para partos de baixo risco em Goiânia, em 2007 (um hospital privado conveniado ao Sistema Único de Saúde – SUS – recusou-se a participar). Foram excluídos um hospital filantrópico e dois públicos por serem referências para gestações de alto risco. As duas categorias de hospitais estudadas eram responsáveis por cerca de 80% dos partos totais e 90% dos normais, realizados no município.

O tamanho da amostra de 404 partos normais foi calculado com base em uma estimativa de existência do partograma em 20% dos prontuários, precisão de 4%, intervalo de confiança de 95% e perdas estimadas de 5%. Utilizou-se a prevalência do achado de partograma por este ser um dos indicadores preconizados pela OMS para avaliação da qualidade de assistência ao parto normal. A seleção da amostra foi aleatória, sendo as puérperas elegidas de forma consecutiva, de forma a se obter uma amostra com alocação proporcional ao número de partos realizados em cada hospital. Os dados foram obtidos entre abril a dezembro de 2007, variando o período em cada hospital, na dependência do número de casos estimados para cada um deles. A estimativa do número de casos por hospital foi realizada baseada na proporção de partos realizados por cada hospital, em 2006, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC).

As visitas hospitalares eram iniciadas buscando nos livros de internação e de procedimentos do centro cirúrgico para identificação das admissões ao parto. Do total de gestantes admitidas para o parto no período, inicialmente avaliava-se o diagnóstico à admissão e a via de parto. As puérperas de parto normal eram, então, identificadas e selecionadas de forma consecutiva em cada hospital. Foi elegível para o estudo toda puérpera de parto ocorrido pela via transpélvica, com feto vivo ao início do trabalho de parto espontâneo ou induzido, independentemente da idade gestacional, apresentação fetal ou peso ao nascer. Como todos os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso

eram limítrofes (fato esse justificado pela clientela assistida nos hospitais estudados), eles foram incluídos na amostra (22 casos de gestação entre a 36<sup>a</sup> e a 37<sup>a</sup> semana).

Durante o período necessário para se obter o tamanho da amostra, foram admitidas 637 gestantes para o parto nos 13 hospitais estudados. A taxa de cesarianas de urgência foi de 9% (n=40). Com a exclusão de uma puérpera, que não concordou em participar da pesquisa devido à ocorrência do óbito neonatal imediatamente após o parto (0,2%), a amostra do estudo foi composta por 404 partos normais (Figura 1).

Cada parto foi pesquisado no período pós-parto ainda durante a internação, com o emprego de questionários estruturados, um preenchido consultando o prontuário por médico obstetra ou residente de obstetria, e outro aplicado à puérpera, por entrevistadoras previamente treinadas. Quase todas variáveis eram comuns aos dois questionários; contudo, a maioria das utilizadas neste estudo foi obtida das entrevistas com as puérperas, devido à falta de informações nos prontuários (cerca de 40% não tinham qualquer informação sobre a assistência ao parto). Os dados obtidos nas entrevistas e nos prontuários foram integrados em um banco de dados único. Dos prontuários, foram utilizadas apenas as variáveis: presença do partograma, anotações no partograma, dilatação cervical à admissão, duração do trabalho de parto, uso de soro, ocitócicos e analgesia durante o segundo estágio do parto, índice Apgar, peso ao nascer, uso de antibióticos e de ocitócicos no pós-parto. As demais variáveis foram obtidas dos dados das entrevistas com as puérperas.

Para avaliar a qualidade da assistência, as práticas usadas na assistência foram categorizadas segundo a classificação da OMS para assistência ao parto normal: categoria A, práticas eficazes que devem ser encorajadas; categoria B, práticas ineficazes ou prejudiciais que devem ser abandonadas; categoria C, práticas para as quais não há clara evidência devendo ser utilizadas com cautela; categoria D, práticas normalmente utilizadas inadequadamente<sup>4</sup>. Foram determinadas as frequências de avaliações dos batimentos cardíofetais (BCF), da dinâmica uterina (DU), da pressão arterial (PA) e da frequência cardíaca (FC) materna e do toque vaginal (TV). Foram também calculadas a porcentagem dos partos assistidos por profissional de saúde, as taxas de cesarianas eletivas e de urgência e a porcentagem dos partos induzidos.

