

Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública

Evaluation of normal delivery service at a public motherhood

Evaluación de la asistencia al parto normal en una maternidad pública

José Francisco Ribeiro¹ Sandra da Silva Nascimento¹, Indira Araújo Brito², Vera Lúcia Evangelista de Sousa Luz³, Danieli Maria Matias Coêlho⁴, Kleiton Richard da Silva Araújo⁵

Resumo

Objetivos: Investigar a qualidade da assistência ao parto normal em uma maternidade pública, conforme as normas da Organização Mundial de Saúde no município de Teresina/Piauí.

Métodos: Estudo transversal, conduzido mediante pesquisa em prontuário e entrevistas com 91 puérperas. Três categorias (A, B e C) classificaram a assistência em existente, não existente, ou de existência intermediária. **Resultados:** A maioria das puérperas e recém-nascidos foram assistidas por (médicos e enfermeiros) obstetras e neonatologia. No momento

da admissão (39,6%) tinham dilatação cervical de 4 a 6 cm acompanhado de parto com duração de 1 a 5 horas (44%), recém-nascido com apgar nos primeiros sete minutos (75,8%). Quanto à frequência das avaliações realizadas no trabalho de parto obteve: toque vaginal uma avaliação/hora (38,5%), ausculta dos batimentos cardíacos fetais uma avaliação/hora (35,2%), verificação da pressão arterial materna uma avaliação / horas (30,8%) e dinâmica uterina (60,4%) não verificada. Da frequência das práticas utilizadas na assistência ao parto normal, conforme protocolo para a assistência ao parto da Organização Mundial de Saúde as três categorias foram existentes **Conclusão:** o estudo mostra que a maternidade se encontra em uma situação privilegiada quanto as práticas que devem ser incentivadas.

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Trabalho de parto; Parto normal; Atenção à saúde.

Abstract

Objectives: It's to investigate the quality of care in normal childbirth in a

¹ Discente do curso de bacharelado em enfermagem do Centro de Ensino Unificado de Teresina LTDA (CEUT). E-mail: mandrasn@hotmail.com

² Discente do curso de bacharelado em enfermagem do CEUT. E-mail: indiraabrito@hotmail.com

³ Docente especialista do curso de bacharelado em enfermagem do CEUT. E-mail: vera.lucialuz@hotmail.com

⁴ Docente mestra em ciências e saúde pela UFPI, professora do Curso de bacharelado em enfermagem. E-mail: danielibrisa@hotmail.com

⁵ Enfermeiro - Graduado pela Universidade Estadual do Piauí- UESPI. Especializando em Enfermagem Obstétrica e UTI Neonatal- FVJ. Professor do Programa Terceira Idade em Ação da UFPI. E-mail: kleitonrich@gmail.com

public hospitals, according to the norms of the World Health Organization (WHO) in the city of Teresina / Piauí.

Methods: Cross-sectional study, conducted by research on medical records and interviews with 91 postpartum women. Three categories (A, B and C) classified the assistance for existing, not existing, or intermediate existence. **Results:** The majority of the mothers and newborn - were born by assisted (doctors and nurses) obstetricians and neonatologists. At admission (39.6%) had 4-6 cm of cervical dilation accompanied by labor lasting 1-5 hours (44%), newborns with APGAR score in the first seven minutes (75.8%). Regarding the frequency of evaluations during labor obtained: vaginal examination one assessment / hour (38.5%), auscultation one valuation of fetal heartbeats/minute (35.2%), maternal blood pressure check one evaluation / h (30.8%) and uterine activity (60.4%) were not verified. The frequency of practices used in normal birth care, according to the protocol for delivery assistance of the World Health Organization (WHO), the three categories were existing **Conclusion:** The study shows that motherhood is in a privileged position regarding that the practices must be encouraged

Keywords: Evaluation of health services; Labor; Normal delivery/birth; Health care.

