

## **EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA Y DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL PARTO: CONTRIBUCIÓN AL DEBATE SOBRE DESARROLLO HUMANO**

Cristina Maria Garcia de Lima Parada<sup>1</sup>  
Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes<sup>2</sup>

*Con la finalidad de subsidiar a gestores responsables por la atención a la salud de la mujer en la formulación de políticas públicas dirigidas al desarrollo humano, se propone la presente investigación, cuyo objetivo es evaluar la estructura y proceso de atención al parto y al neonato desarrollada en una región del interior del Estado de São Paulo, Brasil. Se trata de un estudio epidemiológico caracterizado por la evaluación de la calidad de servicios de salud. Los resultados obtenidos fueron comparados con patrones establecidos por el Ministerio de la Salud y la Organización Mundial de Salud. Los resultados apuntan problemas con la estructura de algunas maternidades y revelan que prácticas demostradamente útiles en el parto normal aún son poco utilizadas, mientras que otras perjudiciales o ineficaces son rutinariamente utilizadas. Modificar esa situación será esencial para ofrecer atención humanizada y de calidad, con consecuente reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, de forma que la región alcance las metas establecidas para la ampliación del desarrollo humano en el milenio.*

**DESCRIPTORES:** desarrollo humano; evaluación de servicios de salud; parto

## **CHILDBIRTH CARE : CONTRIBUTING TO THE DEBATE ON HUMAN DEVELOPMENT**

*This study aimed to evaluate care during childbirth and neonatal development in the interior of São Paulo in order to support managers responsible for formulating public policies on human development and allocating public resources to the women's healthcare. This epidemiological study focused on the evaluation of health services based on the observation of the assistance delivered by the Single Health System in 12 maternities and 134 delivers. The Brazilian Health Ministry or World Health Organization standards were adopted for comparison. The results revealed problems related to the structure of some maternities, where some well-proven practices in normal childbirth are still little used, whereas other prejudicial or ineffective ones are routinely used. Reversing this picture is essential in order to offer humanized quality care to women with consequent reductions in maternal and neonatal mortality rates, in such a way that the region achieves the millennium goals established for improving human development.*

**DESCRIPTORS:** human development; health services evaluation; delivery

## **AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA E PROCESSO DA ATENÇÃO AO PARTO: CONTRIBUIÇÃO AO DEBATE SOBRE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

*Com a finalidade de subsidiar gestores da área de saúde da mulher, na formulação de políticas públicas, voltadas ao desenvolvimento humano, realizou-se esta investigação, cujo objetivo foi avaliar a estrutura e o processo da atenção ao parto e ao neonato desenvolvido em região do interior paulista. Estudo epidemiológico, voltado para avaliação dos serviços de saúde, baseou-se na observação da assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde em 12 maternidades e 134 partos, adotando-se padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde ou Organização Mundial de Saúde para comparação. Os resultados apontam problemas relacionados à estrutura em algumas maternidades, mostrando que práticas úteis ao parto normal ainda são pouco utilizadas, enquanto que outras prejudiciais ou ineficazes ainda são utilizadas rotineiramente. Reverter esse quadro será essencial para oferecer atendimento de qualidade às mulheres, com conseqüente redução nas taxas de mortalidade materna e neonatal, para que a região atinja as metas estabelecidas para ampliação do desenvolvimento humano no milênio.*

**DESCRIPTORES:** desenvolvimento humano; avaliação de serviços de saúde; parto

<sup>1</sup> Doctor en Enfermería, Docente, e-mail: cparada@fmb.unesp.br; <sup>2</sup> Doctor en Salud Pública, e-mail: carvalha@fmb.unesp.br. Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Brasil

## INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha trabajado no solo con indicadores económicos, sino también sociales en especial en áreas de la salud y educación. Entre los ocho objetivos enfocados para la reducción de las desigualdades sociales en el planeta, establecidos para este Programa en el milenio, dos tiene íntima relación con la atención al parto: reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna<sup>(1)</sup>. El Brasil se encuentra entre los 189 países que se comprometieron con tales objetivos.

