

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-**  
**GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**

**RAFAELA SALES BONFIM BRITO**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO**  
**VAGINAL NAS MATERNIDADES DE RIO BRANCO, ACRE**

**RIO BRANCO, AC**  
**2020**

**RAFAELA SALES BONFIM BRITO**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO E PARTO  
VAGINAL NAS MATERNIDADES DE RIO BRANCO, ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Linha de Pesquisa:** Produção do cuidado e avaliação das práticas em saúde.

**Orientadoras:**

Prof<sup>a</sup> Dra. Simone Perufo Opitz

Prof<sup>a</sup> Dra. Andréia Moreira de Andrade

**RIO BRANCO, AC**

**2020**

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da  
UFAC

---

B862a Brito, Rafaela Sales Bonfim, 1982-

Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco, Acre / Rafaela Sales Bonfim Brito; Orientadora: Dr<sup>a</sup> Simone Perufo Opitz e Andréia Moreira de Andrade. - 2020.

101 f. : il.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós – Graduação em Saúde Coletiva, Rio Branco, 2020.

Inclui referências bibliográficas e anexos.

1. Assistência ao parto. 2. Avaliação em saúde. 3. Parto normal. I. Opitz, Simone Perufo. (Orientadora). II. Andrade, Andréia Moreira de. (Orientadora). III. Título.

CDD: 362

---

Rafaela Sales Bonfim Brito

Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco,  
Acre

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade  
Federal do Acre, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profª Dra. Simone Perufo Opitz (Orientadora) Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva Universidade Federal do Acre

---

Profª Dra Andréia Moreira de Andrade (Segunda Orientadora) Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Acre

---

Profª Dra. Katia Fernanda Alves Moreira (Membro Externo)  
Departamento de Enfermagem Universidade Federal de Rondônia

---

Profª Dra. Clisângela Lago Santos (Membro Externo) Centro de Ciências da Saúde e do  
Desporto Universidade Federal do Acre

---

Profª Dra Suleima Pedroza Vasconcelos (Membro Suplente) Programa de Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva Universidade Federal do Acre

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha família por sempre estar presente em todos os momentos da minha vida, especialmente a meu pai (*in memoriam*) e a minha mãe a quem devo tudo o que sou.

## **AGRADECIMENTOS**

A todo corpo docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, especialmente as minhas orientadoras Prof<sup>ª</sup>. Dra. Simone Perufo Opitz e Prof<sup>ª</sup>. Dra. Andréia Moreira de Andrade pelas valiosas contribuições acadêmicas durante essa trajetória.

A meu filho, amor da minha vida, por ser um jovem tranquilo e que me enche de orgulho.

A meu esposo pela paciência e dedicação nesses dias tão densos e necessários, por sempre me incentivar e estar presente nos momentos decisivos da minha vida.

A todos os colegas do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, especialmente à Débora Melo Aguiar que tanto contribuiu para meu crescimento acadêmico e me inspirou nessa caminhada.

À Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco pelo incentivo ao meu desenvolvimento profissional, por isso serei eternamente grata.

BRITO, R.S.B. **Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco, Acre.** 2020. 101f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre.

## RESUMO

**Introdução:** Os cuidados voltados ao processo de parturição ao longo dos anos vêm sofrendo grandes transformações, tornando o parto um momento permeado de intervenções, muitas vezes desnecessárias, que culminam em resultados obstétricos e neonatais negativos. Dessa forma, surge a necessidade de avaliar a assistência obstétrica para identificar a eficiência do processo, bem como aspectos que necessitam de aprimoramento para subsidiar gestores na tomada de decisão a fim de aperfeiçoar a assistência às parturientes. **Objetivo:** Avaliar as práticas da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco, Acre. **Material e Métodos:** Estudo transversal e avaliativo realizado em duas maternidades, no período de 06 de abril a 10 de julho de 2015, com amostra de 623 mulheres que realizaram parto vaginal. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com as puérperas, consulta ao prontuário clínico da puérpera e à caderneta da gestante, utilizando instrumento de coleta de dados semiestruturado constituído de módulos contendo variáveis socioeconômicas, demográficas e de assistência materna. Para avaliar a assistência do trabalho de parto e parto vaginal foi utilizado o Escore de Bologna, as frequências da utilização das Boas Práticas de Assistência ao Trabalho de Parto e Parto recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde do Brasil. Os dados foram analisados por estatística descritiva e razão de chances com intervalos de confiança de 95%. **Resultados:** Dos 623 partos vaginais que constituíram a amostra, foram analisados dados de 549 puérperas devido às perdas. A maioria das mulheres possuía 19 a 34 anos (68,4%), era parda (81,3%), com companheiro (79,3%), pertencia as classes sociais C e D (83%), era múltipara (59,2%), não planejou a gestação (66%) e realizou mais de seis consultas de pré-natal (63,4%). Embora uma minoria das investigadas estivesse desacompanhada durante o parto e submetidas à episiotomia, houve baixa adesão aos métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor (29,5%) e ao uso do partograma (20,6%), e alto uso de ocitocina (80%) e posição supina (72,3%). A qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Escore de Bologna nas maternidades do estudo apresentou média 2,05; nenhum parto apresentou a máxima qualidade; ainda 64,2% dos atendimentos prestados às parturientes foram classificados como de qualidade ruim. Na análise ajustada, ser pertencente à classe C foi fator de proteção ( $RC_{ajustada}$ : 0,51; IC95%: 0,28-0,95) quando comparada com as outras classes, e não ter apresentado registro da verificação da altura uterina em nenhum momento ( $RC_{ajustada}$ : 2,23; IC95%: 1,29-3,83) aumentou a chance de uma assistência ruim. **Conclusão:** As maternidades de Rio Branco ainda não aderiram rotineiramente às práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde, o que resultou em um Escore de Bologna baixo, retratando assim uma qualidade de assistência ao parto inadequada. Dessa forma, infere-se que as condutas assistenciais vigentes precisam acompanhar as evidências científicas nacionais e internacionais para o alcance de resultados materno-infantis mais satisfatórios.

**Palavras-chave:** Assistência ao parto. Avaliação em saúde. Parto normal. Saúde materna. Trabalho de parto.

BRITO, R.S.B. **Assessment of labor and vaginal delivery assistance in maternity hospitals in Rio Branco, Acre.** 2020. 101p. Dissertation (Master in Public Health) – Graduate Program in Public Health, Federal University of Acre.

## ABSTRACT

**Introduction:** The care focused on the parturition process over the years has undergone major transformations, making childbirth a time permeated with interventions, often unnecessary, which culminate in negative obstetric and neonatal results. Thus, there is a need to evaluate obstetric care to identify the efficiency of the process, as well as aspects that need improvement to support managers in decision-making in order to improve assistance for parturient women. **Objective:** To evaluate the practices of assistance to labor and vaginal delivery in the maternities of Rio Branco, Acre. **Material e Métodos:** Cross-sectional and evaluative study carried out in two maternity hospitals, from April 6 to July 10, 2015, with a sample of 623 women who underwent vaginal delivery. The data were obtained through interviews with the puerperal women, consultation of the postpartum's medical record and the pregnant woman's handbook, using a semi-structured data collection instrument consisting of modules containing socioeconomic, demographic and maternal care variables. The Bologna Score was used to assess labor and vaginal delivery assistance, the frequencies for the use of Good Labor and Delivery Labor Practices recommended by the World Health Organization and the Ministry of Health of Brazil. The data were analyzed using descriptive statistics and odds ratios with 95% confidence intervals. **Results:** Of the 623 vaginal deliveries that constituted the sample, data from 549 puerperal women were analyzed due to losses. Most women were 19 to 34 years old (68.4%), were brown (81.3%), with a partner (79.3%), belonged to social classes C and D (83%), were multiparous (59.2%), did not plan the pregnancy (66%) and had more than six prenatal consultations (63.4%). Although a minority of those investigated were unaccompanied during delivery and submitted to episiotomy, there was low adherence to non-invasive and non-pharmacological methods for pain relief (29.5%) and the use of the partograph (20.6%), and high use of oxytocin (80%) and supine position (72.3%). The quality of care for labor by the Bologna Score in the maternity hospitals in the study showed an average of 2.05; no delivery had the highest quality; still 64.2% of the assistance provided to parturients were classified as of poor quality. In the adjusted analysis, belonging to class C was a protective factor ( $OR_{adjusted}$ : 0.51;  $CI_{95\%}$ : 0.28-0.95) when compared to the other classes, and not having presented a record of uterine height verification in any moment ( $OR_{adjusted}$ : 2.23;  $CI_{95\%}$ : 1.29-3.83) increased the chance of poor assistance. **Conclusion:** Maternities in Rio Branco have not yet routinely adhered to the practices recommended by the World Health Organization, which resulted in a low Bologna Score, thus portraying an inadequate quality of childbirth care. Thus, it is inferred that the current care practices need to follow the national and international scientific evidence to achieve more satisfactory maternal and child outcomes.

**Keywords:** Delivery assistance. Health assessment. Normal birth. Maternal health. Labor.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estudos internacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto, no período de 2008 a 2018.....	29
Quadro 2 – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.....	32
Figura 1 – Amostra do estudo, Rio Branco, AC, Brasil, 2015.....	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e obstétricas das puérperas do estudo, Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549).....	54
Tabela 2 – Caracterização da assistência obstétrica das puérperas do estudo,..... Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549)	55
Tabela 3 – Frequência das práticas mais utilizadas durante a assistência aos partos vaginais, conforme recomendação da OMS (1996), Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549).....	58
Tabela 4 – Escore de Bologna dos partos vaginais realizados nas maternidades, Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549) .....	59
Tabela 5 – Distribuição da frequência absoluta e relativa do Escore de Bologna no trabalho de parto e parto segundo características socioeconômicas, demográficas e maternas, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549).....	60
Tabela 6 – Razão de chance (RC) para o Escore de Bologna no trabalho de parto e parto vaginal associados às variáveis de caracterização e maternas, Rio Branco, AC, 2015. (n=549) .....	61
Tabela 7 – Razão de chance (RC) para o Escore de Bologna no trabalho de parto e parto vaginal associados às variáveis de assistência materna, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549).....	62
Tabela 8 – Modelo final dos fatores associados à qualidade da assistência ruim no trabalho de parto e parto vaginal, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549).....	63

## LISTA DE SIGLAS

ABENFO	Associação de Obstetrizas e Enfermeiras Obstétricas
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CPN	Centro de Parto Normal
FEBRASGO	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
FIGO	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da mulher
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações para a Infância

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>16</b>
2.1 Contexto das políticas públicas da saúde da mulher .....	16
2.2 Assistência ao trabalho de parto e parto.....	20
2.3 Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto.....	23
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>41</b>
<b>4 OBJETIVOS .....</b>	<b>43</b>
4.1 Objetivo geral .....	43
4.2 Objetivos específicos .....	43
<b>5 MATERIAL E MÉTODOS.....</b>	<b>45</b>
5.1 Delineamento do estudo.....	45
5.2 Local do estudo.....	45
5.3 População e amostra do estudo .....	47
5.4 Procedimentos para coleta de dados.....	48
5.5 Aspectos éticos .....	49
5.6 Variáveis do estudo.....	49
5.7 Práticas mais utilizadas no trabalho de parto e parto, segundo recomendações da OMS (1996):.....	50
5.8 Tratamento e análise de dados .....	52
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>54</b>
<b>7 DISCUSSÃO .....</b>	<b>65</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>75</b>
<b>APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PRONTUÁRIO CLÍNICO .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO BANCO DE DADOS .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO D - RECOMENDAÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS DA OMS (1996).....</b>	<b>100</b>

# INTRODUÇÃO

## 1 INTRODUÇÃO

Nos primórdios da assistência ao parto, as parteiras eram reconhecidas e atuantes nesse momento vivenciado em ambiente domiciliar e, por muito tempo, foi uma atividade exclusivamente feminina. No entanto, após a segunda Guerra Mundial, o nascimento deixou de ocorrer apenas no domicílio para acontecer no âmbito hospitalar, com a justificativa de reduzir as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil (VELHO *et al.*, 2012; MATOS *et al.*, 2013).

A partir do advento da obstetrícia, como prática médica, o parto ganhou aspecto tecnocrático, além de provocar redução do protagonismo feminino. Isso está relacionado ao modelo de atenção à saúde brasileiro que consolidou as práticas curativas médico-hospitalares individuais, financiadas pelo sistema previdenciário, em detrimento das ações coletivas de prevenção e promoção da saúde (MAIA, 2010).

Tendo em vista que um quarto dos óbitos infantis e a quase totalidade dos óbitos maternos decorrem da prestação de cuidados inadequados, desde o início da gestação até o pós-parto imediato foram introduzidas mudanças no cenário voltadas aos cuidados maternos, objetivando uma assistência adequada à gestação e ao parto (CHRESTANI *et al.*, 2008).

Para tanto, torna-se indispensável o uso de ferramentas de avaliação nos processos envolvendo à parturição. Nesse sentido, Lansky e colaboradores (2014), afirmam que estudos dessa natureza ainda são escassos, exigindo uma imersão na compreensão dos processos assistenciais para que as ações repercutam na redução das mortalidades neonatal e materna.

Nesse contexto, as bases de transição do cenário assistencial obstétrico brasileiro consistem nas proposições da assistência baseada em evidências científicas orientadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e ratificadas pelo Ministério da Saúde (MS) voltadas às condutas obstétricas no parto normal, segundo critérios de utilidade, eficácia e risco. Dessa forma, a OMS estabeleceu um protocolo, cujo enfoque é promover assistência adequada e segura, usando o mínimo possível de intervenções obstétricas (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Nesse sentido, a OMS também recomenda um novo indicador para avaliar a assistência ao parto normal, que é denominado de Escore de Bologna. A utilização desse instrumento busca resgatar a concepção de parto como evento fisiológico, cuja finalidade é

indicar corretamente as condutas ao parto normal, com o mínimo de intervenções possíveis de acordo com as evidências científicas existentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Para a OMS a qualidade de assistência prestada ao parto e nascimento é avaliada de forma adequada, quando se utiliza o Escore de Bologna associado aos indicadores percentuais de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana eletiva e a porcentagem dos partos acompanhados por um profissional de saúde. A junção de baixos índices de cesarianas eletivas ou induções de parto, assim como altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto Escore de Bologna é traduzida em máxima qualidade de assistência ao parto (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Dessa forma, estudos que avaliem a qualidade assistencial obstétrica são importantes para identificar as fases do processo que são eficientes e as que necessitam de aperfeiçoamento. Poucos estudos se destinam a analisar esses aspectos que são primordiais para fornecer subsídios aos gestores e profissionais de saúde no planejamento de ações para as práticas assistenciais prestadas às usuárias dos serviços de saúde, a fim de promover saúde e bem-estar durante o trabalho de parto e parto vaginal, bem como reduzir a morbimortalidade materna e neonatal.

# **REVISÃO DE LITERATURA**



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contexto das políticas públicas da saúde da mulher

As políticas nacionais relacionadas à saúde da mulher foram incorporadas no início do século XX, sendo elaboradas nas décadas de 1930, 1950 e 1970, e demonstravam uma visão restrita sobre o papel social da mulher, uma vez que, focavam na maternidade e nos papéis de cuidadora do lar e da família. Dessa forma, havia a necessidade de ampliar o escopo de ações voltadas à Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004).

Essa lacuna provocava crescente insatisfação entre grupos de mulheres, feministas e profissionais da saúde com a assistência prestada à mulher durante a gestação, parto e puerpério. Relatos de assistência precária, peregrinação por leitos, violência física e verbal e descaso eram recorrentes. Dessa forma, na década de 80, o MS do Brasil desenvolveu medidas para romper paradigmas relacionados à saúde da mulher. Nesse período, numa perspectiva mais abrangente à saúde da mulher, surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM) que trouxe uma visão mais ampliada sobre os direitos sexuais e reprodutivos, relacionando-os a realidade social, política, econômica e cultural (BRASIL, 1984).

Ademais, o PAISM possibilita aos serviços de saúde as práticas orientadas por valores éticos, exigindo novos parâmetros assistenciais pautados pelo princípio da integralidade (CARNEIRO, 2013). A partir desse eixo estruturante, o escopo de atividades instituídas pelo programa está voltado para atenção à contracepção, gravidez, parto, esterilidade, infecções sexualmente transmissíveis (IST), sexualidade, adolescência e climatério, abordando, inclusive as dimensões psicológicas e sociais experimentadas pelas mulheres em todos os ciclos de vida (D'OLIVEIRA; SENNA, 2000).

Nessa trajetória, 1985 foi marcado pela conferência realizada em Fortaleza- CE sobre o uso de tecnologias apropriadas para o trabalho de parto e parto, na qual estiveram presentes os mais variados atores sociais: parteiras, obstetras, pediatras, epidemiologistas, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores e mães. Este evento teve como subproduto o artigo “*World Health Organization Appropriate Technology for Birth*” publicado na revista *Lancet* em 1985. As informações contidas nesse documento serviram de base para estruturar as recomendações da OMS sobre práticas que deveriam ser adotadas para melhoria do cuidado prestado durante o processo de parturição a nível mundial (WORLD HEALTH

ORGANIZATION, 1985).

A “Carta Fortaleza”, assim denominada no Brasil, representa o marco teórico da época sobre as tecnologias a serem utilizadas durante trabalho de parto e parto. Além disso, o documento motivou mudança de postura das mulheres no desenho e na avaliação dos programas. Essa ação permitiu que as mulheres pudessem ter liberdade de escolha sobre a melhor posição para o nascimento; a presença de acompanhante durante todos os momentos no trabalho de parto e parto, e redução de certos procedimentos médicos como o uso rotineiro da episiotomia e da indução medicamentosa do parto. Essas condutas provocaram reflexões profundas no modelo assistencial predominante no Brasil (PATAH; MALIK, 2011).

Nesse caminho de mudanças, a década de 1990 foi marcada pela intensificação dos debates sobre o modelo obstétrico intervencionista presente no país. Assim, em 1991, visando a valorização e resgate ao parto como evento fisiológico, o MS lançou um manual técnico sobre os cuidados durante a assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido, sugerindo indícios à construção de um novo modelo assistencial para o nascimento no Brasil (BRASIL, 1991).

Ainda nessa década, ocorreu uma série de medidas na assistência obstétrica brasileira, baseadas nas recomendações da OMS. Dentre estas, os Centros de Parto Normal (CPN) proporcionando às mulheres e seus acompanhantes mais privacidade e um local semelhante ao seu ambiente familiar, aliando recursos tecnológicos apropriados ao protagonismo feminino durante todas as fases do trabalho de parto (MACHADO; PRAÇA, 2006). Esses locais foram normatizados pela Portaria nº 985/99-GM, estabelecidos para receberem partos vaginais, fora do centro cirúrgico obstétrico, utilizando práticas obstétricas diferentes daquelas aplicadas em serviços tradicionais (BRASIL, 2001).

O processo de transformação nesse âmbito continua em 1993, com o surgimento da Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) autônoma e independente, cujo objetivo central era discutir a situação do nascer no país, tendo como constructo teórico a “Carta de Campinas”, trazendo pontos importantes de discussão tais como: os riscos das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; a necessidade de resgatar o momento do nascimento valorizando os aspectos socioculturais e repercussões pessoais; o resgate ao nascimento humanizado, aliando o conhecimento técnico científico às práticas humanizadas (RATTNER, 2009).

Além disso, a REHUNA participou juntamente com o MS, em 2004, na construção e implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, tornando-se parceira no processo de qualificação das maternidades desde 2002. Podem ser citadas também, outras organizações atuantes na humanização da assistência tais como: a rede Parto do Princípio, as Organizações Não Governamentais (ONG) Amigas do Parto e Bem Nascer, a Associação de Obstetras e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO), a Associação Nacional de Doulas, entre outras (RATTNER, 2009).