Resumen

Objetivos: Investigar la calidad de asistencia al parto normal en una maternidad pública, conforme alas normas de la Organización Mundial de Saluden la ciudad de Teresina/Piauí. **Métodos:** Estudio transversal, conducido mediante pesquisa en registro médico y entrevistas con 91 mujeres en posparto. Tres categorías (A, B y C) calificaron la asistencia en existente, no existente, o de existencia intermediaria. **Resultados:** La mayoría de las mujeres en posparto y recién nacidos fueron asistidos por (médicos y enfermeros) obstetras y neonatólogos. Enel momento de la admisión (39,6%) tenían dilatación cervical de 4 a 6 cm acompañado de parto con duración de 1 a 5 horas (44%), recién nacido conapgren los primeros siete minutos (75,8%).Cuanto a la frecuencia de las evaluaciones llevadas a cabo en trabajo de parto obtenido: contacto vaginal una evaluación/hora (38,5%), auscultación de los latidos del corazón una evaluación/hora (35,2%), verificación de la presión arterial materna una evaluación / horas (30,8%) y dinámica

uterina (60,4%) no verificada. La frecuencia de las prácticas utilizadas en la asistencia al parto normal, como protocolo de asistencia al parto dela Organización Mundial de Salud las tres categorías fueron existentes

Conclusión: el estudio muestra que la maternidad se encuentra en una situación privilegiada cuanto a prácticas que deben ser alentadas.

Descriptores: Evaluación de servicios de salud; Trabajo de parto; Parto normal; Atención a la salud.

Introdução

A declaração para o milênio trouxe como proposta até 2015 a redução da mortalidade materno-infantil. Cerca de dois milhões de recém-nascidos morrem por ano no mundo inteiro nas primeiras horas de vida. Enquanto que aproximadamente 600.000 mulheres vão a óbito por intercorrências relacionadas à gestação, parto e puerpério nessa mesma proporção⁽¹⁾

· Estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) revelam que por ano cerca de 20 milhões de mulheres cursam algum tipo de intercorrência obstétrica durante o ciclo gravídico puerperal, trazendo como consequência a ocorrência de

aproximadamente 529 mil óbitos maternos⁽²⁾.

As causas de mortalidade materna e neonatal são distribuídas de forma bastante diversificada entre os países e dentro destes observa-se que as diferenças nos perfis de mortalidade se matem divergindo para cada região, assim refletindo as diferenças sociais entre as populações. Nos países subdesenvolvidos, como o Brasil, os óbitos maternos e neonatais, poderiam ser evitados com a realização da consulta qualificada de pré-natal na atenção primaria. Mas o que se observa e que os cuidados na assistência ao parto são bem distribuídos quando comparados com outro tipo de assistência nessa mesma magnitude⁽³⁾

De acordo com esse contexto a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, tem buscado melhorar a assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal através de uma maior abertura ao ingresso de mulheres aos serviços de saúde garantindo o direito a promoção, prevenção, assistência integral e recuperação em todo o território nacional. Um dos objetivos gerais dessa política é garantir a qualidade e humanização da atenção à saúde em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e ciclos de vida,

cuja finalidade é auxiliar para a diminuição da morbidade e mortalidade feminina no Brasil⁽⁴⁾

A assistência atribuída ao parto e nascimento no Brasil possuem características bem tradicionais. O modelo Newtoniano e cartesiano é o principal fiador de resultados maternos e perinatais tidos como os mais graves quando comparados com os resultados encontrados em outros países com o mesmo/e ou menor índice de desenvolvimento socioeconômico⁽⁵⁾. Mas estudos realizados no Brasil advertem que um percentual bastante significativo dos óbitos maternos e neonatais poderia ser impedido com qualificada assistência ao pré-natal e parto⁽³⁾.

Entretanto embora observado alguns ganhos com a política de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi instituída recentemente a rede Cegonha no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) com objetivo de garantir à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, assistência humanizada à gravidez, parto e puerpério e primordialmente o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável à criança⁽⁶⁾.

Entretanto as lacunas existentes no corpo desta política orientam para a necessidade de avaliar a qualidade da assistência prestada aos usuários. Esse contexto evidencia que, os serviços de saúde estão sendo guiados de modo a assumirem um aspecto com maior flexibilidade para a inserção de estratégias focada na assistência ao paciente, haja vista que, o atendimento das necessidades e expectativas do mesmo representa o principal componente na investigação da qualidade do serviço⁽⁷⁾.

Para avaliação da qualidade da assistência ao parto normal tem sido orientado o confronto entre procedimentos utilizados na assistência com normas e procedimentos recomendados na literatura como padrão-ouro, e indicadores de processos tais como: partograma preenchido e anexado no prontuário da paciente e a porcentagem de partos realizados por médico obstetra. Entretanto, tais indicadores possuem pouca precisão não permitindo distinguir a assistência em locais em que esta é realizada por outros profissionais de saúde não médico. Por esse motivo a Organização Mundial de Saúde, tem aconselhado o uso de um novo indicador para

avaliação da assistência ao parto normal, o índice de Bologna⁽⁸⁾.

Considerando que o parto normal de baixo risco deve ser conduzido com o mínimo de intervenções possíveis, o índice de Bologna se apresenta de maneira muito forte, constituído por variáveis que agregam desde os aspectos associados aos procedimentos técnicos do cuidado ao parto. Esse indicador foi à primeira ferramenta acessível para avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto normal na abordagem quantitativa⁽⁸⁾.

Teresina agrega a maior maternidade estadual, publica de referencia para o atendimento das principais intercorrências obstétricas e neonatais dos municípios do Piauí e Maranhão. Atualmente possuem 248 leitos obstétricos, 20 leitos de internação para recém-nascido de alto risco e 20 leitos de internação para RN de risco intermediário e 167 leitos neonatais para o alojamento. É responsável por 63% dos nascimentos ocorridos na cidade de Teresina. Apresenta em média 1200 internações por mês das quais 900 são partos, verificou-se que no período de 2007 a 2012 foram realizados aproximadamente 38.715 partos

cesariano⁽⁹⁾. Essa perspectiva aponta para possíveis falhas na assistência ao parto normal.

Esse estudo tem como justificativa sensibilizar aos pesquisadores, destacando que a publicação científica brasileira precisa ser acrescida nesse espaço temático, concorrendo para o estabelecimento de serviços de atenção a mulher durante todo o ciclo gravídico e puerperal com a aplicação de intervenção somente quando estritamente necessárias, que a atuação profissional evidencie uma perspectiva de oferecer a mulher à oportunidade de ser protagonista do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras. É importante que essas pesquisas incorporem serviços de saúde voltados para o atendimento e acolhimento das mulheres com nível social e econômico, pontuando que alguns profissionais de saúde mantem-se firme a mudanças no atual modelo assistencial, conferindo os bons resultados alcançados em outros países às melhores condições de vida, de saúde e de "educação" das mulheres assistidas.

A partir desta observativa surgiu o seguinte questionamento: Qual a qualidade da assistência ao parto normal em uma maternidade pública de

referencia em Teresina? Para melhor obtenção de respostas teve se como objetivo Investigar a qualidade da assistência ao parto normal em uma maternidade pública de Teresina, conforme as normas da Organização Mundial de Saúde.

Métodos

Estudo de natureza observacional descritivo, com delineamento transversal e fundamentado na abordagem quantitativa realizado em Teresina (PI). Constituída de uma amostra obtida a partir de uma população de 118 puérperas multíparas de parto normal no período de janeiro a março de 2014, resultando em uma amostra de 91 puérperas calculada com precisão de 5% e intervalo de confiança de 95%. Foram incluídas puérpera multíparas com idade de 18 anos e mais que realizaram partos normais que aceitaram participar da pesquisa foi estabelecido como critérios de exclusão: puérperas com alguma limitação cognitiva e mental (dificuldade de compreensão e expressão verbal), que impossibilitasse a participação no estudo.

Para a coleta dos dados obedeceu-se as seguintes etapas: primeiro objetivou-se a transcrição dos

dados sobre a caracterização da assistência ao parto normal e frequência das avaliações realizadas durante o trabalho de parto e parto existentes no prontuário da usuária (puérpera), as informações a serem transcritas do prontuário que contribuíram para responder ao objetivo geral deste estudo foi: a existência do partograma com suas devidas anotações, dilatação cervical no momento da admissão, duração do trabalho de parto, uso de soros, ocitócicos, misoprostol, analgesia durante o segundo estágio do parto, índice Apgar, peso ao nascer, uso de antibióticos e de ocitócicos no pós-parto. A segunda etapa foi composta por questões que abordaram aspectos relacionados à avaliação da qualidade da assistência ao parto conforme as normas estabelecidas pela organização Mundial de saúde.

Para categorizar a qualidade da assistência ao parto normal, as variáveis foram ordenadas de acordo com a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para assistência ao parto normal: categoria A práticas eficazes que devem ser encorajadas; categoria B, práticas ineficazes ou prejudiciais que devem ser abandonadas; categoria C, práticas para as quais não há clara evidência devendo

ser utilizadas com cautela; categoria D, práticas normalmente utilizadas inadequadamente. Foram delimitadas as frequências de avaliações dos Batimentos Cardíofetais (BCF), Dinâmica Uterina (DU), Pressão Arterial Materna, dilatação cervicais e partos assistidos por enfermeiros obstetras.

O índice de Bologna foi pressuposto para cada parto. Para tanto foi considerados as cinco incógnitas que compõem o mencionado índice: presença de acompanhante ou familiar no parto, utilização do partograma, ausência de estimulação durante o parto (uso de ocitocina, fórceps, manobra de Kristeller), parto na posição não supina e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido pelo menos 12 minutos na primeira hora. Para cada uma dessas variáveis, foi atribuída uma nota, “1” se existente e “0” se não existente. O valor total do índice foi alcançado pela somatória dessas notas, sendo o valor “0” considerado como a menor qualidade e “5”, a maior qualidade intermediárias que se encontram entre os dois valores (CHALMERS, 2001).

Todas as participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido autorizando participação da mesma no estudo. A pesquisa foi

aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital São Marcos (HMS), sob processo CAAE número 34133114.6.0000.5584, seguindo os aspectos éticos previstos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Após coleta dos dados, os mesmos receberam tratamento estatístico por meio do Software *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*. VERSÃO 20.00, sendo os mesmos apresentados por tabelas.

Resultados

Das 91 puérperas que constituíram a amostra, 50 (54,9%) foram examinadas por mais de quatro profissionais de saúde durante o trabalho de parto, exame realizado por médico obstetra (54,9%), seguidos de outros profissionais (obstetras, residentes de enfermagem e medicina, acadêmicos de medicina (16,5%)), partos realizados por médico obstetra (47,3%), seguindo de 23,1% dos partos realizados por enfermeiros. Quanto à assistência ao recém-nascido logo após o parto: enfermeiros (39,6%), obstetra (26,4%) e pediatra/neonatologista (26,4%). Quanto a dilatação cervical no momento da admissão a maioria das parturientes apresentou dilatação de 4 a 6 centímetros (39,6%), acompanhado

da dilatação de 7 a 9 cm (24,2%).
 Duração do parto foi prevalente de 1-5 horas (44%), seguido de menos de 1 hora (42%). O apgar registrado no

primeiro minuto: > 7(75,8%) e > 7 (24,2%), no quinto minuto foram registrados apgar > 7 (78%) seguido de apgar < 7(20,9%). Conforme tabela 1.

Tabela 1- Características da assistência ao parto normal em uma maternidade pública do nordeste

nº de profissionais examinadores no trabalho de parto		
01	6	6,6
02 a 03	33	36,3
>4	50	54,9
Nenhum	2	2,2
Profissional que examinou durante o trabalho de parto?		
Médico obstetra	50	54,9
Nenhum	2	2,2
Enfermeira	8	8,8
Obstetra + outras profissionais de saúde	15	16,5
Outras profissionais de saúde	15	16,5
Médico + enfermeiro	1	1,1
Profissional que realizou o parto		
Acadêmico	16	17,6
Obstetra	43	47,3
Enfermeiro	21	23,1
Sem profissional	11	12,1
Profissional que prestou assistência ao RN na sala de parto		
Acadêmico	6	6,6
Obstetra	24	26,4
Enfermeiro	36	39,6
Pediatra/ neonatologista	24	26,4
Não respondeu	1	1,1
Dilatação cervical na admissão		
0 cm	4	4,4
1 a 3 cm	11	12,1
4 a 6 cm	36	39,6
7 a 9 cm	22	24,2
10 cm	17	18,7
Não respondeu	1	1,1
Duração do trabalho de parto		
<1	39	42,9
1 a 5 horas	40	44,0
6 a 12 horas	7	7,7
12 a 24 horas	4	4,4
>24 horas	1	1,1
Apgar 1º		
<7	22	24,2
>7	69	75,8
Apgar 5º		
<7	19	20,9
>7	71	78,0
Não respondeu	1	1,1

Fonte: Maternidade pública em Teresina- PI

Na tabela 2 foram observadas as avaliações dos parâmetros fundamentais para adequada monitoração da evolução do trabalho de parto e da vitalidade fetal, evidenciando a baixa frequência desses procedimentos. Quanto ao toque vaginal foi observado que: 1 avaliação/hora (38,5%), seguido de 1 avaliação/ 1:30 horas (27,5%), 1 avaliação/2 horas (25,3%) e nenhum toque vaginal realizado (8,8%). Da ausculta dos batimentos cardíofetais obteve-se os seguintes registros: Nenhuma ausculta (9,9%), 1 avaliação/

2 horas (26,4%); 1 avaliação/1:30 horas (28,6%) e 1 avaliação/hora (35,8%). Da verificação da pressão arterial materna obtiveram-se as seguintes variáveis; nenhuma verificação (18,7%), 1 avaliação/ 2 horas (28,6%), 1 avaliação/ 1:30horas (22%) e 1 avaliação/hora (30,8%). Quanto à dinâmica uterina foi observado às seguintes variáveis: nenhuma (60,4%), 1 avaliação/2 horas (60,4%), 1 avaliação/2 horas (18,7%), 1 avaliação/1:30horas(5,5%) e 1 avaliação/hora (15,4%).

Tabela 2- Frequência das avaliações realizadas no trabalho de parto

Variáveis	n	%
Dilatação cervical		
Nenhum	8	8,8
1 avaliação/2 horas	23	25,3
1 avaliação/ 1:30 horas	25	27,5
1 avaliação/ hora	35	38,5
Ausculta do BCF		
Nenhuma	9	9,9
1 aval/2 horas	24	26,4
1 aval/1:30 horas	26	28,6
1 aval/hora	32	35,2
Pressão arterial materna		
Nenhuma	17	18,7
1 avaliação/2 horas	26	28,6
1 avaliação/1:30 horas	20	22,0
1 avaliação/hora	28	30,8
Dinâmica uterina		
Nenhuma	55	60,4
1 avaliação/2 horas	17	18,7
1 aval/iação1:30 horas	5	5,5
1 avaliação/hora	14	15,4

Fonte: Maternidade pública em Teresina- PI

A tabela 3 mostra procedimentos encontrados na assistência aos partos estudados, de acordo com a classificação da Organização Mundial de saúde (OMS) para o cuidado ao parto normal. Quanto às práticas eficazes que devem ser incentivadas no parto foram detectados os dados: presença de

acompanhante durante o trabalho de parto e parto (96,6%) uso de ocitocina no pós-parto (100%), partograma anexado ao prontuário sem preenchimento (100%), parto na posição supina (96,6%)

Tabela 3- Frequência das práticas utilizadas na assistência aos partos normal, segundo a classificação para assistência ao parto da OMS.

Variáveis	n	%
Categoria A: praticas eficazes que devem ser incentivadas		
Acompanhante no trabalho de parto e parto	87	95,6
Parto na posição supina (ginecológica)	87	95,6
Contato pele a pele por 12 minutos	87	95,6
Presença de partograma preenchido	89	97,8
Uso de ocitócicos no pós-parto	91	100
Categoria B: praticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas		
Dieta zero	39	42,9
Trab. de parto + ocitócito no parto	7	7,7
Solução parenteral durante o trabalho de parto	9	9,9
Solução parenteral durante o parto	45	60,5
Ocitocina durante o pré-parto	0	0,0
Prescrição de tricotomia	0	0,0
Uso de antibiótico	2	2,2
Categoria C: práticas para as quais não há evidência científica para utilização		
Pressão no fundo do útero no período	14	15,4
Uso de fórcepe	1	1,1
Pressão de fundo de útero durante o parto	74	81,3
Analgesia durante TP	0	0,0

Fonte: Maternidade pública em Teresina- PI

Discussão

Os resultados encontrados são relevantes, com um significado bastante promissor frente às novas políticas

inovadoras atualmente implementadas nas maternidades públicas e convenientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Organização

Mundial de Saúde. Embora seja evidente a presença de variáveis semelhantes a um estudo realizado em Goiânia em 2007, em que os autores observaram que a maioria dos partos foram acompanhados por médico obstetra, mas mesmo assim havia uma lacuna no que se refere a qualidade da assistência preconizada pelas atuais evidências científicas⁽¹⁰⁾

Em vários países desenvolvido destacando a Suécia, os partos classificados como de baixo risco são realizados por enfermeiros obstetras treinados para a assistência qualificada ao binômio mãe recém-nascido, em unidades primárias de assistência conectadas aos centros de maior complexidade através de um permanente sistema de referenciamento⁽¹¹⁾. Essa estratégia permite que possíveis intercorrências sejam detectadas precocemente e que as parturientes tenham garantia de transferência para centros especializados com o pronto atendimento do obstetra e neonatologista⁽¹²⁾

No Brasil os profissionais regulamentados para a realização da assistência a parturiente no trabalho de parto e parto são o médico e o enfermeiro ambos com residência ou

especialidade em obstetrícia⁽¹³⁾. Na maternidade pública local de realização deste estudo os recursos humanos estão assim definidos: obstetras (médicos, enfermeiros e residentes de enfermagem e medicina), além de especializando de enfermagem obstétrica e enfermeiros assistencialistas não obstetras neonatologistas e estudantes de medicina em neonatologista, técnicos e auxiliares de enfermagem experientes nesta modalidade de assistência. A avaliação da qualidade da assistência ao parto na referenciada instituição pública apresenta um quantitativo pessoal favorável a uma assistência tal como preconizada pela OMS.

A admissão precoce da parturiente no serviço de obstetrícia é considerada quando a mesma se apresenta com uma dilatação cervical inferior a cinco centímetros, é fortalecido que a conduta de admissão seja evitada por constituir-se de fator preponderante para realizações de intervenções desnecessárias e o parto cesariano⁽¹⁴⁾. A admissão precoce pouco evidenciada neste estudo se estabelece como prática rotineira nas maternidades públicas no Brasil, pois a título de exemplo pode-se mencionar o Rio de Janeiro (64,6%) e em São Paulo (35,5 e 43,4%) com os respectivos percentuais

de dilatação cervical sugestivo de admissão prematura⁽¹⁵⁾.

Em um estudo retrospectivo realizado no Rio de Janeiro (1999 a 2001), no ano de 2008 os autores encontraram as seguintes variáveis: No momento da admissão, 64,6% das mulheres examinadas apresentaram uma dilatação cervical de até 4 cm e 35,4% possuíam dilatação cervical entre 5 e 10 cm⁽¹⁴⁾.

O tempo em horas de um trabalho de parto de uma primípara, que se matem em repouso no leito, sem realizar movimentos corporais, pode durar de 10 a 12 horas. Outro lado nos casos em que a mulher é a protagonista do processo de parturição, utilizando-se das tecnologias do cuidado não invasivo, tais como movimentos circulares com a pelve, deambulação, banho morno e respiração consciente, esse tempo pode durar 8 horas⁽¹⁶⁾

O índice de Apgar tem sido apontado em várias publicações como marcador de grande utilidade na avaliação de qualidade da assistência ao parto⁽¹⁷⁾. Dados semelhantes a esse estudo foram encontrados em um estudo realizado no Rio Grande do sul em 2007 em que os autores encontraram os respectivos valores entre puérperas adolescentes (1ºminuto: $\text{apgar} \geq 8$

$=79,8\%$ e 5º minuto: $\text{Apgar} \geq 8 = 96,4\%$) e adultas (1º minuto: $\text{Apgar} \geq 8 = 83,1\%$ e 5º minuto: $\text{Apgar} \geq 8 = 96,7\%$). De acordo com esses achados pode-se observar o empenho dos profissionais do centro de parto normal para uma melhor qualificação da assistência.

Quanto às frequências das avaliações do toque vaginal, dos batimentos cardíofetal, da pressão arterial da dinâmica uterina materna foram observados que estes indicadores se encontravam escritos em um mural indicando o nome e leito da paciente inclusive com hora de admissão e alterações de hora conforme realização das avaliações os mencionados dados também se encontravam assinalados no prontuário da paciente. Porém as frequências das avaliações para alguns parâmetros diferiram dos preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), ou seja, o toque vaginal com frequência de avaliação a cada duas horas, dinâmica uterina a cada hora, batimentos cardíofetais de uma em uma hora e/ou de 15/15 minutos conforme indicação e pressão arterial materna de acordo com o estado de saúde da paciente⁽¹³⁾.

Em um estudo retrospectivo realizado no Rio de Janeiro (1999-2001) os autores destacaram como prevalentes as seguintes variáveis: que 25,4% do

total de 574 parturientes não tiveram PA aferida ou registrada no prontuário na admissão, 19,2% das gestantes não foram aferidos ou registrados os batimentos cardíacos fetais (fato não encontrado em Teresina),na admissão,64,6% das parturientes tinham o colo dilatado até 4 cm e 35,4% apresentavam dilatação cervical entre 5 e 10 cm. Os autores mostram que 100% das parturientes receberam toque vaginal logo na admissão e que sequencialmente as verificações da dilatação cervical de acordo com orientações do Ministério da saúde podem ocorrer com intervalo de a cada duas horas conforme necessidade, parâmetro não obedecido neste estudo⁽¹⁴⁾.

De acordo com as variáveis observadas na tabela 3, identificou-se na categoria “A” acentuada repetição de práticas assistenciais adequadas que devem ser estimuladas, bem como a utilização de práticas apropriado. Em relação ao índice Bologna, detectou-se que a maioria dos partos obteve uma média igual a 1 (n=88,2 partos, correspondendo a 96,92% dos 91 partos). Tratando-se das práticas eficazes que devem ser incentivadas, foi constatado em um estudo realizado no sudeste do Brasil no ano de 2005 em

que os autores traçaram objetivos semelhantes a este estudo, encontraram que a permanência do acompanhante no trabalho de parto foi baixa na maternidade pública e inexistente na maternidade privada, o partograma foi preenchido em quase 100% dos prontuários estudados, a dinâmica uterina,92% relataram haver tocado seus bebês, a posição supina foi frequentemente adotada, a utilização de ocitocina foi frequente nas duas maternidades do sudeste fato existente neste estudo⁽¹⁸⁾.

Para as práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas, foi verificado em uma pesquisa realizada em Belo Horizonte em 2006 em três serviços: um hospital representativo do modelo assistencial vigente (HP – Hospital Prevalente), uma maternidade vencedora do Prêmio Galba de Araújo(HG – Hospital Galba) e um CPN peri-hospitalar. Obtiveram maior percentual de ocitocina no HG (59,5%), no centro de parto normal foram encontrados os menores percentuais de ocitocina, de amniotomia e de episiotomia com valores iguais a 27,9%, 67,6% e 7,2%, respectivamente, variável não semelhante a este estudo.

Brasil (2001) aborda que as parturientes de baixo risco podem

receber pequenas quantidades de líquidos claros (água, suco de frutas), o uso da tricotomia dos pelos pubianos traz como benefício redução de infecção da episiotomia, maior facilidade na execução da episiorrafia e higienização no pós-parto. Nesse estudo foi observado um percentual bastante elevado de mulheres com dieta zero, neste estudo foi verificado que todas as mulheres realizaram a tricotomia em suas residências⁽¹³⁾.

Em uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 2005 em duas maternidades: uma pública e outra conveniada os autores detectaram que a prescrição de ocitocina (645 e 40% respectivamente) e hidratação parenteral também bastante utilizada no trabalho de parto e parto, bem como verificado neste estudo⁽¹⁸⁾.

Quanto as práticas para as quais não há evidência científica para utilização do parto observou-se em Brasil (2001), d'Orsi *et al* (2005) e oliveira *et al* (2008) a manobra de Kristeller, altamente aplicada, embora a OMS apresente essa pratica como inadequada^(13,18,14). Neste estudo foi verificada essa prática em dois momentos: no auxílio a expulsão do concepto e na dequitação placentária, também tidas como indesejadas.

Considerações finais

O estudo mostra que apesar do centro de parto normal da instituição estudada não apresentar de forma adequada à estrutura recomendada para a realização do parto normal conforme protocolo da OMS, obtiveram-se respostas adequadas à assistência conforme categoria A, em que todos os ícones que compõem a categoria geraram uma média de 96,92% para uma assistência adequada ao parto normal. Enquanto houve uma grande discrepância quando comparados com a categoria “B” e “C” as diferenças apontadas entre as categorias se apresentam mescladas pela cultura profissional de alguns obstetras que ainda não conceberam a vigente política de humanização do parto.

Acredita-se que a citada maternidade esteja passando por um momento de implementação da política de saúde da mulher, através deste estudo foi possível observar alguns ganhos quanto à assistência ao parto, como a importância do contato pele a pele de mãe e filho, além da presença de alguém da escolha da parturiente para estar presente com a mesma durante o parto, não importando o parentesco. Embora ainda seja frequente a aplicabilidade da lei 11.108, impedindo

a presença de uma pessoa indicada pela parturiente. A desvinculação e o desconhecimento geram nas mulheres uma limitação sobre seu poder de decisão, levando a percepção de que é natural serem maltratadas.

Também foi possível observar, que a relação entre a parturiente e profissional (residentes, obstetras, estudantes de medicina e enfermagem) merece ser alicerçada (compromisso, acolhimento, humanização e ética) durante a assistência prestada a mulher em trabalho de parto, devido relato de realização do toque vaginal com grande frequência por vários profissionais, além de poucas aferições de pressão arterial nestas, desta forma observa-se a desumanização do parto, já que a humanização inicia desde o pré-natal até o nascimento. Sendo o parto normal, mais aconselhado, devido ter menos risco de infecção, hemorragia e prematuridade do bebê.

Referencias

1. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, and Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet*. 2010; 375(9730):2032-44.
2. World Health Organization. Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, and UNFPA. Geneva: World Health Organization; 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/a81531.pdf>>
3. Houweling TA, Ronsmans C, Campell OM, Kunst AE. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2007; 85(10): 745-54.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
5. Dias MAB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 May [citado 2014 Nov 20]; 27(5): 1042-1043. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500022&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500022>.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Consolidada da rede cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_consolidada_cegonha.pdf>.
7. Tronchin DMR, Melleiro MM, Takahashi RT. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: Kurcgant P. et al. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Cap. 7.
8. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth*. 2001; 28(2): 79-83.
9. Ribeiro JF, Rodrigues CO, Bezerra VOR, Chaves-Soares MS, Sousa PG. Caracterização sociodemográfica e clínica da parturiente com pré-eclâmpsia *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2015 maio 3; [Citado 2015 maio 9]; 9(5):7917-23. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revista_aenfermagem/index.php/revista/article/view/6928. DOI: 10.5205/01012007.
10. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2011 Out [citado 2014 Nov 29]; 33(10): 297-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001000005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000005>.
11. Lawn JE, Lee AC, Kinney M, Sibley L, Carlo WA, Paul VK, et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? *Int J Gynaecol Obstet*. 2009; 107(Suppl 1):S5-19.
12. Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada [Internet]. Attendance at labour and delivery guidelines for obstetrical care. 2000. (SOGC Policy Statement, 89) [cited 2009 Oct 23]. Available from: <http://www.sogc.org/guidelines/public/89E-PS-May2000.pdf>
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
14. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2008 Oct [cited 2014 Nov 29]; 42(5): 895-902. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500015&lng=en.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500015>.

89102005000400020&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000400020>.

15. Vogt SE, Diniz SG, Tavares CM, Santos NCP, Schneck CA, Zorzam B et al . Características da assistência ao trabalho de parto e parto em três modelos de atenção no SUS, no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2011 Set [citado 2014 Nov 29]; 27(9): 1789-1800. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000900012&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000900012>.
16. ARAÚJO, Luciane de Almeida. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
17. Hubner ME, Juarez ME. Test de Apgar: después de medio siglo sigue vigente? Rev Méd Chile. 2002; 130(8):925-30.
18. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS et al . Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2005 Agos [citado 2014 Nov 29]; 39(4): 645-654. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400020)

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-11-29
Last received: 2015-05-09
Accepted: 2015-07-09
Publishing: 2016-01-29