O índice Bologna foi calculado para cada parto. Para isso, foram consideradas as cinco variáveis que compõem tal índice: presença de acompanhante familiar no parto, uso do partograma, ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, fórcepe, manobra de Kristeller) ou cesariana de urgência, parto na posição não-supina e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido pelo menos 30 minutos na primeira hora. Para cada uma dessas

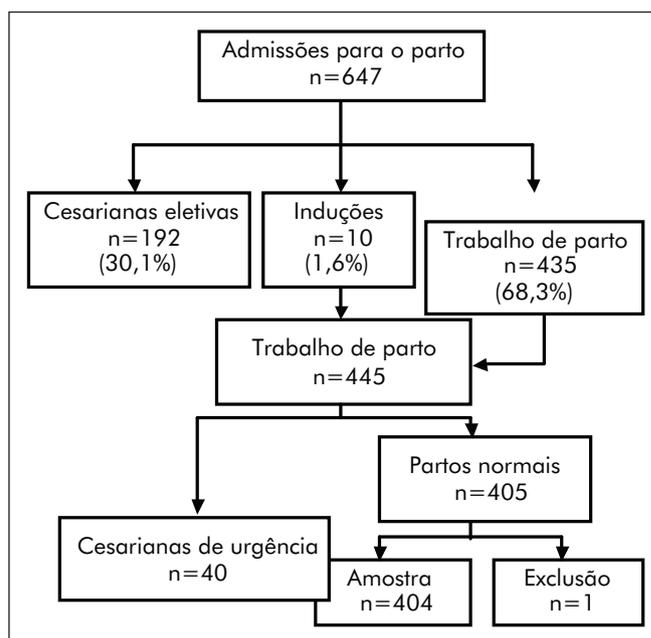


Figura 1. Fluxograma da composição da amostra

variáveis foi dada uma nota, “1” se presente e “0” se ausente. O valor total do índice foi obtido pela somatória dessas notas, sendo o valor “0” considerado como a menor qualidade e “5”, a maior. Qualidades intermediárias se encontram entre os dois valores<sup>5</sup>.

Para construção do banco de dados e análise estatística, utilizou-se o programa SPSS, versão 11.5. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Materno-Infantil de Goiânia e da Universidade Federal de Minas Gerais.

## Resultados

Dos 404 partos normais que constituíram a amostra, cerca de 80% eram de residentes em Goiânia, 76,5% apresentavam união consensual e 48,5% tinham 9 a 11 anos de escolaridade. A prevalência de baixo peso ao nascer foi de 3,9%, de prematuridade 5,2% e de gestação na adolescência 27% (dados não-apresentados).

A Tabela 1 apresenta as características da assistência ao parto. Praticamente todas as mulheres receberam assistência durante o parto, ou seja, a porcentagem do trabalho de parto e de partos assistidos por profissional de saúde foi de 100%. As nove puérperas que referiram não terem sido examinadas foram admitidas em período expulsivo, e as três que tiveram o parto no leito receberam assistência do profissional de saúde para ligadura do cordão umbilical, dequitação e atendimento ao recém-nascido após a expulsão do feto. Entretanto, a assistência ao recém-nascido em sala de parto pelo pediatra ocorreu em apenas 30% dos partos.

A Tabela 2 mostra as avaliações dos parâmetros fundamentais para adequada monitoração da evolução

do trabalho de parto e da vitalidade fetal, evidenciando a baixa frequência desses procedimentos.