Actualmente, la mayor parte de las muertes infantiles se dan durante el primer mes de vida, mostrando la importancia de factores relacionados con la gestación, parto y puerperio. Se destaca que con relación a la disminución continua de la mortalidad post-neonatal en el Brasil, a partir de la década de 1990, la mortalidad neonatal se ha mantenido relativamente estable, representando más del 60% del total de muertes infantiles en todas las regiones del país<sup>(2)</sup>. Esta es también una situación observada en la DIR XI (antigua Dirección Regional de Salud de Botucatu/SP), lugar donde fue realizado este estudio, el cual presentó en 2005 un coeficiente de mortalidad infantil de 12,1 por 1000 nacidos vivos, valor inferior al del Estado de São Paulo (13,4 por 1.000 nacidos vivos), siendo los coeficientes de mortalidad neonatal y post neonatal iguales a 8,3 y 3,8 por 1.000 nacidos vivos<sup>(3)</sup>.

En 2004 el Plan Nacional de Política para la Mujer mostró como prioridad la promoción de la asistencia obstétrica y neonatal calificada y humanizada, condición indispensable para que el Brasil pueda cumplir las metas establecidas por el Equipo de Desarrollo Humano del Milenio, relacionadas con la reducción de los índices de mortalidad materna y neonatal en 75% hasta 2015. Entre las acciones a ser ejecutadas, se incluye la expansión del Programa de Humanización en el Pre-Natal y Nacimiento, viabilizando inclusive el presupuesto financiero para los municipios que cumplieren con los protocolos de ampliación y calificación de las acciones de atención en el pre-natal, parto y puerperio<sup>(6)</sup>.

Para el acompañamiento de las metas del PNUD dirigidas a mejorar la salud materna, fueron

adoptados dos indicadores: tasa de mortalidad materna y porcentaje de partos atendidos por profesionales de salud calificados<sup>(1)</sup>. Razones de mortalidad materna elevadas indican precarias condiciones socioeconómicas, bajo grado de información y escolaridad, dinámicas familiares en que la violencia está presente y sobre todo, dificultades de acceder a los servicios de salud de buena calidad<sup>(4)</sup>.

La mortalidad materna es considerada evitable en 92% de los casos<sup>(1)</sup>, lo cual refleja la existencia de serios problemas relacionados con la asistencia durante el ciclo de gravidez y puerperio. En la última estimativa oficial referente a 2002, la razón de mortalidad materna brasileña era de 74,8 muertes por 100.000 nacidos vivos, muy por encima del índice considerado aceptable por la Organización Mundial de la Salud (OMS): 20 muertes por 100.000 nacidos vivos<sup>(4)</sup>.

Sin embargo, por tratarse de algo extraño, el análisis de las tasas de mortalidad materna deben en la medida de lo posible, considerar poblaciones grandes y con tendencia en periodos relativamente largos, evitándose la simple comparación de las diferentes tasas en poblaciones pequeñas o de un año para otro. Al considerarse el periodo de 2001 a 2005, este indicador se mantuvo relativamente estable, situación diferente a la observada en la región de Botucatu, en donde, durante el mismo periodo, las tasas variaron de cero a 98,5 por 100.000 nacidos vivos<sup>(5)</sup>.

Las muertes maternas y neonatales deben ser tratadas debido a un mismo cuadro de precariedad en el pre-natal y en los cuidados con el parto y post-parto. De esta forma, es inequívoco que la calidad de la atención a la mujer en esta fase de su vida, constituya también un indicador de desarrollo humano. Evaluar los servicios de salud con el objetivo de identificar las debilidades y fortalezas para promover la reorganización de la asistencia cuando sea necesario, es una forma de participar del esfuerzo en la reducción de desigualdades expresadas por el PNUD.

Este artículo presenta y discute bajo el enfoque del PNUD los resultados relativos a la evaluación de la atención del parto obtenido por un amplio proyecto que evaluó el Programa de Humanización en el Pre-natal y el Nacimiento (PHPN) en la DIR XI<sup>(7)</sup> del Estado de São Paulo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio en el campo de la epidemiología dirigida a evaluar la calidad de los servicios de salud. Fueron evaluados los componentes estructura y proceso. El análisis de la estructura se relaciona con los recursos existentes para la ejecución de los servicios, sean físicos, humanos y materiales, así como el proceso correspondiente a la evaluación de las actividades realizadas por los proveedores de la atención, considerando los aspectos técnicos y los de relaciones interpersonales<sup>(8)</sup>.