Em 1995, no Brasil, surge o Projeto Maternidade Segura que estabelece um conjunto de critérios e procedimentos técnicos visando obter a eficácia da assistência prestada à mulher, entre as estratégias encontra-se o incentivo ao parto vaginal e humanizado (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Para que esse projeto fosse consolidado, o MS junto com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações para a Infância (UNICEF), Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), OMS e Fundo das Nações Unidas (FNUAP), lançam um guia para o desenvolvimento dessa temática. Neste documento foram descritos oito passos para a maternidade segura, a necessidade de informação sobre saúde reprodutiva, o estabelecimento de rotinas, de treinamentos para a coordenação dessa assistência, incentivo ao parto vaginal e humanizado, ressaltando a importância de uma estrutura adequada para o desenvolvimento da assistência materna e perinatal (BRASIL, 1995; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1996).

As políticas brasileiras voltadas à saúde da mulher vêm passando por constantes mudanças, em especial a assistência ao parto e os padrões de nascimento, uma vez que sem essas, o alcance dos direitos sexuais e reprodutivos podem ser comprometidos (DINIZ, 2009). Assim, em 1998, algumas medidas foram tomadas para mudar a assistência obstétrica vigente, dentre as quais: aumento em 160% da remuneração do parto vaginal e o pagamento de analgesia durante trabalho de parto. Além disso, o MS publicou a Portaria nº 2816/1998 que modificou o pagamento das cesarianas, estabelecendo percentual máximo de pagamento a esse procedimento cirúrgico em relação ao total de partos por hospital (BRASIL, 1998). Posteriormente o MS emitiu a Portaria nº 466/2000, que instituiu o Pacto Nacional pela Redução das Taxas de Cesárea a fim de estabelecer um teto percentual decrescente de limites a esta intervenção (40% em 1998, 35% em 1999 e 30% no ano 2000), sob pena de sanções financeiras àquelas instituições que não reduzissem seus percentuais (BRASIL, 2000).

Simultaneamente, os CPN foram instituídos na rede pública de saúde, com a Portaria nº 985/1999 e políticas de financiamento para construção e promoção de uma ambiência adequada nos CPN (BRASIL, 1999). Além disso, a Portaria nº 2815/1998 regulamenta o pagamento de atendimento ao parto normal pelo enfermeiro obstetra. Vale destacar que essa regulamentação representa uma das compensações às incongruências do modelo assistencial biomédico (BRASIL, 2001).

Neste ano, o prêmio “Galba de Araújo” também foi criado pelo MS, para incentivar as maternidades que se destacassem na qualidade dos cuidados materno-infantis (BRASIL, 2001). Outras iniciativas podem ser citadas: investimentos financeiros para estruturar unidades que realizam partos e atendimentos aos recém-nascidos, assim como a educação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção obstétrica (BRASIL, 2004).

No ano 2000, foi implantado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), regulamentado por meio da Portaria nº 569/2000, que representou mais uma tentativa das instituições governamentais e não governamentais para incrementar medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, e buscar reduzir as taxas de mortalidade materna, fetal e infantil (BRASIL, 2000; MARTINELLI *et al.*, 2014).

Nos anos subsequentes surgiram leis relacionadas ao fortalecimento da PHPN, dentre as quais: a Lei nº 11.108/2005 que garante à parturiente a escolha de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005); a Lei 11.634/2007, que trata do direito de vinculação da gestante à maternidade que receberá assistência no âmbito do SUS (BRASIL, 2007); a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008, que dispõe sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal, incluindo a ambiência, o acolhimento e ações de humanização para a manutenção dos serviços dessa área (BRASIL, 2008).

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/2011, tem propostas que enfatizam os princípios da PHPN, por meio uma série de cuidados destinados a assegurar melhorias de: acesso, cobertura e da qualidade da atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Além de possibilitar às crianças nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis até o segundo ano de vida, essa estratégia contém quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança, sistema logístico: transporte

sanitário e regulação. Quanto ao componente: parto e nascimento foram instituídas as boas práticas de atenção ao parto e nascimento, além de investimentos das mais diversas áreas e campos de atuação para melhorar a capacidade instalada e a eficiência dos processos de gestão em saúde (BRASIL, 2011a).

Embora os esforços para implantação da humanização no âmbito da atenção obstétrica sejam notórios no Brasil, ainda há um longo caminho à concretização de uma assistência de qualidade. Uma vez que persistem muitas intervenções desnecessárias e prejudiciais à saúde materna e infantil. Além disso, as incoerências nesse padrão assistencial, impedem que as mulheres sejam protagonistas no processo de parturição (CIELLO *et al.*, 2012).

## **2.2 Assistência ao trabalho de parto e parto**

Na busca dos melhores resultados perinatais, várias tentativas de mudanças no cenário de práticas ineficientes foram implantadas nos últimos vinte anos. Isso se revela tanto no aprimoramento das políticas públicas que incluem, desde a mudança do modelo de atenção obstétrica, como na diminuição das intervenções sobre o parto vaginal e redução das cesarianas desnecessárias. Apesar dos avanços alcançados na área, como a alta cobertura de parto hospitalar (98%), a razão de mortalidade materna e perinatal ainda são elevadas, indicando possíveis fragilidades na qualidade dos serviços disponibilizados (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, vale uma análise sobre a distribuição nacional do indicador de mortalidade materna, uma vez que ele pode estabelecer uma relação direta com as mortes precoces e evitáveis, além de ser um preditivo de má qualidade de vida dessa população, e estar mais presente entre mulheres de baixo poder aquisitivo (ZERMIANI *et al.*, 2018).

Dentre as pactuações, em nível mundial, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), finalizados em 2015, tiveram como seu quinto objetivo (ODM-5) reduzir em 70% a Razão de Mortalidade Materna (RMM) de 1990 até 2015. Apesar da importância do acordo, a maioria dos países não conseguiu atingir a meta estabelecida, incluindo o Brasil que reduziu a RMM em aproximadamente 50% (BRASIL, 2018a).

A RMM fez parte de uma nova agenda de compromissos denominados de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), advindos da Conferência Rio+20, ocorrida em 2015, a nova agenda trouxe como objetivo 3.1 “reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100 mil nascidos vivos até 2030”. Este é um dos ODS que

deverá ser cumprido em 15 anos e possibilitará ações entre os signatários para cumprimento da meta (BRASIL, 2018 a).

Considerando que a meta global da RMM no Brasil tenha sido ultrapassada, essa não é uma realidade por unidade da federação. A exemplo disso, em 2015, a maior mortalidade materna foi observada no Maranhão, seguida do Amapá e Piauí, com RRM superior a 100 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos. Por outro lado, Santa Catarina foi o único estado do Brasil com RMM abaixo da meta do ODM-5. Este fato confirma as desigualdades de qualidade e acesso aos serviços de saúde locais, iniquidades diretamente ligadas às condições socioeconômicas que assolam as regiões norte e nordeste (BRASIL, 2018a).

No Acre, apesar da RMM (58,9 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos) ser inferior à média nacional (62), há uma tendência crescente no período de 1996 a 2013, conforme dados de estudo realizado em Rio Branco-AC, no qual constatou-se que a faixa etária (10 a 19 anos) é a de maior risco obstétrico, com o maior percentual de óbitos (69%); também estavam associados ao aumento da RMM a escolaridade baixa e a cor da pele, pois as que possuíam até três anos de estudos, as pardas e negras apresentaram tendência ascendente. Esses resultados revelam que ainda existem muitas fragilidades na assistência obstétrica prestada no Estado (BRASIL, 2015; ANDRADE; BEZERRA, 2016).

Dados da OMS revelaram que apesar de 70% das mulheres receberem cuidados antenatais e 46% dos partos serem realizados em serviços de saúde ainda existem muitas assimetrias no acesso aos serviços obstétricos. Em relação aos pré-natais, o percentual de atendimentos chega a 97% nas regiões desenvolvidas e 65% nas regiões menos desenvolvidas. Os partos realizados em instituições de saúde variam de 98% a 53% nas regiões mais desenvolvidas e menos desenvolvidas, respectivamente. Quanto ao atendimento dos partos por profissionais de saúde, as diferenças entre os países persistem, variando de 63,3% entre os desenvolvidos e 33,9% nos menos desenvolvidos. Dentre os países em desenvolvimento, o menor percentual foi o do Afeganistão com apenas 14% e os maiores na América do Sul com 85% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Isso sugere mudanças nas disparidades assistenciais mencionadas. Dessa maneira, os constantes debates e recomendações acerca da superação dos modelos de assistência ao parto ocorrem desde a década de 80, no entanto os números envolvendo a assistência obstétrica são preocupantes. Um exemplo disso é o número crescente de cesáreas que retrata o contraditório modelo obstétrico vigente, assim como a qualidade e complexidade dos fatores que cercam o parto (PATAH; MALIK, 2011).

Além disso, as práticas inadequadas são problemas significativos na atenção obstétrica e apresentam-se em diversos momentos, desde a gestação ao parto, e podem também atingir gestantes de risco habitual. Esses dados são relatados, em um estudo nacional desenvolvido com 23.894 gestantes, que indicou intervenções descontextualizadas dos aspectos clínicos e sem evidências científicas, portanto desnecessárias e possivelmente danosas ao público alvo (LEAL *et al.*, 2014).

O cenário reflete um modelo assistencial que despersonaliza o cuidado e preconiza o uso de tecnologias duras. Dessa problemática, emergiu necessidade um movimento mundial em prol da mudança de paradigma. Dessa forma, em consonância com recomendações da OMS, surgiu o Programa de Humanização da Assistência ao Parto, no Brasil, no ano 2000, com o propósito de promover o protagonismo feminino, redução de práticas intervencionistas desnecessárias, respeito às escolhas e outros benefícios à parturiente (SILVA *et al.*, 2017).

Apesar das estratégias desenvolvidas no decorrer dos anos, com o intuito de garantir atendimentos de qualidade às mulheres, estas ainda não conseguem promover mudanças significativas aos serviços obstétricos. Isso é perceptível nas inadequações de acesso, leitos hospitalares insuficientes, práticas não recomendáveis, tais como: uso rotineiro de ocitocina, episiotomia, manobra de Kristeller. Além de resultados assistenciais desfavoráveis: prematuridade, baixo peso e aumento no número de cesáreas (LEAL *et al.*, 2010).

Essa situação é corroborada em estudo realizado em Maringá-PR, no qual foram identificadas algumas situações que inviabilizam o cuidado humanizado: o conhecimento limitado das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos; a falta de orientação e preparo do acompanhante; relação conflituosa entre profissional de saúde e parturiente; inadequação de informações a parturientes e acompanhantes; condições estruturais precárias e assistência multiprofissional incipiente (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

O estudo de base hospitalar “Nascer no Brasil”, coordenado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (RJ), confirma o excessivo número de intervenções desnecessárias ou não recomendadas na assistência ao parto, dentre as quais: posição litotômica (91,7%), o uso da ocitocina (36,4%), amniotomia (39,1%), manobra de Kristeller (36,1%) e cesariana (51,9%). É importante salientar que estas práticas são ofertadas rotineiramente a mulheres com gestação de risco habitual (LEAL *et al.*, 2014).

Esse retrato de incoerências destaca-se como um grande desafio às entidades internacionais de saúde, haja vista que anualmente ocorrem cerca de 136 milhões de partos no mundo, exigindo o estabelecimento de diretrizes, normas e condutas para uma assistência adequada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Esses dados refletem também uma deficiência na adesão a outros modelos que não tenham como elementos centrais o médico e o hospital. Nesse sentido, o modelo colaborativo poderia ser uma alternativa, no qual a assistência hospitalar prevê a integração do médico e do enfermeiro obstétrico na equipe, assim como a doula. A participação desses outros profissionais pode equalizar o número de intervenções necessárias e o processo natural de parturição, uma vez que possibilita, por meio de protocolos clínicos, a atuação direta da obstetrix ou enfermeira obstétrica que atuam exclusivamente com mulheres de risco habitual (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Outra alternativa para superar o modelo intervencionista, constitui-se na realização do parto em Casas de Parto Normal que podem ser extra ou intra-hospitalares, tendo como eixo central de atuação a fisiologia do parto. O diferencial deste modelo é considerar o protagonismo das mulheres e de seus familiares no processo de parturição, respeitando as escolhas e necessidades. Além disso, a ambiência do local permite a continuidade do cuidado pela enfermeira obstétrica ou obstetrix (LOBO *et al.*, 2010).

Com a inserção e implementação das políticas voltadas à saúde da mulher é possível notar mudanças na qualidade da assistência. Entretanto, todos os esforços até aqui apresentados ainda não foram suficientes para suprimir práticas obsoletas e danosas no âmbito da obstetrícia. Dessa forma, é fundamental a apropriação dos mecanismos de avaliação dos processos envolvidos nos cuidados perinatais para que as mudanças sejam revertidas em práticas duradouras e menos iatrogênicas ao binômio mãe-filho.

### **2.3 Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto**

Para consolidação de um sistema de saúde de qualidade é necessário que este seja avaliado. Nessa análise devem ser considerados alguns aspectos, dentre os quais o aparato científico, os recursos humanos, materiais e financeiros envolvidos nas ações e serviços ofertados à população. Apesar dessa relevante consideração, esse processo é complexo, pois envolve mecanismos e interesses diversos (GIGLIO, 2010).



Essa necessidade constante de verificação da qualidade justifica-se pelo volume crescente de tecnologias voltadas para assistência em saúde, cujos efeitos, algumas vezes, podem ser indesejáveis e envolverem altos custos. No campo da obstetrícia não é diferente, por isso as intervenções praticadas nessa área merecem avaliação frequente, a luz das evidências científicas para o alcance de melhores resultados maternos e neonatais (HARTZ; SILVA, 2005).

Esse processo de avaliação pode contribuir na implementação de práticas adequadas realizadas desde a gestação ao parto, tendo em vista que elas podem reduzir desfechos perinatais desfavoráveis. O uso indevido das tecnologias, assim como a utilização de intervenções desnecessárias pode causar iatrogenias e prejuízos diversos à saúde da mãe e do concepto, tornando o momento do nascimento um evento traumático (LEAL *et al.*, 2014).

Os processos de avaliação em saúde vêm se intensificando nas últimas décadas, devido à crescente incorporação de tecnologias, exigindo rigor às normas científicas. Diante da magnitude envolvendo a temática, faz-se necessário uma base teórica-conceitual para sua implementação.

A abordagem avaliativa mais utilizada nos serviços de saúde baseia-se no constructo teórico preconizado por Donabedian que utiliza três componentes na avaliação: estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1988). A partir destes elementos, atribui-se o nível de qualidade aos serviços de saúde. Essa prática influencia diretamente na tomada de decisões gerenciais para otimização de recursos públicos e proporcionar resultados satisfatórios aos seus beneficiários (CAVALCANTE *et al.*, 2012).

Nesse sentido, a estrutura representa os recursos para a execução dos serviços; o processo, o *modus operandi* de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes; e os resultados, como os efeitos ou os produtos das ações dos serviços de saúde. Para que estes elementos estejam baseados na avaliação da qualidade, é importante destacar que estejam fundamentados em alguns dos sete preceitos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1988).

Para tanto, a avaliação em saúde exige uma variedade de componentes e ações para seu alcance, como a estrutura organizativa da atenção em saúde, as diretrizes clínicas, as desigualdades de distribuição social dos recursos, os resultados das ações, a eficiência e a interface com a produtividade, a correlação entre o conhecimento técnico e científico vigente, processos de implantação, assim como as relações estabelecidas entre os atores

envolvidos na produção de saúde: usuário, profissional e gestor (AMARAL; BOSI, 2017).

Essa prática vem ocorrendo há cerca de 25 anos, tendo como pioneiros, na década de 1980, os Estados Unidos e a Inglaterra no âmbito das publicações sobre taxa de mortalidade hospitalar. Recentemente, indicadores de processo como o relacionado à segurança do paciente foram incorporados, assim como diversas iniciativas de avaliações relacionadas à qualidade de serviços hospitalares têm sido utilizadas (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

No Brasil, essas questões só começam a ser discutidas nos anos de 1990. Nessa perspectiva, algumas iniciativas nacionais surgiram: a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, em 1994; a produção de consensos e diretrizes clínicas pelas sociedades profissionais a partir de 1996; a publicação do Manual de Normas para Hospitais em 1998 e a formação do Consórcio Brasileiro para Acreditação (CBA) em 1998. Percebe-se que no país, o processo de avaliação da qualidade dos serviços é muito recente quando se compara às práticas avaliativas de países desenvolvidos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2006).

Em 2005, surgiu um mecanismo de avaliação que condicionava o pagamento de subsídios financeiros aos gestores locais, mediante cumprimento de suas prerrogativas, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Outro elemento instituído, desde 2011, em nível federal, foi o programa de avaliação para qualificação do SUS por meio de um índice (ID-SUS). Ainda nesse escopo avaliativo, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) instituiu normas e ações voltadas para garantir a qualidade de ações serviços de saúde, quanto à segurança do paciente. O Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde (PRO-ADESS) também é uma medida importante para avaliação de desempenho do sistema de saúde que é estruturado nos moldes da acreditação hospitalar, na certificação de estabelecimentos e análise de satisfação dos usuários (VIACAVA *et al.*, 2012).

Apesar dessas iniciativas, ainda é desafiador no âmbito do SUS garantir condições estruturais adequadas aos serviços, haja vista que os micros e macroprocessos das políticas de saúde são muito instáveis. Assim, quando um dos pilares da qualidade está comprometido, pode desencadear vários outros entraves assistenciais, inclusive na prestação de cuidados obstétricos. Ressaltando essa constatação, a relação entre as mortes maternas e inadequação da atenção durante o ciclo gravídico-puerperal, que poderiam ser reduzidas se a assistência profissional e a estrutura institucional fossem apropriadas. Nesse caso, avaliando

constantemente os serviços, poderia induzir mudanças no modelo de atenção obstétrica (ROLIM *et al.*, 2011).

Embora a prática avaliativa seja imprescindível nos serviços de saúde, a literatura científica indica lacunas na incorporação dessa prática no cotidiano dos profissionais, visto que ainda ocorre de forma incipiente, permeada de extrema burocracia, sem caráter normativo, resultando em diversas barreiras para sua plena operacionalização (CARVALHO *et al.*, 2019).

Associadas a esses entraves, há outras dificuldades no desenvolvimento das práticas avaliativas: a complexidade do objeto a ser avaliado, a variedade de ferramentas avaliativas, assim como a confiabilidade dos dados a serem obtidos, documentos e informações para esse fim. Além disso, é pouco utilizado no SUS para subsidiar a tomada de decisões pelos gestores, fato que pode estar relacionado à formação profissional deficitária nesse campo de atuação (MALACARNE *et al.*, 2016).

Diante disso, uma das formas de avaliar a qualidade da atenção ao parto dá-se por meio de indicadores de processos tais como: partograma preenchido e anexado no prontuário clínico da paciente e a porcentagem de partos realizados por médico obstetra. Este último apresenta baixo poder de precisão, pois não mede a assistência prestada por outros profissionais da saúde (RIBEIRO *et al.*, 2016).

A qualidade da assistência à saúde materna e infantil pode ser medida pelos seguintes indicadores: percentual de mulheres que tiveram atendimento durante pré-natal, percentual de mulheres que tiveram partos institucionais e número de consultas pré-natais. Dentre estes, o primeiro é o indicador de qualidade, no tocante à redução da mortalidade materno-infantil, mais recomendado pela OMS na assistência ao parto (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Diante da necessidade de reduzir as elevadas taxas de intervenções a que são expostos a mulher e o recém-nascido, a OMS, em 1996, propôs algumas mudanças na assistência ao parto e nascimento. Destacando-se a ressignificação do parto como um evento fisiológico, a utilização de práticas baseadas nas melhores evidências científicas e o acesso às tecnologias apropriadas de atenção ao parto (CÔRTEZ *et al.*, 2018).

Seguindo essa orientação, a OMS elaborou um guia prático de cuidados durante parto normal, cujos principais procedimentos são classificados em quatro categorias: a) Procedimentos que são úteis e devem ser incentivados; b) Procedimentos prejudiciais e que devem ser abandonados; c) Procedimentos para os quais os conhecimentos existentes são

insuficientes para aprovar uma clara recomendação e devem ser usados com cautela até que mais estudos clarifiquem o assunto e, por último; d) Procedimentos que são frequentemente usados inapropriadamente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Em 2000, a OMS passa a recomendar o Escore de Bologna para avaliar a assistência ao parto vaginal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000), que se revela inovador, uma vez que envolve aspectos quali-quantitativos da assistência ao parto, embora não façam parte da rotina das instituições de saúde que prestam assistência ao parto (NOVO *et al.*, 2016).

Pautado na ideia de que, a princípio, o parto normal trata-se de um evento fisiológico, portanto deve ser conduzido com o mínimo de interferências, o Escore de Bologna é um potente indicador de avaliação do parto vaginal, por meio do qual são considerados procedimentos técnicos assistenciais e alguns aspectos da política de humanização ao parto (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Integram este escore cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcepe e/ou vácuo extrator); 4) Parto em posição não supina; 5) Contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (recomendado 30 minutos na primeira hora após o nascimento) (OLIVEIRA *et al.*, 2015). A cada medida é fixada uma pontuação: “1”, se presente, e “0”, se ausente. Quanto mais próxima da pontuação máxima (5), melhor condução do parto, e pontuações entre limites máximo (5) e mínimo (0) reproduzem às variabilidades da qualidade de assistência (GIGLIO, FRANÇA, LAMOUNIER, 2011).

Essas orientações permitiram uma melhor visualização das práticas obstétricas, fortalecendo a utilização correta das boas práticas e possibilitando uma assistência adequada no momento do trabalho de parto e parto. Promoveram ainda, autonomia à parturiente, por possibilitarem liberdade de escolhas, participação ativa em todo processo, proporcionaram alívio da dor e todo o apoio às necessidades físicas e emocionais do momento, ajudando a mulher a vivenciar com mais tranquilidade e segurança a parturição (VIEIRA *et al.*, 2016).

O reconhecimento e a efetiva utilização dessas recomendações são fundamentais para superação do modelo assistencial brasileiro marcado pelo excesso de intervenções obstétricas: altas das taxas de cesáreas, alcançando 43,8% em 2006 na média nacional; a episiotomia que apresenta média nacional de 71,6% e o uso de ocitocina entre 39,3% e 64,4%. Além de provocarem danos físicos às mulheres, revelam uma das incoerências

assistenciais voltadas à saúde materno-infantil, provocando adoecimento e morte tanto pela falta quanto pelo uso indevido e inseguro das tecnologias (VOGT *et al.*, 2011).

Apesar das mudanças advindas da adesão das boas práticas no Brasil, a plena implementação destas, ainda é uma realidade muito distante. Uma possível razão para isto reside na incipiente incorporação das mudanças entre instituições e profissionais. Assim, práticas obstétricas inadequadas, o uso não controlado de ocitocina, imobilização no leito, posição litotômica no parto, episiotomia e tricotomia endossam um modelo assistencial tão controverso (ANDRADE *et al.*, 2016).

Em 2018, a OMS lançou uma nova proposta para efetivo acompanhamento de parto vaginal. Trata-se de um aprimoramento das recomendações propostas pela OMS em 1996, com a publicação de 56 medidas obstétricas sugeridas aos profissionais em todo o processo de parturição. Percebe-se que a iniciativa é mais uma oportunidade para aperfeiçoar as práticas assistenciais vigentes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: a assistência ao trabalho de parto e parto nas maternidades de Rio Branco está em consonância com os parâmetros de Boas Práticas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde para o trabalho de parto e parto vaginal?

A seguir, são apresentados os Quadros 1 e 2 com estudos internacionais e nacionais relacionados a assistência ao trabalho de parto e parto.

**Quadro 1** – Estudos internacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto, no período de 2008 a 2018.

(Continua)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Sandin-Bojo; Kvist, 2008  Suécia	Descrever os atendimentos ao parto utilizando o Escore de Bologna.	Transversal Base hospitalar 2007	1.436 parturientes atendidas em 51 maternidades da Suécia.	<b>Resultado do Escore de Bologna:</b> (98,7%) presença do acompanhante (92,6%) uso do partograma (92,3%) contato pele-a-pele (55,2%) não estimulação do trabalho de parto
Chalmers <i>et al.</i> , 2009  Canadá	Descrever intervenções de rotina em trabalho de parto e parto relatados por mulheres à Pesquisa Experiência de Maternidade do Sistema de Vigilância Perinatal Canadense.	Transversal Base hospitalar 2006	6.421 mulheres do Censo canadense de 2006 e estratificada por província e território	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal:</b> <u>Categoria B</u> (47,9%) posição supina (44,8) parto induzido (19,1%) tricotomia <u>Categoria C</u> (15%) manobra de Kristeller
Bojo <i>et al.</i> , 2012 Phnom  Pehn, Camboja	Descrever o atendimento ao parto utilizando o Escore de Bologna no hospital terciário de Camboja.	Transversal Base hospitalar 2009	177 puérperas de partos vaginais atendidas em hospital terciário	<b>Resultado do Escore de Bologna :</b> 4 pontos (56,9%); 3 (24,3%); 2 (5,9%); 1 (2,0%) e 0 (0,6%).

**Quadro 1** – Estudos internacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto, no período de 2008 a 2018.

(Continua)

Autor/ano Local do estudo	Objetivo do estudo	Desenho de estudo e período	População do Estudo (N)	Principais resultados
Binfa <i>et al.</i> , 2016  Seis países da América Latina:  Argentina, Brasil, Chile, Peru, República Dominicana e Uruguai	Descrever desfechos obstétricos e neonatais de mulheres que receberam cuidados de parteiras; identificar o nível de bem-estar materno depois da experiência com as parteiras.	Transversal  Base hospitalar  2013	3.009 parturientes e puérperas de baixo risco atendidas nas maternidades dos 6 países  Amostra de conveniência	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <u>Categoria A</u> *M.N.F (91,9%) Uruguai (90,1%) Peru presença do acompanhante (74,7%) Chile (92,9%) Uruguai <u>Categorias C e D</u> uso de ocitocina no parto (85,8%) Chile (81,6%) Brasil hidratação parenteral durante trabalho de parto (90,6%) Chile (96,3%) República Dominicana <u>Episiotomia</u> (53,2%) Chile (52,3%) Peru

\*M.N.F – Medidas não farmacológicas de alívio à dor.

**Quadro 1** – Estudos internacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto, no período de 2008 a 2018.

(Conclusão)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Cederfeldt <i>et al.</i> , 2016  Catmandu, Nepal	Investigar a qualidade da assistência ao parto normal em hospital universitário	Transversal Base hospitalar 2013	271 parturientes	<b>Resultado Escore de Bologna :</b> (1,8%) presença do acompanhante (95,1%) uso do partograma (16,5%) contato pele-a-pele (29,3%) não estimulação do trabalho de parto (0%) posição não supina <b>Escore de Bologna :1,43</b>
Çalik; Karabulutlu; Yavuz, 2018  Kars, Turquia	Descrever o efeito de intervenções frequentes durante o trabalho de parto e a satisfação materna ao nascimento.	Transversal Base hospitalar 2015	351 puérperas de parto vaginal espontâneo atendidas em hospital estadual	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal</b> <u>Categoria B</u> (85,5%) proteção do períneo (80,6%) enema (72,9%) exame vaginal a cada 2 horas (74,9%) fluidos intravenosos (80,3%) restrição da dieta <u>Categorias C e D</u> (31,9%) amniotomia (68,9%) episiotomia (70,7%) indução do trabalho de parto (43,3%) pressão no fundo uterino



**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Continua)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Oliveira <i>et al.</i> , 2008  Rio de Janeiro, RJ	Analisar a qualidade da assistência ao trabalho de parto segundo risco gestacional e tipo de prestador	Transversal Base hospitalar 1999-2001	574 parturientes Amostra estratificada em 20 maternidades do SUS	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal</b> <u>Categoria A</u> (21,4%) presença do acompanhante <u>Categoria B</u> (75,7%) hidratação venosa (24,3%) amniotomia
Nagahama; Santiago, 2008  Maringá, PR	Caracterizar a assistência hospitalar ao parto e identificar obstáculos e aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado, pautando-se na percepção das mulheres sobre a atenção recebida.	Transversal Base hospitalar 2005-2006	569 puérperas que tiveram parto vaginal ou cesáreo Amostra estratificada por tipo de parto	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <u>Categoria A</u> presença do acompanhante (78%) hospital 1 (41,6%) hospital 2 (67,3%) M.N.F. (48,2%) banho de chuveiro (80,8%) contato pele-a- pele mãe e RN
Silva; Costa; Pereira, 2011  Rio de Janeiro, RJ	Descrever os cuidados de enfermagem obstétrica durante o parto normal	Transversal Base hospitalar 2007	1.287 Parturientes de maternidade pública de grande porte	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal:</b> <u>Categoria A</u> <b>Medidas de alívio à dor não farmacológicas</b> (77,8%) exercícios respiratórios <u>Categoria B</u> (51,3%) uso de ocitocina

**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Continua)

Autor/ano Local do estudo	Objetivo do estudo	Desenho de estudo e período	População do Estudo (N)	Principais resultados
Giglio, França, Lamounier, 2011  Goiânia, GO	Avaliar a qualidade da assistência aos partos normais	Transversal Base hospitalar 2007	404 puérperas  Amostra aleatória em 13 hospitais de referência para partos baixo risco	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <u>Categoria A</u> (19,5%) presença do acompanhante (28,5%) partograma <u>Categoria B</u> (62%) dieta zero (53,5%) uso de ocitocina <u>Categorias C e D</u> (55,4%) manobra de Kristeller (70,1%) episiotomia <b>Escore de Bologna</b> baixo: 1,04
Pereira; Dantas, 2012  Rio de Janeiro, RJ	Analisar as características assistenciais dos partos normais atendidos pelas enfermeiras obstétricas	Descritivo 2010	1.023 parturientes de baixo risco atendidas em maternidade pública.	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal:</b> <u>Categoria A</u> (52,9%) presença do acompanhante (34,5%) deambulação <u>Categoria B</u> (64,6%) posição horizontal (54,6%) uso de ocitocina <u>Categorias C e D</u> (15,2%) episiotomia

**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Continua)

Autor/ano Local do estudo	Objetivo do estudo	Desenho de estudo e período	População do Estudo (N)	Principais resultados
Silva <i>et al.</i> , 2013  São Paulo, SP.	Caracterizar a assistência intraparto em um centro de parto extra-hospitalar quanto às práticas recomendadas pela OMS.	Descritivo Base hospitalar 2006 – 2009	1.079 puérperas atendidas em Casa de Parto	<b>Resultado de Bologna:</b> <u>Pontuações</u> (7%) 0 (12,1%) 3 (44,1%) 1 (2,5%) 4 (40,4%) 2 (0,2%) 5
Leal <i>et al.</i> , 2014  Brasil	Avaliar o uso das boas práticas e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto.	Transversal Base hospitalar 2011-2012	23.894 mulheres de risco obstétrico habitual atendidas em hospitais públicos, privados e mistos localizados em 191 municípios brasileiros, em todos os Estados.	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <u>Categoria A:</u> (44,3%) livre movimentação (41,4%) uso do partograma <u>Categoria B</u> (92%) litotomia <u>Categorias C e D</u> (40%) uso de ocitocina e amniotomia. (37%) manobra de Kristeller (56%) episiotomia

**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Continua)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Oliveira <i>et al.</i> , 2015  Curitiba, PR	Avaliar a assistência ao parto e ao nascimento em maternidades de risco habitual, utilizando o Escore de Bologna.	Transversal  Base hospitalar  2013	406 puérperas que tiveram parto normal  03 maternidades públicas   Amostra aleatória	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal</b> <b><u>Categoria A:</u></b> (84%) banho de aspersão (94,5%) presença do acompanhante (82,3%) posição semisentada <b><u>Categoria B</u></b> (31%) uso de ocitocina <b><u>Categorias C e D</u></b> (53,4%) amniotomia
Ribeiro <i>et al.</i> , 2016  Teresina, PI	Investigar a qualidade da assistência ao parto normal em uma maternidade pública, conforme as normas da OMS.	Transversal  Base hospitalar  2014	91 puérperas atendidas em maternidade pública	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <b><u>Categoria A:</u></b> (95,6%) contato pele- a -pele <b><u>Categoria B</u></b> (42,9%) uso de ocitocina <b><u>Categorias C e D</u></b> (81,3%) pressão no fundo do útero <b>Resultado do Escore de Bologna</b> baixo: 1 (88,2%)

(continua)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Medeiros <i>et al.</i> , 2016  Cuiabá, MT	Analisar a assistência prestada em uma unidade de Pré-parto/Parto/Pós-parto (PPP) de um hospital de ensino após a inserção de enfermeiras obstétricas.	Transversal Base hospitalar 2014-2016	701 parturientes atendidas em hospital ensino	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal</b> <u>Categoria A</u> (88,7%) presença de acompanhante <u>Categorias B, C, D</u> (8,8%) episiotomia (27,6%) uso de ocitocina

**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Continua)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Sousa <i>et al.</i> , 2016  Belo Horizonte, MG	Discutir as práticas na assistência ao trabalho de parto e parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas.	Transversal Base hospitalar 2011-2013	468 parturientes atendidas em 2 maternidades públicas	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal</b> <u>Categoria A:</u> (96%) livre movimentação (95,4%) presença de acompanhante (77,4%) uso do partograma (74,2%) M.N.F. alívio à dor <u>Categoria B:</u> (66,8%) posição supina (41,7%) uso de ocitocina <u>Categorias C e D</u> (67,1%) amniotomia
Carvalho; Brito, 2016  Natal, RN	Descrever a assistência obstétrica prestada em maternidades públicas municipais durante o parto normal com uso do Índice de Bologna	Transversal Base hospitalar 2014	314 puérperas em duas maternidades públicas	<b>Resultados do Índice de Bologna:</b> (85,7) presença de acompanhante (2,2%) uso do partograma (39,5%) ausência de estimulação ao parto (0,3%) parto na posição não supina (79%) Contato pele- a- pele <b>Resultado do Escore de Bologna</b> baixo: 2,07

**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Continua)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Monguilhott <i>et al.</i> , 2018  Região Sul do Brasil	Analisar se a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto	Transversal Base hospitalar 2011	2.070 mulheres em trabalho de parto (atendidas em hospitais públicos, privados ou mistos Amostra estratificada	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal:</b> <u>Categoria A</u> (59,2%) livre movimentação (51,7%) presença de acompanhante <u>Categoria B</u> (52,2%) uso de ocitocina (43,6%) tricotomia <u>Categorias C e D</u> (51,2%) amniotomia (44,1%) episiotomia
Romão <i>et al.</i> , 2018  Uberlândia, MG	Identificar a qualidade da assistência durante o parto normal, segundo Escore Bologna	Transversal Base hospitalar 2017	82 puérperas em alojamento conjunto de uma maternidade pública	<b>Resultados do Escore de Bologna:</b> (87%) presença do acompanhante (100%) uso do partograma (29%) ausência de estímulos no trabalho de parto (7%) parto não supino (95%) contato pele-a-pele

**Quadro 2** – Estudos nacionais relacionados a avaliação da assistência do trabalho de parto e parto no Brasil, no período de 2008 a 2019.

(Conclusão)

<b>Autor/ano Local do estudo</b>	<b>Objetivo do estudo</b>	<b>Desenho de estudo e período</b>	<b>População do Estudo (N)</b>	<b>Principais resultados</b>
Lima <i>et al.</i> , 2018  Rio Branco, AC	Identificar as práticas obstétricas na assistência ao parto e nascimento	Transversal Base Hospitalar 2013-2014	460 puérperas atendidas em uma maternidade pública	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <u>Categoria A</u> (87%) presença do acompanhante (53,5%) uso de partograma (94%) contato pele-a-pele <u>Categoria B</u> (54,2%) amniotomia <u>Categorias C e D</u> (94,6%) posição supina
Inagaki <i>et al.</i> , 2019  Aracaju, SE	Identificar as práticas obstétricas adotadas durante a assistência ao parto e nascimento	Transversal 2015 - 2016	373 puérperas atendidas em maternidade pública.	<b>Práticas utilizadas na assistência ao parto vaginal :</b> <u>Categoria A</u> (66,7%) contato pele-a-pele (59,8%) livre movimentação <u>Categoria B</u> (63,3%) uso de ocitocina (98,8%) posição litotômica <u>Categorias C e D</u> (45,8%) amniotomia (34,6%) manobra de Kristeller



# **JUSTIFICATIVA**

### 3 JUSTIFICATIVA

Na Região Norte do Brasil, as disparidades ainda estão muito presentes nos níveis socioeconômicos e culturais, associados à baixa cobertura de serviços de saúde, trazendo impactos diretamente nos indicadores obstétricos e neonatais. Isso foi ratificado na pesquisa “Nascer no Brasil” ao revelar que as boas práticas assistenciais no trabalho de parto não alcançam 50% das parturientes, e são menos frequentes no Norte e Nordeste do país, por serem regiões menos desenvolvidas e com os piores indicadores obstétricos e perinatais do território nacional (LEAL *et al.*, 2014).

Algumas ações como o Plano de Qualificação das Maternidades e Redes Perinatais, Política Nacional de Humanização e Rede Cegonha propõem buscar patamares de qualidade aceitáveis aos serviços obstétricos a nível nacional. Para tanto, os processos envolvidos na parturição devem ser constantemente avaliados.

Diante disso, as recomendações estabelecidas pela OMS e as diretrizes brasileiras voltadas ao trabalho de parto e parto vaginal do MS norteiam as práticas adequadas, assim como o Escore de Bologna e podem auxiliar no monitoramento da qualidade dos serviços dispensados a essas mulheres.

Nesse sentido, reduzir a mortalidade materna em nível mundial está entre os objetivos da Organização das Nações Unidas (ONU) na “Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável” e de uma pauta internacional relevante de pesquisa para a área da saúde (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2015). Ainda, a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde na subagenda “Saúde Materno-Infantil” sugere a realização de estudos sobre os indicadores de atenção dos CPN habilitados no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2018b).

Vale salientar que se trata de uma temática ainda pouco estudada na região Norte e no Acre, com escassos estudos publicados. Partindo dessa constatação, faz-se necessário a avaliação dos processos assistenciais envolvidos na parturição, considerando que ao identificarmos as práticas obstétricas desenvolvidas nas rotinas das maternidades, poderá auxiliar os processos gerenciais e fornecer subsídios para a tomada de decisões dos profissionais envolvidos na assistência obstétrica.

# **OBJETIVOS**

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

- Avaliar as práticas da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco, Acre.

### **4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar as mulheres parturientes segundo características socioeconômicas, demográficas e de assistência materna;
- Estimar as prevalências das boas práticas de assistência ao trabalho de parto e parto vaginal recomendadas pela Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde do Brasil;
- Determinar o indicador de qualidade assistencial ao parto vaginal utilizando o Escore de Bologna;
- Verificar os fatores associados às boas práticas de assistência ao parto e ao trabalho de parto vaginal nas mulheres atendidas nas maternidades.

# **MATERIAL E MÉTODOS**

## 5 MATERIAL E MÉTODOS

### 5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo observacional transversal, avaliativo, subprojeto do projeto matriz intitulado “Utilização de medicamentos durante o período da gestação, parto e amamentação em gestantes do município de Rio Branco-Acre”, desenvolvido por um grupo de pesquisadores da UFAC/ENSP/FIOCRUZ.

O estudo foi pautado nos moldes da pesquisa avaliativa por meio de parâmetros estabelecidos por Donabedian (1988): estrutura, processo e resultado. Neste caso, a avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto normal foi estabelecida por meio da dimensão processo, por meio da qual as ações desenvolvidas na assistência obstétrica das maternidades em questão foram qualificadas, utilizando critérios estabelecidos pela OMS (1996), em consonância com as diretrizes assistenciais brasileiras do MS.

### 5.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido nas duas maternidades do município de Rio Branco, no Estado do Acre, cuja coleta de dados foi realizada entre 06 de abril e 10 de julho de 2015.

A Maternidade A é uma instituição pública de referência no atendimento obstétrico e neonatal, localizado na região de Saúde do Baixo Acre, composta por 11 municípios, atendendo todo o Acre, outros estados como Amazonas e Rondônia e de países como o Peru e Bolívia. Encontra-se integrada à Rede Cegonha, proporcionando atendimentos de média e alta complexidade, ambulatorial, urgência e emergência e internação sob demanda espontânea e referenciada de sua população-alvo. Por ser a única maternidade pública da capital acreana realizou um expressivo número de atendimentos em 2015, totalizando 6.485 partos, sendo 3.449 (53,20%) vaginais e 3.036 (46,80%) cesáreos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Esta unidade hospitalar dispõe de 69 leitos ativos no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), cinco Enfermarias (A, B, C, D e E) com 24 leitos destinados às gestantes de alto risco. A Enfermaria “D”, com dois leitos, destina-se à internação de pacientes pós-abortamento, curetagem, pós-óbito fetal e violência. Possui ainda 10 Enfermarias (F, G, H, I, J, K, L, M, N e O) de alojamento conjunto com 44 leitos, totalizando 68 leitos. Além disso, possui leitos complementares, sendo dois leitos de isolamento e dois leitos semi-intensivos.

O Centro de Parto Normal (CPN) da Maternidade A dispõe de oito leitos destinados à realização de parto normal e duas salas cirúrgicas, exclusivas para as cesarianas, além de uma sala para outras cirurgias obstétricas, quatro cavalinhos, três bolas de Bobat, uma balança. Os ambientes para realização do parto estão equipados com itens imprescindíveis, como, carrinho de desfibrilação, kits para reanimação do recém-nascido (RN) e da parturiente, para urgência e emergência e para os primeiros cuidados do RN.

Essa unidade também conta com 30 leitos neonatais, sendo: 10 de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), 10 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), 10 de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). Além disso, possui Centro Cirúrgico, Banco de Leite Humano e Serviço de Apoio Diagnóstico.

A estrutura física é do tipo horizontal constituída de dois blocos. O primeiro, o lado direito destinado ao atendimento ambulatorial, com os respectivos ambientes: três consultórios para atendimento às gestantes de alto risco, uma sala de observação com medicação, uma sala para ordenha. Do lado esquerdo, da entrada principal, funciona um dos três ambientes destinados ao Banco de Leite, a sala de Classificação de Risco, o Núcleo Interno de Regulação (NIR), uma sala para realizar as ultrassonografias, três consultórios para atendimento às urgências.

Os atendimentos nesta unidade hospitalar obedecem ao seguinte fluxo: ao chegar na unidade, a mulher é cadastrada e aguarda o chamado pela equipe da classificação de risco para posterior atendimento médico.

A Maternidade B é uma instituição filantrópica que atende usuários do SUS em caráter complementar e convênios, integra a Rede Cegonha e atua em complementariedade ao serviço da Maternidade A. É importante salientar que o CPN da unidade de saúde, atende à demanda referenciada por central de regulação e demanda espontânea, realizando uma quantidade significativa de partos vaginais. No ano de 2015, a unidade hospitalar registrou 1.621 partos vaginais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

No tocante ao quantitativo de leitos: o CPN possui seis, 14 no Alojamento Conjunto (ALCON), oito leitos de gestantes de alto risco, seis de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), dos quais um é de Isolamento, cinco leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), três de Unidade de Cuidado

Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa). A unidade hospitalar também dispõe de um Centro Cirúrgico, composto por cinco salas cirúrgicas, sendo uma utilizada apenas para a realização de cesarianas. O CPN desta maternidade foi inaugurado em 2014, apresentando instalações modernas e adequadas para realização de atividades assistenciais. Possui um posto de enfermagem, seis quartos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), um com banheira, mas todos possuem banheiro conjugado, bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente, cama PPP com colchão revestido em material lavável, berço de acrílico e poltrona para acompanhante. Próximo ao CPN existe uma área destinada à deambulação das parturientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

### **5.3 População e amostra do estudo**

O projeto matriz “Utilização de medicamentos durante o período da gestação, parto e amamentação em gestantes do município de Rio Branco-Acre” utilizou como referência a ocorrência de 6.943 partos nas duas maternidades do município em 2014. Para cálculo amostral foi adotado um erro de 3%, poder de teste de 80% e uma razão de chance estimada de 2,0 para os fatores de exposição analisados, resultando em um tamanho amostral de 1.190 puérperas.

A população elegível para este estudo foi composta pelo universo das parturientes residentes na área urbana do município de Rio Branco e que pariram nas duas maternidades. Foram adotados como critérios de inclusão: mulheres que tiveram parto vaginal, com recém-nascido (RN) vivo e em apresentação cefálica. Considerou-se parto vaginal ou espontâneo, aquele de baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante as 42 semanas completas de gestação e após o nascimento, mãe e filho permanecem em boas condições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). E como critérios de exclusão: mulheres que tiveram cesárea e distúrbios psiquiátricos que impossibilitaram a realização da entrevista.

Dessa forma, foram selecionadas 623 puérperas que constituíram a amostra do estudo que se enquadraram nos critérios de elegibilidade. No entanto, obtivemos 74 perdas, totalizando 549 puérperas, das quais 367 foram assistidas na Maternidade A e 182 na Maternidade B.



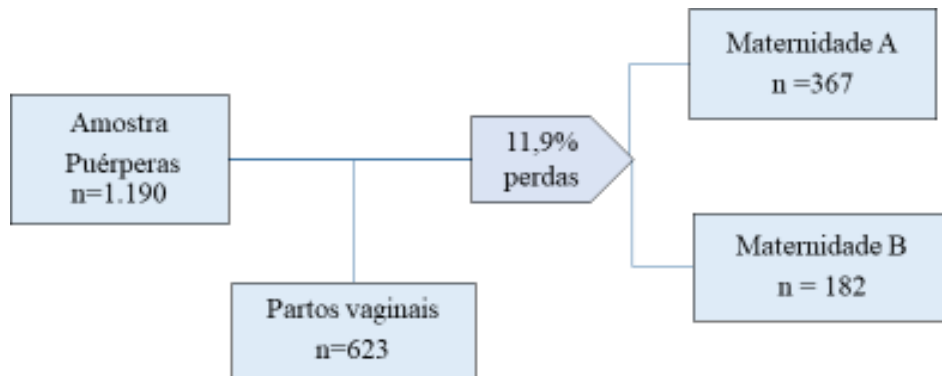


Figura 1: Amostra do estudo, Rio Branco, AC, Brasil, 2015.

#### 5.4 Procedimentos para coleta de dados

Na pesquisa matriz foram selecionados e treinados estudantes de graduação de cursos na área de saúde e/ou profissionais de ensino superior para a coleta de dados, visando a padronização e a confiabilidade das informações prestadas.

Considerando as potenciais participantes de pesquisa, os auxiliares de pesquisa abordavam as puérperas esclarecendo-as sobre o objeto e procedimentos da pesquisa e convidando-as a participar de estudo, e após a anuência firmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) iniciava-se a coleta de dados.

Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com as puérperas, utilizando um instrumento de coleta de dados semiestruturado (Anexo A) constituído de diversos módulos acerca de dados sociodemográficos, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal e ao parto. Esse instrumento foi aplicado ainda no ambiente hospitalar, cerca de 12 horas após o parto, com as mulheres em alojamentos conjuntos. Após a entrevista, os auxiliares de pesquisa coletaram dados da caderneta da gestante. Para a obtenção dos dados do prontuário clínico da puérpera foi elaborado um instrumento semiestruturado (Apêndice A). Esse formulário continha informações sobre a assistência obstétrica durante trabalho de parto e parto, com o objetivo de coletar dados sobre assistência ofertada à parturiente no serviço de saúde.

## 5.5 Aspectos éticos

O projeto matriz “Utilização de medicamentos durante o período da gestação, parto e amamentação em gestantes do município de Rio Branco, Acre” desenvolvido por um grupo de pesquisadores da UFAC/ENSP/FIOCRUZ, foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre, sob CAAE nº 31007414.0.0000.5010 e Parecer nº 760.821 (Anexo B). Os princípios éticos da Resolução nº 466 de 2012, do Conselho Nacional de Saúde foram atendidos, sendo que todas as entrevistadas tiveram a garantia do direito de não participação e assegurado o sigilo das informações coletadas.

Para o desenvolvimento do presente estudo, a coordenadora da pesquisa matriz forneceu a autorização para a utilização do banco de dados original ( Anexo C).

## 5.6 Variáveis do estudo

As variáveis de interesse para o estudo e o modo como foram organizadas estão apresentados a seguir:

### 5.6.1 Características socioeconômicas, demográficas e maternas:

5.6.1.1 Idade (em anos): agrupada por quatro faixas etárias: 13-18; 19-24; 25-34; ou  $\geq 35$ .

5.6.1.2 Estado civil: solteira, casada ou vive com companheiro.

5.6.1.3 Cor da pele autorreferida materna: 1) branca, 2) negra, 3) amarela (asiáticas), 4) parda (morena/mulata) ou 5) indígena. Foram agrupadas em branca ou não branca, devido à pequena proporção de mulheres de cor de pele de outras categorias.

5.6.1.4 Escolaridade: classificada em: até ensino fundamental; ensino médio; ou ensino superior.

5.6.1.5 Condição econômica: este estudo pautou-se nos critérios estabelecidos pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) que estratifica a população em classes econômicas, a partir da avaliação do poder de compra de grupos de indivíduos com características semelhantes e no grau de escolaridade do chefe da família. Assim, são determinados os estratos conforme os pontos de corte: A1 (42-46 pontos); A2 (25-41 pontos); B1 (29-34 pontos); B2 (23-28 pontos); C1 (18-22 pontos); C2 (14-17 pontos); D (8-13 pontos) ou E (0-7 pontos) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010).

5.6.1.6 Renda familiar: classificada em: até 1,5 salários mínimos (SM) ou maior ou igual a 1,5 SM.

5.6.1.7 Gravidez planejada: sim ou não.

5.6.1.8 Paridade: classificada em: primíparas (primeiro parto) ou multíparas (2 ou mais partos).

5.6.1.9 Número de consultas pré-natais: categorizada em: 1-5; 5-8 ou >8 consultas.

5.6.1.10 Tipo de serviço que recebeu assistência ao parto: público ou privado.

## 5.6.2 Caracterização da assistência obstétrica:

5.6.2.1 Situação obstétrica da gestante no momento da admissão hospitalar: em estágio latente de trabalho de parto; situação de indução; em trabalho de parto; ou período expulsivo.

5.6.2.2 Reavaliação do risco obstétrico: sim ou não.

5.6.2.3 Checados dados do pré-natal: sim ou não.

5.6.2.4 Verificação de batimentos cardíacos (BCF): sim ou não.

5.6.2.5 Verificação de altura uterina, dilatação e apagamento do colo uterino: sim ou não.

5.6.2.6 Avaliação de membranas amnióticas: íntegras ou rotas.

5.6.2.7 Verificação de sinais vitais maternos: sim ou não.

5.6.2.8 Avaliação de condição clínica da puérpera no pós-parto imediato: foram checadas (sim ou não) as seguintes condições/procedimentos: involução uterina; característica dos lóquios (cor, odor e quantidade); integridade do períneo; retenção de tecidos placentários; uso e indicação de medicamentos.

## 5.7 Práticas mais utilizadas no trabalho de parto e parto, segundo recomendações da OMS (1996):

### Categoria A: práticas eficazes que devem ser incentivadas:

Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor

5.7.1 Uso do partograma: sim ou .

5.7.2 Presença do acompanhante: sim ou não.

5.7.3 Tipo de acompanhante na admissão: sozinha; companheiro; pais; vizinhos/amigos; outros familiares; ou outros.

### Categoria B: práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas:

- 5.7.4 Restrição hídrica e alimentar: sim ou não.
- 5.7.5 Uso rotineiro de ocitocina: sim ou não.
- 5.7.6 Exame retal: sim ou não.
- 5.7.7 Exploração manual do útero após o parto: sim ou não.
- 5.7.8 Posição supina: sim ou não.
- 5.7.9 Lavagem uterina: sim ou não.

Categorias C e D: práticas para as quais não há evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada:

- 5.7.10 Episiotomia: sim ou não.
- 5.7.11 Clampeamento precoce de cordão umbilical: sim ou não.

Parâmetros do Escore de Bologna (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000):

- 5.7.12 Presença do acompanhante: sim ou não.
- 5.7.13 Posição não supina: sim ou não.
- 5.7.14 Contato pele-a-pele precoce entre mãe e filho (primeira hora de vida): sim ou não.
- 5.7.15 Ausência de estímulos ao parto (uso de ocitocina): sim ou não.
- 5.7.16 Uso do partograma: sim ou não.

A cada parâmetro atendido foi atribuída uma pontuação, se presente “1” e se ausente “0”. O escore final foi obtido por meio do somatório da pontuação de todos os parâmetros. Este valor foi utilizado para representar a adequada condução do parto, da seguinte forma: quanto mais próximo de cinco, melhor a qualidade, e quanto mais próximo de 0 (zero), pior a qualidade. Níveis intermediários de qualidade serão encontrados entre os dois extremos (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Assim, a qualidade de assistência ao parto pelo Escore de Bologna foi estratificada em:

- 5.7.17 Excelente: nível obtido quando todos os parâmetros do Escore de Bologna são contemplados, atingindo a pontuação máxima (5), considerada ideal.
- 5.7.18 Intermediária: nível alcançado quando 3 ou 4 pontos/parâmetros do Escore de Bologna são atingidos.
- 5.7.19 Ruim: nível obtido quando 0 a 2 pontos/parâmetros do Escore de Bologna são atingidos, sendo considerado o pior nível de qualidade assistencial ao parto.

Por fim, para determinar a qualidade da assistência do trabalho de parto e parto vaginal nesse estudo foi utilizado o Escore de Bologna, as frequências da utilização das Boas

Práticas de Assistência ao Trabalho de Parto e Parto recomendadas pela OMS (1996) (Anexo D), Ministério da Saúde (BRASIL, 2017) e o percentual de partos assistidos por profissionais de saúde. Então, considerou-se a qualidade de assistência ao parto quando se encontra a associação de baixas induções de parto, altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto Escore de Bologna. Considerando que o período da coleta de dados da pesquisa deu-se em 2015, as Boas Práticas de Assistência ao Trabalho de Parto e Parto recomendadas pela OMS vigentes foram as de 1996.

### 5.8 Tratamento e análise de dados

Os dados obtidos da caderneta da gestante, das entrevistas às puérperas e dos prontuários clínicos foram integrados e digitados, por dupla checagem utilizando o programa Microsoft Office Excel® e, posteriormente, exportados para o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) - Chicago, IL, 2008, para serem analisados de forma descritiva e inferencial.

Dos 623 partos vaginais que constituíram a amostra, 11,9% (n=74) foram consideradas perdas, haja vista que parte das informações de assistência ao trabalho de parto e parto advinham dos prontuários clínicos que foram extraviados ou não foi possível o acesso, sendo, portanto, analisados dados de 549 puérperas.

A descrição das variáveis categóricas foi realizada por meio das distribuições de frequências absoluta (n) e relativa (%) e média e desvio padrão para as variáveis numéricas.

Na estatística inferencial, a variável dependente foi o Escore de Bologna, estratificada conforme os níveis de qualidade assistencial obstétrica (excelente, intermediária ou ruim) e as variáveis independentes foram às características socioeconômicas, demográficas e de assistência materna. Como os casos analisados se enquadraram apenas nos estratos intermediário ou ruim do Escore de Bologna, as diferenças entre as proporções das variáveis categóricas foram obtidas por meio do teste Qui-quadrado de Pearson.

Os fatores associados foram obtidos por regressão logística, em que as variáveis independentes que apresentaram  $p < 0,20$  foram inseridas em um modelo múltiplo pelo método de seleção *stepwise forward*, permanecendo no modelo as variáveis com significância estatística ( $p < 0,05$ ). Os resultados foram expressos por meio de razões de chance bruta e ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança (95%).

# **RESULTADOS**

## 6 RESULTADOS

Dos 623 partos vaginais que constituíram a amostra do estudo, houve 74 (11,9%) perdas devido à ausência das informações de assistência ao trabalho de parto e parto provenientes dos prontuários clínicos, sendo analisados dados de 549 puérperas, das quais 367 foram assistidas na Maternidade A e 182 na Maternidade B.

Das 549 parturientes analisadas, a média de idade foi de 23,87 anos, observando-se que a maioria estava na faixa etária de 19 a 34 anos (68,4%), consideraram-se pardas (81,3%), apresentavam situação conjugal em união consensual (79,3%), possuíam escolaridade de ensino médio (50,9%), pertenciam as classes sociais C e D (83%) e com renda familiar de até 1,5 salários mínimos (51,3%). Em relação às características obstétricas, apesar de quase 59,2% delas serem multíparas, 66% das gestações não foram planejadas. Em relação ao pré-natal, 63,4% das mulheres realizaram mais de seis consultas (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e obstétricas das puérperas do estudo, Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549) (continua)

Variáveis	*N	%
Idade da mãe		
13 -18 anos	114	23,1
19 - 24 anos	176	35,7
25 - 34 anos	161	32,7
≥ 35 anos	42	8,5
Cor da pele autodeclarada		
Branca	44	8,9
Negra	34	6,9
Amarela (asiáticas)	10	2,0
Parda (morena/mulata)	400	81,3
Indígena	4	0,8
Situação conjugal		
Solteira	87	17,6
Casada/vive com companheiro	391	79,3
Tem companheiro, mas não vive com ele	15	3,0
Escolaridade materna		
Até ensino fundamental 2	174	35,3
Ensino médio	251	50,9
Ensino superior	68	13,8

(Continua)

\*Os totais podem variar devido aos missings.

\*\*Salário mínimo vigente em 2015: R\$ 788,00.

Classe ABEP		
B	61	12,5
C	268	55,0
D	138	28,3
E	20	4,1
Renda familiar		
Até 1,5 salários mínimos**	215	51,3
≥ 1,5 salários mínimos	204	48,7
Gravidez planejada		
Sim	322	65,7
Não	168	34,3
Número de consultas pré-natais		
Nenhuma	4	0,7
1 a 5	194	35,9
6 a 8	245	45,4
≥ 9	97	18,0
Paridade		
Primípara	201	40,3
Múltipara	298	59,7
Tipo de serviço		
SUS	539	98,2
Convênios/Privado	10	1,8

Os aspectos da assistência hospitalar, desde admissão ao pós-parto imediato que são essenciais ao monitoramento da vitalidade fetal e evolução do trabalho de parto e parto estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da assistência obstétrica das puérperas do estudo, Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549)

Variáveis	*N	%
<b>ADMISSÃO</b>		
Situação obstétrica da gestante		
Estágio latente em trabalho de parto	20	4,1
Situação de indução	13	2,6
Trabalho de parto	450	91,3
Período expulsivo	10	2,0
Reavaliação do risco obstétrico		
Sim	189	34,4
Não	360	65,6



(continua)

Checados dados do pré-natal		
Sim	197	35,9
Não	352	64,1
Verificação dos batimentos cardíofetais (BCF)		
Sim	474	86,3
Não	75	13,7
Verificação da altura uterina		
Sim	360	65,6
Não	189	34,4
Dilatação do colo uterino		
Sim	441	80,3
Não	108	19,7
Apagamento do colo uterino		
Sim	341	62,1
Não	208	37,9
Avaliação das membranas amnióticas		
Íntegras	321	80,0
Rotas	80	20,0
Sem informação	148	12,3
Verificação de sinais vitais maternos		
Sim	466	84,9
Não	83	15,1

---

**TRABALHO DE PARTO E PARTO**

---

Verificação dos batimentos cardíofetais (BCF)		
Sim	482	87,8
Não	67	12,2
Verificação da altura uterina		
Sim	407	74,1
Não	142	25,9
Dilatação do colo uterino		
Sim	444	80,9
Não	105	19,1
Apagamento do colo uterino		
Sim	377	68,7
Não	172	31,3
Verificação de sinais vitais maternos		
Sim	496	90,3
Não	53	9,7

---

**PÓS-PARTO IMEDIATO**

---

Involução uterina		
Sim	475	86,5
Não	74	13,5

(conclusão)

Cor, odor e quantidade dos lóquios		
Sim	497	90,5
Não	52	9,5
Integridade do períneo		
Sim	440	80,1
Não	109	19,9
Retenção de tecidos placentários		
Sim	12	2,2
Não	537	97,8
Administração de medicamentos no pós-parto		
Sim	512	100
Não	0	0,0
Indicação dos medicamentos		
Dor	387	76,2
Dor e hemorragia	78	15,4
Dor, hemorragia e infecção	21	4,1
Dor, hemorragia e outras causas	3	0,6
Dor e infecção	8	1,6
Dor, infecção e outras causas	2	0,4
Dor e outras causas	5	1,0
Hemorragia	3	0,6
Outros	1	0,2

Destaca-se na tabela 2 que dentre os procedimentos verificados ou realizados durante o trabalho de parto e parto foram encontrados: verificação dos BCF (87,8%), altura uterina (74,1%), dilatação do colo uterino (80,9%), apagamento do colo uterino (68,7), verificação de sinais vitais maternos (90,3%). Já no pós-parto imediato avaliou-se involução uterina (86,5%), cor, odor e quantidade dos lóquios (90,5%), integridade do períneo (80,1%), laceração de trajeto (45,9%), retenção de tecidos placentários (2,2%), administração de medicamentos no pós-parto (100%), dos quais 76,6% foram indicados para dor.

A tabela 3 apresenta a frequência das práticas mais utilizadas durante a assistência aos partos vaginais, conforme recomendações da OMS (1996).

Tabela 3 - Frequência das práticas mais utilizadas durante a assistência aos partos vaginais, conforme recomendação da OMS (1996), Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549) (continua)

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categoria A: práticas eficazes que devem ser incentivadas</b>		
Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor		
Sim	162	29,5
Não	387	70,5
Uso do partograma		
Sim	113	20,6
Não	436	79,4
Contato cutâneo precoce entre mãe e filho		
Sim	268	48,8
<b>Categoria B: práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas</b>		
Restrição hídrica e alimentar		
Sim	151	27,5
Não	398	72,5
Uso rotineiro de ocitocina		
Sim	439	80,0
Não	110	20,0
Exame retal		
Sim	1	0,2
Não	548	99,8
Exploração manual do útero após o parto		
Sim	17	3,1
Não	526	96,9
Posição supina		
Sim	397	72,3
Não	152	27,7
Lavagem uterina		
Sim	1	0,2
Não	548	99,8
<b>Categorias C e D: práticas para as quais não há evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada</b>		
Episiotomia		
Sim	20	9,3
Não	196	90,7
Clampeamento precoce de cordão umbilical		
Sim	25	7,8
Não	295	92,2

\*Os totais podem variar devido aos missings.

Entre as práticas eficazes que devem ser incentivadas identificou-se uma baixa adesão aos métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor (29,5%) e ao uso

do partograma (20,6%) na assistência às parturientes. Por outro lado, 92,9% das investigadas possuíam acompanhante durante o trabalho de parto e parto vaginal.

Quanto às práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas, verificou-se o uso da ocitocina em 80% e a posição supina em 72,3% das mulheres investigadas. Em contrapartida, constata-se práticas em desuso na assistência prestada como lavagem uterina (0,2%), exploração manual do útero (3,1%) e exame retal (0,2%).

Sobre as práticas sem evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada apresentaram frequências inferiores à 10%: episiotomia (9,3%) e clampeamento precoce de cordão umbilical (7,8%).

A tabela 4 apresenta as pontuações alcançadas segundo os estratos de qualidade ao parto, atribuídas pelo Escore de Bologna, em que se verificou que a maioria dos atendimentos prestados às parturientes foi classificado como de qualidade ruim (64,2%). Ainda, destes resultados extraiu-se a média de 2,05 ( $\pm 0,9$ ) de qualidade assistencial, que também enquadraria-se na classificação de qualidade ruim.

Tabela 4 - Escore de Bologna dos partos vaginais realizados nas maternidades, Rio Branco, AC, Brasil, 2015. (n= 549)

Escore de Bologna	Pontuação	Maternidade A		Maternidade B		Total	
		n	%	n	%	n	%
Intermediário*	4	23	6,3	17	9,3	40	7,3
	3	111	30,2	45	24,7	156	28,4
Ruim**	2	92	25,1	57	31,3	149	27,1
	1	137	37,3	63	34,6	200	36,4
	0	4	1,1	0	0	4	0,7

\*A classificação intermediária compreende pontuações de 4 e 3.

\*\*A classificação ruim compreende pontuações entre 2 e 0.

A tabela 5 apresenta a associação entre a qualidade de assistência ao parto com os níveis intermediário e ruim do Escore de Bologna obtidos pela amostra estudada. Entre as variáveis sociodemográficas e obstétricas das participantes analisadas, apenas Classe ABEP apresentou diferenças estatisticamente significantes.

Tabela 5 - Distribuição da frequência absoluta e relativa do Escore de Bologna no trabalho de parto e parto vaginal segundo características socioeconômicas, demográficas e maternas, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549)

Variável	Escore de Bologna		p-valor*
	n(%)	n(%)	
Classe ABEP	Intermediário	Ruim	
B	17 (27,9)	44 (72,1)	
C	114 (42,5)	154 (57,5)	<b>0,013</b>
D	42 (30,4)	96 (69,6)	
E	4 (20,0)	16 (80,0)	
Escolaridade			
Até ensino fundamental 2	52 (29,9)	122 (70,1)	
Ensino médio	102 (40,6)	149 (59,4)	0,075
Ensino superior	24 (35,3)	44 (64,7)	
Gravidez planejada			
Não	109 (33,9)	213 (66,1)	0,187
Sim	67 (39,9)	101 (60,1)	
Paridade			
Primípara	80 (38,5)	128 (61,5)	0,224
Múltipara	112 (33,3)	224 (66,7)	
Tipo de serviço			
SUS	194 (36,0)	345 (64)	0,296
Particular	2 (20)	8 (80)	
Cor da pele autorreferida			
Branca	18 (40,9)	26 (59,1)	0,475
Não branca	159 (35,5)	289 (64,5)	
Situação conjugal			
Solteira	39 (38,2)	63 (61,8)	0,615
Casada/vive com companheiro	139 (35,5)	252 (64,5)	
Faixa etária			
13 -18 anos	45 (39,5)	69 (60,5)	0,654
19 - 24 anos	63 (35,8)	113 (64,2)	
25 - 34 anos	53 (32,9)	108 (67,1)	
≥ 35 anos	17 (40,5)	25 (59,5)	
Renda familiar			
Até 1,5 salários mínimos	76 (35,3)	139 (64,7)	0,824
≥ 1,5 salários mínimos	70 (34,3)	134 (65,7)	
Número de consultas pré-natais			
até 5	71 (35,9)	127 (64,1)	0,965
6 ou mais	122 (35,7)	220 (63,4)	

\*Teste Qui-quadrado de Pearson.

A tabela 6 apresenta os fatores associados a uma assistência ruim do Escore de Bologna de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas e maternas. Verifica-se a ocorrência da qualidade de assistência obstétrica ruim apresentou chances significativamente menores entre as parturientes pertencentes a Classe C ( $RC_{bruta}$ : 0,52; IC95%: 0,28-0,96).

Tabela 6 - Razão de chance (RC) para o Escore de Bologna no trabalho de parto e parto vaginal associados às variáveis de caracterização e maternas, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549)

Variável	Escore de Bologna		$RC_{Bruta}$	IC 95%
	Intermediário	Ruim		
	n(%)	n(%)		
Classe ABEP				
B	17 (27,9)	44 (72,1)	1	
C	114 (42,5)	154 (57,5)	<b>0,52</b>	<b>(0,28 - 0,96)</b>
D	42 (30,4)	96 (69,6)	0,88	(0,45 - 1,72)
E	4 (20,0)	16 (80,0)	1,54	(0,45- 5,29)
Escolaridade				
Ensino superior	24 (35,3)	44 (64,7)	1	
Até ensino fundamental 2	52 (29,9)	122 (70,1)	1,28	(0,71 - 2,32)
Ensino médio	102 (40,6)	149 (59,4)	0,79	(0,45 - 1,40)
Gravidez planejada				
Sim	67 (39,9)	101 (60,1)	1	
Não	109 (33,9)	213 (66,1)	1,29	(0,88 - 1,90)
Paridade				
Múltipara	112 (33,3)	224 (66,7)	1	
Primípara	80 (38,5)	128 (61,5)	1,25	(0,87 - 1,80)
Tipo de serviço				
Convênio/Privado	2 (20,0)	8 (80,0)	1	
SUS	194 (36,0)	345 (64,0)	2,25	(0,47 - 10,70)
Cor da pele autorreferida				
Branca	18 (40,9)	26 (59,1)	1	
Não branca	159 (35,5)	289 (64,5)	1,26	(0,67 - 2,36)
Situação conjugal				
Casada/vive com companheiro	139 (35,5)	252 (64,5)	1	
Solteira	39 (38,2)	63 (61,8)	1,12	(0,71 - 1,76)
Faixa etária				
≥ 35 anos	17 (40,5)	25 (59,5)	1	
13 -18 anos	45 (39,5)	69 (60,5)	1,04	(0,51 - 2,14)
19-24 anos	63 (35,8)	113 (64,2)	1,22	(0,61 - 2,43)
25-34 anos	53 (32,9)	108 (67,1)	1,39	(0,69 - 2,78)

(continua)

Renda familiar				
≥ 1,5 salários mínimos	70 (34,3)	134 (65,7)	1	
até 1,5 salários mínimos	76 (35,3)	139 (64,7)	0,95	(0,64 - 1,43)
Número de consultas pré-natais				
6 ou mais	122 (35,7)	220 (63,4)	1	
até 5	71 (35,9)	127 (64,1)	0,99	(0,69 - 1,43)

A tabela 7 mostra os fatores associados a uma assistência ruim do Escore de Bologna, cuja ocorrência apresentou chances significativamente maiores entre as puérperas sem registro de verificação da altura uterina ( $RC_{bruta}$ : 2,40; IC95%: 1,47-3,89), da dilatação do colo uterino ( $RC_{bruta}$ : 3,36; IC95%: 1,71-6,61) e do apagamento do colo uterino ( $RC_{bruta}$ : 1,94; IC95%: 1,25-2,99) em relação aquelas com registro durante o trabalho de parto e parto.

Tabela 7 - Razão de chance (RC) para o Escore de Bologna no trabalho de parto e parto vaginal associados às variáveis de assistência materna, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549)

Variável	Escore de Bologna		$RC_{Bruta}$	IC 95%
	Intermediário	Ruim		
	n(%)	n(%)		
Verificação da altura uterina				
Em dois momentos	135 (40,1)	202 (59,9)	1	
Na admissão	6 (26,1)	17 (73,9)	1,89	(0,73-4,92)
No trabalho de parto	29 (41,4)	41 (58,6)	0,94	(0,56-1,60)
Sem informação	26 (21,8)	93 (78,2)	<b>2,40</b>	<b>(1,47-3,89)</b>
Verificação da dilatação do colo uterino				
Em dois momentos	159 (39,4)	245 (60,6)	1	
Na admissão	11 (29,7)	26 (70,3)	1,53	(0,74-3,19)
No trabalho de parto	15 (37,5)	25 (62,5)	1,08	(0,55-2,11)
Sem informação	11 (16,2)	57 (83,8)	<b>3,36</b>	<b>(1,71-6,61)</b>
Verificação do apagamento do colo uterino				
Em dois momentos	123 (38,8)	194 (61,2)	1	
Na admissão	10 (45,5)	12 (54,5)	0,76	(0,32-1,81)
No trabalho de parto	25 (43,1)	33 (56,9)	0,84	(0,47-1,47)
Sem informação	37 (24,7)	113 (75,3)	<b>1,94</b>	<b>(1,25-2,99)</b>
Verificação dos batimentos cardíofetais no trabalho de parto				
Sim	180 (37,3)	302 (62,7)	1	
Não	16 (23,9)	51 (76,1)	1,62	(0,94-2,80)

A tabela 8 mostra os fatores associados à qualidade da assistência ruim, conforme o Escore de Bologna, considerando um modelo múltiplo.

Tabela 8 - Modelo final dos fatores associados à qualidade da assistência ruim no trabalho de parto e parto vaginal, Rio Branco, AC, 2015. (n= 549)

<b>Modelo Múltiplo</b>	<b>RC<sub>Ajustada</sub></b>	<b>IC 95%</b>
Verificação da altura uterina		
Em dois momentos	1	
Na admissão	1,77	(0,66 - 4,68)
No trabalho de parto	0,92	(0,51 - 1,68)
Sem informação	2,23	(1,29 - 3,83)
Classe ABEP		
B	1	
C	<b>0,51</b>	(0,28 - 0,95)
D	0,82	(0,42 - 1,61)
E	1,61	(0,47 - 5,57)

O modelo final reiterou que não apresentar registro da verificação da altura uterina, aumentou duas vezes a chance de uma assistência ruim quando comparado às puérperas com registro em dois momentos: durante o trabalho de parto e parto (RC<sub>ajustada</sub>: 2,23; IC95%:1,29- 3,83) quando ajustada; e em relação a classe ABEP, pertencer a classe C apresentou fator de proteção (RC<sub>ajustada</sub>: 0,51; IC95%: 0,28-0,95), quando comparado com às puérperas das demais classes. Nota-se que as participantes da Classe E apresentaram 1,61 vezes a chance de uma assistência ruim (RC<sub>ajustada</sub>: 1,61; IC95%: 0,47-5,57) quando comparadas às da Classe B, no entanto essa diferença não foi estatisticamente significativa.



# **DISCUSSÃO**

## 7 DISCUSSÃO

O estudo revelou que o perfil das parturientes foi predominantemente de múltiparas, em situação conjugal estável e jovem na faixa etária de 19-34 anos. A idade, neste caso, é um dos fatores que pode reduzir complicações obstétricas, pois um estudo transversal com 430 gestantes realizado em Recife-PE, indicou que mulheres a partir de 35 anos têm mais chance de desenvolverem síndromes hipertensivas, diabetes e rotura prematura de membranas (ALVES *et al.*, 2017).

Apesar do perfil etário da coorte de mulheres não representar riscos adicionais ao curso da parturição, ainda foi encontrado neste estudo 20% de adolescentes, percentual alto comparado a países desenvolvidos como Austrália (5,1%), Nova Zelândia (2,4%) e Inglaterra (0,3%), inclusive comparando-se a países emergentes como a Índia (0,1%) (DAHLEN *et al.*, 2013).

Gravidez na adolescência pode indicar ineficiência no planejamento reprodutivo (INAGAKI *et al.*, 2019). Além disso, corrobora com as estatísticas do IBGE de 2018, a alta taxa de fecundidade 85,1 nascimentos a cada 1.000 mulheres de 15 a 19 anos de idade na Região Norte, sendo a maior taxa no Acre (97,8). Isso evidencia possíveis fragilidades na política de planejamento familiar e endossam as desigualdades de gênero, raciais e geográficas a que as mulheres acreanas estão submetidas (BRASIL, 2018b).

Mulheres pardas de níveis socioeconômico e escolaridade baixos apresentaram alto nível de representatividade nesta amostra, de forma semelhante em outros estudos realizados em maternidades públicas do Rio de Janeiro-RJ (REIS *et al.*, 2016), de Recife-PE (SILVA *et al.*, 2017), de Salvador-BA (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017). Estes fatores podem estar relacionados a dificuldades de acesso aos serviços de saúde e refletirem no aumento da mortalidade materna (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017). Em estudo de revisão integrativa foi verificada a relação direta entre a baixa escolaridade e o desmame precoce (RAMOS; RAMOS, 2007). Além disso, a baixa instrução impacta no desemprego e na dependência econômica e social feminina, na idade de iniciação sexual, no número de filhos acumulados e, inclusive, na mortalidade destes (LOBO *et al.*, 2010). Em contrapartida, níveis de instrução mais elevados, auxiliam na compreensão dos padrões de saúde reprodutiva e melhoram o acesso à informação segura sobre o uso dos anticoncepcionais (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017).

O perfil da maioria das mulheres do presente estudo reflete o retrato brasileiro de

usuários do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2006). Isso fica explicitado em um estudo realizado em Recife-PE, no qual as disparidades raciais revelam que negras e pardas têm o dobro de mortalidade, na faixa etária de 20 a 29 anos, por condições obstétricas do que em mulheres brancas (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017). Outro estudo também confirma essa discrepância no tocante aos indicadores de atenção ao pré-natal e parto (LEAL *et al.*, 2017).

A proporção de gravidez não planejada (33,4%) observada no estudo foi bem inferior ao percentual 66% e 65% encontrados na Bahia (COELHO *et al.*, 2012) e no Rio Grande do Sul (PRIETSCH, 2011). Estes valores são equivalentes aos da América Latina, Caribe e África (SEDGH; SINGH; HUSSAIN, 2014). Esse achado alerta as instituições de saúde para a implantação de programas e ações voltados à saúde materna, tendo em vista à suscetibilidade de mães e conceptos a riscos em todo ciclo gravídico-puerperal a que estão expostos. Além disso, há problemas na falta de planejamento da gravidez, como o uso de menor quantidade de ácido fólico, tabagismo durante a gestação, depressão pós-parto e desmame precoce (BRASILEIRO *et al.*, 2010).

Apesar da cobertura do pré-natal ter sido equivalente a 97,6%, o quantitativo de 35,9% das puérperas deste estudo não realizaram o mínimo de seis consultas recomendadas pelo MS, e este é um importante indicador de acesso materno-infantil (BRASIL, 2011b). Esse resultado foi superior ao de outros estudos desenvolvidos no Rio de Janeiro que alcançaram 20,8% e 3%, respectivamente (DOMINGUES *et al.*, 2012; VETTORE *et al.*, 2013), 27% em São Paulo (OLIVEIRA *et al.*, 2013) e 3% no Espírito Santo (MARTINELLI *et al.*, 2014).

Sobre os aspectos da assistência obstétrica, a maioria das parturientes estava em trabalho de parto no momento da admissão hospitalar, o que retrata uma realidade diferente de outros estudos realizados em Goiânia-GO e em uma cidade do interior do RS, que constataram número elevado de internações precoces (dilatação do colo uterino menor do que 5cm) (GLIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; REIS *et al.*, 2016). Essa é uma das recomendações do MS, haja vista que as internações em fase latente são indicadas em situações específicas: idade gestacional maior que 41 semanas, cesárea anterior e aminiorrexe prematura (BRASIL, 2001). Além disso, internações em que as mulheres já estão em trabalho de parto evitam intervenções desnecessárias e a realização de partos cirúrgicos (BHUTTA *et al.*, 2010; VOGT *et al.*, 2011).

No tocante aos procedimentos realizados durante trabalho de parto e parto, a reavaliação do risco obstétrico e a checagem de dados da caderneta da gestante

apresentaram baixa prevalência. Dessa forma, infere-se que o baixo uso da caderneta da gestante pode comprometer a avaliação do risco, uma vez que poderia auxiliar os profissionais a identificar todo histórico clínico gestacional e os sinais de alerta. Ademais a não priorização, a partir dos riscos obstétricos diminui a resolubilidade dos cuidados nas emergências e, ainda aumenta os casos de internações precoces (LIMA, 2014; PEREIRA *et al.*, 2014; REIS *et al.*, 2016; FONSECA *et al.*, 2017).

Embora tenham sido registrados com maior frequência, a verificação dos BCF (86,3%), dilatação do colo uterino (80,3%), membranas amnióticas (80% íntegras), verificação de sinais vitais maternos (85%), verificação da altura uterina (65,6%) e do apagamento do colo uterino (62,1%), ainda não são plenamente aferidos em todas as parturientes, denotando prejuízos aos cuidados prestados, visto que são elementos indispensáveis na progressão clínica materno-fetal. Essa realidade foi observada também em maternidades públicas do Rio de Janeiro (OLIVEIRA *et al.*, 2008), assim como em Goiânia-GO (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Essa falta de sistematização de procedimentos obstétricos preconizados pela OMS e MS, geram intervenções e cuidados inadequados, comprometendo, assim a qualidade da assistência (MIRANDA *et al.*, 2008).

Em relação à presença do acompanhante, a maioria das mulheres teve esse direito garantido, sendo esse dado relevante, pois a alta taxa de acompanhante em instituições brasileiras, geralmente é característica de Casas de Parto Normal (LOBO *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2013). Este resultado é semelhante ao de outros estudos realizados respectivamente em Belo Horizonte-MG, Porto Alegre-RS e no Brasil (SOUSA *et al.*, 2016; LEHUGEUR; STRAPASSON; FRONZA *et al.*, 2017; LEAL *et al.*, 2019). Por outro lado, outros estudos apresentam resultados menos expressivos a exemplo de maternidade do Rio de Janeiro, em que 52,9% tiveram acompanhante de livre escolha (PEREIRA; DANTAS, 2012), em Goiânia-GO, apenas 19% das parturientes (MELO *et al.*, 2017) e em Aracaju-SE, 23,9% das parturientes (INAGAKI, 2019).

A Lei nº 11.108/2005 (BRASIL, 2005) assegura às gestantes a presença do acompanhante em todos os momentos da parturição e esse benefício proporciona conforto e segurança, além de satisfação com a assistência (ANDRADE; RODRIGUES; SILVA, 2017). No entanto, o pleno usufruto desse direito ainda é violado, sob as mais variadas circunstâncias, dentre as quais: inadequação estrutural e insuficiência de recursos financeiros para custear a estada do acompanhante (DINIZ *et al.*, 2014).

Quanto aos métodos não farmacológicos de alívio à dor, tais como: banho de aspersão ou imersão, massagens, uso de bola suíça, exercícios respiratórios e outros cuidados foram utilizados em apenas 29,5% das mulheres, assim como no estudo de Leal e colaboradores (2014). Esse achado está em consonância com dados da maioria das maternidades brasileiras, exceto aquelas que possuem enfermeiras obstetras e obstetizas fazendo uso rotineiro desses métodos, tanto em hospitais tradicionais, como em CPN (SILVA *et al.*, 2013; VARGENS *et al.*, 2019). Outro estudo realizado em Belo Horizonte-MG apresenta frequências mais altas nos modelos colaborativo (85,0%) e tradicional de assistência (78,9%) (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

A utilização destes métodos traz benefícios às parturientes: alívio da dor, redução do estresse e ansiedade, tornando a experiência do parto menos traumática (DAMASCENO, 2015). Quando associados à liberdade de posição e de movimentos focam em um padrão respiratório adequado e o relaxamento muscular, abreviando a duração da fase inicial do trabalho de parto e reduzindo o uso de analgesia por medicamentos alopáticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

A baixa utilização do partograma (20,6%) observada revela falha no monitoramento da evolução do trabalho de parto. Outros estudos apresentaram percentuais mais elevados: Alagoas (42%), Brasil (41,4%), Fortaleza-CE (48,3%), Vale do São Francisco-PE (40,6%) (BARROS; VERÍSSIMO, 2011; LEAL *et al.*, 2014; MELO *et al.*, 2017; LUCENA; SANTOS; MORAIS, 2019). Entretanto, há maternidades no Rio de Janeiro e na Região Sul do Brasil que chegam a atingir mais de 90% de utilização deste instrumento (OLIVEIRA *et al.*, 2015; GUIDA, 2017).

O preenchimento do partograma revela todo o curso do trabalho de parto, subsidia na identificação de modificações e na realização de intervenções oportunas para manter homeostasia materno-fetal (BRASIL, 2001; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Assim, é importante que seja utilizado para todas as parturientes, a fim de garantir um melhor acompanhamento da qualidade da assistência prestada. Para que isso ocorra se faz necessário seu preenchimento com informações fidedignas das mulheres atendidas (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Há evidências divergentes quanto à utilização rotineira do partograma, inclusive pesquisadores sugerem que seu uso é uma decisão das instituições (LAVENDER; HART; SMYTH, 2013). Todavia, no âmbito brasileiro, essa prática deve ser estimulada, uma vez que há relação com a diminuição do número de cesáreas. Isso será mais efetivo se os

profissionais estiveram sob condições adequadas de trabalho, forem qualificados e haja monitoramento constante dos processos de trabalho (CHATURVEDI *et al.*, 2015).

O contato pele-a-pele entre mãe e bebê foi outra prática pouco observada, menos de 50%, resultado semelhante ao encontrado em estudo desenvolvido na Região Sul do Brasil (MONGUILHOTT *et al.*, 2018). Outras unidades hospitalares apresentaram maior frequência na utilização desta prática, sendo 60,5% em Belo Horizonte-MG (SILVA *et al.*, 2016), 79% em Natal-RN (CARVALHO; BRITO, 2016), superior a 80% em Recife-PE (SILVA *et al.*, 2017), 86,6% em Manaus-AM (TEIXEIRA; PINHEIRO; NOGUEIRA, 2018), 66,7% em Aracaju-SE (INAGAKI *et al.*, 2019) e 94,1% em maternidade pública de Rio Branco-AC (LIMA *et al.*, 2018).

O contato cutâneo entre mãe e filho foi instituído pela Portaria nº371/2014 SAS/MS que institui a Atenção à Saúde Integral e Humanizada do RN (BRASIL, 2014) e deve ser realizado após o parto, evitando a separação dos dois na primeira hora de vida. Trata-se de uma prática segura, sem custos e com vários benefícios: o fortalecimento dos vínculos familiares, estímulo ao aleitamento materno precoce, controle da temperatura do RN, ajuda na manutenção do equilíbrio acidobásico e inibição da hemorragia pós-parto (SAMPAIO; BOUSQUAT; BARROS, 2016; BRASIL, 2017).

Dentre as práticas não recomendadas observou-se o uso rotineiro de ocitocina em maior frequência (80%). Dado superior se comparado ao de outros estudos, 23,5% (LOBO *et al.*, 2010), 48,3% (EKELIN, 2015), 41,7% (SOUSA *et al.*, 2016), 44,9% (VARGENS *et al.*, 2019)

e 63,3% (INAGAKI *et al.*, 2019). O uso frequente deste medicamento pode causar aumento da dor e hiperestimulação uterina (VIEIRA *et al.*, 2016). Além disso, pode interferir na fisiologia do parto, causando alterações na circulação uteroplacentária e resultar em parto cirúrgico iatrogênico (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Apesar dos danos associados ao uso da ocitocina, ainda é uma prática muito utilizada nas maternidades, inclusive naquelas que possuem em seu quadro de pessoal enfermeiras obstétricas e obstetrias (LEAL *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Nesse sentido, também é importante destacar que este fármaco foi incluído à lista de medicamentos de alerta máximo nos Estados Unidos, exigindo cautela e uso restrito (INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES, 2014).

Isso reflete o quão intervencionista permanece a assistência obstétrica brasileira. O

uso exacerbado da ocitocina (80%) pode retratar um aspecto negativo aos parâmetros assistenciais encontrados nas maternidades de Rio Branco que pode expor as parturientes a riscos desnecessários. Também pode estar relacionado ao modelo tecnocrático ainda presente sobre as condutas profissionais. Essa constatação também foi evidenciada por Sousa e colaboradores (2016).

O uso da ocitocina é recomendado em casos de disfunção contrátil do útero, no entanto a prescrição indiscriminada pode ser devida ao manejo ativo do trabalho de parto, com o objetivo de diminuir seu tempo. A estimulação com esse fármaco aumenta o percentual de cesareanas, anestesia peridural, febre materna intraparto e com menor duração da primeira fase do parto em primíparas (HIDALGO-LOPEZOSA; HIDALGO-MAESTRE; RODRIGUEZ-BORREGO, 2016).

Dentre as posições adotadas durante o parto, a supina foi a mais utilizada pelas mulheres (72,3%), resultado semelhante ao de duas maternidades do Rio de Janeiro (GUIDA *et al.*, 2017) e de um estudo nacional (GAMA; LEAL, 2014). Enquanto em CPN no Rio de Janeiro, apenas 31% das mulheres adotaram essa posição no parto (PEREIRA *et al.*, 2013). Evidências indicam vantagens associadas a posições verticalizadas, como a redução da duração do trabalho de parto, das episiotomias, das intervenções desnecessárias, da sensação dolorosa e do cansaço da parturiente (BRASIL, 2001; International Federation of Gynecology and Obstetrics, 2014). Todavia, ainda é predominante o uso de posição litotômica (LEAL *et al.*, 2019), demonstrando que as práticas não recomendadas pela OMS são amplamente utilizadas na assistência obstétrica brasileira, impactando negativamente na política de humanização ao parto.

A restrição hídrica e alimentar foi uma medida pouco utilizada (27,5%) achado semelhante ao estudo de Belo Horizonte-MG (SILVA *et al.*, 2016). Isso representa um avanço nas práticas obstétricas, uma vez que essa realidade diverge de estudo nacional, na qual mais de 50% das parturientes são submetidas a dieta zero (LEAL *et al.*, 2019). Apesar disso, já existe CPN no Rio de Janeiro que oferece dieta livre a todas as mulheres durante trabalho de parto (PEREIRA *et al.*, 2013).

A oferta de alimentos durante a parturição justifica-se pelo gasto energético, semelhante ao de atividade física moderada (AMORIM; GUALDA, 2010). Assim, é necessária para reposição de energia, promover conforto materno-fetal e garantir equilíbrio hídrico e metabólico (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2014) e, portanto, uma prática recomendada pela OMS, que deve ser encorajada, respeitando o desejo da mulher

(ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Outras medidas como clampeamento precoce de cordão umbilical (7,8%) e episiotomia (9,3%) obtiveram valores mínimos de uso, o que representa um passo importante na redução de intervenções desnecessárias durante a parturição. Isso mostra que houve uma redução significativa da episiotomia, quando comparado os dados de um estudo realizado em 2014, em uma maternidade pública de Rio Branco-AC que apresentava um percentual de episiotomia de 32,8% (LIMA *et al.*, 2018) e surpreende por ser ainda menor (9,3%) do que os 25% revelados em estudo nacional (LEAL *et al.*, 2019).

Para avaliação da qualidade assistência ao parto vaginal foi utilizado o Escore de Bologna, tendo em vista que contempla parâmetros essenciais recomendados pela OMS (SANDIN-BÖJO; KVIST, 2008). Este mostrou-se uma medida útil e de fácil aplicabilidade que utiliza os cinco componentes para o alcance de uma média, caracterizando o nível de assistência recebida nos partos vaginais.

Neste estudo, o Escore de Bologna atingiu média 2,05, semelhante ao encontrado em duas maternidades de Natal-RN (CARVALHO; BRITO, 2016) e em uma maternidade de São Luís-MA (SERRA, 2018), e superior a médias de outros hospitais: 1,04 em Goiânia-GO (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011), 1,95 em São Paulo-SP (NOVO *et al.*, 2016), 1,43 no Nepal (CEDERFELDT *et al.*, 2016) e na Turquia (KARAÇAM; ARSLAN; GÜNES, 2017). Contudo foi inferior à média de 3,48 em Uberlândia-MG (MARTINS, 2018).

No resultado da análise das duas maternidades, o Escore de Bologna obteve as pontuações de 0 a 4 e nenhum parto alcançou a pontuação máxima 5, mesmo resultado evidenciado no Camboja (SANDIN-BOJÖ *et al.*, 2012), Natal-RN (CARVALHO; BRITO, 2016), Uberlândia-MG (ROMÃO *et al.*, 2018). No tocante à pontuação máxima, estudos apontaram que a minoria dos partos atingiu esse nível de qualidade, dentre os quais um realizado em Uberlândia-MG (12%) e outro em São Luís (5%) (MARTINS, 2018; SENA, 2018). Isso revela que ainda é desafiador a implementação rotineira das boas práticas obstétricas recomendadas pela OMS e MS.

A Região Norte apresenta os estabelecimentos de saúde com maiores lacunas e problemas, com estrutura física inadequada, equipamentos insuficientes e poucos profissionais especializados, sobretudo entre os estabelecimentos públicos e mistos, e isso reflete-se na assistência prestada às parturientes, que são expostas a riscos desnecessários e evitáveis (BITTENCOURT *et al.*, 2014).



Na análise de regressão logística multivariada, o modelo preditor de pior qualidade de assistência, neste estudo, foi composto pelas variáveis mulheres pertencentes à classe C da ABEP e ausência de registro ou informação da verificação de altura uterina. Embora estas variáveis tenham ajustado melhor o modelo, não foi possível a comparação com resultados de outros estudos, haja vista que utilizaram análises diferentes, dessa forma essa foi uma das limitações encontradas.

A verificação da altura uterina no parto é um excelente método de triagem para diagnóstico de desvios do crescimento fetal ou do líquido amniótico, bem como para identificar a idade gestacional em semanas e a involução uterina; porém, um estudo desenvolvido por enfermeiros que atuam e prestam assistência pré-natal no serviço público de saúde de João Pessoa-PB, cujo o objetivo foi avaliar a efetividade de um curso de capacitação para enfermeiros e graduandos de Enfermagem indicou que é pouco utilizada pelos profissionais nos registros da gestante, desde o pré-natal (PAIVA; FREIRE, 2012).

Quanto à condição socioeconômica, considerando a equivalência das classes B e C (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2010), identificou-se nesse estudo que a classe média apresentou menores chances de qualidade de assistência obstétrica ruim.

Outros estudos verificaram que parturientes mais favorecidas economicamente recebem melhor tratamento no mesmo serviço de saúde (BACHA *et al.*, 2017; HALL; DORNAN, 1990), e essa mesma classe apresenta maior satisfação com a atenção ao parto, quando comparadas àquelas das classes com menor poder econômico, principalmente as pretas e pardas. Esses autores refletem que em alguns serviços públicos do país pode haver uma cultura discriminatória, pautada na concepção de que as parturientes de baixa renda e de pouca escolaridade não possuem entendimento suficiente para tomar as decisões sobre as intervenções que serão realizadas em seu próprio corpo durante o parto (D'ORSI *et al.*, 2014).

A busca pela qualidade da assistência obstétrica impacta diretamente na melhora dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Assim, é importante que os profissionais e os gestores dos serviços de saúde se empenhem no planejamento de políticas institucionais para melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, garantindo-lhes um atendimento digno e baseado em evidências científicas, sobretudo no parto vaginal.

Desse modo, sugere-se a implementação de estratégias para promover esse processo,

como: o estímulo a contratação de especialistas em obstetrícia e capacitação em serviço aos profissionais que prestam essa assistência, demonstrando que eles são essenciais para a mudança do modelo de assistência materna.

Este estudo apresentou algumas limitações, como o delineamento transversal que impede a inferência de causalidade por investigar simultaneamente desfecho e exposição. Além disso, como parte das informações foram extraídas de prontuários clínicos não sistematizados, isso dificultou, em alguns momentos, a compreensão da grafia dos profissionais, associado ao fato de apresentarem informações incompletas e sem registro, assim como o extravio e o não acesso aos prontuários clínicos das parturientes. Apesar disso, esta fonte de informação, juntamente com as entrevistas e cartão da gestante substanciaram o trabalho e lhe conferiram credibilidade. Ainda, avaliou-se apenas o processo e a tríade de Donabedian (1988) indica que a estrutura e o resultado também compõem a qualidade, assim futuros estudos devem considerar a estrutura física e os recursos humanos disponíveis nas maternidades, além de indicadores de resultado da assistência materno-infantil.

Apesar desses limites, os resultados encontrados nesse estudo demonstram que os padrões obstétricos ainda não se enquadram àqueles estabelecidos pela OMS e Ministério da Saúde do Brasil, indicando pela baixa frequência, tanto das práticas obstétricas que devem ser estimuladas, como daquelas que merecem ser desestimuladas para o alcance de padrões de excelência na assistência ao trabalho de parto e parto vaginal, além de promover a participação das mulheres no processo de parturição.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi traçado o perfil socioeconômico, demográfico e obstétrico, assim como os parâmetros assistenciais a que estão submetidas as parturientes do município de Rio Branco, Acre. Para tanto, foram utilizadas as frequências das recomendações da OMS (1996) e o Escore de Bologna para descrever a qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto.

A partir desses elementos, observou-se que as maternidades de Rio Branco ainda não aderiram rotineiramente as práticas recomendadas pela OMS, haja vista que as frequências das práticas obstétricas eficazes que devem ser incentivadas, com exceção da presença do acompanhante e do oferecimento de alimentos durante o trabalho de parto, apresentaram-se muito aquém do encontrado em outros estudos.

No tocante as práticas inadequadas e que não devem ser estimuladas, como o uso de ocitocina, associado ao fato de todas as mulheres terem recebido medicamento alopático como a principal alternativa para alívio a dor, reforçam o estigma da assistência biomédica e intervencionista, indicando que há um longo caminho rumo à efetiva política de humanização ao parto.

Os achados do estudo indicaram um Escore de Bologna baixo, retratando uma qualidade de assistência ao parto inadequado, uma vez que os parâmetros recomendados pela OMS e pelas diretrizes obstétricas brasileiras não foram alcançados. Dessa forma, infere-se que as condutas assistenciais vigentes precisam acompanhar as evidências científicas nacionais e internacionais para o alcance de resultados materno-infantis mais satisfatórios.

Nesse sentido, também se faz necessário o registro adequado de dados nos prontuários clínicos, uma cultura organizacional que vise atualização e monitoramento constantes de seu corpo técnico, aliada a uma gestão estratégica que utilize as pesquisas de avaliação como processo necessário para aperfeiçoamento da Atenção em Saúde.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Segundo relatório sobre o sistema brasileiro de acreditação. Gerência-Geral de Tecnologia de Serviços de Saúde. Brasília, 2006.11p.

ALVES, N.C.C. *et al.* Complicações na gestação em mulheres com idade maior ou igual a 35 anos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 4, p.1-7, 2017.

AMARAL, C. E. M; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.26, n.2, p.424-434, 2017.

AMORIM, T.; GUALDA, D. M. R. Práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas durante o trabalho de parto e parto, que estão sendo realizadas por enfermeiras obstétricas: revisão da literatura. **RECENF.**, v.25, n.8, p.152-159, 2010.

ANDRADE, T. S; BEZERRA, P. C. L. Tendência de mortalidade materna em Rio Branco, Acre, 1996-2013. **Journal of Amazon Health Science**, v.2, n.2, p.1-23, 2016.

ANDRADE, L. F. B.; RODRIGUES, Q. P.; SILVA, R. C. V. DA. Boas práticas na atenção obstétrica e sua interface com a humanização da assistência. **Rev. Enferm UERJ**, v.25, p.1-7, 2017. Edição especial.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. Dados com base no levantamento sócioeconômico. São Paulo, 2010.

BACHA, A. M., *et al.* Parto normal ou cesárea: a influência do tipo de parto desejado na satisfação materna quanto à assistência hospitalar ao nascimento. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 66, p. 1-19, 2017.

BARROS, L. A.; VERÍSSIMO, R.C.S.S. Uso do partograma em Maternidades Escola de Alagoas. **RENE**, v.12, n.3, p.555-560, 2011.

BHUTTA, Z.A. *et al.* Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **Lancet**, v.375, n.9730, p.2032-2044, 2010.

BINFA, L. *et al.* Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. **Midwifery**, v. 40, p.218-225, 2016.

BITTENCOURT, S. D. de A. *et al.* Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, supl. 1, p. S208-S219, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde.Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica (CGIAE) Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde (DANTPS). **Objetivos do Desenvolvimento Sustentável-Objetivo 3: Saúde e bem-estar**. Brasília, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n.38, p.1-13, 2018.

BRASIL. Governo Federal e Municípios. Secretaria Geral da Presidência da República, Secretaria de Relações Institucionais. **Guia de Apoio para o Alcance das Metas. Agenda de Compromissos dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 2013-2016**. Brasília, 2013.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe sobre Alteração da Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para garantia às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília 08 abr. 2005. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília 28 dez. 2007. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 08 de maio 2014. Seção 1, p.50-51.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual do parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Programa de Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática (PAISM). Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília (DF), 2011b. 372 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém-nascido. Brasília: Ministério da Saúde, 1991. 202 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Humaniza SUS: Humanização do parto e do nascimento**. Universidade Estadual do Ceará. Brasília, 2014. 467 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde (TABNET). Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Brasília, 2015. Disponível em:

[www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtm.exe?sinasc/cnv/nv](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defhtm.exe?sinasc/cnv/nv) . Acesso em: 10 de mar. 2020. BRASIL. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde**. Brasília, 1995. 16 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011. Dispõe sobre no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**. Brasília, 01 jul. 2011 a. Seção: 1, p.61.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011**: Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília, 2012. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: Plano de ação 2004-2007**. Brasília, 2004. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2017: Uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Brasília, 2018a. 426 p. Sem espaço entre 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018b. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, 2017. 51 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema nacional de auditoria do SUS. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Auditoria nº 16287. Rio Branco, 2016.78 p.

BRASIL. Portaria GM n.985, de 5 de agosto de 1999. Dispõe sobre criação, normas, critérios, atribuições, definições das características físicas e recursos humanos para o funcionamento do Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília 06 ago. 1999. Seção1, p.51.

BRASIL. Portaria GM/569 de 01 de junho de 2000. Dispõe sobre Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Diário Oficial da União**. Brasília, 08 jun.2000. Seção 1, p.4-6.

BRASIL. Portaria nº2.816, de 29 de maio de 1998. Dispõe sobre critérios para o pagamento do percentual máximo de cesárea, em relação ao total de partos por hospital. Brasília: **Diário Oficial da União**, Brasília 02 jun. 1998. Seção 1, p.48.

BRASIL. Resolução da diretoria colegiada (RDC) nº 36, de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 04 de jun. 2008. Seção 1, p.50.

BRASILEIRO, A. A. *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais. **Cad. Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1705-1713, 2010.

ÇALIK1, K. Y.; KARABULUTLU, O.; YAVUZ,C. First do no harm - interventions during labor and maternal satisfaction: a descriptive cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol.18, n. 1, pag. 1- 10, 2018.

CARNEIRO, R. G. Anthropological dilemmas of a public health agenda: Rede Cegonha program, individuality and plurality. **Interface (Botucatu)**, v.17, n.44, p.49-59, 2013.

CARVALHO, E. M. P. de *et al.* Avaliação das boas práticas de atenção ao parto por profissionais dos hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.24,

n.6, p.2135-2145, 2019.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R. S. Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Rev. Esc Enferm**, v.50, n.5, p.742-749, 2016.

CAVALCANTE, L. C. *et al.* Métodos de avaliação de qualidade na assistência à saúde da mulher no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Saúde Coletiva**, v. 9, n. 57, p. 82-88, 2012.

CEDERFELDT, J. *et al.* Quality of intra-partum care at a university hospital in Nepal: A prospective cross-sectional survey. **Sex Reprod Healthc**, v.7, p. 52–57, 2016.

CHALMERS, B. *et al.* Use of Routine Interventions in Vaginal Labor and Birth: Findings from the Maternity Experiences Survey. **BIRTH**, v. 36, n.1, p. 13-25, 2009.

CHATURVEDI, S. *et al.* Implementation of the partograph in India's JSY cash transfer programme for facility births: a mixed methods study in Madhya Pradesh province. **BMJ Open**, v.5, n.4, p. 1-11, 2015.

CHRESTANI, M. A. D *et al.* Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.7 p.1609-1618, 2008.

CIELLO, C. *et al.* Violência Obstétrica - "Parirás com dor". Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da violência contra as mulheres. **Rede Parto do Princípio**, 2012. 188 p.

COELHO, E. C. A. *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.** v.25, n.3, p.415-422, 2012.

CÔRTEZ, C. T. *et al.* Implementação das práticas baseadas em evidências na assistência ao parto normal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.26, n. 2988, p.1-8, 2018.

D'ORSI, E. *et al.* Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, v.30, Supl.1, p.54-68, 2014.

DAHLEN, H. G. *et al.* Rates of obstetric intervention during birth and selected maternal and perinatal outcomes for low risk women born in Australia compared to those born overseas. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v.13, n.100, p.1-9, 2013.

DAMASCENO, D. C. A importância do parto humanizado: atenção da equipe de Enfermagem. **FACIDER**, n. 7, p.1-13, 2015.

DINIZ, C. S. G *et al.* Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional. **Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública**, v. 30, Supl 1, p.140-153, 2014.

DINIZ, C. S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v.19, n.2, p.313-326, 2009.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SENNA, D. M. **Saúde da Mulher**. In: SCHRAIBER, L. B.;



- NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). Saúde do Adulto: programas e ações em unidades básicas. 2ed. São Paulo, SP. HUCITEC, 2000.
- DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n. 3, p. 425-437, 2012.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, v. 260, p.1743–1748, 1988.
- EKELIN, M. *et al.* Sense and sensibility: Swedish midwives ambiguity to the use of synthetic oxytocin for labor augmentation. **Midwifery**, v. 31, n.3, p.36-42, 2015.
- FELDMAN, L. B.; GATTO, M.A.F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul Enferm.**, v.18, n.2, p.213- 219, 2005.
- FONSECA, M. R. C. C. DA *et al.* Avaliação da assistência prestada às gestantes usuárias de serviços públicos de saúde através das informações registradas nos cartões de pré-natal. **Perspectivas Médicas**, v. 28, n. 2, p. 5-13, 2017.
- GAMA, S. G. N. *et al.* Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. **Journal Reproductive Health**, v.13, Supl.13, p.226- 265, 2016.
- GAMA, S. G. N.; LEAL, M. C. Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento. Parir no Brasil. Sumário Executivo Temático da Pesquisa, 2014. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portalenp/informe/site/arquivos/anexos/mascerw eb.pdf>. Acesso em: 20 de maio 2019.
- GIGLIO, M. R. P. **Qualidade da assistência ao parto em Goiânia**. 2010. 123 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.33, n.10, p.297-304, 2011.
- GUIDA, N.F.B. *et al.* Conformidade das práticas assistenciais de enfermagem com as recomendações técnicas para o parto normal. **Rev. Rene**, v. 18, n. 4, p. 543-550, 2017.
- HALL, J.A.; DORNAN, M.C. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. **Soc. Sci. Med.**, v.30, n.7, p.811-818, 1990.
- HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.
- HIDALGO-LOPEZOSA, P; HIDALGO-MAESTRE, M; RODRIGUEZ-BORREGO, M. A. Labor stimulation with oxytocin: effects on obstetrical and neonatal outcomes. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, p.1-8, 2016. Número Especial.
- INAGAKI, A. D. M *et al.* Retrato das práticas obstétricas em uma maternidade pública. **Cogitare Enferm**, v.24, p.1-13, 2019. Número especial.

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS. (FIGO). Mother-baby friendly birthing facilities. **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, v.128, p. 95-99, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Estatísticas de Gênero Indicadores sociais das mulheres no Brasil. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica, n.38, p.1-13, 2018.

INSTITUTE FOR SAFE MEDICATION PRACTICES (ISMP). List of high alert medications in acute care settings 2014. Disponível em: <http://www.ismp.org/tools/highalertmedications.pdf>. Acesso em: 18 de abr. 2020.

KARAÇAM, Z.; ARSLAN, D.K.; GÜNEŞ, G. Evaluating the content and quality of intrapartum care in vaginal births: An example of a state hospital. **Turk J Obstet Gynecol**, v.14, n.1, p.10-17, 2017.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cad. Saúde Pública**, v.30, supl. 1, p.192-207, 2014.

LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R. M. D. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. **Cochrane Database Syst Rev.**, v.15, n.7, p.1-3, 2013.

LEAL, M.C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v.15, n.1, p.91-104, 2010.

LEAL, M. D. C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**. v. 30, supl.1, p.17-47, 2014.

LEAL, M. C. *et al.* A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.33, supl.1, p.1-17, 2017.

LEAL, M. C. *et al.* Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. **Cad. Saúde Pública**, v.35, n.7, p.1-14, 2019.

LEHUGEUR, D.; STRAPASSON, M.R.; FRONZA, E. Manejo não farmacológico de alívio da dor em partos assistidos por enfermeira obstétrica. **Rev. Enferm UFPE on line**, v.11, n.12, p.4929-4937, 2017.

LIMA, S. B. G. *et al.* Práticas obstétricas de uma maternidade pública em Rio Branco-AC. **Cogitare Enferm.**, v.23, n.4, p.1-11, 2018.

LOBO, S. F. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.44, n.3, p.812 -818, 2010.

LUCENA, T. S.; SANTOS, A. A. P.; MORAIS, R. J. L. Análise do preenchimento do partograma como boa prática obstétrica na monitorização do trabalho de parto. **Rev.pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v.11, n.1, p.222 - 227, 2019.

- MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.2, p. 274-279, 2006.
- MAIA, M. B. **Humanização do parto**: políticas públicas, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: **Editora Fiocruz**; 2010. 189 p.
- MALACARNE, M. P. Avaliação de serviços de saúde no campo da Saúde Coletiva: uma sistematização em curso. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v.18, n.1, p.62-67, 2016.
- MARTINELLI, K. G. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Rev. Bras Ginecol Obstet.**, v.36, n.2, p.56-64, 2014.
- MARTINS, A. C. B. **Uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência em um hospital universitário**. 2018. 29 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem), Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2018.
- MATOS, G. C. *et al.* A trajetória histórica das políticas de atenção ao parto no Brasil: uma revisão integrativa. **Rev. Enferm UFPE On Line**, v.7, p.870-878, 2013. Edição especial.
- MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. **Rev. Bras. Enferm.**, v.69, n.6, p.1029-1036, 2016.
- MELO, B. M. *et al.* Implementação das boas práticas na atenção ao parto em maternidade de referência. **Rev. Rene**, v.18, n.3, p.376-382, 2017.
- MIRANDA, D. B. *et al.* Parto normal e cesárea: representações de mulheres que vivenciaram as duas experiências. **Rev. Eletrônica Enferm**, v.10, n.2, p.337-346, 2008.
- MONGUILHOTT, J. J. C. *et al.* Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. **Rev. Saúde Pública**, v. 52, n.1, p.1-11, 2018.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1859-1868, 2008.
- NOVO, J. L. V. G. *et al.* Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. **Rev. Fac de Ciênc Méd Sorocaba**, v.18, n.1, p.30-35, 2016.
- OLIVEIRA, F. A. M. *et al.* O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. **Rev. Gaúcha Enferm**, v.36, p.177-84, 2015. Edição especial.
- OLIVEIRA, M. I. C. de *et al.* Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v.42, n.5, p. 895-902, 2008.
- OLIVEIRA, R. L. A. *et al.* Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Rev. Latino-Am Enferm.**, v.2, n. 2, p. 546-553, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, GENEBRA, 2015. 49 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (Sw): 1996. 53p.

PAIVA, C. C. de A.; FREIRE, D. M. C. Efetividade de curso de capacitação em medida da altura uterina para enfermeiros e graduandos de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, v. 65, n. 5, p. 775-779, 2012.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev. Saúde Pública**, v.45, n.1, p.185-94, 2011.

PEREIRA, A. L.; DANTAS, F. Características assistenciais dos partos normais atendidos pelas enfermeiras obstétricas. **Rev. Enferm. UFPE online**, v.6, n.1, p.76-82, 2012.

PEREIRA, A.L.F. *et al.* Resultados maternos e neonatais da assistência em casa de parto. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.1, p.17-23, 2013.

PEREIRA, A. L. F.; LIMA, A. E. F. Acolhimento com classificação de risco em uma maternidade pública. **Rev. Enferm UFPE online**, v.8, supl.1, p.2309-2315, 2014.

PRIETSCH, S. O. M *et al.* Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v.27, n.1, p.1906-1916, 2011.

RAMOS, V.W., RAMOS, J.W. Aleitamento materno, desmame e fatores associados. **CERES**, v.2, n.1, p.43-50, 2007.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, v.13, supl.1, p.759-68, 2009.

REIS, T. R. *et al.* Perfil das gestantes e a assistência obstétrica de risco habitual em uma maternidade pública. **Rev. Enferm UFPE on line**, v.10, n.1, p.143-51, 2016.

RIBEIRO, J. F. *et al.* Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade pública. **Rev. Gestão & Saúde**, v.7, n.1, p. 65-81, 2016.

RIBEIRO, M. C. S. A. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Cien Saude Colet**, v.11, n.4, p.1011-1022, 2006.

ROLIM, V. H. *et al.* Avaliação da assistência obstétrica no Estado da Paraíba à luz das normas sanitárias. **Saúde debate**, v.35, n. 91, p. 624-633, 2011.

ROMÃO, R. S. *et al.* Qualidade da assistência obstétrica relacionada ao parto por via vaginal: estudo transversal. **RECOM**, v.8, p. 1-10, 2018. Número Especial.

SAMPAIO, A.R.R.; BOUSQUAT, A.; BARROS, C. Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n.2, p.281-290, 2016.

- SANDIN-BOJÖ, A. K; KVIST, L. J. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. **Birth**, v.35, n.4, p.321-328, 2008.
- SANDIN-BOJÖ, A.K. *et al.* Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. **Midwifery**, v.28, n.6, p. 880-885, 2012.
- SEDGH, G.; SINGH, S.; HUSSAIN, R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. **Stud Fam Plann**, v.45, n.3, p.301-314, 2014.
- SERRA, L. S. **Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade escola de São Luís-MA**. 2018. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão.
- SILVA, A. L. A. DA. *et al.* A qualidade do atendimento ao parto na rede pública hospitalar em uma capital brasileira: a satisfação das gestantes. **Cad. Saúde Pública**, v.33, n.12, p.1-14, 2017.
- SILVA, C. M *et al.* Fatores associados ao contato pele a pele entre mãe/filho e amamentação na sala de parto. **Rev. Nutr.**, v.29, n.4, p.457-471, 2016.
- SILVA, F. M. B. *et al.* Assistência em um Centro de Parto segundo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. **Rev. Esc Enferm USP**, v.47, n.5, p.1031-1038, 2013.
- SILVA, T. F. DA; COSTA, G. A. B; PEREIRA, A.L.F. Cuidados de enfermagem obstétrica no parto normal. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.1, p. 82-87, 2011.
- SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. L. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database of Systematic Review**, v.1, n. CD003930, p.1-59, 2014.
- SOUSA, A. M. M. *et al.* Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc Anna Nery**, v.20, n.2, p.324- 331, 2016.
- TEIXEIRA, C. S; PINHEIRO, V. E; NOGUEIRA, I. S. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. **Enferm. Foco**, v.9, n.1, p.71-75, 2018.
- VARGENS, O. M. C. *et al.* Associação entre tecnologias não invasivas de cuidado no parto e vitalidade do recém-nascido: estudo transversal. **Esc Anna Nery**, v. 23, n.4, p.1-8, 2019.
- VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.2, p.458-466, 2012.
- VETTORE, M. V. *et al.* Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Bras Saúde Matern Infant.** ,v.13, n. 2, p.89-100, 2013.
- VIACAVAL, F. *et al.* Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. **Cien Saude Colet**, v.17, n. 4, p. 921-34, 2012.
- VIEIRA, M. J. O de *et al.* Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas do acolhimento ao parto. **Rev. Eletr. Enfermagem**, v. 18, p. 1- 10, 2016. Número Especial.
- VOGT, S. E *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**, v.27, n.9, p.1789-1800, 2011.

VOGT, S. E; SILVA, K. S. DA; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, v.48, n.2, p.304-313, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Appropriate technology for birth. Word Health Organization, **Lancet.**, n. 8452, p.436-7, 1985. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673685927503> . Acesso em: 20 de maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Organización Mundial de la Salud, Geneva, 2008. 46 p. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43849/9789243596211\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43849/9789243596211_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y) . Acesso em: 26 de jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. Promoting Effective Perinatal Care. Word Health Organization, Regional Office for Europe, 2002. 386 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107482/E79235.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 26 de jul. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Second Perinatal Task Force Meeting, Bologna, Italy, 2000. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107583/E83605.pdf?sequence=1> . Acesso em: 20 de out. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. 208 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1> . Acesso em : 20 maio 2019.

ZERMIANI, T. C. *et al.* A relação entre indicadores de desenvolvimento humano e de saúde materna nos municípios da Região Metropolitana de Curitiba-PR. **Cad. Saúde Colet.**, v.26, n. 1, p.100-106, 2018.

# APÊNDICE

## APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS PRONTUÁRIO CLÍNICO

Número <input style="width: 40px;" type="text"/>	
<b>I. Dados gerais</b>	
1- Unidade hospitalar    1. <input type="checkbox"/> Maternidade A    2. <input type="checkbox"/> Maternidade B	<input type="checkbox"/>
2-Tipo de serviço:    1. <input type="checkbox"/> sus    2. <input type="checkbox"/> particular 3. <input type="checkbox"/> convênio. Qual?	<input type="checkbox"/>
Número do prontuário da gestante <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Revisor/assinatura	data <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
Digitador /assinatura	data <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>
<b>II. Informações da situação clínica à internação encontradas no prontuário</b>	
1- Qual a situação obstétrica da gestante no momento da admissão hospitalar? 1. <input type="checkbox"/> em estágio latente de trabalho de parto    2. <input type="checkbox"/> situação de indução    3. <input type="checkbox"/> em trabalho de parto 4. <input type="checkbox"/> período expulsivo    5. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
2- Tipo de parto segundo a idade gestacional? 1. <input type="checkbox"/> pré-termo    2. <input type="checkbox"/> a termo    3. <input type="checkbox"/> pós-termo    4. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
3- Classificação da gestante, segundo número de partos. 1. <input type="checkbox"/> primípara    2. <input type="checkbox"/> multípara 3. <input type="checkbox"/> sem informação	
4 - Quais procedimentos foram verificados durante à admissão? <u>Verificação de BCF</u> 1. <input type="checkbox"/> sim    2. <input type="checkbox"/> não    3. <input type="checkbox"/> sem informação	
<u>Altura uterina</u> 1. <input type="checkbox"/> sim    2. <input type="checkbox"/> não    3. <input type="checkbox"/> sem informação	
<u>Dilatação do colo uterino</u> 1. <input type="checkbox"/> sim    2. <input type="checkbox"/> não <input style="width: 40px;" type="text"/> cm    3. <input type="checkbox"/> sem informação	
<u>Apagamento do colo</u> 1. <input type="checkbox"/> sim    2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> sem informação	
<u>Membranas amnióticas</u> 1. <input type="checkbox"/> íntegras    2. <input type="checkbox"/> rotas 3. <input type="checkbox"/> sem informação	
<u>Verificação de sinais vitais maternos</u> 1. <input type="checkbox"/> sim    2. <input type="checkbox"/> não    3. <input type="checkbox"/> sem informação	



<p><u>Reavaliação de risco obstétrico</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não   3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Checkados dados do cartão pré-natal</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Verificação de peso</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Verificação de altura</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Verificação de IMC</u>  1. <input type="checkbox"/> sim   2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação Outro (s)</p>	
<p><b>5 - Quais procedimentos foram verificados durante trabalho de parto e parto?</b></p> <p><u>Verificação de BCF</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Altura uterina</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Dilatação do colo uterino</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Apagamento do colo</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Verificação de sinais vitais maternos</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Higiene e conforto da parturiente</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Toques vaginais</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Uso de ocitocina</u>  1. <input type="checkbox"/> sim   2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação Outro(s)</p>	
<p><b>6 - Quais procedimentos foram utilizados rotineiramente durante trabalho de parto e parto?</b></p> <p><u>Uso de ocitocina (antes do trabalho de parto)</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Cateterização venosa profilática</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Massagem ou distensão do períneo</u>  1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p>	

<p><u>Cateterização da bexiga</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação_</p> <p><u>Pressão do fundo uterino</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Restrição hídrica e alimentar</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Enema</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Tricotomia</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Manobra de kristeller</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Uso liberal de episiotomia</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Amniotomia precoce</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Estimulação dos mamilos para aumentar as contrações uterinas</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Posição litotômica com ou sem estribos</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Exames vaginais frequentes e por vários profissionais</u>  1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação Outro(s) _____</p>	
<p><b>7 - Qual(is) medidas foi(ram) recomendadas/estimuladas durante trabalho de parto e parto?_</b>  <u>Oferecimento de líquidos por via oral durante trabalho de parto e parto</u>  <b>1.</b> <input type="checkbox"/> sim      <b>2.</b> <input type="checkbox"/> não      <b>3.</b> <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Livre escolha de acompanhante pela mulher</u>  <b>1.</b> <input type="checkbox"/> sim      <b>2.</b> <input type="checkbox"/> não      <b>3.</b> <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor</u>  <b>1.</b> <input type="checkbox"/> sim      <b>2.</b> <input type="checkbox"/> não      <b>3.</b> <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto</u>  <b>1.</b> <input type="checkbox"/> sim      <b>2.</b> <input type="checkbox"/> não      <b>3.</b> <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Posições não supinas durante o trabalho de parto</u>  <b>1.</b> <input type="checkbox"/> sim      <b>2.</b> <input type="checkbox"/> não      <b>3.</b> <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Uso do partograma</u>  <b>1.</b> <input type="checkbox"/> sim      <b>2.</b> <input type="checkbox"/> não      <b>3.</b> <input type="checkbox"/> sem informação</p>	

<p>Monitoramento fetal através da ausculta intermitente</p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p>	
<p><b>8 - Quais procedimentos realizados durante pós-parto imediato?.</b></p> <p><u>Exame retal</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Lavagem uterina</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Exploração manual do útero</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Uso de ergometrina para controlar hemorragias</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Contato cutâneo precoce entre mãe e filho</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Clampeamento precoce do cordão umbilical</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Avaliação da involução uterina</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Característica dos lóquios (cor, odor e quantidade)</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Verificação de integridade do períneo</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Lacerações de trajeto</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p>Tipo de laceração (grau)</p> <p>1. <input type="checkbox"/> 1°            2. <input type="checkbox"/> 2°            3. <input type="checkbox"/> 3° 4. <input type="checkbox"/> não se aplica</p> <p><u>Retenção de tecidos placentários</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p> <p><u>Estado das mamas (consistência, integridade dos mamilos, sinais de apoiadura)</u></p> <p>1. <input type="checkbox"/> sim            2. <input type="checkbox"/> não            3. <input type="checkbox"/> sem informação</p>	

<b>9- Em que momento a amniotomia foi praticada?</b> 1. <input type="checkbox"/> dilatação < 5 cm      2. <input type="checkbox"/> dilatação ≥ 5 cm      3. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>8 – Qual a frequência de registro no partograma?</b> 1. <input type="checkbox"/> a cada 1 hora      2. <input type="checkbox"/> a cada 2 horas      3. <input type="checkbox"/> a cada 4 horas 4. <input type="checkbox"/> > 4horas      5. <input type="checkbox"/> outro _____ (pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/>
<b>10 – Informações encontradas no partograma.</b> 1. <input type="checkbox"/> dilatação      2. <input type="checkbox"/> contrações      3. <input type="checkbox"/> líquido amniótico      4. <input type="checkbox"/> BCF 5. <input type="checkbox"/> outra(s) _____ (pode marcar mais de uma opção) 6. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>11 – Qual (is) profissional (is) registrou (am) as informações no partograma?</b> 1. <input type="checkbox"/> médico      2. <input type="checkbox"/> enfermeiro      3. <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem 4. <input type="checkbox"/> acadêmico de enfermagem      5. <input type="checkbox"/> acadêmico de medicina      6. <input type="checkbox"/> residente de medicina 7. <input type="checkbox"/> residente de enfermagem      8. <input type="checkbox"/> outro _____ (pode marcar mais de uma opção)      9. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>12 – Qual (is) as medidas de alívio à dor não farmacológicas foram realizadas?</b> 1. <input type="checkbox"/> massagem      2. <input type="checkbox"/> banho de chuveiro      3. <input type="checkbox"/> uso de bola suíça 4. <input type="checkbox"/> exercícios respiratórios      5. <input type="checkbox"/> outro(s) _____ _____ (pode marcar mais de uma opção) 7. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>13 – Qual (is) categoria(s) profissionais promoveu(ram) alívio à dor através de medidas não farmacológicas?</b> 1. <input type="checkbox"/> médico      2. <input type="checkbox"/> enfermeiro      3. <input type="checkbox"/> técnico de enfermagem      4. <input type="checkbox"/> acadêmico 5. <input type="checkbox"/> residente      6. <input type="checkbox"/> outro _____ (pode marcar mais de uma opção) 7. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>14 – Foram ofertadas medidas farmacológicas de alívio à dor?</b> 1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação	
<b>15 – Quais medicamentos foram ofertados para alívio da dor?</b>	
<b>16 – Em que momentos houve a presença do acompanhante?</b> 1. <input type="checkbox"/> na admissão      2. <input type="checkbox"/> durante trabalho de parto      3. <input type="checkbox"/> parto      4. <input type="checkbox"/> pós-parto imediato 5. <input type="checkbox"/> em nenhum momento      6. <input type="checkbox"/> em todos os momentos 7. <input type="checkbox"/> sem informação (pode marcar mais de uma opção)	<input type="checkbox"/>
<b>17 – A mulher foi estimulada a escolher a posição do parto?</b> 1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>18 – Qual posição adotada pela mulher durante o parto?</b> 1. <input type="checkbox"/> supina      2. <input type="checkbox"/> de cócoras      3. <input type="checkbox"/> lateral      4. <input type="checkbox"/> sentada em banqueta 5. <input type="checkbox"/> quatro apoios      6. <input type="checkbox"/> em pé      7. <input type="checkbox"/> semi - sentada      8. <input type="checkbox"/> outra 9. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>19 – Após o parto o recém-nascido recebeu leite materno?</b> 1. <input type="checkbox"/> na 1ª hora      2. <input type="checkbox"/> após a 1ª hora      3. <input type="checkbox"/> não foi amamentado      4. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>20 – Após o parto a mãe recebeu algum medicamento?</b> 1. <input type="checkbox"/> sim      2. <input type="checkbox"/> não      3. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>
<b>21 - Qual indicação dessa (s) medicação (ões)?</b> 1. <input type="checkbox"/> dor      2. <input type="checkbox"/> hemorragia      3. <input type="checkbox"/> sinais de infecção 4. <input type="checkbox"/> outra _____      5. <input type="checkbox"/> sem informação	<input type="checkbox"/>

**ANEXOS**

## ANEXO A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

### QUESTIONÁRIO PÓS PARTO IMEDIATO

Número do questionário

<b>I- DADOS GERAIS</b>		
1- Nome da Unidade	1. <input type="checkbox"/> Maternidade A 2. <input type="checkbox"/> Maternidade B	<input type="checkbox"/>
2- Tipo de serviço:	1. <input type="checkbox"/> SUS 2. <input type="checkbox"/> Particular 3. <input type="checkbox"/> Convênio. Qual?	<input type="checkbox"/>
Número do prontuário da gestante <input type="text"/>		
<b>II- IDENTIFICAÇÃO</b>		
Hora de início da entrevista <input type="text"/> : <input type="text"/>		
3- Qual é o seu nome completo?		
<b>III- BLOCO ECONOMICO E SOCIODEMOGRAFICO</b>		
4 - Qual é a sua Idade <input type="text"/>   <input type="text"/> anos		
5- Qual é a sua data de nascimento? <input type="text"/>   <input type="text"/> / <input type="text"/>   <input type="text"/> / <input type="text"/>		
6 - Qual sua cor de pele? (autorreferida)		
1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Amarela (asiáticas) 4. <input type="checkbox"/> Parda (morena/mulata)		
5. <input type="checkbox"/> Indígena		<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Outra _____		
7- Qual sua cor de pele? (percepção do entrevistador)		
1. <input type="checkbox"/> Branca 2. <input type="checkbox"/> Negra 3. <input type="checkbox"/> Amarela(asiáticas) 4. <input type="checkbox"/> Parda (morena/mulata)		
5. <input type="checkbox"/> Indígena		<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Outra _____		
8 - Qual a sua escolaridade?		
1. <input type="checkbox"/> não estudou		
2. <input type="checkbox"/> não estudou, mas sabe ler e escrever		
3. <input type="checkbox"/> ensino fundamental 1 (1ª a 4ª série) completo ou incompleto		
4. <input type="checkbox"/> fundamental 2 (5ª a 8ª série / nono ano) completo ou incompleto		<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> ensino médio completo ou incompleto		
6. <input type="checkbox"/> nível superior completo ou incompleto		
9 - A respeito da sua situação conjugal, você .....(esclarecer que companheiro é parceiro fixo)		
1. <input type="checkbox"/> Solteira 2. <input type="checkbox"/> Casada/Vive com companheiro 3. <input type="checkbox"/> Tem companheiro, mas não vive com ele 4. <input type="checkbox"/> Viúva		<input type="checkbox"/>
10 - Quem é o chefe da família? (Ou quem tem a maior renda?)		
1. <input type="checkbox"/> você (pular para 12) 2. <input type="checkbox"/> companheiro 3. <input type="checkbox"/> outra pessoa. _____		<input type="checkbox"/>
11 - Qual a escolaridade do chefe da família?		
1. <input type="checkbox"/> não estudou		
2. <input type="checkbox"/> não estudou, mas sabe ler e escrever		
3. <input type="checkbox"/> ensino fundamental 1 (1ª a 4ª série) completo ou incompleto		
4. <input type="checkbox"/> fundamental 2 (5ª a 8ª série / nono ano) completo ou incompleto		
5. <input type="checkbox"/> ensino médio completo ou incompleto		
6. <input type="checkbox"/> nível superior completo ou incompleto		
12- Qual a renda total atual da família? R\$   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>		<input type="checkbox"/>
13 – Na sua casa tem.....		<input type="checkbox"/>
a) Rádio	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
b) Geladeira	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____	<input type="checkbox"/>

c) Freezer	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
d) Videocassete e/ou DVD	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
e) Máquina de lavar	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
f) Microondas	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
g) Telefone fixo	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
h) Celular	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
i) Computador / notebook / netbook	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
j) Televisão	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
k) Ar condicionado	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
l) Carro	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
m) Moto	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
n) Empregada mensalista / diarista	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
o) Banheiro (com água encanada no vaso sanitário)	0.   Não	1.   Sim	Quantos? _____	<input type="checkbox"/>
<b>V- INFORMAÇÕES PRÉVIAS (ANTERIORES) A GESTAÇÃO ATUAL</b>				<input type="checkbox"/>
14 – Está é a sua primeira gravidez?	0.   Não	1.   Sim (pular para 59)		<input type="checkbox"/>
15 - Quantas vezes você já engravidou? (contando abortos) _____	88.			<input type="checkbox"/>
16 - Quantos partos você já teve? _____	88.	NS/NL/NR		<input type="checkbox"/>
17 – Quantas cesarianas? _____	88.	NS/NL/NR		<input type="checkbox"/>
18 - Quantos normais? _____	88.	NS/NL/NR		<input type="checkbox"/>
19 – Você já teve algum aborto? 0.   Não 1.   Sim	88.	NS/NL/NR		<input type="checkbox"/>
20 - Quantos? _____	88.	NS/NL/NR		<input type="checkbox"/>
<b>VI- INFORMAÇÕES DA GESTAÇÃO ATUAL</b>				
21- Você fez o pré-natal?	0.   Não	1.   Sim (pular para 90)		<input type="checkbox"/>
22- Quantas consultas de pré-natal você fez?  __	88.	NS/NL/NR		__
<b>VI- INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO “Agora eu perguntarei sobre o parto desse bebê”</b>				
23- Qual(is) foi(foram) o(s) sinal(is) de que você estava em trabalho de parto ou a razão porque você procurou a maternidade?				<input type="checkbox"/>
1.  __  perda de líquido 2.  __  sangramento 3.  __  dor/contração 4.  __  cesárea marcada				
5.  __  outro _____ (pode marcar mais de uma opção)				
24- Quem veio com você para maternidade?				<input type="checkbox"/>
1.  __  sozinha 2.  __  companheiro 3.  __  pais 4.  __  vizinhos/amigos 5.  __  outros familiares				
6.  __  outros _____				
25- Durante o trabalho de parto, a sua bolsa rompeu?				<input type="checkbox"/>
0.  __  Não (pular para 149) Sim 1.  __  espontaneamente no hospital 2.  __  artificialmente no hospital 3. Sim, rompeu antes de chegar ao hospital, _____ horas antes de ser internada.				__ _hs
26 - Quantos centímetros de dilatação você estava quando a bolsa rompeu ou foi rompida? _____ cm	88.	NS/NL/NR		__ _cm

<p><b>27-</b> Durante o trabalho de parto no hospital, foi colocado soro na sua veia?  <b>0.</b>   não (pular para 152)    <b>1.</b>   sim    <b>88.</b>   NS/NL/NR</p>	_
<p><b>28-</b> Neste soro foi colocado medicamento para aumentar a contração do útero durante o trabalho de parto?  <b>0.</b>   não (pular para 152)    <b>1.</b>   sim    <b>88.</b>   NS/NL/NR (pular para 152)</p>	_
<p><b>29 -</b> Qual foi o tipo de parto que você teve?  <b>1.</b>   Normal (pergunte a <b>153</b> e vá para <b>156</b>)    <b>2.</b>   Cesárea (não pergunte 156)</p>	_
<p><b>30 -</b> Fizeram um corte na sua vagina para o nascimento do bebê?  <b>0.</b>   não    <b>1.</b>   sim</p>	_
<p><b>31 -</b> Com quantas semanas/meses de gravidez o bebê nasceu? <b>1.</b>    _ _  semanas    <b>2.</b>    _  meses</p>	_ _
<p><b>32-</b> Colocaram o bebê junto a você assim que ele nasceu, ainda na sala de parto?  <b>0.</b>   Não    <b>1.</b>   Sim, só me mostrou    <b>2.</b>   Sim e ficou um tempo comigo  <b>88.</b>   NS/NL/NR</p>	_

**Hora do término da entrevista** |\_|: |\_|



## **ANEXO B - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

### **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

#### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO, PARTO E AMAMENTAÇÃO EM MULHERES NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE.

**Pesquisador:** ANDREIA MOREIRA DE ANDRADE

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 31007414.0.0000.5010

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Acre- UFAC

**Patrocinador Principal:** Universidade Federal do Acre- UFAC

#### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 760.821

**Data da Relatoria:**

14/08/2014

**Apresentação do Projeto:**

O objetivo deste estudo será analisar a utilização de medicamentos por mulheres, durante a gestação, o período de internação para o parto e amamentação, no município de Rio Branco, Acre. Trata-se de um estudo transversal com perspectiva de recrutar 1557 mulheres que se internarem para o parto nas duas maternidades do município durante o período de estudo. Para atingir os objetivos propostos serão realizadas além da entrevista pós-parto imediato, visitas domiciliares. A coleta de dados será por entrevista, por consulta ao cartão de pré-natal e ao prontuário da parturiente. Os medicamentos serão classificados, e a análise da associação será realizada segundo variáveis sociodemográficas, características maternas e assistência ao pré-natal e parto. Os dados serão analisados de forma descritiva e exploratória para avaliar a distribuição e caracterizar a amostra. A descrição das variáveis categóricas será apresentada através de sua distribuição percentual por categoria ou pela média, desvio padrão e intervalo de confiança se variável contínua. Serão obtidas prevalências dos desfechos e estimadas as medidas de risco com seus respectivos intervalos de confiança para as associações. Na regressão logística deverá ser selecionado o melhor modelo ajustado tendo 95% como grau de confiança do estudo. O presente estudo buscará alcançar resultados que possam contribuir para melhoria na qualidade da saúde materno-infantil.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

"Avaliar a utilização de medicamentos durante a gestação, o período de internação para o parto e amamentação em mulheres do município de Rio Branco, Acre".

**Objetivos Secundários:**

"Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres, segundo o uso de medicamentos no período de gestação, parto e pós-parto imediato e amamentação".

- 1- "Descrever o uso autorreferido na gestação e indicado durante o parto de medicamentos, classificando-os segundo o sistema anatômico, terapêutico e químico (ATC) e categorização de risco do FDA".
- 2- "Analisar o perfil de medicamentos prescritos durante a permanência hospitalar para o parto".
- 3- "Estimar a prevalência do tipo de anestésicos (e combinações), utilizados durante o parto e associação com tipo de parto e principais efeitos decorrentes da sua utilização".
- 4- "Estimar a prevalência do uso de medicamentos durante a gestação, parto e pós-parto imediato e amamentação".
- 5- "Analisar a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, características maternas e o acesso às ações e aos serviços de saúde, com o uso de medicamentos".
- 6- "Analisar o uso de medicamentos essenciais e a associação com o diagnóstico de anemia, segundo período gestacional de uso".

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios explicitados estão em conformidade com as exigências estabelecidas pela Resolução 466/2012.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa tem relevância social e atende aos critérios de cientificidade, bem como atende às exigências éticas estabelecidas para as pesquisas envolvendo seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de Apresentação Obrigatória forma anexados aos Protocolo de Pesquisa e estão formulados adequadamente.

**Recomendações:**

Continua valendo a recomendação referente à consideração de que os três meses em que serão coletados os dados constituem-se uma amostra representativa do ano todo de ocorrências. Caso isso não seja realmente constatado, todo o trabalho pode ser invalidado pois a amostra não seria

representativa e as inferências não poderiam ser realizadas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando que no Protocolo de Pesquisa constam todos os Termos de Apresentação Obrigatória, os quais estão elaborados e/ou preenchidos adequadamente, atendendo as exigências estabelecidas na Resolução CNS nº 466/2012 e do CEP-UFAC, conclui-se pela emissão de Parecer favorável à realização da Pesquisa.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFAC informa que:

Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS nº 466/2012, X.3-4.

Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS nº 466/2012, II.19).

RIO BRANCO, 21 de Agosto de 2014

---

Assinado por:

**Luciete Basto de Andrade Albuquerque (Coordenador)**

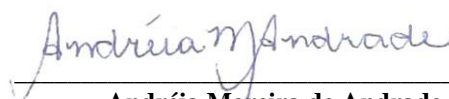
## **ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO BANCO DE DADOS**

Declaro para os devidos fins, que consinto à Profa. Dra Simone Perufo Opitz e a pesquisadora Rafaela Sales Bonfim Brito o acesso aos dados do Banco de dados do projeto de pesquisa matriz intitulado “ Utilização de medicamentos na gestação, parto e amamentação em mulheres no município de Rio Branco, Acre”, sob minha coordenação para serem utilizados na pesquisa “Avaliação da assistência ao trabalho de parto e parto vaginal nas maternidades de Rio Branco, Acre”.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se as mesmas a utilizar os dados para os objetivos dos quais propostos e apresentados ao Comitê de Ética e que os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Afirmo ainda que o projeto encontra-se devidamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre sob nº 760.821 durante o período de coleta de dados foram devidamente respeitados os preceitos éticos.

Rio Branco/AC , 15 de agosto de 2018.



---

**Andréia Moreira de Andrade**  
Profa Dra Andréia Moreira de Andrade

## ANEXO D - RECOMENDAÇÕES DAS BOAS PRÁTICAS DA OMS (1996)

<b>Categoria A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas</b>
1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado
2. Reavaliação do risco obstétrico
3. Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto.
4. Oferecimento de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
5. Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico em que o parto for viável e seguro
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e o parto.
9. Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante trabalho de parto e parto
10. Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
11. Métodos não-invasivos e não-farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto e parto
12. Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
13. Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e desinfecção adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto
14. Uso de luvas no exame vaginal, durante o parto do bebê e no manuseio da placenta
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
16. Estímulo a posições não-supinas durante o trabalho de parto.
17. Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS
18. Utilização profilática de ocitocina profilática no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de até uma pequena perda de sangue
19. Condições estéreis ao cortar o cordão.
20. Prevenção da hipotermia do bebê.
21. Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, segundo as diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Exame rotineiro da placenta e das membranas
<b>Categoria B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas</b>
1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de tricotomia
3. Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
4. Cateterização venosa profilática de rotina.
5. Uso rotineiro da posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria por raios X.
8. Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto, de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto.
10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
12. Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.

14. Lavagem uterina rotineira após o parto.
15. Revisão uterina (exploração manual) rotineira do útero depois do parto
<b>Categoria C: práticas em relação a quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão</b>
1. Métodos não-farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
2. Amniotomia precoce no primeiro estágio do trabalho de parto
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento do parto.
6. Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante o terceiro estágio do trabalho de parto.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical.
8. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas no terceiro estágio do trabalho de parto.
<b>Categoria D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado</b>
1. Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor por analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal.
5. Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
6. Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviços.
7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como, por exemplo, uma hora, se as condições maternas e fetais forem boas e se houver progressão
12. Parto operatório.
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia.
14. Exploração manual do útero depois do parto.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE  
COLETIVA**

**AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS**

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Rio Branco-AC, 16/12/2020

Nome do autor: Rafaela Sales Bonfim Brito

Assinatura: Rafaela Sales Bonfim Brito

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE