



Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal*

Using the Bologna score to assess normal delivery healthcare

Utilización del índice de Bologna para evaluación de la asistencia al parto normal

Isaiane da Silva Carvalho¹, Rosineide Santana de Brito¹

Como citar este artigo:

Carvalho IS, Brito RS. Using the Bologna Score to assess normal delivery healthcare. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(5):741-748. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600005>

*Extraído da dissertação “Avaliação da qualidade da assistência à mulher e ao filho durante o parto normal”, Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, RN, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Describing the obstetric care provided in public maternity hospitals during normal labour using the Bologna Score in the city of Natal, Northeastern Brazil. **Method:** A quantitative cross-sectional study conducted with 314 puerperal women. Data collection was carried out consecutively during the months of March to July 2014. **Results:** Prenatal care was provided to 95.9% of the mothers, beginning around the 1st trimester of pregnancy (72.3%) and having seven or more consultations (51%). Spontaneous vaginal delivery was planned for 88.2% women. All laboring women were assisted by a health professional, mostly by a physician (80.6%), and none of them obtained 5 points on the Bologna Score due to the small percentage of births in non-supine position (0.3%) and absence of a partogram (2.2%). A higher number of episiotomies were observed among primiparous women (75.5%). **Conclusion:** The score obtained using the Bologna Index was low. Thus, it is necessary to improve and readjust the existing obstetrical model.

DESCRIPTORS

Natural Childbirth; Obstetric Nursing; Prenatal Care; Health Evaluation.

Autor correspondente:

Isaiane da Silva Carvalho
Campus Universitário, Departamento de
Enfermagem, Lagoa Nova,
CEP 59078-900 – Natal, RN, Brasil
isaianekarvalho@hotmail.com

Recebido: 25/02/2016
Aprovado: 29/09/2016

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a avaliação tem se constituído como importante ferramenta para o planejamento e a gestão dos sistemas e serviços. Isso advém de sua capacidade de funcionar como um verdadeiro mecanismo de retroalimentação, cujo objetivo principal é a produção de informações e conhecimentos, os quais aprimoram teorias e subsidiam as atividades desenvolvidas⁽¹⁾. Mediante a seleção de práticas a serem implementadas e a construção de métodos capazes de mensurá-las, o processo de avaliação promove alterações no campo assistencial. Nesse sentido, possibilita aprimoramento profissional e consequentemente traz melhorias ao espaço de trabalho onde se processou⁽²⁾. Assim, a sua realização é essencial para subsidiar a tomada de decisão e a alocação de recursos de forma racional e em consonância com as reais necessidades dos envolvidos⁽³⁾.

No âmbito do processo avaliativo em saúde é comum a instituição de indicadores de qualidade, uma vez que possibilitam a descrição de um determinado fenômeno, sua avaliação em um período de tempo específico, bem como a qualidade de ações desenvolvidas⁽⁴⁾. Os indicadores de processo, por exemplo, permitem monitorar os resultados obtidos por meio da assistência prestada, figurando-se como um mecanismo relevante de gestão, capaz de fundamentar ações estratégicas com base nas características da população⁽⁵⁾.

A qualidade do atendimento durante o período gravídico-puerperal é, por vezes, avaliada a partir da mortalidade e morbidade materna e infantil, sendo as avaliações do processo de cuidado realizadas em menor escala. Entretanto, tais avaliações são importantes, uma vez que possibilitam verificar se as práticas realizadas no âmbito institucional estão em concordância com as evidências científicas disponíveis, assim como o seu impacto na qualidade da assistência prestada⁽⁶⁾. No Brasil, em 2000, com a instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), iniciativa ímpar no contexto da saúde pública, deu-se início à utilização de indicadores de processo e resultado para avaliar a efetividade da assistência pré-natal oferecida⁽⁷⁾.

No que se refere ao processo parturitivo, alguns indicadores de processo podem ser utilizados: a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva (Indicador A), e a porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde (Indicador B), associados ao Índice de Bologna (Indicador C), os quais podem traduzir a efetividade dos cuidados prestados⁽⁸⁾. Esse índice baseia-se em recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para assistência ao parto normal⁽⁹⁾ e tem sido utilizado por vários estudos no cenário nacional e internacional^(6,10-12).

Sobre o nascimento no Brasil, convém ressaltar que o modelo obstétrico atual não tem permitido que esse evento ocorra de forma natural, independentemente da classe econômica das parturientes. No serviço público, o parto vaginal em geral é marcado pela dor e excesso de intervenções; por sua vez, no serviço privado impera a cultura da cesariana de rotina sob a justificativa de diminuir o sofrimento das mulheres⁽¹³⁾. Tal realidade provoca questionamentos sobre a qualidade da assistência.

Desse modo, a avaliação da qualidade e os resultados obtidos por meio de monitoramentos contínuos podem ser capazes de contribuir para a produção de melhorias nos indicadores institucionais e consequentemente no modelo obstétrico atual. Todavia, convém lembrar que esta não é uma tarefa fácil, principalmente quando uma cultura de avaliação não está integrada à rotina do serviço de saúde, porém os benefícios associados a essas atividades justificam a busca pela superação dos desafios ora presentes. O objetivo deste estudo foi descrever a assistência obstétrica prestada em maternidades públicas municipais durante o parto normal na cidade de Natal, Nordeste do Brasil, com uso do Índice de Bologna.

MÉTODO

Estudo transversal, quantitativo, desenvolvido com base no protocolo *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*⁽¹⁴⁾ durante os meses de março a julho de 2014 em duas maternidades públicas municipais situadas na cidade de Natal.

A cidade de Natal está inserida no litoral do estado do Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil, e corresponde à capital do estado, com área territorial correspondente a 168,53 km²⁽¹⁵⁾. Contava, em 2010, com uma população de 803.739 habitantes e densidade demográfica de 4.805,24 hab/km², sendo a população estimada para 2014 de 862.044 habitantes⁽¹⁶⁾. A cidade encontra-se dividida em quatro zonas, a saber: Norte, Sul, Leste e Oeste.

A intenção inicial foi desenvolver a pesquisa nas três maternidades públicas municipais, sendo duas maternidades localizadas na Zona Oeste da cidade (Maternidades A e B), e uma na Zona Norte (Maternidade C). Entretanto, essa última foi fechada no ano de 2013 para fins de reformas estruturais e não restabeleceu as suas atividades até a data em que a coleta de dados ocorreu. Assim, consideraram-se como locais de estudo as duas maternidades da Zona Oeste. A escolha dos locais de estudo justificou-se pelo fato de essas instituições representarem a assistência obstétrica pública oferecida à mulher em casos de partos com risco habitual.

A Maternidade A é responsável pela prestação de assistência a parturientes com risco habitual da Zona Oeste do Município de Natal. Além disso, atende à demanda de outras regiões e municípios, com média mensal de 500 atendimentos. Seu efetivo é composto por aproximadamente 150 servidores, dentre os quais estão médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, farmacêuticos e assistentes sociais. Possui dois leitos de pré-parto, uma sala de parto normal e 20 leitos para alojamento conjunto. A Maternidade B oferece atendimento de partos de risco habitual, assim como realiza também cirurgias cesarianas. Os recursos humanos dessa instituição compreendem cerca de 160 servidores, dentre os quais estão médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, assistentes sociais e fonoaudiólogos. Conta com quatro enfermarias para alojamento conjunto (28 leitos), três enfermarias destinadas ao pré-parto (nove leitos), duas salas de parto e um centro cirúrgico⁽¹⁷⁾. Em ambas as instituições a presença do acompanhante é permitida desde que seja do sexo feminino. No momento do parto, caso haja interesse, o companheiro pode presenciar o nascimento.

As participantes do estudo foram puérperas que tiveram filho nascido vivo, pela via transpélvica, com início de trabalho de parto espontâneo ou induzido, e que apresentaram condições físicas e emocionais para responder aos questionamentos propostos. Foram excluídas do estudo puérperas adolescentes sem responsáveis legais no momento da entrevista e quando o parto ocorreu no domicílio. Com base no quantitativo de partos normais ocorridos em cada maternidade no ano de 2012 calculou-se o tamanho da amostra, sendo os valores alocados proporcionalmente para cada maternidade, o que resultou em um total de 314 puérperas (Maternidade A: 112; Maternidade B: 202). Considerou-se um $\alpha=5\%$ e margem de erro de 0,05.

O índice de Bologna foi o instrumento utilizado para avaliar a assistência ao parto e compreende três indicadores. O Indicador A verifica a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva. O Indicador B verifica a porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde. O Indicador C apresenta cinco questões: presença de um acompanhante 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 entre mãe e filho, pelo menos 30 minutos na primeira hora. A cada variável é atribuída a nota "1", se presente, e "0", se ausente, e o valor do índice é obtido por meio do somatório dos resultados. O valor "0" indica a menor qualidade e "5", a maior qualidade⁽⁸⁾.

Além disso, foram adicionadas questões específicas sobre características sociais, demográficas e relativas ao parto das puérperas, o que incluiu as seguintes variáveis: faixa etária; escolaridade; estado civil; profissão; renda familiar; paridade; realização de pré-natal; início do pré-natal; consultas de pré-natal; prematuridade; baixo peso; Apgar no 1º minuto; Apgar no 5º minuto; e realização de episiotomia.

A coleta de dados processou-se de forma consecutiva, com intervalos de 24 horas, a contar do início do primeiro dia de coleta, por meio de entrevista estruturada com as puérperas no alojamento conjunto. Esse espaço de tempo justificou-se pelo fato de a permanência da puérpera na instituição durar, normalmente, 48 horas. Dessa forma, minimizaram-se as chances de em uma visita subsequente serem encontradas as puérperas do dia anterior. Os dados foram obtidos pela pesquisadora responsável e duas acadêmicas de enfermagem treinadas previamente.

A coleta de dados foi iniciada pela maternidade A. Como não havia realização de cirurgia cesariana na instituição, todas as puérperas que atenderam aos critérios estabelecidos para o estudo foram selecionadas. Após o término procedeu-se à coleta de informações adicionais nos prontuários. No caso da maternidade B, visto a instituição realizar cirurgia cesariana, além das etapas procedidas na maternidade A, obteve-se informações sobre o fato de o parto cesáreo ter ocorrido de forma eletiva ou em caráter de urgência, de acordo com o indicador B.

Os dados obtidos foram analisados com auxílio do programa IBM SPSS Statistics® version 20.0. Os testes Qui-Quadrado de Pearson e Exato de Fisher, este último para os casos em que a frequência esperada foi menor que 5, compararam as diferenças observadas entre as puérperas quanto à paridade. Além disso, calculou-se a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva (Indicador A) e a porcentagem de mulheres atendidas por um profissional de saúde (Indicador B). Por meio dos resultados obtidos através do índice de Bologna (Indicador C), a qualidade foi avaliada da seguinte maneira: quanto mais próximo de 5, melhor a qualidade, e quanto mais próximo de 0, pior a qualidade. Utilizou-se do teste U de Mann-Whitney para comparar as médias obtidas nos dois grupos de puérperas. Considerou-se em todos os testes estatísticos nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o Parecer nº 562.313, de 28 de fevereiro de 2014 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética: 25958513.0.0000.5537.

RESULTADOS

Durante o período em que a coleta de dados ocorreu foram abordadas 500 puérperas. Destas, 348 tiveram parto normal e, mediante os critérios estabelecidos, foram excluídas 34 (9,77%), o que resultou em uma amostra igual a 314 puérperas (Figura 1). A Tabela 1 apresenta as suas características e alguns aspectos dos recém-nascidos. Das mulheres entrevistadas, 51,9% eram múltíparas, com idade entre 14 e 44 anos, média de 24,8 ($\pm 6,1$) e predomínio da faixa etária entre 20 e 29 anos (53,8%). A escolaridade média em anos foi de 8,6 ($\pm 2,8$), com variação entre ausência total e 16 anos, sobressaindo-se a categoria igual ou superior a 9 anos (56,4%). Quanto ao estado civil, a maioria das puérperas relatou ser solteira (78,7%) e a profissão mais descrita foi a do lar (56,1%). A renda esteve entre 1 e 2 salários mínimos (79,6%).

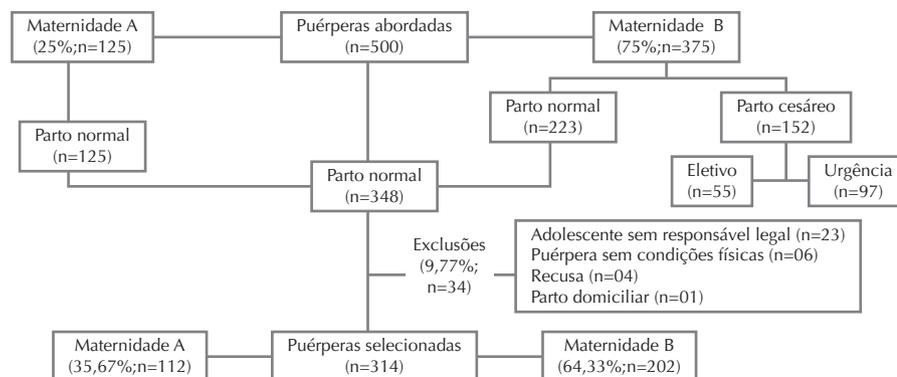


Figura 1 – Processo de seleção das puérperas – Natal, RN, Brasil, 2014.

Tabela 1 – Características das puérperas e dos recém-nascidos – Natal, RN, Brasil, 2014.