De un total de 31 municipios de la región fueron incluidos en el estudio 20, teniendo como único criterio la inclusión y el seguimiento del municipio al PHPN hasta 2003. Todos tienen unidades de atención básica para la atención pre-natal y 11 poseen maternidad para la atención del parto de bajo riesgo, sin embargo con un número de camas variable: tres hospitales con menor media mensual y 20 con mayor media mensual. Existiendo en la región un único servicio para la atención terciaria en el área de obstetricia.

Los indicadores de estructura utilizados fueron: dentro de los recursos humanos, la presencia de médicos y enfermeras en todos los turnos; dentro de los recursos físicos, la posibilidad de acompañar el pre-parto, la existencia de habitaciones PPP (pre-parto, parto y puerperio) y la adecuación de salas de cesárea y parto normal, del alojamiento conjunto y del servicio de neonatología para recibir a los padres; dentro de los recursos materiales y equipos, la presencia de aire comprimido en las salas de parto normal y cesáreas, oxígeno, foco, mesa de parto, equipo de urgencias y de anestesia, estetoscopio, esfigmómetro, estetoscopio de Pinard o doppler y cunas calientes en los cuartos de las madres y en el servicio de cuna, el número de cunas y ropas para la madre y el bebé, así como la existencia de lavatorio antes de la entrada de la cuna; dentro de las normas y procedimientos, la disponibilidad de tener una habitación para ambos, de normas/procedimientos escritos, de actividades sistematizadas de orientación a las madres, el uso de biberón pequeño, biberones y leche artificial, así como el permiso para que la madre permanezca en neonatología caso sea necesaria la hospitalización del niño.

Los indicadores de proceso fueron incluidos en: la admisión, la solicitud del carnet pre-natal, la realización de la dinámica uterina, en el examen vaginal, medición de la presión arterial, auscultación de los latidos cardiacos fetales, la tricotomía y enema; durante el pre-parto, la presencia de un acompañante, prescripción del ayuno y reposo, control del dolor sin drogas, instalación de la venoclisis, auscultación de los latidos cardiacos fetales y llenado de la ficha del parto; dentro de la sala de parto, el contacto visual y piel a piel madre/bebe, auscultación de los latidos cardiacos fetales y episiotomía en los partos vaginales; dentro de la asistencia del neonato, la atención del pediatra en la sala del parto, ofrecer vitamina K, establecer el índice de Apgar en el primer minuto de vida, tiempo de gestación a través del examen físico, identificación del peso, recolección de sangre para tipo de sangre y examen VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) y lactancia materna en la primera hora de vida.

### Recolección de datos

Tres instrumentos con preguntas/interrogantes cerradas fueron utilizados: el primero para la entrevista con el gestor, considerando al informante con mas conocimiento en la estructura de los servicios; el segundo y el tercero para seguimiento durante el proceso de atención al parto, el cual consistió en una guía tipo *check-list* para ser llenado por los observadores, incluyendo también aspectos de la estructura de los hospitales de maternidad, de acuerdo con su perspectiva. Todos fueron elaborados utilizando un instrumento amplio de un estudio realizado en Marañón<sup>(9)</sup>, habiendo sido realizadas pequeñas alteraciones para adaptarla a la realidad local.

La recolección de datos ocurrió en los años de 2004 y 2005 en dos etapas. Durante la primera fueron entrevistados todos los gestores de las maternidades (n=12), generalmente su director clínico. En la segunda se realizó la observación de todos los partos dentro del Sistema Único de Salud durante siete días consecutivos, 24 horas por día en todas las maternidades de la región (n=134), siendo realizada la observación por profesionales o estudiantes del área de la salud previamente capacitados. La coordinación y supervisión de la

observación fue realizada por una de las autoras, mediante reuniones con los observadores realizadas antes, durante y posterior a la recolección de datos.

