



ORIGINALES

Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna

Evaluación de la calidad de la asistencia al parto normal hospitalario mediante el índice de Bologna

Assessment of the quality of natural childbirth care in hospital setting through the Bologna index

Maria Clara Paiva Nóbrega¹
Magdielle Idaline da Silva¹
Geyslane Pereira Melo de Albuquerque²
José Flávio de Lima Castro³
Waglânia de Mendonça Faustino¹
Viviane Rolim de Holanda¹

¹ Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. maria_clara_paiva@hotmail.com

² Universidade de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Obstetrícia da Faculdade Santíssima Trindade, Recife, Pernambuco, Brasil

³ Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, Brasil.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.487441>

Submissão: 23/07/2021

Aprovação: 24/12/2021

RESUMO:

Objetivo: Avaliar a qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna.

Método: Estudo observacional, de corte transversal e delineamento quantitativo realizado em um serviço de referência na atenção obstétrica, na região Nordeste/Brasil. Utilizou-se formulário com base nos indicadores de qualidade do índice de Bologna e diretrizes de assistência ao parto normal e puerpério. Analisaram-se os dados por meio da estatística descritiva e inferencial. Para análise do Índice de Bologna atribuiu-se 1 ponto para cada variável cumprida e após avaliação de cada item, classificou-se a assistência a partir do seguinte somatório: "0" para menor qualidade, "1 a 4" qualidade intermediária e "5" a maior qualidade da assistência.

Resultados: Verificou-se média de 3,44 no índice de Bologna, correspondendo a assistência de qualidade intermediária. Dentre as cinco variáveis que compõem o índice de Bologna, os percentuais mais altos foram referentes ao uso do partograma (85,4%), presença de acompanhante no momento do parto (94,5%) e contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida (98,1%). No entanto, houve um percentual reduzido quanto ao uso de posições não supinas (9,1%) e ausência de estímulos no primeiro período clínico do parto (56,3%).

Conclusão: Houve avanço na qualidade do cuidado ao parto hospitalar, mas é preciso disponibilizar informações para o empoderamento das mulheres, maior adesão dos profissionais às boas práticas obstétricas e inserção do enfermeiro na assistência obstétrica de risco habitual.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Enfermagem; Indicadores de qualidade em saúde; Métodos de avaliação; Parto humanizado.

RESUMEN:

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención durante el parto hospitalario normal mediante el índice de Bologna.

Método: Estudio observacional, transversal y diseño cuantitativo realizado en un servicio de referencia en atención obstétrica en la región Nordeste / Brasil. Se utilizó un formulario basado en los indicadores de calidad del índice de Bologna y las guías de asistencia al parto normal y posparto. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva e inferencial. Para el análisis del Índice de Bologna, se atribuyó 1 punto a cada variable cumplida y luego de evaluar cada ítem, se clasificó la asistencia en base a la siguiente suma: "0" para calidad inferior, "1 a 4" calidad intermedia y "5" para la más alta. calidad de atención.

Resultados: Hubo una media de 3,44 en el índice de Bologna, correspondiente a una atención de calidad intermedia. Entre las cinco variables que componen el índice de Bologna, los mayores porcentajes se relacionaron con el uso del partograma (85,4%), la presencia de acompañante en el momento del parto (94,5%) y el contacto piel con piel entre madre y niño en la primera hora de vida (98,1%). Sin embargo, hubo un porcentaje reducido en cuanto al uso de posiciones no supinas (9,1%) y ausencia de estímulos en el primer período clínico del parto (56,3%).

Conclusión: Hubo avances en la calidad de la atención durante los partos hospitalarios, pero es necesario brindar información para el empoderamiento de la mujer, mayor adherencia de los profesionales a las buenas prácticas obstétricas e inserción de enfermeras en la atención obstétrica en riesgo habitual.

Palabras clave: Valoración de Salud: Enfermería; Indicadores de calidad de la salud; Métodos de evaluación; Nacimiento humanizado.

ABSTRACT:

Objective: To assess the quality of care during natural childbirth in hospital setting through the Bologna Index.

Method: This is an observational and cross-sectional study, with a quantitative design, performed in a reference service in obstetric care, located in the Northeast region/Brazil. A form based on the quality indicators of the Bologna Index and guidelines for natural childbirth and puerperal care was used. Data were analyzed through descriptive and inferential statistics. When analyzing the Bologna Index, 1 point was assigned to each variable met; and, after assessing each item, care was classified based on the following sum: "0" for lower quality, "1 to 4" for intermediate quality and "5" for higher quality of care.