| Variáveis | Geral (n = 314) | | Primíparas (n = 151) | | Múltiparas (n = 163) | | Valor-p |
|---|--------------------|-------|-------------------------|-------|-------------------------|------|---------|
| | n | % | n | % | N | % | |
| Faixa etária (anos) | | | | | | | |
| < 20 | 70 | 22,3 | 60 | 85,7 | 10 | 14,3 | < 0,001 |
| 20-29 | 169 | 53,8 | 78 | 46,2 | 91 | 53,8 | |
| ≥ 30 | 75 | 23,9 | 13 | 17,3 | 62 | 82,7 | |
| Escolaridade (anos) | | | | | | | |
| < 9 | 137 | 43,6 | 37 | 27,0 | 100 | 73,0 | < 0,001 |
| ≥ 9 | 177 | 56,4 | 114 | 64,4 | 63 | 35,6 | |
| Estado civil | | | | | | | |
| Solteira | 247 | 78,7 | 120 | 48,6 | 127 | 51,4 | 0,784 |
| Outro | 67 | 21,3 | 31 | 46,3 | 36 | 53,7 | |
| Profissão | | | | | | | |
| Do lar | 176 | 56,1 | 80 | 45,5 | 96 | 54,5 | 0,291 |
| Outra | 138 | 43,9 | 71 | 51,4 | 67 | 48,6 | |
| Renda (salários)*x | | | | | | | |
| < 1 | 40 | 12,9 | 8 | 20,0 | 32 | 80,0 | < 0,001 |
| 1 a 2 | 246 | 79,6 | 124 | 50,4 | 122 | 49,6 | |
| 3 e + | 23 | 7,4 | 15 | 65,2 | 8 | 34,8 | |
| Realização de pré-natal | | | | | | | |
| Sim | 301 | 95,9 | 148 | 49,2 | 153 | 50,8 | 0,089* |
| Não | 13 | 4,1 | 3 | 23,1 | 10 | 76,9 | |
| Início do pré-natal (meses)^{ts} | | | | | | | |
| ≤ 3 | 217 | 72,3 | 115 | 53,0 | 102 | 47,0 | 0,040 |
| > 3 | 83 | 27,7 | 33 | 39,8 | 50 | 60,2 | |
| Consultas de pré-natal^{tu} | | | | | | | |
| 1-3 | 28 | 9,3 | 14 | 50,0 | 14 | 50,0 | 0,018 |
| 4-6 | 119 | 39,7 | 47 | 39,5 | 72 | 60,5 | |
| ≥ 7 | 153 | 51,0 | 87 | 56,9 | 66 | 43,1 | |
| Prematuridade^e | | | | | | | |
| < 37 | 2 | 0,7 | 2 | 100,0 | 0 | 0,0 | 0,230* |
| ≥ 37 | 301 | 99,3 | 147 | 47,7 | 161 | 52,3 | |
| Baixo peso^e | | | | | | | |
| <2.500 | 5 | 1,6 | 3 | 60,0 | 2 | 40,0 | 0,672* |
| ≥2.500 | 304 | 98,4 | 144 | 47,4 | 160 | 52,6 | |
| Apgar 1º minuto | | | | | | | |
| ≤ 7 | 33 | 10,5 | 22 | 66,7 | 11 | 33,3 | 0,024 |
| > 7 | 281 | 89,5 | 129 | 45,9 | 152 | 54,1 | |
| Apgar 5º minuto | | | | | | | |
| ≤ 7 | 4 | 1,27 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 1,000 |
| > 7 | 310 | 98,73 | 149 | 48,1 | 161 | 51,9 | |
| Episiotomia | | | | | | | |
| Sim | 159 | 50,6 | 120 | 75,5 | 39 | 24,5 | < 0,001 |
| Não | 155 | 49,4 | 31 | 20,0 | 124 | 80,0 | |

Legenda: *Teste Exato de Fisher; †Excluído: não soube informar (1,59%; n=5); *Salário mínimo = R\$ 724,00; ‡Valores para puérperas que realizaram pré-natal (95,86%; n=301); §Excluído: não soube informar (0,33%; n=1); ¶Excluído: não identificado (0,33%; n=1); ¶Excluído: não identificado (1,27%; n=4); ¶Excluído: não identificado (1,59%; n=5).

A assistência pré-natal foi prestada a 95,9% das puérperas, com média de 6,57 ($\pm 2,44$) consultas, mínimo de um e máximo de 15 e mais da metade realizou sete ou mais consultas (51%). O início do pré-natal ocorreu no geral em torno do 1º trimestre de gestação (72,3%). Sobre informações relativas aos recém-nascidos, observou-se que a prematuridade (0,7%) e o baixo peso (1,6%) apresentaram pequenos percentuais. O Apgar no 1º minuto > 7 ocorreu em 89,5% dos casos, com variação de 1 a 9, média de 8,30 ($\pm 1,1$) e no 5º minuto em 98,7%, média de 8,9 ($\pm 0,5$) e variação de 3 a 10. As diferenças entre as puérperas foram estatisticamente significativas para as variáveis faixa etária ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$), renda ($p = 0,001$), início do pré-natal ($p = 0,040$), consultas de pré-natal ($p = 0,018$), Apgar no 1º minuto ($p = 0,016$) e realização de episiotomia ($p < 0,001$).

O indicador A, porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva, permite evidenciar que a indução do trabalho de parto deu-se para oito (1,7%) mulheres e 53 (11,8%) partos cesáreos ocorreram de forma eletiva, representando um total de 13,1%. O parto vaginal espontâneo foi planejado para 88,2% das parturientes, entretanto ocorreu para 67,1%.

Todas as parturientes foram assistidas por um profissional de saúde (Indicador B), sendo descritas em especial as figuras do médico (80,6%) e enfermeiro (65,9%). Ressalta-se que 101 (32,2%) puérperas não souberam informar ao certo por quem a assistência foi prestada, em virtude da ausência de identificação da pessoa que lhe assistiu.

Em termos do indicador C, índice de Bologna, este variou de 0 a 4 pontos; 4 (0,6%), 3 (27,1%), 2 (52,6%), 1 (17,8%), 0 (1,9%). A média geral correspondeu a 2,1 ($\pm 0,7$). Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias das puérperas quanto à paridade ($p < 0,507$). Dentre as cinco variáveis que integram o índice de Bologna, os percentuais mais baixos foram referentes ao parto na posição não supina (0,3%) e uso do partograma (2,2%) (Tabela 2). O principal tipo de estimulação no trabalho de parto foi o uso de ocitocina (52,9%).

Tabela 2 – Itens do Índice de Bologna – Natal, RN, Brasil, 2014.

| Item | n | % |
|-----------------------------|-----|------|
| Presença de um acompanhante | 269 | 85,7 |
| Uso do partograma | 7 | 2,2 |
| Ausência de estimulação | 124 | 39,5 |
| Parto na posição não supina | 1 | 0,3 |
| Contato pele a pele | 248 | 79,0 |

Nota: (n=314).

DISCUSSÃO

O objetivo do estudo foi descrever como a assistência obstétrica é prestada à mulher e ao seu filho durante o parto normal em duas maternidades públicas municipais de Natal, tendo como referência práticas recomendadas pela OMS. Os principais resultados encontrados evidenciaram que a maioria realizou pré-natal, baixos percentuais de prematuridade e baixo peso dos recém-nascidos foram encontrados,

assim como de Apgar menor que 7. Houve maior número de episiotomias em primíparas, o principal prestador de assistência foi o médico e nenhuma puérpera avaliada obteve pontuação 5 no Índice de Bologna.

No âmbito da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza a realização de no mínimo seis consultas, com início preferencialmente no primeiro trimestre da gestação⁽¹⁸⁾. Isso posto, apesar de a existência de puérperas com relato de não realização do pré-natal, o fato de a maioria ter recebido esse tipo de assistência representa importante avanço em termos de cobertura. Entretanto, uma cobertura praticamente universal não é sinônimo de assistência adequada, o que pode ser comprovado ao verificar-se que pouco mais da metade das puérperas realizou sete consultas ou mais e cerca de 72% iniciaram precocemente o pré-natal, com piores resultados entre as múltíparas.

Desse modo, para além dos padrões mínimos preconizados em cada componente, é preciso levar em consideração a qualidade da assistência que é fornecida. Quando realizada de forma precoce e considerando-se as intervenções necessárias a esse período, a possibilidade de desfechos seguros é maior. Assim, cabe aos profissionais da rede básica de saúde primar pelas boas práticas na assistência pré-natal e assegurar um atendimento com maior nível de qualidade possível⁽¹⁹⁾.

Em termos de características dos recém-nascidos, os percentuais de prematuridade e o baixo peso foram menores em relação a outros estudos desenvolvidos no Brasil, os quais apresentaram valores superiores, em geral, a 7% para os dois aspectos analisados⁽²⁰⁻²²⁾. Contudo, esses estudos incluíram também partos cesáreos, o que pode ter contribuído para percentuais mais elevados. A importância desses percentuais refere-se ao fato de a prematuridade e baixo peso ao nascer corresponderem a fatores associados à mortalidade neonatal⁽²³⁾. Ademais, o baixo percentual de recém-nascidos com Apgar inferior a 7, especialmente no quinto minuto, reflete boa adaptação à vida extrauterina nos primeiros minutos de vida. Desse modo, os resultados obtidos podem ser implicação da assistência fornecida durante o pré-natal.

Em termos de episiotomia, principalmente entre primíparas, as quais apresentaram maiores percentuais, a exemplo do que ocorreu em estudo desenvolvido com mulheres indianas, onde nulíparas apresentaram 8,8 vezes mais chance de sofrer esse tipo de intervenção quando comparadas às múltíparas⁽²⁴⁾, é preciso considerar que as evidências demonstram benefícios associados à instituição de uma política restritiva desse procedimento quando comparado à sua indicação em caráter de rotina. Dentre eles estão menor trauma perineal grave, sutura e complicações no processo de cicatrização⁽²⁵⁾. Assim, essa intervenção precisa ser revista quanto à sua frequência em virtude de todas as consequências que pode acarretar na vida da mulher, seja de caráter físico e/ou psicológico.