A Tabela 3 apresenta as práticas encontradas na assistência aos partos estudados, conforme a classificação da OMS para assistência ao parto. Observa-se alta frequência das práticas da categoria B, com comprovada ineficácia ou prejuízo e que devem ser evitadas.

Em relação ao índice Bologna, verificou-se que a maioria dos partos obteve valor menor ou igual a 1 (n=281 partos, correspondendo a 71,5% dos 393 partos classificados), com média de 1,04 para o município e IC95%=0,9–1,1 (dados não-apresentados).

**Tabela 1.** Características da assistência hospitalar aos partos normais

Variáveis	n	%
<b>Número de profissionais examinadores durante o trabalho de parto<sup>a</sup></b>		
1	131	34,1
2 a 3	220	57,3
≥4	33	8,6
<b>Profissional que examinou durante o trabalho de parto<sup>b</sup></b>		
Nenhum	9	2,3
Obstetra	161	41,3
Obstetra + outros profissionais de saúde	198	50,8
Outros profissionais de saúde	22	5,6
<b>Profissional que realizou o parto<sup>c</sup></b>		
Acadêmico de medicina/enfermagem	6	1,6
Obstetra	364	95,8
Profissional de enfermagem	7	1,9
Sem profissional de saúde	3	0,8
<b>Profissional que deu assistência ao recém-nascido na sala de parto<sup>d</sup></b>		
Acadêmico de medicina/enfermagem	3	0,9
Obstetra	77	21,3
Profissional de enfermagem	172	47,6
Pediatra	109	30,2
<b>Dilatação cervical na admissão<sup>e</sup></b>		
0 cm	4	1,1
1 a 3 cm	143	39,2
4 a 6 cm	150	41,1
7 a 9 cm	58	15,9
10 cm	10	2,7
<b>Duração do trabalho de parto<sup>f</sup></b>		
≤1 hora	33	8,6
1 a 5 horas	207	54,2
6 a 12 horas	100	26,2
12 a 24 horas	37	9,7
≥24 horas	5	1,3
<b>Apgar 1<sup>g</sup></b>		
<7	52	12,9
≥7	351	87,1
<b>Apgar 5<sup>h</sup></b>		
<7	8	2,0
≥7	395	98

Excluídos sem informação: <sup>a</sup>20 (5%); <sup>b</sup>14 (3,4%); <sup>c</sup>24 (5,9%); <sup>d</sup>43 (10,6%); <sup>e</sup>39 (9,6%); <sup>f</sup>22 (5,4%); <sup>g</sup>1 (0,2%); <sup>h</sup>1 (0,2%).

**Tabela 2.** Frequências das avaliações do trabalho de parto realizadas em hospitais de Goiânia

Variáveis	n	%
<b>Toque vaginal<sup>a</sup></b>		
Nenhum	29	8,7
1 avaliação / 2 horas	153	45,7
1 avaliação / 1:30 horas	76	22,7
1 avaliação / hora	77	23,0
<b>Ausculda do BCF<sup>b</sup></b>		
Nenhuma	101	29,1
1 avaliação / 2 horas	151	43,5
1 avaliação / 1:30 horas	46	13,3
1 avaliação / hora	49	14,1
<b>Frequência cardíaca materna<sup>c</sup></b>		
Nenhuma	206	79,8
1 avaliação / 2 horas	37	14,3
1 avaliação / 1:30 horas	4	1,6
1 avaliação / hora	11	4,3
<b>Pressão arterial materna<sup>d</sup></b>		
Nenhuma	202	56,9
1 avaliação / 2 horas	117	33,0
1 avaliação / 1:30 horas	14	3,9
1 avaliação / hora	22	6,2
<b>Dinâmica uterina<sup>e</sup></b>		
Nenhuma	175	54,9
1 avaliação / 2 horas	69	21,6
1 avaliação / 1:30 horas	34	10,7
1 avaliação / hora	41	12,9

Excluídos sem informação: <sup>a</sup>69 (17,1%); <sup>b</sup>57 (14,1%); <sup>c</sup>146 (36,1%); <sup>d</sup>49 (12,1%); <sup>e</sup>85 (21%).

**Tabela 3.** Frequências das práticas utilizadas na assistência aos partos normais, segundo a classificação para a assistência ao parto da OMS

Variáveis	n	%
<b>Categoria A: Práticas eficazes que devem ser incentivadas</b>		
1. Presença de familiar durante o trabalho de parto <sup>a</sup>	78	19,5
2. Parto em posição não-supina	0	0,0
3. Presença de partograma	115	28,5
4. Uso de ocitócicos no pós-parto <sup>b</sup>	220	56,7
5. Contato pele a pele da mãe com recém-nascido por ≥30 minutos <sup>c</sup>	46	11,6
<b>Categoria B: práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas</b>		
1. Dieta zero	248	62,0
2. Prescrição de tricotomia <sup>d</sup>	156	41,1
3. Realização de enteroclise <sup>e</sup>	7	2,8
4. Soro parenteral durante trabalho de parto	226	55,9
5. Soro parenteral durante o parto <sup>f</sup>	240	65,2
6. Ocitocina durante trabalho de parto <sup>g</sup>	179	45,8
7. Ocitocina durante o parto <sup>h</sup>	198	53,5
8. Uso de metilergonovina no pós-parto <sup>i</sup>	133	34,3
9. Uso profilático de antibiótico no pós-parto	40	10,0
<b>Categorias C e D: práticas para as quais não há evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada</b>		
1. Pressão no fundo do útero no período expulsivo <sup>j</sup>	220	55,4
2. Uso de fórceps <sup>k</sup>	12	3,0
3. Realização de episiotomia <sup>l</sup>	289	70,1
4. Analgesia durante TP (peridural ou raque) <sup>m</sup>	31	7,7

Excluídos sem informação: <sup>a</sup>3 (0,7%); <sup>b</sup>16 (3,9%); <sup>c</sup>3 (0,7%); <sup>d</sup>24 (5,9%); <sup>e</sup>5 (1,2%); <sup>f</sup>36 (8,9%); <sup>g</sup>13 (3,2%); <sup>h</sup>34 (8,9%); <sup>i</sup>16 (3,9%); <sup>j</sup>7 (1,7%); <sup>k</sup>7 (1,7%); <sup>l</sup>6 (2,5%); <sup>m</sup>1 (0,2%).

## Discussão

Os resultados encontrados são preocupantes ao evidenciarem que, embora os partos tenham sido acompanhados por profissional de saúde, na maioria das vezes pelo obstetra, a qualidade de assistência esteve muito aquém da preconizada pelas atuais evidências científicas<sup>4,6-9</sup>. Esses achados demonstram que a porcentagem de partos acompanhados por um profissional de saúde, principal indicador preconizado pela OMS para avaliar a qualidade desta assistência<sup>1</sup>, é pouco discriminativa, não sendo suficiente para a avaliação nos locais em que a maioria dos partos é realizada por profissional de saúde.

Em nosso meio há poucos estudos que avaliaram a qualidade de assistência ao parto utilizando indicadores de processo, sendo o presente estudo pioneiro no país ao utilizar o índice Bologna. Até 2011, o único estudo descrito na literatura utilizando esse índice foi realizado na Suécia<sup>10</sup>, com valor encontrado para o índice Bologna de 3,81. Verificou-se, ainda, que a porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde no país foi de 99,9%, a taxa de cesarianas eletivas foi 7,9% e a taxa de partos induzidos, 8,6%. A qualidade da assistência ao parto analisada por esse conjunto de indicadores foi considerada muito boa, referendada pelo índice Apgar de quinto minuto menor que sete, ocorrendo apenas em 0,4% dos recém-nascidos. Por ter sido realizado em um país com excelente sistema de saúde materno-infantil e baixíssimos coeficientes de mortalidade neonatal (2/1.000 nascidos vivos) e materna (3/100.000 nascidos vivos), esse estudo pode ser considerado referência na avaliação do desempenho do índice Bologna em condições excelentes de assistência ao parto<sup>10</sup>.

Considerando-se esses aspectos, a proporção de 30% das cesarianas eletivas que foi encontrada no presente estudo foi alta. É possível que boa parte dessas não tenha tido indicação obstétrica, como tem sido relatado em vários países em desenvolvimento e em regiões metropolitanas do Brasil<sup>11</sup>. A taxa de cesariana no Brasil aumentou de 38,9%, em 2000, para 46,5%, em 2007<sup>11</sup>.

Também foi alta a proporção das cesarianas de urgência, encontrada neste estudo cerca de duas vezes maior que a do estudo sueco<sup>10</sup>. Tal fato pode refletir a baixa utilização de fórceps<sup>12</sup>, as possíveis complicações decorrentes da alta taxa de ocitócicos no trabalho de parto e, ainda, a alta frequência de parturientes admitidas em fases iniciais do trabalho de parto. A admissão precoce, antes da fase ativa do trabalho de parto, tem sido referida como uma das causas do aumento das intervenções, com maior utilização de ocitócicos e de cesarianas<sup>1,9,12</sup>.

A porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde encontrada foi de 100%, apesar do pediatra, que, no meio médico, é o profissional mais capacitado

para assistência integral ao recém-nascido na sala de parto, estar presente em apenas 30% dos casos. A presença do obstetra em quase todos os partos, por si só, não foi suficiente para garantir a assistência adequada.

Na Suécia e em vários países desenvolvidos, a maioria dos partos de baixo risco é realizada por enfermeiras obstétricas preparadas para assistir tanto ao parto quanto ao recém-nascido (incluindo reanimação neonatal) em unidades primárias de assistência, interligadas a centros mais complexos, por meio de um efetivo sistema de referenciamento<sup>6-8,10</sup>. Isso permite que possíveis alterações sejam diagnosticadas a tempo das parturientes serem transferidas para unidades mais complexas, garantindo que os casos que não evoluam satisfatoriamente possam ter pronto-atendimento especializado do obstetra e do pediatra<sup>6-8,10</sup>.

No Brasil, além do médico, o único profissional regulamentado para assistência ao parto é o enfermeiro obstetra<sup>9</sup>. Como em nenhum hospital havia profissional contratado especificamente para essa assistência, o encontro de profissionais não-médicos, realizando avaliações durante o trabalho de parto e o parto, da mesma forma que realizando assistência neonatal em sala de parto, indica provável má qualidade da assistência. Ressalva deve ser feita aos hospitais públicos, nos quais boa parcela da assistência por profissional não-médico foi realizada por estudantes de medicina ou enfermagem, cumprindo estágios curriculares supervisionados.

As frequências das avaliações do BCF, da DU, da PA e da FC materna foram extremamente baixas, ressaltando-se que essas informações foram obtidas na entrevista com as puérperas, uma vez que mais de 40% dos prontuários não tinham qualquer anotação sobre a assistência prestada ao trabalho de parto. Além disso, 29,1% dos partos não tiveram nenhuma avaliação do BCF durante o trabalho de parto, sendo que apenas 3,7% desses estavam em período expulsivo. A avaliação do BCF e da DU, principais parâmetros para adequada monitorização do bem-estar fetal e da evolução do trabalho de parto, com frequência de pelo menos uma por hora, ocorreu em apenas 14,1 e 12,9% dos partos, respectivamente. Por outro lado, a realização do TV em metade dos casos foi feita em intervalos menores que um por hora, contrariando a recomendação preconizada de um toque a intervalos de duas horas<sup>4,9</sup>. Outros estudos encontraram resultados semelhantes<sup>13</sup>.