#### Análisis de datos

Como ya indicado al evaluar la estructura y el proceso de PHPN, se compararon los resultados obtenidos con los estándares establecidos por el Ministerio de Salud<sup>(10-11)</sup> y la OMS<sup>(12)</sup>. Para el análisis del proceso, se clasificaron las prácticas reconocidas asociadas a las mejores y útiles conclusiones obstétricas para el parto normal y aquellas perjudiciales o ineficaces en las tres categorías de desempeño, conforme su prevalencia en los partos observados. En el primer caso, para la mayor parte de los indicadores se considero el desempeño satisfactorio a una cobertura superior a 80%, excepto para la medición de la presión arterial y para la frecuencia cardiaca fetal, que por su importancia, inocuidad y facilidad de realizarla, se estableció una cobertura adecuada de 100%; el desempeño fue regular cuando la cobertura estaba entre 50% y 80% y tasas menores a 50% indicaron desempeño insatisfactorio. Para el segundo caso, por incluir indicadores que no son aconsejables, se clasificó el desempeño como satisfactorio, regular e insatisfactorio, considerándose respectivamente las siguientes tasas: inferior a 20%, de 20% a 50% y superior a 50%.

#### Procedimientos éticos

El proyecto de esta investigación fue analizado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estatal Paulista, cumpliendo todas las normas previstas para la investigación realizada con seres humanos.

## RESULTADOS

Informaciones sobre la estructura para la asistencia al parto y neonato se encuentran en la Tabla 1. Frecuencias muy bajas fueron observadas

para todos los ítems relacionados con recursos humanos. Ninguna de las maternidades tenían habitaciones PPP, en mas de la mitad de ellas el espacio físico permitía la presencia de acompañante en el pre-parto y una sala de parto fue mencionada como inadecuada debido a su reducido tamaño. El área física de la habitación conjunta era adecuada en dos tercios de las instituciones y en más de la mitad de ellos eran adecuadas para recibir a los padres del recién nacido en el servicio de neonatología. El uso de biberones pequeños y biberones fue muy alto y el desarrollo de actividades educativas sistemáticas fueron poco frecuentes (tabla 1).

Tabla 1 - Recursos, normas y procedimientos disponibles en las maternidades de la DIR XI 2004/2005

Recursos, Normas y Procedimientos (n=12)	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
<b>Recursos Humanos (24 horas/día)</b>				
Obstetra	2	16,7	10	83,3
Enfermera obstétrica en el Centro Obstétrico	0	0	12	100
Pediatra	1	8,3	11	91,7
Anestesista	1	8,3	11	91,7
Enfermera en el puerperio	0	0	12	100
Enfermera en neonatología	1	8,3	11	91,7
<b>Recursos Físicos</b>				
Posibilidad de acompañante en el pre-parto	7	58,3	5	41,7
Existencia de habitaciones PPP (pre-parto, parto y puerperio)	0	0	12	100
Adaptación de las salas de cesárea y parto normal	11	91,7	1	8,3
Adaptación de la habitación para ambos (madre/bebe)	9	75	3	25
Adaptación de la cuna para recibir a los padres	7	58,3	5	41,7
<b>Recursos Materiales y Equipos</b>				
Equipos en las salas de cesárea y parto normal	10	83,3	2	16,7
Estetoscopio/esfigmómetro en la sala de parto	7	58,3	5	41,7
Pinar/sónar doppler en la sala de parto	1	8,3	11	91,7
Cuna caliente en la sala de parto	4	33,3	8	66,7
Adaptación en el número de cunas conjuntas	10	83,3	2	16,7
Ropa para la madre y bebe en la habitación conjunto/cuna	11	91,7	1	8,3
Lavatorio antes de la entrada a la cuna	7	58,3	5	41,7
Adaptación del número de cunas en neonatología	10	83,3	2	16,7
<b>Normas y Procedimientos</b>				
Disponibilidad de habitación conjunta	11	91,7	1	8,3
Existencia de normas/procedimientos escritos	6	50	6	50
Actividades sistemáticas de orientación a las madres	2	16,7	10	83,3
Uso de biberones pequeños y biberones en su rutina	7	58,3	5	41,7
Uso de leche artificial en su rutina	1	8,3	11	91,7
Permiso para la madre permanecer en neonatología	9	75	3	25

Datos sobre el proceso de asistencia al parto y al neonato, los que constan en la tabla 2.

Tabla 2 - Procedimientos realizados con la madre en la admisión, pre-parto y sala de parto y la asistencia al neonato en maternidades de la DIR XI, 2004/2005

Procedimientos y Rutinas (n=134)	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
<b>Admisión</b>				
Solicitud del carnet de pre-natal	132	98,5	2	1,5
Realiza dinámica uterina	75	56	59	44
Realiza examen de tacto vaginal	123	91,8	11	8,2
Mide presión arterial	115	85,8	19	14,2
Ausculda los latidos cardiacos fetales	122	91	12	9
Realiza tricotomía en el hospital	71	53	63	47
Realiza enema	31	23,1	103	76,9
<b>Pre-parto</b>				
Presencia de acompañante	15	11,2	119	88,8
Prescripción de ayuno	74	55,2	60	44,8
Prescripción de reposo	30	22,4	104	77,6
Control del dolor sin drogas	16	11,9	118	88,1
Instalación de venoclisis	90	67,2	44	32,8
Ausculda latidos cardiacos fetales	118	88,1	16	11,9
Llenado de la ficha de parto	113	84,3	21	15,7
<b>Sala de Parto</b>				
Contacto visual madre/bebe	121	90,3	13	9,7
Contacto piel a piel madre/bebe	6	4,5	128	95,5
Ausculda latidos cardiacos fetales	23	17,2	111	82,8
Episiotomía en parto vaginal (n=95)	71	74,7	24	25,3
<b>Asistencia al neonato</b>				
Atención por peditra en la sala de parto	79	59	55	41
Ofrecer vitamina K	133	99,3	1	0,7
Establecer el Apgar durante el primer minuto de vida	114	85,1	20	14,9
Tiempo de gestación a través del examen físico	51	38,1	83	61,9
Identificación de peso	134	100	0	0
Recolección de sangre para determinar el tipo sanguíneo	104	77,6	30	22,4
Recolección de sangre para examen VDRL	33	24,6	101	75,4
Lactancia materna en la primera hora de vida	31	23,1	103	76,9

Considerando las prácticas que deben ser estimuladas, se encontraron tasas insatisfactorias en la admisión, en la medición de la presión arterial y en la auscultación de los latidos cardiacos fetales y regulares durante la dinámica uterina; en la sala de pre-parto fue insatisfactoria la presencia del acompañantes, la utilización de métodos no farmacológicos para aliviar el dolor y la auscultación de los latidos cardiacos fetales; sin embargo fue satisfactorio el llenado de la ficha del parto; en la sala de parto fue insatisfactorio el contacto piel a piel de la madre con el bebe, la auscultación de los latidos cardiacos fetales y satisfactorio el contacto visual entre la madre y el niño; para la asistencia al neonato, el tiempo de gestación a través del examen físico y la recolección de sangre para VRDL fue insatisfactorio, por otro lado la verificación del peso, el establecimiento del índice de Apgar y el ofrecimiento de vitamina K fueron satisfactorios (Tabla 2).

Entre las prácticas negativas durante la admisión, fue considerado como desempeño insatisfactorio la tricotomía y la aplicación regular de

enema; en el pre-parto, la prescripción de ayuno y la instalación de venoclisis fueron insatisfactoria, mientras que la prescripción de reposos fue regular. En la sala de parto fue insatisfactoria la realización de episiotomía en partos vaginales (tabla 2).

## DISCUSIÓN

Este estudio presenta una importante característica: la gran parte de los indicadores utilizados fueron medidos a través de la observación directa en la estructura de las maternidades y a través del proceso de atención al parto. Por tal motivo se puede considerar que los resultados son confiables, al ser comparados con estudios brasileros con objetivos semejantes a los realizados hasta el momento, pues ellos utilizan regla, la recolección de datos a través de la consulta de historias clínicas o entrevistas con las mujeres y profesionales.

De acuerdo con el PHPN todas las unidades que integran el SUS, tiene como responsabilidad disponer de recursos humanos para adaptar la asistencia al parto<sup>(11)</sup> y, para la OMS, la enfermera-obstetra parece ser el profesional más adecuado y con mejor costo-efectividad para ser responsable por la asistencia a la gestante y parto normal<sup>(12)</sup>. A pesar de lo expuesto, en ningún hospital estudiado existe trabajo de la enfermera obstétrica en el Centro para atención al parto normal durante las 24 horas del día. Solo un hospital cuenta con esta especialista para realizar los partos, la cual los realiza durante los turnos diurnos y en ausencia del médico. Inclusive la enfermera general esta poco presente: en ningún hospital existía la presencia de la enfermera exclusivamente en obstetricia y solo en uno de estos se encontró enfermero trabajando en neonatología en todos los turnos. En la mayor parte de los casos, la poca cantidad de enfermeras contratadas se dividen para atender a todo el hospital, siendo común la presencia de una única enfermera por turno.

Con respecto al trabajo médico, la situación más frecuentemente observada es la obstetra de turno no presencial, lo cual no es raro en el Brasil, al respecto según un estudio publicado en 2002, considera que casi un tercio de los partos eran realizados en instituciones que no tenía obstetra, ni siquiera de turno no presencial, así mismo el 74% no contaba con la presencia del peditra<sup>(13)</sup>, situación inaceptable, considerando que la legislación considera que todas las unidades integrantes

del SUS deben garantizar la presencia de pediatra en la sala de parto<sup>(11)</sup>. Comparando la situación observada en la región de la DIR XI con los datos brasileiros, se observo un cuadro más favorable, pues en 59% de los partos el pediatra estaba presente.

Aún así, se debe considerar la necesidad de una actuación multiprofesional efectiva, al repensar en los turnos no presenciales, en especial en las maternidades de mayor magnitud, así como el desarrollo de actividades de educación permanente de forma que, un mayor número de partos sean asistidos por profesionales calificados, el cual es un derecho de las mujeres y compromiso del país, para mejorar sus indicadores de desarrollo humano.

Con respecto a la situación del área física en donde se realiza el pre-parto es inadecuado en aproximadamente 40% de las maternidades, por ser incompatibles con la presencia del acompañante. En general, se puede afirmar que las áreas físicas de las maternidades y del área de neonatología no fueron construidos para permitir la humanización del cuidado.

La mayoría de hospitales estudiados disputan de salas de parto equipados con aire compreso, oxígeno, foco, mesa de parto, equipo de urgencia y anestesia, sin embargo la presencia de instrumentos básicos como el estetoscopio/esfigmómetro y estetoscopio mono-auricular de Pinard o sonar-doppler fueron menos frecuentes. Esta forma de organización de las maternidades se relaciona con la medicación del parto, situación ya conocida en el Brasil desde la segunda mitad del siglo XX y que en los últimos años se busca revertir, considerando que en situaciones de bajo riesgo se debe intervenir muy poco, compatible con la seguridad del paciente<sup>(12)</sup>.

Para evaluación global del proceso de asistencia desde la admisión hasta el parto, entre las prácticas adecuadas para el parto normal, fueron satisfactorias los indicadores a seguir: solicitud del carnet pre-natal, realizar examen de tacto vaginal, llenado de la ficha del parto y contacto visual madre/bebe. Con relación al buen desempeño de estos indicadores, a pesar de ser positivos para la calidad de la atención<sup>(10-11)</sup>, no parecen ser producto de la implantación del PHPN, pues estas ya eran prácticas asistenciales establecidas. Los desempeños insatisfactorios en relación a la presencia del acompañante, control del dolor sin fármacos y el contacto piel a piel madre/bebe, indican que los servicios se han preocupado muy poco con la humanización del cuidado.

El no realizar la medición de la presión arterial en todos los partos, así como la auscultación de latidos cardiacos fetales indican la falla en la técnica, importante en el proceso de atención, contrario al objetivo de reducir la mortalidad materna neonatal. El aumento súbito de la presión arterial puede indicar la necesidad de acelerar el parto o la transferencia de la gestante para un nivel más complejo de asistencia, siendo considerado el auscultar los latidos cardiacos como esencial para la evaluación de la vitalidad del feto, lo que conlleva a una conducta de decisión<sup>(12)</sup>.

Varios procedimientos que establecen mejor pronóstico para los recién nacidos presentaron desempeño insatisfactorio, con destaque para la tasa de lactancia en la primera hora de vida, solo 23,1% fueron inferiores a los 40% obtenidos recientemente en la maternidad pública de Río de Janeiro<sup>(16)</sup>. Se debe recordar que favorecer la lactancia es también una de las metas del PNUD y prioridad de la política de salud brasilera.

Desde la década de 1950 los indicadores de desarrollo humano deben incluir, además de la dimensión monetaria, otras dimensiones relacionadas con la vida social y la calidad de vida de las personas. En este sentido, el Estado de São Paulo desde el año 2000 ha considerado como indicadores a las tasas de mortalidad perinatal e infantil, mencionando la importancia en la atención materno-infantil, ya que ambas tasas mantienen íntima relación con la calidad de la atención pre-natal y parto<sup>(17)</sup>.

Considerando los resultados desfavorables relacionados principalmente a los indicadores de calidad en el proceso de atención a la mujer durante el trabajo de parto, parto y atención al recién nacido y tomando como referencia el PHPN, se discute el hecho de que, si, mejorar la salud materna e infantil ha sido una prioridad de los responsables locales - gestores, profesionales, sociedad - a través de la implementación de políticas de salud y desarrollo humano.

## CONCLUSIONES

Prácticas favorables para la salud, útiles en el parto normal y recomendados por el PHPN, como son, la presencia del acompañante, control del dolor sin fármacos, contacto piel a piel madre/bebe y el inicio precoz de lactancia materna, entre las principales, aún son poco practicados en las maternidades estudiadas.

Otras son claramente perjudiciales o ineficaces como el ayuno, venoclisis, tricotomía y episiotomía, aún frecuentemente utilizadas.

Revertir este cuadro será esencial para ofrecer atención humanizada y de calidad para las

mujeres, con una consecuente reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal, metas del proyecto de desarrollo humano para el milenio, con el cual los servicios de salud brasileiros se encuentran comprometidos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Watkins K, Carvajal L, Coppard D, Fuentes R, Ghosh A, Giamberardini C, et al. Relatório do Desenvolvimento Humano 2006. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 2006.
2. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da criança brasileira 2006. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento: crianças de até 6 anos. Brasília: UNICEF; 2005.
3. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Página na Internet]. Taxa de mortalidade infantil por idade, segundo Direções Regionais de Saúde e municípios paulistas, 2005 [Acesso em 06 ago 2007]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/mortinf/>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados [Página na Internet]. Informações dos Municípios Paulistas. Mortalidade materna no Estado de São Paulo e região de governo de Botucatu no período de 2001 a 2005 [Acesso em 08 ago 2007]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php>
6. Presidência da República (BR). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Plano Nacional de Política para Mulheres. Brasília (DF): Presidência da República; 2004.
7. Parada CMGL. Avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na DIR XI - Botucatu. [livre-docência]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2006.
8. Donabedian A. The quality of care - how come it be assessed? *Journal of the American Med Assoc* 1988; 260(12):1743-8.
9. Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde. São Luis (MA): UNICEF; 2000.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília 2000 junho 8.
12. Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: OMS; 1996. Publicação OMS/SRF/MSM/96.24.
13. Leal MC, Viacava F. Maternidades do Brasil. *Radis - Comunic Saúde* 2002 ;(2):8-26.
14. Ministério da Saúde [Página na Internet]. Normas básicas para implantação do sistema Alojamento Conjunto. Portaria MS/GM. Nº 1016 de 26 de agosto de 1993. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [Acesso em 01 abr 2006]. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/arquivos/aloja1.htm>
15. Bezerra MGA, Cardoso MVLML. Fatores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006; 14(3):414-21.
16. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Testa 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.
17. Torres HG, Ferreira MP, Dini NP. Indicadores sociais - porque construir novos indicadores como o IPRS. *São Paulo Perspec* 2003; 17(3-4):80-90.