Sobre a porcentagem de mulheres com trabalho de parto induzido ou submetidas à cesariana eletiva, percentuais superiores foram encontrados em estudos que utilizaram a mesma metodologia de avaliação no Camboja (18,6%), Suécia (16,5%) e em Goiânia, Brasil (31,7%)^(6,10-11).

Entretanto, percebe-se que apesar de o parto vaginal espontâneo ter sido planejado para 88,2% parturientes, ele ocorreu de fato em 67,1% dos casos. Esses resultados levantam questionamentos sobre o gerenciamento do trabalho de parto e a questão das cesarianas. A OMS destacou que não existe justificativa para percentuais superiores a 15% de cesarianas⁽²⁶⁾. Contudo, observam-se valores acima do preconizado em diversas partes do mundo. Estudo sobre as desigualdades no uso da cesariana em 137 países mostrou que 69 apresentavam taxas superiores a 15%, dentre eles o Brasil com 45,9% de cesarianas⁽²⁷⁾. A saúde suplementar no Brasil exibe resultados ainda mais alarmantes, pois quase 90% dos partos ocorrem por esta via⁽²⁸⁾. Ademais, deve-se lembrar que a cesariana é um procedimento cirúrgico, com riscos para a mãe e filho, e desse modo não deve ser considerada uma alternativa ao parto normal sem indicações claras para isso⁽²⁹⁾. Desse modo, reconhece-se a necessidade de investigações específicas quanto aos fatores contribuintes para a realização de cesarianas de urgência no Brasil.

A assistência por um profissional de saúde prestada em todos os partos também foi encontrada no estudo desenvolvido no Camboja e em Goiânia. A Suécia apresentou percentual de 99,9%. Diferenças foram observadas em termos do principal prestador de assistência quando se considera a realidade brasileira e os outros locais investigados com esses indicadores: no Camboja (63%) e na Suécia (72,4%) destacou-se a figura da *midwife*; por sua vez, em Goiânia (95,8%), assim como no presente estudo, predominou a figura do médico^(6,10-11). Esses percentuais evidenciam a existência de um modelo assistencial ao parto predominantemente medicalizado nas realidades investigadas e que traz sérias implicações para o campo obstétrico, decorrente, em especial, do excesso de intervencionismo praticado.

Uma revisão sistemática sobre modelos de assistência ao parto com *midwives* identificou que nesses casos havia menor propensão para analgesia regional, episiotomia e parto instrumental. Do mesmo modo, as parturientes eram mais propensas à não utilização de analgesia intraparto/anestesia, ao parto vaginal espontâneo e à assistência por uma *midwife* conhecida⁽³⁰⁾. Ressalta-se que mulheres de alto risco devem ter a assistência médica e hospitalar assegurada como forma de identificar e tratar precocemente possíveis complicações⁽³¹⁾.

A média obtida no índice de Bologna (2,07; $\pm 0,74$) foi superior à encontrada em outro estudo brasileiro (1,04; IC95%:0,9-1,1) e inferior à da Suécia (3,81; $\pm 0,8$), o que reflete claramente as diferenças nos modelos assistenciais adotados por países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Além do mais, assim como nas maternidades avaliadas, no Camboja o principal item que levou à perda de pontos no índice de Bologna foi a ausência de parto em posição não supina. Igualmente, o mesmo ocorreu na Suécia e em um estudo desenvolvido em uma capital do Sul do Brasil^(6,10-12).

O parto em posição supina é uma prática comum e aceita no Brasil. Um estudo que avaliou as diferentes regiões do país identificou que esta posição foi adotada para 91,7% dos partos de risco habitual⁽³²⁾. Sobre o assunto, uma revisão sistemática sugeriu a presença de benefícios associados à

posição vertical, embora exista aumento do risco de perda sanguínea⁽³³⁾. Entretanto, os hospitais que na admissão e no trabalho de parto orientam as parturientes a manter o repouso no leito acabam por privar tais mulheres dos eventuais benefícios associados a outras posições durante o processo parturitivo⁽³⁴⁾. Assim, faz-se necessário que as mulheres sejam orientadas sobre riscos e benefícios de outras posições e tenham a possibilidade de escolher a posição que mais lhe for conveniente.

Além disso, neste estudo, o partograma também contribuiu para a perda de pontos no Índice de Bologna. Esta ferramenta só foi encontrada em alguns prontuários por ocasião da presença de estudantes de medicina na maternidade, os quais foram orientados por seu professor a utilizá-la para monitorar a evolução do trabalho de parto. Ao contrário, um estudo desenvolvido em maternidades escolas situadas na região Nordeste do Brasil identificou uma frequência de 42% para o uso do partograma⁽³⁵⁾ e de 98,5% em maternidades localizadas em uma capital do Sul do país⁽¹²⁾. As atuais evidências disponíveis não permitem uma recomendação em caráter de rotina do partograma, devendo o seu uso ser decidido localmente, até o surgimento de evidências mais fortes⁽³⁶⁾. Entretanto, tendo em vista a sua aceitação e influência para redução de taxas de cirurgias cesarianas, no contexto brasileiro entende-se que ela deve ser incentivada nas instituições avaliadas. Para que isso ocorra de forma efetiva, deve-se considerar que uma política de uso rotineiro do partograma não é suficiente caso a equipe não esteja devidamente treinada, com condições adequadas de trabalho, e sob supervisão contínua⁽³⁷⁾.

Em termos do uso frequente de ocitocina, uma revisão sistemática demonstrou que o seu uso de forma precoce acarretou hiperestimulação uterina com mudanças na frequência cardíaca fetal e reduziu a média de duração do trabalho de parto. Por outro lado, não houve diferenças em termos de taxas de cesarianas, parto vaginal instrumental quando se comparou o seu uso com nenhum tratamento ou tratamento tardio para o progresso lento na primeira etapa do trabalho de parto⁽³⁸⁾. Assim, o uso dessa intervenção deve ser avaliado criteriosamente em relação ao seu objetivo.

Do exposto, apesar de o cenário brasileiro dispor de uma série de iniciativas voltadas para a saúde materna e infantil (PHPN, Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Lei do Acompanhante, Plano de Qualificação de Maternidades e Redes Perinatais da Amazônia Legal e Nordeste, e mais recentemente a instituição da Rede Cegonha), um longo caminho ainda precisa ser percorrido para assegurar que as conquistas obtidas no campo teórico tornem-se a realidade dos serviços de saúde, produzindo assim melhorias significativas na qualidade da assistência.

O estudo apresentou algumas limitações. Em primeiro lugar, não é possível generalizar os resultados para toda a cidade de Natal, pois a pesquisa concentrou-se nas maternidades públicas municipais. Em segundo lugar, a assistência foi descrita considerando-se apenas o componente das práticas, quando outros fatores também estão associados à qualidade, como a questão da estrutura física institucional e os recursos humanos

disponíveis, o que deve ser objeto de estudo de novas investigações. Um ponto forte foi considerar o relato das puérperas ainda nas maternidades, uma vez que os dados foram obtidos por meio de entrevistas, associadas à coleta de informações nos prontuários, o que confere maior credibilidade.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados demonstraram que houve maior número de episiotomias em primíparas e a pontuação

obtida por meio do Índice de Bologna foi baixa. Desse modo, faz-se necessário melhorar e readequar o modelo obstétrico vigente. É preciso considerar que práticas obstétricas devem ser instituídas, especialmente em termos da possibilidade de adoção de posições não supinas para o parto e do uso do partograma, e outras devem ser revistas, a exemplo da episiotomia. Assim, espera-se que as mudanças assistenciais no campo obstétrico sejam norteadas pelas melhores evidências científicas disponíveis.

RESUMO

Objetivo: Descrever a assistência obstétrica prestada em maternidades públicas municipais durante o parto normal na cidade de Natal, Nordeste do Brasil, com uso do Índice de Bologna. **Método:** Estudo transversal com abordagem quantitativa, desenvolvido com 314 puérperas. A coleta de dados processou-se de forma consecutiva durante os meses de março a julho de 2014. **Resultados:** A assistência pré-natal foi prestada a 95,9% das puérperas, com início em torno do 1º trimestre de gestação (72,3%) e realização de sete ou mais consultas (51%). O parto vaginal espontâneo foi planejado para 88,2% mulheres. Todas as parturientes foram assistidas por um profissional de saúde, especialmente pelo médico (80,6%) e nenhuma obteve 5 pontos no Índice de Bologna em virtude dos baixos percentuais de partos em posição não supina (0,3%) e ausência do partograma (2,2%). Houve maior número de episiotomias em primíparas (75,5%) **Conclusão:** A pontuação obtida por meio do Índice de Bologna foi baixa. Desse modo, é preciso melhorar e readequar o modelo obstétrico vigente.

DESCRITORES

Parto Normal; Enfermagem Obstétrica; Cuidado Pré-Natal; Avaliação em Saúde.

RESUMEN

Objetivo: Describir la asistencia obstétrica prestada en maternidades públicas municipales durante el parto normal en la ciudad de Natal, Nordeste de Brasil, con empleo del Índice de Bologna. **Método:** Estudio transversal, con abordaje cuantitativo, desarrollado con 314 puérperas. La recolección de datos se dio de manera consecutiva durante los meses de marzo a julio de 2014. **Resultados:** La asistencia pre natal fue prestada al 95,9% de las puérperas, con inicio en torno al 1º trimestre de gestación (72,3%) y realización de siete o más consultas (51%). El parto vaginal espontáneo fue planificado para el 88,2% de las mujeres. Todas las parturientes fueron asistidas por un profesional sanitario, especialmente por el médico (80,6%) y ninguna obtuvo 5 puntos en el Índice de Bologna en virtud de los bajos porcentuales de partos en posición no supina (0,3%) y ausencia del partograma (2,2%). Hubo mayor número de episiotomias en primíparas (75,5%) **Conclusión:** El puntaje obtenido por medio del Índice de Bologna fue bajo. De ese modo, es necesario mejorar y readecuar el modelo obstétrico vigente.

DESCRIPTORES

Parto Normal; Enfermería Obstétrica; Atención Prenatal; Evaluación en Salud.

REFERÊNCIAS

- Sancho LG, Dain S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):765-74.
- Fonseca EF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. Health evaluation and its consequences for the community health workers. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(3):519-27.
- Hartz Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a avaliação na gestão da vigilância em saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(5):1217-24.
- Vieira APM, Kurcgant P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):11-5.
- Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(6):1053-64.
- Sandin-Bojö AK, Hashimoto M, Kanal K, Sugiura Y. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. *Midwifery*. 2012;28(6):e880-5.
- Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS; 2002.
- Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna Score. *Birth*. 2001;28(2):79-83.
- World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
- Sandin-Bojö RNM, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. *Birth*. 2008;35(4):321-8.
- Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):297-304.

12. Oliveira FAM, Leal GCG, Wolff LDG, Gonçalves LS. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev Gaúcha Enferm.* 2015;36(n.esp):177-84.
13. Leal MC, Gama SGN. Nascer no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2014;30(Sup.):S5-S7.
14. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg.* 2014;12(12):1500-24.
15. Natal. Secretaria Municipal de Meio Ambiente. Anuário Natal 2013 [Internet]. Natal: SMMA; 2013 [citado 2014 dez. 10]. Disponível em: http://www.natal.rn.gov.br/bvn/publicacoes/Anuario_2013.pdf
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades@. Rio Grande do Norte – Natal [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2014 [citado 2014 dez. 10]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=240810&search=rio-grande-do-norte|natal>
17. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. Brasília; 2014 [citado 2014 dez. 10]. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>
18. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2012.
19. Figueiredo FSF, Borges PK, Paris GF, Alvarez GRS, Zarpellon LD, Pelloso SM. Gestational attention during early prenatal care: an epidemiological study. *Online Braz J Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2014 Dec 10];12(4):794-804. Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4259>
20. Noronha GA, Torres TG, Kale PL. Análise da sobrevida infantil segundo características maternas, da gestação, do parto e do recém-nascido na coorte de nascimento de 2005 no Município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil. *Epidemiol Serv Saúde.* 2012;21(3):419-30.
21. Rozario S, Brito AS, Kale PL, Fonseca SC. Série temporal de características maternas e de nascidos vivos em Niterói, RJ. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2013;13(2):137-46.
22. Carvalho IS, Costa Júnior PB, Macedo JBPO, Brito RS. Epidemiologic characterization of parturitions and births: an ecological study based on an information system. *J Nurs UFPE On Line* [Internet]. 2014 [cited 2014 Dec 10];8(3):616-23. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5596/pdf_4708
23. Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Birth in Brazil survey: neonatal mortality, pregnancy and childbirth quality of care. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl 1:S192-207.
24. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon BS. Pattern of episiotomy use & its immediate complications among vaginal deliveries in 18 tertiary care hospitals in India. *Indian J Med Res.* 2016;143(4):474-80.
25. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1):CD000081.
26. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet.* 1985;326(8452):436-7.
27. Gibbons L, Belizan JM, Lauer JA, Betran AP, Meriáldi M, Althabe F. Inequities in the use of cesarean section deliveries in the world. *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(4):331.e1-19.
28. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl 1:S101-16.
29. Mylonas I, Friese K. Indications for and risks of cesarean section. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(2930):489-95.
30. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD004667.
31. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho parto baseada em evidências. *Femina.* 2010;38(10):527-37.
32. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Supl 1:S1-31.
33. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):CD002006.
34. Valiani M, Rezaie M, Shahshahan Z. Comparative study on the influence of three delivery positions on pain intensity during the second stage of labor. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2016;21(4):372-8.
35. Barros LA, Veríssimo RCSS. Uso do partograma em Maternidades Escola de Alagoas. *Rev RENE.* 2011;12(3):555-60.
36. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(15):CD005461.
37. Chaturvedi S, Upadhyay S, De Costa A, Joanna Raven. Implementation of the partograph in India's JSY cash transfer programme for facility births: a mixed methods study in Madhya Pradesh province. *BMJ Open.* 2015;5(4):e006211.
38. Bugg CJ, Siddiqui F, Thornton JG. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(6):CD007123.