Da mesma forma, a baixa qualidade da assistência pôde ser documentada também pela baixa utilização de procedimentos da categoria A da OMS, ou seja, práticas eficazes que devem ser incentivadas, associada à grande utilização de práticas das categorias B, C e D, as quais são consideradas ineficazes ou prejudiciais, sem evidência científica para utilização ou são usadas de forma inadequada. Dentre as mesmas, ressalta-se a baixa utilização

do partograma e a alta utilização de ocitocina durante o trabalho de parto, sendo que nenhum dos partos estudados foi monitorado por cardiocardiografia, prática recomendada para acompanhamento dos partos induzidos ou conduzidos por ocitócicos<sup>4</sup>.

A presença de partograma nos prontuários em apenas 28,5% dos casos, com 13% desses sem qualquer anotação, reflete a pouca importância dada a esse instrumento. Vários estudos têm mostrado o valor do partograma tanto para o diagnóstico das alterações da evolução do trabalho de parto, quanto para a realização de intervenções em tempo hábil, garantindo o bem-estar materno-fetal<sup>4,9,14</sup>. Contudo, a qualidade da assistência parece estar associada não só à existência do partograma, sendo importante verificar se foi preenchido de modo que as anotações correspondam a reais avaliações feitas, indicando que esse instrumento foi o fio condutor das intervenções realizadas<sup>15</sup>. Em estudo realizado em maternidades da cidade do Rio de Janeiro, observou-se má qualidade de assistência ao parto, apesar de o partograma ter sido encontrado em 92% dos prontuários, ou seja, a falta de anotações refletiu melhor a falta de qualidade detectada<sup>16</sup>.

Se, por um lado, a ocitocina pode corrigir alterações da evolução do trabalho de parto, por outro, podem ser graves as complicações materno-fetais desencadeadas pelo uso inadequado dessa droga<sup>4</sup>. Assim, a OMS recomenda que a utilização de ocitócicos seja realizada em serviços de saúde com condições adequadas, incluindo a presença do obstetra e do pediatra, para que intervenções de emergência possam ser realizadas, caso haja necessidade<sup>4</sup>. A utilização de ocitócicos sem monitorização adequada do BCF também foi encontrada em outro estudo brasileiro<sup>16</sup>.

A utilização de ocitócicos e soro no trabalho de parto e da manobra de Kristeller no período expulsivo (categoria C da OMS), em cerca da metade dos partos, evidencia o alto grau de interferência na evolução do parto, contrariando as evidências para que esse transcorra com o mínimo de intervenções possíveis<sup>4</sup>. A frequente utilização de soro interfere na evolução natural do trabalho de parto por prejudicar a deambulação e limitar a parturiente ao leito<sup>4</sup>.

A utilização de ocitócicos por via parenteral no terceiro período do parto é uma medida recomendada para evitar a hemorragia pós-parto (categoria A, OMS), que é uma das principais causas de morte materna nos países em desenvolvimento<sup>4</sup>. Neste estudo, os ocitócicos foram utilizados durante o período em 56,7% dos casos. No entanto, em 34,3% desses, usou-se metilergonovina por via oral, prática comprovadamente ineficaz (categoria B, OMS)<sup>4</sup>.

Os partos estudados foram realizados em posição supina. Uma extensa revisão sobre a posição da parturiente no segundo período do trabalho de parto mostrou que qualquer posição, em comparação com a supina,

associou-se com diminuição da duração do período expulsivo, de episiotomia, de e de anormais<sup>17</sup>. A par dessas considerações, a OMS orienta que o parto seja realizado na posição que mais convenha à parturiente<sup>4</sup>.

A realização de episiotomia (categoria D, OMS)<sup>4</sup>, em cerca de 70% dos partos, confirma a ampla realização do procedimento, verificado também nos países desenvolvidos, apesar das evidências sinalizarem cautela na sua utilização, com proporção estimada pela OMS em não mais que 10%<sup>4</sup>. Em estudo de metanálise, a episiotomia não-rotineira mostrou ter mais benefícios do que a rotineira, com menos trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. No entanto, houve menor risco de trauma perineal anterior com o uso rotineiro da episiotomia. Não houve diferenças entre os dois grupos em relação à dor, dispareunia, incontinência urinária e ao trauma perineal ou vaginal severo<sup>18</sup>.

A analgesia peridural (categoria D, OMS)<sup>4</sup> foi realizada em apenas 7,7% dos partos, proporção próxima da de 10% encontrada no estudo sueco. De fato, essa prática é considerada pela OMS como uma das mais evidentes formas de medicalização dos partos de baixo risco<sup>4</sup>. Entretanto, em revisão de metanálise que incluiu mais de 6.000 parturientes, encontrou-se que, apesar da analgesia peridural aumentar em 38% o risco de parto instrumental, essa não aumentou o risco de cesarianas, lombalgias e do índice Apgar ao quinto minuto menor que sete, não ocorrendo nenhuma complicação grave<sup>19</sup>.

Nos países desenvolvidos com baixa utilização de analgesia farmacológica existem alternativas para o controle da dor, como o preparo psicoprofilático durante o pré-natal e o apoio próximo de familiares, obstetras e doulas no parto<sup>7,8,10</sup>. Ao avaliar que o medo da dor é importante causa do desejo de cesariana pela gestante e que a analgesia peridural pode diminuir as taxas dessas, o Ministério da Saúde do Brasil, pelas portarias 2.815/1998 e 572/2000, passou a incluí-la na tabela de remuneração do SUS<sup>9</sup>. Como em nenhum parto estudado foram encontrados métodos alternativos para o controle da dor, a baixa utilização da analgesia peridural indica negligência em lidar com a dor da parturiente.

O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora de vida, além de propiciar o envolvimento mãe-filho e o aleitamento materno, é um indicativo de que o parto transcorreu adequadamente<sup>4,5</sup>. Neste estudo, apesar desse contato ter ocorrido em 76% dos partos, durou 30 minutos em apenas 11,6%, podendo refletir, entre outros aspectos, o baixo nível de envolvimento desses serviços com os aspectos psicológicos envolvidos no ato do nascimento<sup>9</sup>. Contudo, quando se considera apenas a frequência do contato pele a pele, sem sua duração, esse foi superior ao encontrado em outros estudos brasileiros<sup>20</sup>.

A presença do acompanhante familiar no parto é um direito garantido no Brasil pela Lei nº 11.108/2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 2418/2005<sup>9</sup>. Um estudo de metanálise, envolvendo 15.060 mulheres, encontrou que a parturiente com acompanhante tem trabalho de parto mais curto, maior frequência de parto transvaginal, menor utilização de analgesia e maior grau de satisfação<sup>21</sup>. Outros estudos também têm mostrado benefícios perinatais do apoio familiar no parto<sup>4,21,22</sup>. No presente estudo, a presença do acompanhante familiar foi pouco encontrada, demonstrando a negligência desse direito, mas podendo também refletir a falta de estrutura dos hospitais em acolher o acompanhante<sup>9</sup>.

O índice Apgar tem sido utilizado em várias publicações para avaliar a qualidade de assistência ao parto<sup>23</sup>. Neste estudo, a ocorrência de 12,9% dos recém-nascidos, com Apgar ao primeiro minuto menor que sete, e de 3% com Apgar também baixo ao quinto minuto foram bem maiores que os encontrados no estudo sueco, porém semelhantes a outros estudos brasileiros<sup>16,24</sup>. Porém, de forma geral, o índice de Apgar, provavelmente por ser um indicador de resultados, não refletiu muito bem a má qualidade encontrada na assistência aos partos estudados, justificando-se, assim, os esforços no sentido de se conseguir melhores indicadores para essa tarefa.