Results: It was found an average of 3.44 in the Bologna Index, corresponding to intermediate quality care. Among the five variables that make up the Bologna Index, the highest percentages were related to the use of partograph (85.4%), presence of a caregiver at the time of childbirth (94.5%) and skin-to-skin contact between mother and child in the first hour of life (98.1%). Nevertheless, there was a reduced percentage regarding the use of non-supine positions (9.1%) and absence of stimuli in the first clinical period of childbirth (56.3%).

Conclusion: there has been progress in the quality of childbirth care in hospital setting, but it is necessary to provide information for the empowerment of women, greater adherence of professionals to good obstetric practices and insertion of nurses in the usual-risk obstetric care.

Keywords: Health assessment. Nursing. Health quality indicators. Assessment methods. Humanized birth.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as práticas de humanização no parto normal visam melhorar o acesso à assistência por meio da utilização de protocolos e monitoramento de indicadores de qualidade⁽¹⁾. Além disso, a assistência ao parto, em âmbito hospitalar, apresenta novas habilidades e práticas com o objetivo de reduzir os riscos, de modo a reordenar o modelo obstétrico de medicalização existente⁽²⁾.

A humanização do parto apresentou para o campo da obstetrícia a discussão sobre o empoderamento e a autonomia da mulher, tornando-a protagonista com vistas à redução da medicalização do corpo feminino durante o trabalho de parto e parto. Inserem-se, nessa perspectiva, as boas práticas de assistência obstétrica e neonatal como uma garantia dos benefícios oferecidos, ressaltando a participação feminina, sendo a mesma conhecedora de suas possibilidades durante todo o processo de parto⁽³⁾.

Do ponto de vista fisiológico, espera-se que a gravidez e o parto corram sem complicações para a mãe e o seu concepto. No entanto, podem ocorrer algumas intercorrências decorrentes de patologias maternas pré-existentes, modificações e adaptações do organismo gravídico não adequadas, que podem ameaçar o binômio. Além disso, o momento de parir possui um significado marcante na vida da mulher e da sua família, pois consiste em um acontecimento natural, que necessita de respeito em virtude das alterações ocorridas, tanto no corpo como no psicológico feminino⁽⁴⁾.

No Brasil, a prevalência das boas práticas obstétricas ainda é baixa, o que contribui para o aumento dos riscos maternos e perinatais⁽⁵⁾. Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) lançou o programa Rede Cegonha para consolidar o modelo de assistência humanizada no processo do parto e nascimento, bem como estimular a melhoria da qualidade da atenção durante o ciclo gravídico-puerperal. Esse programa engloba uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a ação humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro^(6,3).

Para algumas mulheres, em especial as gestantes de alto risco, os centros hospitalares que contém maternidades são considerados locais seguros para parir por apresentar tecnologias e uma assistência multiprofissional⁽⁷⁾. De fato, o avanço no campo da obstetrícia contribuiu para melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e perinatais, em contrapartida expôs as mulheres e seus conceptos a altas taxas de intervenções, como episiotomia, cesarianas sem indicações, ocitócitos de rotina, entre outras, que, na maioria das vezes, geram experiências negativas ou desfechos maternos e/ou neonatais desfavoráveis, por isso é imprescindível avaliar o processo de assistência obstétrica para garantia de uma assistência segura e humanizada⁽³⁾.

De tal modo, avaliar a qualidade da assistência é fundamental para qualquer programa de atenção à saúde, pois favorece o aperfeiçoamento do processo, identificando possíveis acertos e erros. Embora não existam indicadores padronizados para avaliar a qualidade da assistência materna e neonatal, alguns são sugeridos por órgãos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), que auxiliam no processo de melhoria da qualidade do parto e nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽⁸⁾.

Nesse contexto, o índice de Bologna consiste em um instrumento de avaliação da qualidade da assistência ao parto, abordando-o como um evento fisiológico. Este índice tem por finalidade indicar a qualidade na condução do parto normal em instituições obstétricas, destacando a presença do acompanhante, uso de partograma, ausência de estimulação do trabalho de parto, como o uso de ocitocina, fórceps, manobra de Kristeller, entre outras variáveis^(9,8).

O estudo sobre a avaliação das boas práticas no processo de assistência ao parto normal hospitalar está apoiado na necessidade de identificar as inadequações e discutir sobre um cuidado de qualidade e seguro. Com isso, vale ressaltar a importância da utilização dos indicadores de qualidade, em especial o índice de Bologna, na avaliação da assistência oferecida durante todo o processo parturitivo, como um diagnóstico da assistência prestada e incentivo a reflexão sobre a prática obstétrica atual visando aperfeiçoamento e adoção das boas práticas de cuidado obstétrico e neonatal. Destaca-se que o índice de Bologna é um instrumento utilizado tanto nacional como internacionalmente, como sugestão da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁸⁾.