Nesse sentido, o índice Bologna sumarizou melhor a qualidade da assistência, sendo que a maioria dos partos não atingiu a nota 2. Esse aspecto fica mais bem evidenciado quando se compara a média de 1,04, encontrada neste estudo, com a do estudo sueco, que foi de 3,81. Esses resultados

encorajam a utilização desse índice como indicador para análise do processo da assistência ao parto.

Um aspecto importante a ser ressaltado no presente estudo foi a utilização dos dados provenientes de entrevistas com as puérperas para a construção da maioria dos indicadores utilizados na análise, o que confere maior credibilidade aos resultados. Estudos têm mostrado alta confiabilidade das informações das puérperas e baixa qualidade das informações dos prontuários<sup>25,26</sup>.

Em síntese, os resultados aqui expostos indicam que a qualidade da assistência ao parto normal em Goiânia, em 2007, esteve bastante inadequada. Isso pôde ser constatado pelo baixo valor do índice Bologna, pela alta frequência de intervenções consideradas prejudiciais e pela baixa frequência de intervenções consideradas benéficas. Além disso, as altas taxas de cesarianas eletivas e de urgência encontradas chamam atenção para uma assistência inadequada ao parto de uma forma geral, não apenas no parto normal.

A partir dessas conclusões, espera-se que os resultados encontrados possam subsidiar políticas de saúde nesse município. Assim, algumas estratégias podem ser sugeridas: modificações no modelo assistencial hospitalar com integração de outros profissionais de saúde, em uma perspectiva multidisciplinar; exigência das entidades de saúde para que os profissionais realizem acompanhamento do trabalho de parto e parto com rigor científico; garantia de profissional capacitado para assistência ao recém-nascido na sala de parto e implementação de ações destinadas a dar suporte e apoio à parturiente e de medidas para controle da dor.

## Referências

1. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 2010;375(9730):2032-44.
2. Houweling TA, Ronsmans C, Campell OM, Kunst AE. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2007;85(10):745-54.
3. Giglio MRP, Lamounier JA, Morais Neto O. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):350-7.
4. World Health Organization. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Geneva: WHO; 2002. (Promoting Effective Perinatal Care).
5. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth*. 2001;28(2):79-83.
6. Lawn JE, Lee AC, Kinney M, Sibley L, Carlo WA, Paul VK, et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? *Int J Gynaecol Obstet*. 2009;107(Suppl 1):S5-19.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence [Internet]. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. RCOG Press; 2007 [cited 2009 Oct 22]. Available from: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>.
8. Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada [Internet]. Attendance at labour and delivery guidelines for obstetrical care. 2000. (SOGC Policy Statement, 89) [cited 2009 Oct 23]. Available from: <http://www.sogc.org/guidelines/public/89E-PS-May2000.pdf>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
10. Sandin-Böjso AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna score. *Birth*. 2008;35(4):321-8.
11. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):185-94.

12. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B, et al. Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(9):1789-800.
13. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(4):646-54.
14. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(1):117-30.
15. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Brietzke E; Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência ao trabalho de parto [Internet]. Projeto Diretrizes- Associação Médica Brasileira Conselho Federal de Medicina. 2001 [citado 2009 Out 20]. Disponível em: [http://projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/093.pdf](http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/093.pdf).
16. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):895-902.
17. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008(2):CD002006.
18. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008(2):CD000081.
19. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2008(3):CD000331.
20. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2009;9(1):59-67.
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*. 2011(2):CD003766.
22. Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(5):1316-27.
23. Hubner ME, Juárez ME. Test de Apgar: después de medio siglo sigue vigente? *Rev Méd Chile*. 2002;130(8):925-30.
24. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 1):S20-33.
25. Oliveira AF, Gadelha AMJ, Leal MC, Szwarcwald CL. Estudo da validação das informações de peso e estatura em gestantes atendidas em maternidades municipais no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 1):S92-100.
26. Silva FG, Tavares-Neto J. Avaliação dos prontuários médicos de hospitais de ensino do Brasil. *Rev Bras Educ Méd*. 2007;31(2):113-26.