Com base no exposto, o presente estudo objetivou avaliar a qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, de corte transversal e delineamento quantitativo realizado em um serviço de referência na atenção obstétrica, na capital paraibana, região Nordeste/Brasil.

A amostra foi por conveniência e composta por todas as pacientes elegíveis durante o período de coleta de dados que ocorreu entre novembro de 2019 e março de 2020, totalizando uma amostra de 55 puérperas.

Para tanto, foram incluídas mulheres de qualquer faixa etária, de gestação de risco habitual, cujo parto vaginal, espontâneo ou induzido, ocorreu na maternidade, entre 37 e 42 semanas de gestação, com feto único e que, no pós-parto, encontravam-se, com até 48 horas, no alojamento conjunto.

Excluíram-se da amostra puérperas que apresentaram natimortos ou óbito neonatal; mulheres que possuíam alguma limitação cognitiva e mental, previamente diagnosticada, que dificultasse a compreensão e expressão verbal, impossibilitando sua participação; e puérperas adolescentes sem responsáveis legais no momento da entrevista.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas realizadas face a face com as puérperas durante a internação no alojamento conjunto da maternidade e informações complementares no prontuário da puérpera e do recém-nascido.

Para tal, construiu-se um formulário contendo perguntas sobre as características sociodemográficas da mulher, seus antecedentes obstétricos e dados relativos ao trabalho de parto, parto e pós-parto. O formulário ancorou-se em indicadores contidos no guia 'Assistência ao parto normal: um guia prático'; Diretrizes do programa Rede Cegonha (RC); Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal; 'Recomendações para uma experiência positiva de parto'; e no Índice de Bologna^(10,6,11,12).

Posteriormente, o formulário de coleta de dados foi avaliado por três especialistas na área de saúde da mulher para adequação dos itens. Em seguida, realizou-se um teste piloto com cinco puérperas para verificar a aceitabilidade, clareza e entendimento da linguagem do instrumento. Verificou-se necessidade de novos ajustes e desprezou-se

da amostra estatística. Um segundo teste piloto comprovou a qualidade e aceitabilidade do formulário de coleta.

As variáveis do Índice de Bologna utilizados foram a presença de acompanhante no parto; uso do partograma; ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, fórceps, manobra de Kristeller); parto na posição não supina e contato pele a pele entre mãe e filho, pelo menos 30 minutos, na primeira hora⁽⁸⁾.

Os dados foram tabulados no Excel e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0. Utilizou-se estatística descritiva (medidas de tendência central, frequência absoluta e relativa) e inferencial (Teste Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher). O Teste Exato de Fisher foi utilizado nos casos em que o número de caselas com frequência inferior a 5 foi maior que 20%.

Realizou-se também o Teste Qui-quadrado de Proporção para avaliar a distribuição das variáveis, a fim de identificar as divergências entre as frequências observadas e esperadas naquela população. Para todas as análises, utilizou-se nível de significância o valor de 5% (p-valor<0,05).

Para análise do Índice de Bologna, atribuiu-se um ponto para cada variável, caso tenha sido cumprida. Após avaliação da assistência, o valor do somatório “0” é considerado como menor qualidade, de “1 a 4” qualidade intermediária e “5” maior qualidade da assistência.

Este estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o parecer nº 3.958.607/2020 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº94050318.6.0000.5208.

RESULTADOS

No que concerne às características sociodemográficas, verificou-se média de idade de 25 anos (DP $\pm 6,56$), a maioria das mulheres residia com companheiro/a (36; 65,5%), autodeclarou-se pardas (37; 37,3%), tinha atividade remunerada (28; 50,9%), possuía renda mensal de 1 a 3 salários mínimos (46; 83,6%) e tinha concluído o ensino médio (26; 47%), conforme apresenta a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição sociodemográfica das puérperas (n=55). Joao Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)	IC	p-valor**
Faixa etária (anos)			
≤18	8(14,5)		
19 – 25	22(40,0)		
26-30	12(21,8)	26,26 – 26,81	0,001
31-35	11(20,0)		
>36	2(3,6)		
Escolaridade (anos de estudo)			
≤ 9	24(43,6)		

10 a 12	26(47,3)	1,48 – 1,83	<0,001
> 12 anos	5(9,1)		
Coabitação com companheiro /a			
Sim	36(65,5)	1,22 – 1,48	0,02
Não	19(34,5)		
Raça autodeclarada			
Branca	12(21,8)		
Negra	3(5,5)		
Parda	37(67,3)	2,34 – 2,86	<0,001
Amarela	1(1,8)		
Indígena	2(3,6)		
Ocupação			
com ocupação	28(50,9)	1,35 - 1,63	0,89
sem ocupação	27(49,1)		
Renda (Salário Mínimo*)			
menor que 1	8(14,5)		
1 a 3	46(83,6)	1,77 - 1,98	<0,001
maior que 3	1(1,8)		

Nota: *Salário mínimo na época da coleta dos dados: R\$1.045,00 - **Teste Qui-quadrado de Proporção.

Quanto aos dados obstétricos, observou-se média da idade gestacional de 39 semanas ($DP \pm 1,56$) e 1,93 cm de dilatação ($DP \pm 0,89$) no momento da admissão na maternidade. A maioria das mulheres foram internadas para o parto normal com menos de 6 cm de dilatação cervical (63,6%). Dentre as participantes do estudo, apenas 3 elaboraram e entregaram o plano de parto (5,5%). Observou-se incentivo à amamentação em sala de parto (42; 76,4%). Os partos de baixo risco obstétricos foram assistidos por médicos (33; 60%) e por enfermeiras (22; 40%). O perfil obstétrico das puérperas e dados dos recém-nascidos encontram-se descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Perfil obstétrico das puérperas e dados dos recém-nascidos (n=55). Joao Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variáveis	n (%)	IC	p-valor*
Idade gestacional (semanas)			
37-38	16(29,1)	2,54 - 2,98	<0,001
39-40	31(56,4)		
≥ 41	8(14,5)		
Elaborou plano de parto			
Sim	3(5,5)	1,88 - 2,01	<0,001
Não	52(94,5)		
Pré-natal do/a companheiro/a			
Sim	22(40,0)	1,47 - 1,73	0,183
Não	33(60,0)		

Dilatação na admissão da maternidade			
< 4 cm	24(43,6)		
entre 4 a 5 cm	11(20,0)	1,68 - 2,17	0,09
≥ 6 cm	20(36,4)		
Profissional na assistência ao parto			
Médico	33(60,0)	1,75 - 2,29	<0,001
Enfermeira obstetra	22(40,0)		
Peso do recém-nascido			
< 2500	2(3,6)	1,91 - 2,01	<0,001
≥ 2500	53(96,4)		
Amamentação na sala de parto			
Sim	42(76,4)	1,12 - 1,35	0,89
Não	13(23,6)		

*Teste Qui-quadrado de Proporção

Dentre as entrevistadas, 26 eram primíparas e 47 tiveram partos espontâneos. A média de idas para a maternidade em busca da admissão foi de 2,71 (DP \pm 0,10) e a média de toques vaginais realizados entre o momento de admissão e o nascimento foi de 2,60 (DP \pm 0,09), realizado em sua maioria pelo profissional médico (46; 83,6%). Na maioria dos nascimentos, os recém-nascidos obtiveram apgar maior que 7 no primeiro minuto de vida (49; 89%).

Quanto à avaliação da assistência obstétrica pelo índice de Bologna, observou-se média geral de 3,44, classificando o serviço com qualidade intermediária. Dentre as cinco variáveis que compõem o índice de Bologna, os percentuais mais altos foram referentes ao uso do partograma (85,4%), presença de acompanhante no momento do parto (94,5%) e contato pele a pele entre mãe e filho, pelo menos 30 minutos, na primeira hora de vida (98,1%). Em relação a práticas não recomendadas de assistência obstétrica, verificou-se uso de ocitocina (27,2%) durante a primeira fase do trabalho de parto e realização da manobra de kristeller (9%) no momento de nascimento (Tabela 3).

Tabela 3 – Variáveis do índice de Bologna no serviço de atenção ao parto e nascimento (n=55). João Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variáveis	SIM n (%)	NÃO n (%)
Parto na posição não supina	5 (9,1)	50(90,9)
Ausência de estímulos no trabalho de parto	31 (56,3)	24(43,7)
Uso do partograma	47 (85,4)	8(14,6)
Presença de acompanhante no parto	52 (94,5)	3(5,5)
Contato pele a pele entre mãe e filho	54 (98,1)	1(1,9)

Dentre os tipos de posições para o parto normal, a mais frequente foi a posição litotômica (50; 90,9%). No entanto, verificou-se uma influência da posição horizontal sobre a qualidade intermediária obtida a partir do índice de Bologna, conforme apresenta a Tabela 4.

Tabela 4 – Associação entre o índice de Bologna e as variáveis sociodemográficas e obstétricas das puérperas (n=55). Joao Pessoa, PB, Brasil, 2021.

Variáveis	Índice de Bologna		p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)	
Escolaridade (anos de estudo)			
≤ 9	23 (95,8)	1 (4,2)	0,527*
10 a 12	26 (100,0)	0 (0,0)	
> 12 anos	5 (100,0)	0 (0,0)	
Renda (salário mínimo)			
<1	8 (100,0)	0 (0,0)	1,000*
1 a 3	45 (97,8)	1 (2,2)	
>3	1 (100,0)	0 (0,0)	
Idade (anos)			
≤18	8 (100,0)	0 (0,0)	1,000*
19 – 25	21 (95,5)	1 (4,5)	
26-30	12 (100,0)	0 (0,0)	
31-35	11 (100,0)	0 (0,0)	
≥36	2 (100,0)	0 (0,0)	
Escolha do tipo de parto de parto pela mulher			
Sim	36 (97,3)	1 (2,7)	0,673*
Não	18 (100,0)	0 (0,0)	
Elaborou plano de parto durante o pré-natal			
Sim	3 (100,0)	0 (0,0)	0,945*
Não	51 (98,1)	1 (1,9)	
Participação do companheiro nas consultas de pré-natal			
Sim	22 (100,0)	0 (0,0)	0,600*
Não	32 (97,0)	1 (3,0)	
Posição que a mulher pariu			
Horizontal	50 (100,0)	0 (0,0)	0,091
Vertical	4 (80,0)	1 (20,0)	

*Teste Exato de Fisher; **Teste Qui-quadrado de Pearson.

DISCUSSÃO

A avaliação da assistência oferecida ao parto e pós-parto hospitalar com base nos indicadores de qualidade é fundamental para a melhoria da atenção obstétrica e maior satisfação com a experiência do parto normal. De acordo com essa proposta, a avaliação da qualidade assistencial torna-se contínua e não baseada apenas nas consequências de algum erro do processo^(1,13).

Vale salientar que o índice de Bologna engloba variáveis que agregam os aspectos associados aos procedimentos do cuidado ao parto, sendo um indicador quantitativo, acessível e de fácil aplicação e que tem por objetivo avaliar a qualidade da assistência ao parto normal⁽⁸⁾.

No Brasil, a assistência obstétrica de qualidade intermediária, obtida pelo índice de Bologna, também foi encontrada nos estados do Rio Grande do Norte e

Pernambuco^(9,8). E observou-se um perfil sociodemográfico semelhante a outras pesquisas brasileiras realizadas com puérperas em maternidades públicas^(14,15).

Por outro lado, uma pesquisa realizada em Porto Alegre apontou que a qualidade da assistência hospitalar ao parto não é satisfatória quando comparada a outros países do mundo que obtiveram coeficientes menores de mortalidade neonatal e maior adesão a boas práticas obstétricas. Essa afirmação pode está associada à manutenção das práticas inadequadas e prejudiciais realizadas em ambiente obstétrico hospitalar no Brasil⁽¹⁴⁾.

Percebe-se que este fato impacta, diretamente, na assistência oferecida e reforça a passividade feminina em detrimento da hegemonia do protagonismo dos profissionais de saúde ao longo do processo fisiológico, visto que são poucas as mulheres que elaboram planos de parto e possivelmente, dialogam com a equipe sobre a realização de intervenções durante o momento parturitivo⁽⁸⁾.

Salienta-se a necessidade de orientação e maior estímulo às boas práticas obstétricas de modo a abordar o respeito à fisiologia do parto. Além do incentivo das posições verticais a partir do encorajamento da mulher frente às possibilidades e a livre escolha da posição, a não utilização da manobra de kristeller, maior conscientização sobre a importância e os benefícios do uso do partograma, o respeito à presença de acompanhante no parto e o estímulo à hora dourada para fortalecer o vínculo e os benefícios para a saúde materna e neonatal^(8,13,15).

O uso de posições não supinas está associado ao controle e redução da dor e faz com que as contrações uterinas sejam mais eficientes. Ressalta-se que essa prática pertence à categoria A de classificação da OMS⁽⁸⁾. No entanto, registrou-se uma frequência considerável de mulheres que pariram na posição horizontal e com isso houve a contribuição para a redução de pontos no índice de Bologna.

Em Porto Alegre, verificou-se que as posições verticais no período expulsivo foram predominantes nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas como estratégia que auxilia na redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto, risco de cesariana, necessidade de analgesia epidural, entre outras vantagens. Sendo assim, ressalta-se que as mulheres devem ser informadas acerca dos benefícios relacionados à posição vertical e incentivadas a assumir aquela que melhor se adapte às suas necessidades, a fim de favorecer o curso natural do parto⁽¹⁶⁾.

Nos resultados, observou-se um percentual relevante quanto ao não uso de estimulantes do parto. Entretanto, ainda constatou-se o uso de ocitocina durante o primeiro período clínico bem como a realização da manobra de kirsteller, procedimentos que são contrários à fisiologia do parto normal.

No Brasil, a utilização da ocitocina sintética está associada ao crescimento da hospitalização do parto normal, à figura do médico obstetra como principal responsável pelo processo de parturição, a alta medicalização do corpo feminino e a outras intervenções obstétricas, como a episiotomia, uso da posição horizontal e a manobra de Kristeller, procedimento proibido atualmente⁽¹⁷⁾. Um estudo transversal realizado na Suécia demonstrou um percentual de 46% no uso de ocitocina sintética na primeira fase do parto, relacionando-o com experiências negativas vivenciadas por mulheres durante o parto⁽¹⁸⁾.

A ocitocina sintética é utilizada em diversas maternidades brasileiras, de forma rotineira, com a finalidade de aumentar e acelerar as contrações, o que interfere diretamente no parto natural⁽¹⁹⁾. Já a manobra de Kristeller, além de ser reconhecidamente danosa à saúde materna e neonatal é, também, ineficaz durante o parto, que deve prosseguir com o mínimo de intervenções possíveis, conforme recomendam as evidências científicas⁽²⁰⁾.

Soma-se a isso a recomendação da OMS de evitar a admissão precoce com dilatação cervical menor do que quatro centímetros por propiciar a realização de intervenções desnecessárias, associado ao prolongamento do período de internação da parturiente em ambiente hospitalar⁽¹²⁾.

Quanto ao uso de partograma, reconhece-se que esta ferramenta colabora para o acompanhamento preciso do trabalho de parto, desvios do bem-estar materno e fetal e da evolução do parto⁽²¹⁾. Esses registros auxiliam a equipe na realização das intervenções indispensáveis às necessidades clínicas da mãe e do feto, a fim de reduzir o risco de mortalidade materno-fetal⁽²²⁾. Um estudo descritivo exploratório de delineamento transversal realizado no Acre mostrou o uso do partograma em 53,5% dos prontuários analisados⁽²³⁾.

Nessa perspectiva, é fundamental a sensibilização da equipe para o preenchimento adequado e contínuo do partograma, bem como a sua total compreensão. Para isso, é essencial que cada profissional, responsável pela assistência obstétrica, reconheça a importância desse instrumento, de modo a priorizar o seu uso, mesmo diante de um cenário desfavorável, pois os registros inadequados ou o não uso desse instrumento podem favorecer o aumento do número de cesarianas⁽²⁴⁾.

Na presente pesquisa, percebeu-se um expressivo respeito à presença de acompanhante no parto, que está associada diretamente à garantia da lei e a uma assistência respeitosa, acolhedora e qualificada. Sendo assim, a experiência sensível do parto remete a um tipo de comunhão familiar desejada, pois a companhia de alguém que partilha a emoção de dar à luz é um vínculo com o contexto familiar e íntimo vivido antes do hospital, o que ajuda a situar o parto como história de vida⁽²⁵⁾.

A presença de um acompanhante, conforme a preferência da mulher, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato foi regulamentada no Brasil a partir da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005⁽²⁶⁾. Tal medida foi reafirmada por meio da Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui o programa Rede Cegonha, com o objetivo de garantir a segurança e o acolhimento no parto e nascimento às mulheres e seus recém-nascidos, mediante a presença de acompanhante⁽⁶⁾.

Na variação do índice de Bologna, avalia-se, também, o contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e filho na primeira hora após o parto, e esse tem como propósito melhorar o período de adaptação do recém-nascido e da mãe na transição do espaço intra para o extrauterino e proporcionar um maior vínculo entre o binômio. Em um estudo retrospectivo e documental, de abordagem quantitativa realizado em uma maternidade do estado de Alagoas, observou-se um percentual de 79,17% no cumprimento da variável contato pele a pele imediato, o que demonstra uma adesão a essa prática de humanização no parto normal⁽²¹⁾. Em acréscimo, um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido no estado de Pernambuco expressou que os

enfermeiros demonstraram um conhecimento científico adequado sobre esta prática bem como sobre outras ações de humanização realizadas na sala de parto⁽²⁷⁾.

Durante o cuidado ao parto normal de risco habitual, a atuação da enfermeira obstétrica pode assegurar à mulher o sentimento de apoio, sensação de tranquilidade e confiança no cenário de parto. Essa relação de confiança mútua entre a enfermeira e a parturiente favorece o seu bem-estar e cria vínculo a partir da interação e da capacidade de escuta, para tornar essas relações mais horizontais e terapêuticas⁽¹⁵⁾.

Um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa realizado em Salvador revelou que as mulheres entrevistadas relataram satisfação com a assistência de enfermagem, associando-a com a atenção no atendimento recebido, no tratamento conforme as necessidades individuais e subjetivas, no ficar ao lado e no recebimento de palavras de incentivo durante o processo de parto normal⁽²⁸⁾.

Importa inferir que o modelo de atenção proposto pelo programa Rede Cegonha sugere a garantia das boas práticas e segurança na assistência ao parto e nascimento, incluindo a participação da enfermagem obstétrica na atenção ao parto de risco habitual, fomentando o seu protagonismo no cuidado e na autonomia de agir em equipe⁽²⁹⁾. Entretanto, nas maternidades brasileiras, ainda há uma forte influência do profissional médico como responsável pelo processo parturitivo de risco habitual⁽³⁰⁾.

Por fim, observa-se que o plano de cuidado humanizado quando presente no processo gravídico-puerperal favorece a troca de informações entre profissionais de saúde e mulheres, como um meio de garantir o conhecimento quanto aos direitos legais bem como empoderamento sobre a fisiologia do parto normal. Além disso, esse conhecimento favorece a autonomia da mulher no parto, tornando-a protagonista durante a gestação, parto e puerpério⁽⁷⁾.

CONCLUSÃO

A assistência ao parto normal hospitalar foi classificada como de qualidade intermediária, pelo índice de Bologna, com expressão relevante acerca do contato pele a pele entre mãe e filho, presença de acompanhante no parto e o uso de partograma. Diante dos resultados observados, no presente estudo, percebe-se que houve avanço na qualidade do cuidado ao parto hospitalar, mas faz-se necessário ampliar as informações para as mulheres, o que corrobora para a autonomia e escolhas seguras a partir do incentivo ao plano de parto, além da maior adesão dos profissionais às boas práticas obstétricas e inserção do enfermeiro na assistência obstétrica de risco habitual.

Os dados desta pesquisa têm potencial de contribuir para o aperfeiçoamento da assistência ao parto e nascimento e para discussão de variáveis que estimulam a qualidade da atenção obstétrica, a fim de despertar a continuidade na adesão às boas práticas nos serviços públicos de saúde.

No tocante às limitações do estudo, destaca-se o fato de as entrevistas terem se realizado dentro das 48 horas pós-parto, durante a internação da puérpera. Essa condição pode gerar viés de cortesia para a coleta de dados e assim, influenciar as

respostas sobre as práticas de atenção ao parto. Além disso, outra limitação refere-se ao fato do índice de Bologna não contemplar variáveis qualitativas que podem ser fundamentais para se obter uma percepção ampliada da qualidade do cuidar obstétrico.

REFERÊNCIAS

1. Genovesi FF, Canario MASS, Godoy CB, Maciel SM, Cardelli AAM, Ferrari RAP. Maternal and child health care: adequacy index in public health services. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 25]; 73(Suppl 4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0757>
2. Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 25]; 27(2):485-502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702020000200010>
3. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Progress in childbirth care in Brazil: preliminary results of two evaluation studies. Cad Saúde Pública [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mar 26];35(7):e00223018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>
4. Carvalho SS, Silva CS. Revisão integrativa: promoção das boas práticas na atenção ao parto normal. Rev Aten Saúde [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 27];18(63):110-9. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.13037/ras.vol18n63.6290>
5. Vieira BC, Backes MTS, Costa LD, Fernandes VMB, Dias HHZR, Backes DS. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. Rev Bras Enferm [Internet]. 2019 [acesso 2021 Mar 27];72:191-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0422>
6. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011 [acesso 2021 Mar 29]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
7. Leal MS, Moreira RCR, Barros KCC, Servo MLS, Bispo TCF. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. Rev Bras Enferm [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 9];74(Suppl 4):e20190743. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0743>
8. Moura NAS, Holanda VR, Albuquerque GPM, Castro JFL, Silva HRL, Rocha EPG. Analysis of practices in childbirth and postpartum hospital care. Rev Rene [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mar 30];21:e43671. Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143671>
9. Carvalho IS, Brito RS. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2016 [acesso 2021 Mar 30];50(5):741-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>
10. Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático [Internet]. Saúde materna e neonatal. Unidade de maternidade segura. Saúde reprodutiva e da família. Genebra: OMS, 1996 [cited 2021 Abr 2]. Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/42116270/maternidade-segura-aben>
11. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [acesso 2021 Abr 2]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

12. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018 [acesso 2021 Abr 9]. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
13. Vilela MEA, Leal MC, Thomaz EBAF, Gomes MASM, Bittencourt SDA, Gama SGN, et al. Assessment of delivery and childbirth care in the maternity units of RedeCegonha: the methodological paths. CiêncSaúde Colet [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 16];26(3):789-800. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.10642020>
14. Lopes GDC, Gonçalves AC, Gouveia HG, Armellini CJ. Attention to childbirth and delivery in a university hospital: comparison of practices developed after Network Stork. Rev Lat Am Enfermagem[Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 16];27:e3139. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2643-3139>
15. Gama SGN, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRT, Silva SD. Delivery care by obstetric nurses in maternity hospitals linked to the RedeCegonha, Brazil - 2017. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 17];26(3):919-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.28482020>
16. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Care practices in normal-risk births assisted by obstetric nurses. Acta Paul Enferm [Internet]. 2020 [acesso 2021 Abr 17];33:eAPE20180284. Disponível em: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0284>
17. Nucci M, Nakano AR, Teixeira LA. Synthetic oxytocin and hastening labor: reflections on the synthesis and early use of oxytocin in Brazilian obstetrics. Hist Cienc Saude Manguinhos [Internet]. 2018 [acesso 2021 Abr 17];25(4):979-98. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500006>
18. Johansson C, Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience—a cross-sectional study. Midwifery [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 22];79:102540. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>
19. Pereira LR, Rodrigues GMM, Ferreira ES, Barros INM, Carneiro MS, Siqueira LS. Normal childbirth and interventions in a public maternity. Rev BaianaEnferm [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 22];33:e-32631. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v33.32631>
20. Nascimento KIM, Lima VS, Novaes CDP, Ponte AR, Aragão CRB, Trindade GBM, et al. Manobra de Kristeller: uma violência obstétrica. Braz J Health Rev [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 29];4(2):7362-80. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-278>
21. Silva LF, Sanches METL, Santos AAP, Oliveira JCS, Acioli DMN, Santos JAM. Adesão às boas práticas obstétricas: construção da assistência qualificada em maternidades-escolas. Rev. baiana enferm [Internet]. 2021 [acesso 2021 Abr 29];35:e37891. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.37891>
22. Lucena TS, Morais RJL, Santos AAP. Analysis of partogram completion as good obstetric practice in the monitoring of labor. Rev Pesqui (Univ Fed Estado Rio J, Online). [Internet]. 2019 [acesso 2021 Abr 29];11(1):222-7. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.222-227>
23. Lima SBG, Schirmer J, Dotto LMG, Santos CL. Obstetric practices adopted by a public maternity in Rio Branco-AC. Cogitare Enferm [Internet]. 2018 [acesso 2021 Abr 29]; (23)4:e53258. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i4.53258>
24. Medeiros AB, Freire ILS, Santos FR, Silva BCO, Batista GFM, Menezes MM. Partograma: instrumento de segurança no cuidado multidisciplinar. Rev Cuid (Bucaramanga. 2010). [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mai 8];11(3):e1046. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1046>
25. Tomasi YT, Saraiva SS, Boing AC, Delziovo CR, Wagner KJP, Boing AF. From prenatal care to childbirth: a cross-sectional study on the influence of a companion on

good obstetric practices in the Brazilian National Health System in Santa Catarina State, 2019. *Epidemiol Serv Saúde* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 8];30(1):e2020383. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742021000100014>

26. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*, 2005 [acesso 2021 Abr 8]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm.

27. Souza HLR, Fernandes FECV, Pereira RCLF, Melo RA. Compreensão da enfermagem sobre o contato pele a pele entre mãe/bebê na sala de parto. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 2020 [acesso 2021 Mai 8];10(e93):1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.5902/2179769242729>

28. Bomfim ANA, Couto TM, Lima KTRS, Almeida LTS, Santos GO, Santana AT. Women's perceptions about nursing care during normal delivery. *Rev Baiana Enferm* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 8];35:e39087. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v35.39087>

29. Santos Filho SB, Souza KV. RedeCegonha network and the methodological challenges of implementing networks in the SUS. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2021 [acesso 2021 Mai 9];26(3):775-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.21462020>

30. Gomes CBA, Dias RS, Silva WGB, Pacheco MAB, Sousa FGM, Loyola CMD. Prenatal nursing consultation: Narratives of pregnant women and nurses. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2019 [acesso 2021 mai 9];28:e20170544. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0544>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia