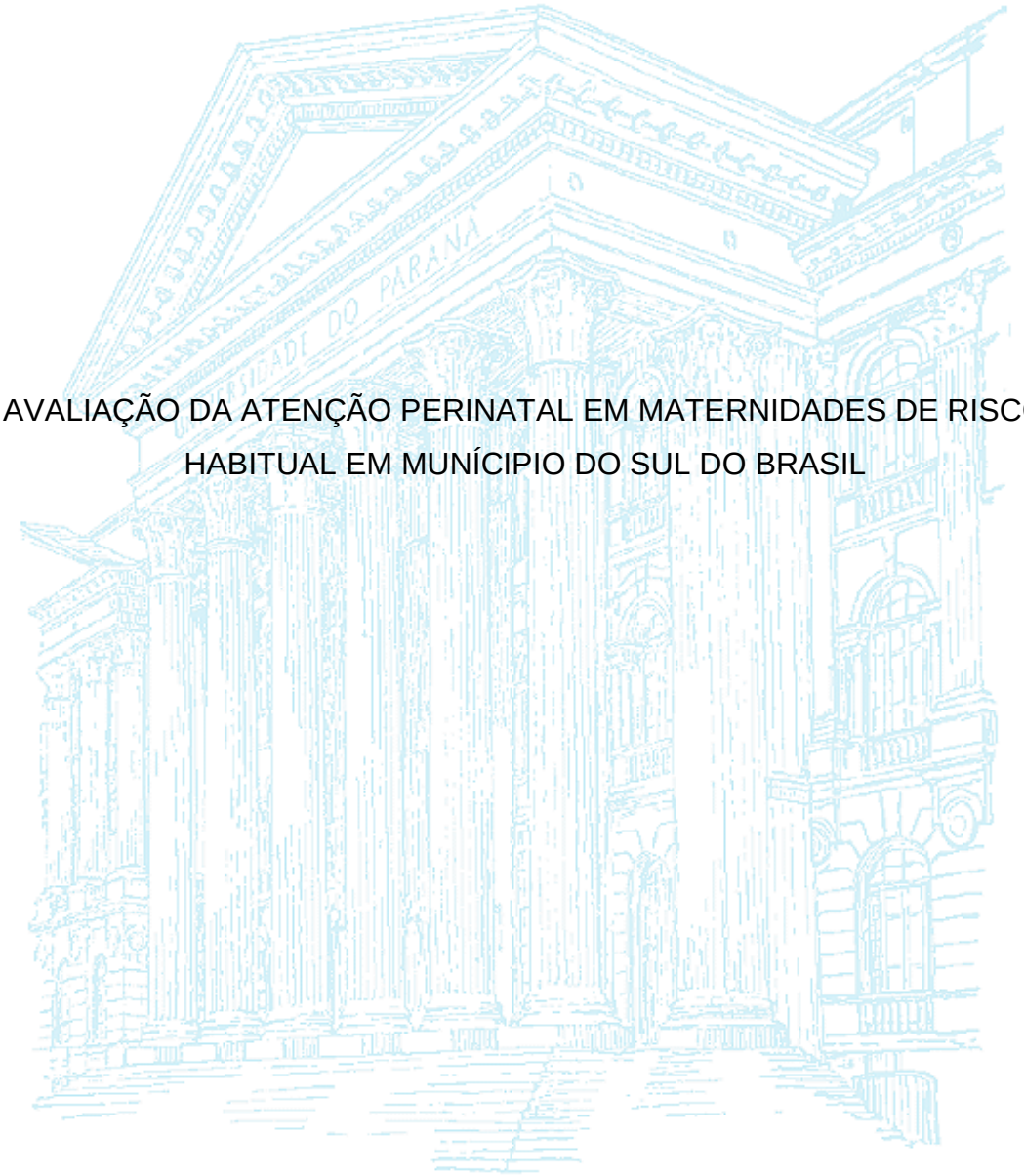
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

FABIO ANDRÉ MIRANDA DE OLIVEIRA



AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL EM MUNÍCIPIO DO SUL DO BRASIL

CURITIBA

2015

FABIO ANDRÉ MIRANDA DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL EM MUNÍCIPIO DO SUL DO BRASIL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem. Linha de pesquisa: Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff.
Co-orientadora: Profa. Dra. Luciana Schleder Gonçalves.

CURITIBA

2015

Oliveira, Fábio André Miranda de
Avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual em município do sul do Brasil / Fábio André Miranda de Oliveira - Curitiba, 2015.
163 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm.

Orientadora: Professora Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Coorientadora: Professora Dra. Luciana Schleder Gonçalves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná. 2015.

Inclui bibliografia

1. Avaliação em saúde. 2. Assistência ao parto. 3. Parto humanizado. 4. Mortalidade perinatal. I. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves. II. Gonçalves, Luciana Schleder. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.20231

TERMO DE APROVAÇÃO

FABIO ANDRÉ MIRANDA DE OLIVEIRA

AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL EM MUNICIPIO DO SUL DO BRASIL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração prática profissional de enfermagem, na linha de pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Lilian Daisy G. Wolff

Profª. Drª. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Profª. Drª. Lilian Cordova do Espírito Santo
Membro Titular: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Márcia B. Freire

Profª. Drª. Márcia Helena de Souza Freire
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR

Curitiba, 25 de fevereiro de 2014.

Às Mulheres.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pois o senhor sempre foi maior no cuidado com meu caminho.

Agradeço a minha família, minha mãe Angélica, meu pai Rui, minha irmã Yasmin e Vera, minha babá, que me amam e que entenderam como ninguém todos os meus momentos e sentimentos durante o mestrado. Amo muito cada um de vocês. Ao meu pai biológico, Wilson (*in memorian*), que sempre olha por mim. Aos meus tios e tias, aos primos, por toda a torcida.

Agradeço ao meu amor Carolina, juntos somos mais fortes, pois nos fazemos melhor a cada dia. Só você para tornar minha caminhada mais confortável e tranquila. Agradeço à família da Carol, que me acolheu e que me faz sentir parte também. Obrigado Seu Mauricio, Dona Clarisse, Cassiana e Bruno. Um beijo especial ao Bernardo que nunca entendeu porque eu estou sempre estudando.

A minha orientadora Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff, por confiar em minhas ideias e determinação, em apoiar minhas negociações com a Secretaria Municipal de Saúde, e na construção deste grande projeto. Por vibrar com minhas conquistas e evolução. Por não me abandonar em momento algum. Por respeitar meus limites e assumir comigo as consequências de meus atos e escolhas. Apesar das dificuldades, sempre estive confiante e nunca desisti, pois sempre soube e tive a segurança de que estaria ao meu lado. Obrigado Mestre! Agradecimento especial à minha coorientadora Dra. Luciana Schleder Gonçalves que nuca desanimou, ou deixou que eu o fizesse. Sempre com um belo sorriso me motivou a seguir.

Às amigas e companheiras de turma, as que conheci e as que reconheci, obrigada por dividirem esta caminhada. Aos mestres, e demais funcionários da Universidade Federal do Paraná, obrigado por toda dedicação e esforço, pelas lutas e conquistas. Nosso Programa de Pós-Graduação se torna referência a cada dia.

Aos pesquisadores que me antecederam nesta jornada de Avaliação em Saúde, suas pesquisas abrilhantaram meu trabalho.

Às gestantes de Curitiba-PR, motivo maior de minha pesquisa, que tenham sempre seus direitos respeitados, que sejam cidadãs e mães felizes.

À Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, em especial aos responsáveis pelo Programa Mãe Curitibana, que acolheram minha ideia e apostaram na

possibilidade de melhora dos serviços obstétricos. Aos profissionais das instituições pesquisadas, por me ajudarem na medida do possível e por reconhecerem a parceria academia-serviço como o melhor caminho na qualificação de seus serviços de saúde.

À Universidade Federal do Paraná, da qual me orgulho por fazer parte, será sempre uma grande marca na minha formação, um mundo de oportunidades, as melhores oportunidades.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por suas ações no processo de consolidação da pesquisa no Brasil e apoio financeiro na realização desta pesquisa, bem como no período em que estive como bolsista do Programa de Pós Graduação.

A todos os casais que conheci neste momento da vida, amigos verdadeiros, nenhum nome específico, cada um em um momento especial e único.

Ademais, considera-se relevante, aos profissionais da prática obstétrica, refletirem sobre a concepção de que o parto é um evento do corpo feminino, e que poderia ocorrer, ainda que sem a sua contribuição. Porém, quando a assistência ao parto lhe for requerida, caberia a eles a gratidão pelo fato de a mulher lhes permitir o compartilhar deste momento (OLIVEIRA, 2015).

RESUMO

OLIVEIRA, F. A. M. de. **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL EM MUNÍCIPIO DO SUL DO BRASIL.** 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015.

A qualificação do atendimento perinatal figura como meta nacional no Brasil. Realizou-se pesquisa de avaliação normativa, transversal, retrospectiva e de abordagem quantitativa com objetivo de avaliar a Atenção Perinatal em maternidades de risco habitual em um município do Sul do País, à luz das Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento. Utilizou-se o Escore de Bologna, que congrega cinco práticas já recomendadas pela OMS, pontuando 1 se presente e 0 se ausente, sendo a somatória dessas cinco notas a qualidade da assistência. Dados de identificação da mulher, clínicos/obstétricos e da assistência realizada durante o período perinatal foram coletados em prontuários de puérperas atendidas em três maternidades de Curitba-PR no ano de 2013. Aplicou-se técnica de auditoria em 406 prontuários. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise descritiva univariada e de frequências. Constatou-se ausência de determinados registros. Apenas práticas como monitoramento fetal intermitente (98,8%), uso do partograma (97%) e uso de uterotônico no pós-parto imediato (62,1%) convergiram com as recomendações da OMS. Práticas prejudiciais que devem ser eliminadas foram frequentes, como o uso de enema (46,6%), tricotomia (46,8%), infusão de ocitocina de rotina (55,2%) no trabalho de parto, do uso liberal de episiotomia (58,6%; n=266) e o do uso rotineiro de ergometrina (68,7%; n=252) no terceiro estágio do trabalho de parto. Nas práticas frequentemente realizadas de modo inadequado, destacam-se a restrição hídrica e alimentar (86,3%; n=182), exames vaginais repetidos em até duas horas (65%) e adesão rígida de período de tempo de até uma hora para o segundo estágio do trabalho de parto (93,4%; n=228). O controle da dor por analgesia (7,9%) e o monitoramento fetal contínuo (11,1%) foram pouco registrados, corroborando com o recomendado. Na aplicação do Escore de Bologna, os resultados encontrados (notas 3 e 4 com frequências de 12,1% e 2,5%, respectivamente) demonstram o déficit na assistência. Com relação à conduta realizada nos serviços de assistência ao parto, a alta frequência da utilização de procedimentos invasivos, como ruptura de membranas (58%; n=176) e a ausência de registro de avaliações importantes, como dinâmica uterina (36,5%) e plano de DeLee (69%), sugerem a não utilização das recomendações. A pesquisa alcançou o objetivo almejado. Foram descritas limitações da Atenção Perinatal praticada nas maternidades e potencialidades para obtenção da qualidade da assistência e, consequentemente melhores indicadores de mortalidade materno-infantis. O uso do Escore de Bologna pelos serviços deve ser encorajado, a fim de estimar de forma simples e prática a qualidade do processo de assistência ao parto. Os resultados apontam que as três maternidades necessitam envidar esforços para alcançar padrões de qualidade segundo o modelo de atenção preconizado pela Rede Cegonha e Organização Mundial da Saúde. A adoção de medidas intersetoriais, ações em rede e inserção do Enfermeiro Obstetra no atendimento ao parto são possibilidades viáveis neste sentido.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Assistência ao Parto. Parto Humanizado. Mortalidade Perinatal.

ABSTRACT

OLIVEIRA, F. A. M. de. **PERINATAL CARE EVALUATION IN USUAL RISK MATERNITIES IN A SOUTHERN CITY IN BRAZIL.** 163 f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Federal University of Paraná, Curitiba, 2015.

The qualification of perinatal care is a national goal in Brazil. A normative-evaluation and cross-sectional research, of retrospective in a city in the south of the country, by the light of the Attention to Labor and Delivery Good and quantitative approach was developed in order to evaluate the Perinatal Care in usual risk maternities Practices. The Score of Bologna was used, which comprises five practices already recommended by WHO - scoring 1 if present and 0 if absent, being the result of the sum of these five notes related to the quality of care. Woman identification data, clinical / obstetric and assistance provided during the perinatal period were collected from medical records of mothers attended in three hospitals in the year 2013. The audit technique was applied in 406 records. Data were tabulated in spreadsheets and submitted to univariate descriptive analysis and frequency. It was found absence of certain records. Only practices as intermittent fetal monitoring (98.8%), use of the partographs (97%) and use of uterotonics in the immediate postpartum period (62.1%) converged with the WHO recommendations. Harmful practices to be eliminated were common, as the use of enema (46.6%), shaving (46.8%), routine oxytocin infusion (55.2%) in labor, the liberal use of episiotomy (58.6%; n = 266) and the routine use of ergometrine (68.7%; n = 252) in the third stage of labor. Practices often done improperly included dietary restriction and water (86.3%, n = 182), vaginal examinations repeated within two hours (65%), rigid adherence to one hour time period for the second stage of labor (93.4%, n = 228). The control of analgesia for pain (7.9%) and continuous fetal monitoring (11.1%) were poorly recorded, confirming the recommended. In applying the Score of Bologna, the results (notes 3 and 4 with frequencies of 12.1% and 2.5%, respectively) show the deficit on the process. Regarding the conduct performed in delivery care services, the high frequency of invasive procedures such as rupture of membranes (58%; n = 176) and the absence of record of important data as uterine activity (36.5%) and DeLee plan (69%), suggest the hospitals are not using the recommendations. The research achieved the main objective. Limitations of Perinatal Care practices in hospitals and potentials have been described for obtaining the quality of care and therefore better maternal and child mortality indicators. Using the Score of Bologna for the services should be encouraged in order to estimate a simple and practical way the quality of delivery care process. The results show that the three hospitals require efforts to achieve quality standards according to the model advocated by the Rede Cegonha, in Brazil, and World Health Organization. The adoption of intersectoral measures, network shares and insertion of the Nurse Midwife in delivery care are possibilities viable in this regard.

Keywords: Health Evaluation. Delivery Assistance. Humanized Birth. Perinatal mortality.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – FATORES DE RISCO QUE PERMITEM A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA..... 28
QUADRO 2 – FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO..... 29
QUADRO 3 – OS DEZ PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA ATENÇÃO PERINATAL..... 31
QUADRO 4 – CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS..... 33
QUADRO 5 – CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS..... 34
QUADRO 6 – PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO..... 34
QUADRO 7 – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO..... 35
QUADRO 8 – DADOS OBSTÉTRICOS DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 64
QUADRO 9 – DADOS DE INTERNAÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 66
QUADRO 10 – DADOS DO TRABALHO DE PARTO (I) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 69
QUADRO 11 – DADOS DO TRABALHO DE PARTO (II) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 72
QUADRO 12 – DADOS DE PARTO (I), DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 76
QUADRO 13 – DADOS DE PARTO (II) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 78
QUADRO 14 – DADOS DE PÓS-PARTO IMEDIATO DE MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 80
QUADRO 15 – PADRÕES DO ESCORE DE BOLOGNA, FREQUÊNCIAS DAS PONTUAÇÕES POR MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 81
GRÁFICO 1 – PADRÕES DE QUALIDADE DO ESCORE DE BOLOGNA, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013.. 83
QUADRO 16 – ESCORE FINAL - FREQUÊNCIAS DOS ESCORES FINAIS, POR PARTO, EM CADA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 84

GRÁFICO 2 – PONTUAÇÕES DO ESCORE DE BOLOGNA PARA TODAS AS MATERNIDADES MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013..... 85
QUADRO 17 – DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO AS PONTUAÇÕES GERAIS DO ESCORE DE BOLOGNA 121

LISTA DE SIGLAS

AC	- Alojamento Conjunto
ACS	- Agente Comunitário de Saúde
BCF	- Batimento Cardíaco Fetal
CAB	- Caderno de Atenção Básica
CEP	- Comitê de Ética e Pesquisa
CIB	- Comissões Intergestores Bipartites
CGBP	- Casa da Gestante, bebê e puérpera
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CPN	- Centro de Parto Normal
DST	- Doença Sexualmente Transmissível
DU	- Dinâmica Uterina
DUM	- Data da Ultima Menstruação
FEAES	- Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde
FC	- Frequência Cardíaca
GAR	- Gestação de Alto Risco
GPPGPS	- Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas em Saúde
HNSG	- Hospital Nossa Senhora das Graças
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	- Idade Gestacional
IM	- Intramuscular
MS	- Mistério da Saúde
NV	- Nascido Vivo
NOAS	- Normas Operacionais de Assistência a Saúde
ODM	- Objetivo Desenvolvimento do Milênio
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização Nações Unidas
PA	- Pressão Arterial
PAISM	- Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PAR	- Planos de Ação Regional
PHPN	- Programa de Humanização Parto e Nascimento
PMC	- Programa Mãe Curitibana
PNAISM	- Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PPP	- Pré-natal, Parto e Puerpério
RC	- Rede cegonha
RMM	- Razão de Mortalidade Materna
RMP	- Programa Mãe Paranaense
RN	- Recém-nascido
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SEGTES	- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SESA	- Secretaria de Estado da Saúde
SINASC	- Sistema de informação sobre nascido vivo
SUS	- Sistema Único da Saúde
SVS	- Secretaria de Vigilância à Saúde
UBS	- Unidade Básica de Saúde

UCIN	- Unidade de Cuidados Intermediários
UCINCA	- Unidade Cuidados Intensivos Canguru
UCINCO	- Unidade Cuidados Intensivos Convencional
UI	- Unidade internacional
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL	- *Venereal Disease Research Laboratory*
WHO	- *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 15
2 REFERENCIAL TEÓRICO 20
2.1 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL E NO MUNDO.... 20
2.1.1 A mortalidade materna no Paraná e em Curitiba..... 25
2.2 SAÚDE MATERNA E NEONATAL: GESTAÇÃO E NASCIMENTO NORMAIS..... 26
2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER..... 35
2.4 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL..... 39
2.4.1 Rede Cegonha..... 42
2.4.2 Rede Mãe Paranaense..... 47
2.4.3 Programa Mãe Curitibana..... 49
2.5 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE..... 51
2.5.1 Escore de Bologna..... 54
3 MATERIAIS E MÉTODOS..... 57
3.1 UNIDADES DE ANÁLISE DA PESQUISA..... 58
3.2 FONTES E AMOSTRAGEM DA PESQUISA..... 60
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... 61
3.4 COLETA DOS DADOS..... 61
3.5 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS..... 62
4 RESULTADOS..... 63
4.1 REGISTROS OBSTÉTRICOS..... 65
4.2 REGISTROS NAS INTERNAÇÕES..... 65
4.3 REGISTROS DE TRABALHO DE PARTO..... 68
4.4 REGISTROS DE PARTO..... 75
4.5 REGISTROS DE PÓS-PARTO IMEDIATO..... 79
4.6 ESCORE DE BOLOGNA..... 81
5 DISCUSSÃO..... 86
5.1 CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS..... 86
5.2 CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS..... 100
5.3 CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO..... 109
5.4 CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO..... 110
5.5 ESCORE DE BOLOGNA..... 119
5.6 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA..... 122
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 130
REFERÊNCIAS..... 138
APÊNDICES..... 151
ANEXOS..... 156

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da mulher e a assistência a ela prestada devem transcender o modelo biologicista focado no sistema reprodutor feminino, e incorporar inúmeros aspectos que permeiam sua saúde, como doenças, relações sociais, familiares, econômicas e culturais. Consequentemente, haverá avanços no modelo de atenção que poderão contribuir para que sejam alcançadas melhorias significativas nos indicadores relativos à qualidade da saúde da mulher.

Nesta perspectiva, reconhece-se que o indicador de mortalidade materna é sensível à qualidade de vida de uma determinada população. Esse indicador está relacionado, diretamente, a mortes precoces e evitáveis, que atingem principalmente mulheres de baixo poder aquisitivo e, consequentemente, com menor acesso aos bens sociais (BRASIL, 2012a). Entende-se morte materna como a morte de uma mulher na gravidez, aborto, parto ou até 42 dias de pós-parto e aborto, independente da localização e duração da gestação. Essa morte deve estar atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gestação ou por condutas tomadas perante ela (OPAS, 2008).

Nas últimas décadas, observou-se uma redução na mortalidade materna, embora outros indicadores importantes, como os de óbitos neonatais, apresentaram uma diminuição aquém do esperado (BRASIL, 2012b). Esses índices sugerem comprometimento na qualidade dos serviços de saúde ofertados à mulher no período gravídico puerperal, sendo o pré-natal e as instituições de atendimento ao parto e nascimento pontos chaves nessa assistência.

Como um problema mundial, a redução da mortalidade materna constitui o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM (BRASIL, 2007a). Neste sentido, a meta assinada pelo governo brasileiro é a da sua redução em três quartos, entre 1990 e 2015, o que representa reduzir a Razão de Mortalidade Materna – RMM, a um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2007a).

Neste contexto, o Ministério da Saúde – MS, com os objetivos de reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil e de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil, instituiu a Rede Cegonha. Para tal, ações estão sendo realizadas no intuito de melhorar a qualidade da assistência obstétrica, além de

incentivos a avaliações e acompanhamentos constantes dos indicadores de qualidade desses serviços (BRASIL, 2012b).

Sabe-se que, para a melhoria dos serviços e garantia de que eles cumpram com o que se propõem avaliações continuas são necessárias. Castro (2000) salienta que a avaliação pode fazer parte de um programa de garantia da qualidade, servindo, desta maneira, como importante instrumento de gestão e permitindo a detecção de desvios quanto ao alcance das metas propostas e melhoria dos indicadores.

Já no artigo 17 da Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/90 (BRASIL, 1990) – consta que é de responsabilidade dos estados e municípios participar das ações de controle e avaliação das condições e ambientes de trabalho. São atribuições também dos Gestores, diretores e responsáveis técnico pelos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal planejar e adotar ações para garantir a qualidade dos processos de trabalho. Nesta concepção incluem-se as seguintes atividades: a coordenação da equipe técnica; a adoção de ações e medidas de humanização; a elaboração de protocolos institucionais, em conformidade com normas vigentes e evidências científicas; a supervisão do pessoal técnico por profissional de nível superior; a avaliação dos indicadores do serviço; e a rastreabilidade de todos os seus processos.

Donabedian recomenda a análise da estrutura, do processo e do resultado para estimar a qualidade nos serviços de saúde, e refere o estudo do processo como a melhor forma para se investigar o conteúdo da atenção oferecida no primeiro nível de assistência (DONABEDIAN, 1990).

Sendo assim, a avaliação de serviços de saúde envolve a “[...] efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários frente aos serviços públicos de saúde” (BRASIL, 2007b). Com o objetivo de nortear a tomada de decisão, a avaliação consiste em “[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes [...]” (CONTANDRIOPOULOS *et al.*,1997, p. 31).

Corroborado com esta ideia, Manzini *et al.* (2009) salientou que, para realização de avaliação em saúde, é necessária uma estrutura de referência como parâmetro para emitir juízo de valor acerca de alguma intervenção ou prática social. Quando os parâmetros de avaliação são princípios e normas relativas oriundos de

politicas públicas, trata-se de uma avaliação normativa (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

Em Curitiba o Programa Mãe Curitibana oferece à comunidade da capital paranaense atenção ao pré-natal, parto e puerpério, cuidados com o recém–nascido e planejamento familiar.

Valorizando a relevância para melhoria da gestão em saúde, a Secretaria Municipal de Saúde manifestou, em reunião pública em março de 2013, o interesse de avaliar a atenção perinatal no município de Curitiba, uma vez que verificou ser indispensável que o Programa Mãe Curitibana fosse avaliado nas suas diferentes unidades. Respondendo a essa demanda, houve negociações bem sucedidas com a Secretaria Municipal de Saúde sobre o seu interesse e viabilidade de realização de projeto de avaliação nas três maternidades de risco habitual do SUS no município.

A avaliação da estrutura e dos processos da atenção perinatal (que para esta pesquisa entende-se como toda a assistência direta ou indireta realizada a mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato) em maternidades de risco habitual torna-se relevante para contribuir para o reconhecimento das fortalezas e fragilidades dessa atenção, e necessária ao planejamento de ações de melhoria continua da qualidade da assistência. Este pressuposto corrobora com o documento "*Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival*" (BHUTTA *et al.,* 2010), o qual descreve a necessidade de produzir dados para guiar ações e políticas ao alcance dos Objetivos do Milênio, além de desenvolver métodos para acompanhar o progresso dessas ações.

A avaliação neste tipo de serviço deve atender às políticas públicas vigentes que orientam a estrutura e os procedimentos adequados, pautados nas recomendações de boas práticas de atenção ao parto e nascimento da Organização Mundial da Saúde. Por isso justifica-se que os projetos de avaliação tenham um caráter normativo, considerando o que é preconizado pelas instâncias políticas do Sistema Único da Saúde – SUS.

A relevância de pesquisas de avaliação se configura por seus resultados ao oferecerem informações à gestão do SUS, aos profissionais de saúde, aos usuários. A partir delas, os gestores de diferentes níveis administrativos podem identificar, de acordo com o diagnóstico por elas possibilitado, novas estratégias para a obtenção de melhores indicadores de morbimortalidade e aumento da produtividade e eficácia

das ações programáticas, assim como apontar para novas necessidades de avaliação.

Estudo que utilizou dados do Comitê de Mortalidade Materna do Estado do Paraná, relativos aos triênios de 2005 a 2007 e 2008 a 2010, evidenciou que cerca de 90% dos óbitos maternos relacionados ao pré-parto, parto e puerpério, ocorreram no âmbito hospitalar (SOARES *et al.*, 2012).

Na realidade brasileira foram identificados estudos avaliativos tendo como unidade de análise maternidades do SUS. Manzini, Borges e Parada, (2009) realizaram avaliação de estrutura e o processo de assistência ao parto e ao recém-nascido em maternidade de São Paulo; Giglio, França e Lamounier (2011) avaliaram a qualidade da assistência hospitalar ao parto normal em Goiânia utilizando o Score de Bologna.

À semelhança desses estudos, esta pesquisa tem como unidade de análise três maternidades de risco habitual, ou seja, instituições que prestam acompanhamento e atendimento ao parto de gestantes de baixo risco ou risco habitual.

A Organização Mundial de Saúde – OMS criou um protocolo sobre os cuidados a serem realizados em circunstância normal de nascimento, enfatizando que o objetivo dos cuidados intraparto é alcançar uma assistência adequada e segura à mãe e à criança, usando o mínimo possível de intervenções, de acordo com cada caso (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008).

As recomendações da OMS se congregam no Escore de Bologna, uma ferramenta que se baseia na concepção de que o parto normal é um evento fisiológico, com base no uso de tecnologia adequada. As condutas tomadas devem ser baseadas em evidências científicas, e as mulheres devem participar na tomada de decisão. Esta ferramenta avalia as condutas e práticas realizadas nos serviços de maternidade, e sua finalidade é indicar a observadores como o parto normal é conduzido em um determinado serviço de obstetrícia (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008).

O interesse do pesquisador pelo tema iniciou-se desde o segundo ano de graduação, ao observar o momento do nascimento no primeiro estágio de obstetrícia. A partir daí, a necessidade de buscar conhecimento e compreensão da prática foi crescente, sendo a saúde da mulher o tema principal de todas as construções acadêmicas subsequentes. Monitoria, estágios, resumos encaminhados a eventos, trabalho de conclusão de curso, todos voltados ao momento do parto e

nascimento. Após a graduação, a necessidade de atrelar o conhecimento teórico à prática convergiu no ingresso na Residência em Saúde da Mulher do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Após essa intensa vivência, o caminho tomado foi do *stricto sensu*. No mestrado, a aproximação com o Grupo de Pesquisas em Políticas, Gestão e Práticas de Saúde - GPPGPS/UFPR, a qual já se iniciara na residência, impulsionou e potencializou a vontade de se avaliar os serviços de atenção obstétrica do município de Curitiba.

Nessa pesquisa o objeto de estudo são as práticas realizadas pelos serviços na assistência perinatal associada à condição de risco habitual. Partiu-se do pressuposto esta assistência requer práticas fundamentadas em evidências obtidas com rigor científico, para que mulheres recebam avaliações e cuidados planejados, seguros e de qualidade. Para isso, faz-se necessário que os serviços adotem protocolos ou *guidelines* para orientação dos profissionais.

Portanto, o problema desta pesquisa foi enunciado na seguinte pergunta: as maternidades de risco habitual do SUS de Curitiba cumprem com as normativas vigentes e recomendações de melhores práticas nos processos da atenção ao pré-parto, parto e puerpério imediato?

Para respondê-la, a pesquisa se conduziu com vistas ao alcance do seguinte objetivo: **Avaliar a atenção perinatal em maternidades de risco habitual em capital da Região Sul do Brasil.**

Para o alcance do objetivo foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa, de caráter normativo, em que as práticas obstétricas foram auditadas e analisadas a luz das recomendações internacionais e nacionais relativas às boas práticas na atenção perinatal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo aponta-se a mortalidade materna como problema de saúde pública no mundo e no Brasil, e abordam-se características de gestação e nascimento normal. Descreve-se também a evolução das políticas públicas de saúde brasileiras em relação à atenção à saúde da mulher, evidenciando-se as ações voltadas ao período gravídico puerperal ao longo do tempo. Contemplam-se, ainda, as recomendações preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1996) ao atendimento ao parto e nascimento de qualidade.

Nesta pesquisa entende-se como “Atenção perinatal toda a assistência direta ou indireta realizada a mulher e ao recém-nascido durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato”.

2.1 MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL E NO MUNDO

A mortalidade materna é um indicador importante na avaliação da qualidade de vida de uma população. Esse indicador está amplamente relacionado a mortes precoces, evitáveis, que em sua maioria atingem mulheres de menor poder aquisitivo. Desta forma, configura-se como uma grave violação dos direitos humanos das mulheres. Considera-se morte materna quando ocorrida durante a gravidez, aborto, parto ou até 42 dias após o parto ou aborto (BRASIL, 2012b).

A Organização das Nações Unidas – ONU, no ano 2000, criou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM. Todos os países integrantes das Nações Unidas assumiram compromissos a serem alcançados até 2015. Um dos objetivos é melhorar a saúde materna, a fim de reduzir o índice de mortalidade materno-infantil (BRASIL, 2007a). Por este motivo, a atenção perinatal requer cuidados especiais. O Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento – PHPN, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, entre outros, são instrumentos de orientação para atingir a meta de redução da mortalidade materno-infantil no Brasil (BRASIL, 2000).

Atualmente, a evolução da ciência e os avanços tecnológicos vêm melhorando a qualidade da assistência prestada à saúde materna e infantil.

Entretanto, observa-se que a redução da mortalidade materna e vem acontecendo de forma lenta, e até estagnada nos últimos anos (SANTOS NETO *et al.,* 2008).

Ampliando a definição de **morte materna,** o Ministério da Saúde a define como a morte de uma mulher durante a gravidez ou em um período de 42 dias após o parto, independentemente de sua duração ou localização da gestação, não sendo em decorrência de causas acidentais, mas de qualquer causa relacionada com ou agravada pela gestação ou por medidas em relação a ela. Já a **morte materna tardia** é a morte de uma mulher devido a causas obstétricas diretas ou indiretas, e que ocorreu entre 42 dias e um ano após o término da gravidez (BRASIL, 2010).

Considera-se **morte obstétrica direta** aquela resultante de complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, causada por intervenções, omissões, tratamento incorreto ou devida a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer das causas acima mencionadas. Por sua vez, a **morte obstétrica indireta**, resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas a causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (OMS, 1997).

A razão de mortalidade materna consiste no número de mortes maternas resultantes do processo reprodutivo para cada 100 mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico e ano (CUNNINGHAM, 2012).

No mundo, mais de 500.000 mulheres morrem, por ano, durante o parto ou de complicações relacionadas à gravidez. Os bebês das mães que morreram acabam apresentando maior chance de vir a óbito no primeiro mês de vida. Vale ressaltar que a grande maioria (quase 99%) da mortalidade materna e da neonatal ocorre nos países em desenvolvimento, na qual mais da metade das mulheres ainda não recebe assistência à saúde qualificada, o que pode demonstrar uma intensa desigualdade em relação ao acesso a cuidados qualificados de saúde (UNICEF, 2012). Nas Américas morrem por ano cerca de 100 mulheres para 100 mil nascidos vivos, decorrentes de complicações da gestação e do parto (ONU, 2000).

A redução da mortalidade materna e infantil também tem aparecido como prioridade da maioria das recentes conferências internacionais de saúde, sendo incluída como uma das metas a ser alcançada até 2015. Este compromisso foi assumido pelos países integrantes da Organização das Nações Unidas, estabelecido pela Declaração do Millenium na Conferência Mundial realizada no ano de 2000 e pactuada por 191 países (ONU, 2000). As metas para o período entre

1990 e 2015 foram que a mortalidade infantil fosse reduzida em dois terços e a mortalidade materna em 75%.

Segundo o Relatório de Prestação de Contas para a Sobrevivência Materna, Neonatal e Infantil (WHO, 2013), os números de mortes materno-infantis vêm diminuindo, mas ainda não são os ideais. O número de mulheres que morrem por ano por complicações da gestação ou durante o parto diminuiu, significativamente, de 543.000 em 1990, para 287.000 em 2010. Dos 75 países envolvidos na prestação de contas, 30 mostraram reduções de 50% ou mais em suas taxas de mortalidade materna nesse mesmo período. Entretanto, alguns poucos países do continente africano vêm apresentando aumento nesses números (WHO, 2013).

No Brasil, a diminuição da mortalidade materna foi evidente, mas ainda está aquém do esperado. Em 1990, a razão de mortalidade materna – RMM corrigida foi de 140 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos – NV, e em 2007, declinou quase que para a metade, pois foi de 75 óbitos maternos por 100 mil NV. A RMM continuou diminuindo, com um quantitativo de 68 mortes para 100.00 NV no ano de 2010. No entanto, dados mais recentes mostram que não houve uma mudança significativa deste então, sendo a taxa de mortalidade materna 69 para 100 mil nascidos vivos em 2013 (WHO, 2013; UNAUS, 2014).

É difícil avaliar a progressão na razão de mortalidade materna pelo fato de que as melhorias nas estatísticas vitais vêm afetando a tendência temporal desse indicador. Mesmo assim, nos últimos trinta anos vêm se identificando evidências de diminuição na razão de mortalidade materna (VICTORA *et al.,* 2011).

A estabilidade da RMM observada nos últimos anos pode estar relacionada à elevação do número de registros de óbitos maternos, o que contribui para a eficiência na investigação dos óbitos de mulheres em idade fértil (10 a 49 anos de idade). Com vistas ao alcance da meta relativa ao quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM, o Brasil deverá alcançar uma RMM igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil NV até o ano de 2015 (BRASIL, 2012a).

Para tal, fundamentalmente, deve-se focar na redução da mortalidade por causas obstétricas diretas. Desde 1990 até 2007, a mortalidade materna por causas diretas diminuiu 56%, enquanto a decorrente de causas indiretas aumentou 33% de 1990 a 2000, e se manteve estável até 2007. Todavia, o aumento verificado entre 1990 e 2000 pode ter sido um reflexo da melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas (BRASIL, 2012a).

A fim de obter números acurados, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) buscou corrigir as fontes da RMM. Assim, foram utilizados fatores de correção identificados com a aplicação do Método Ramos – *Reproductive Age Mortality Survey*, que possibilita a identificação e investigação das causas de todos os óbitos de mulheres em idade reprodutiva em área e população definidas, usando várias fontes de dados. Entre esses se destacam os registros em prontuários, laudos de necropsia, entrevistas com familiares e redes sociais da mulher falecida, entrevistas com profissionais de saúde, com parteiras tradicionais, com funcionários de cemitérios e de cartórios, entre outros.

Complicações durante a gravidez e o parto vêm matando menos mulheres durante as ultimas duas décadas. Essa proporção diminuiu de em 45%, passando de 380 para 210 mortes maternas em 100 mil NV no mundo. Tal fato se deu não somente pelo incentivo a novas políticas, mas também pela busca a um atendimento de qualidade ao parto e nascimento (UNASUS, 2014).

Em relação às mortes entre crianças com idades inferiores a cinco anos, diminuíram de quase 12 milhões em 1990 para cerca de 6,9 milhões no ano de 2011, no mundo. Dentre o grupo, trinta países conseguiram diminuir a mortalidade infantil pela metade, ou mais, no período em questão (WHO, 2013).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF, a mortalidade neonatal representa quase 40% dos cerca de 9,7 milhões de óbitos de crianças menores de cinco anos, e quase 60% dos óbitos em menores de um ano. Isso significa que uma criança tem 500 vezes mais chances de morrer no primeiro dia de vida do que com um mês de idade. Os maiores índices se encontram na Ásia e na África (UNICEF, 2012).

Para alcançar a diminuição desses coeficientes é necessário investimento em melhorias na qualidade da assistência à saúde durante o pré-natal, parto, puerpério e ao recém-nascido. Além disso, demonstra-se necessário realizar investimentos às políticas designadas à população em geral, como ações básicas de saúde e saneamento básico (SANTOS NETO, 2008).

As principais disparidades na distribuição da assistência materno-infantil são evidenciadas nos países em desenvolvimento, onde a população com maior risco socioeconômico recebe assistência de qualidade inferior. Em estudo comparativo entre 45 países em desenvolvimento sobre o fornecimento de cuidados materno infantil entre ricos e pobres, Houweling *et al.* (2007) mostraram que as

desigualdades são mais evidentes na assistência ao parto do que na cobertura de atenção pré-natal.

Desde a década de 1980, o Brasil vem apresentando iniciativas com intuito de melhorar a captação das informações sobre mortes maternas. Ações importantes foram desenvolvidas, como a implantação de Comitês de Mortalidade Materna e a institucionalização da Vigilância do Óbito Materno, além do incentivo por parte das esferas federal, estaduais e municipais na execução de políticas públicas com vistas à melhoria da cobertura e qualificação da atenção da saúde à mulher. Essas medidas almejam a diminuição das desigualdades, não apenas loco-regionais e relacionadas à dimensão continental do País, mas também das desigualdades socioeconômicas (BRASIL, 2012a).

Outros fatores importantes para a diminuição da mortalidade materna estão associados à melhoria de condições sociais como: redução da pobreza, educação e urbanização; de intervenções em outros seguimentos como: da transferência condicional de renda, abastecimento de água e saneamento básico; além da territorialização da atenção primaria pelo sistema de saúde (VICTORA *et al.,* 2011).

Entretanto, alguns desafios ainda perduram para se alcançar a qualidade da atenção obstétrica, como a redução da frequência de cesarianas, da ocorrência de nascimento pré-termo, de abortamentos ilegais, além da redução da desigualdade quanto aos serviços de saúde (VICTORA *et al.,* 2011).

No Brasil, em 2011, mais de 30% dos óbitos maternos estavam relacionados a problemas hipertensivos na gestação e hemorragias. Nesta perspectiva, essas causas estão diretamente relacionadas à assistência ao pré-parto, parto e puerpério imediato, e devem ser consideradas ao entender-se a assistência ao parto de forma qualificada (BRASIL, 2014a).

No mundo a hemorragia também é uma das principais causas da mortalidade materna. Quanto às ações clínicas para essa diminuição, mesmo com intervenções para prevenir a hemorragia no pós-parto, no caso da gestão ativa da terceira fase do trabalho de parto, a hemorragia continua sendo um problema mundial. Não se entende a persistência dos casos de hemorragia perante gestão ativa, no entanto, sugere-se o possível erro sua execução do mesmo, mudança nas práticas obstétricas locais, ou erros de classificação e avaliação obstétrica (VICTORA *et al.,* 2011).

2.1.1 A mortalidade materna no Paraná e em Curitiba

Entende-se que Razões de Mortalidade Materna (RMM) refletem a qualidade da atenção à saúde da mulher, sendo que taxas elevadas demonstram uma clara precariedade na prestação de serviços, que incluem desde o planejamento familiar, assistência pré-natal, ao parto e puerpério (BRASIL, 2012c).

No Paraná, houve uma redução de 26,6% na RMM no período de 1990 a 2000. Em 1990 a RMM foi de 90,5/100.000 NV, chegando a 66,3/100.000 NV em 2000. Desde então, até o ano de 2010, não ocorreram mudanças significativas nesse indicador, com razão de 63,8 para 100 mil NV nesse ano (PARANÁ, 2012). No entanto, em 2013, o estado alcançou números mais favoráveis, tendo a RMM decaído para 36,6/100.000 NV. A previsão é que em 2015 esse quantitativo chegue aos 23 óbitos para 100 mil nascidos vivos (PARANÁ, 2014a).

Sobre as causas dessas mortes maternas, em 2010, 85% dos casos foram considerados evitáveis e, desses óbitos, 71% foram atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar (mortalidade materna direta); 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2014a). Em 2013, as mortes maternas diretas foram pouco mais de 77%, e as mortes evitáveis caíram para 59,65% delas (PARANÁ, 2014a).

Curitiba apresenta indicadores mais favoráveis se comparados a outras realidades do país. Tal resultado pode estar relacionado à atuação do Programa Mãe Curitibana, entre outros fatores. Durante anos, tal programa organizou os serviços de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido no município. Assim, em 2013, foi encontrada uma RMM de 32,1 óbitos por 100.000 NV (PARANÁ, 2014b).

Em busca de mudanças neste panorama, iniciativas de ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no SUS, associadas à Rede Cegonha e ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assim como os impactos da regulamentação de ações de Vigilância de Óbitos Maternos podem também estar relacionados aos avanços alcançados até então. Contudo, as taxas de mortalidade materna direta no Brasil ainda são elevadas e representam um grande desafio para o sistema de saúde dos municípios. Assim, a implementação mais efetiva de ações de saúde voltadas à redução da mortalidade materna no país pode contribuir para o alcance da meta proposta no âmbito do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2012b).

2.2 SAÚDE MATERNA E NEONATAL: GESTAÇÃO E NASCIMENTO NORMAIS

A gestação é um evento fisiológico, que se inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, tendo sua evolução sem intercorrências na maioria das vezes e caracterizando assim uma gestação de baixo risco ou de risco habitual (CURITIBA, 2012; BRASIL, 2005b).

Segundo Cunningham *et al.* (2012), o nascimento é a expulsão completa ou extração do feto após 20 semanas de gestação, sendo nascido vivo sempre que o recém-nato, em algum momento, respire espontaneamente ou mostre outro sinal de vida, como batimentos cardíacos ou movimentação voluntária de musculatura, espontaneamente. Em contrapartida, quando o feto não apresenta esses sinais logo após o nascimento, essa situação é considerada morte fetal. O período neonatal consiste no intervalo compreendido entre o nascimento e o 28º dia após o parto, para nascidos com mais de 20 semanas de gestação ou com peso superior a 500 gramas (CUNNINGHAM *et al*., 2012).

Gestar é um fenômeno fisiológico da natureza feminina e deve ser visto como parte de uma experiência de vida saudável, que envolve mudanças dinâmicas nos aspectos físicos, sociais e emocionais. Essa definição deve ser compreendida pelos profissionais de saúde, a fim de que os mesmos possam proporcionar uma assistência integral neste momento (BRASIL, 2012b).

Entretanto, algumas circunstâncias e características individuais podem ser indicativas de risco. Tais riscos, quando reais, aumentam a probabilidade de complicações tanto para a mãe quanto para o neonato. Nesse sentindo, o pré-natal tem como objetivo detectar precocemente esses indicadores mediante seu acompanhamento, realização de anamnese, exame clínico-obstétrico e exames complementares. Além disso, o pré-natal tem extrema importância na promoção e prevenção à saúde no momento da gestação (CURITIBA, 2012; BRASIL, 2005b).

Desse modo, o acolhimento associado à classificação de risco, realizado pelo enfermeiro e pelo médico, favorece o atendimento dessas gestantes, definindo a necessidade de cuidado e caracterizando a complexidade (densidade tecnológica) dos cuidados a serem ofertado às usuárias em cada momento (BRASIL, 2012b).

A atenção pré-natal de qualidade é fundamental para a saúde materna e neonatal. Para tal, faz-se necessário realizar a assistência por meio de um novo olhar sobre o processo saúde/doença, compreendendo a mulher em sua totalidade,

considerando suas relações sociais, familiares, econômicas e culturais, e assim, estabelecer uma relação real entre os atores dessa assistência: profissionais de saúde, usuárias e gestores (BRASIL, 2005b).

A gestação pode ser denominada como de baixo risco, sendo essa classificação dada por meio de alguns critérios, os quais se identificam os casos em que não há necessidade de utilizar alta densidade tecnológica em saúde, sendo seus índices de morbidade e mortalidade semelhantes aos da população em geral. Após sua definição, a ausência de risco só poderá ser confirmada com o fim da gestação, após o puerpério, pois sendo a gestação um processo dinâmico com complexas alterações funcionais e anatômicas, sugere avaliações continuadas específicas em cada período (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, no Sistema Único de Saúde, a atenção básica de saúde é a porta de entrada na Rede de Atenção à Saúde da gestante. Em situações de emergência obstétrica, a equipe de saúde deve ter condições de diagnosticar os casos graves, precocemente; iniciar o suporte básico de vida; e providenciar a remoção para a continuidade do atendimento aos serviços de referência (BRASIL, 2012b).

Segundo o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do MS (2012), existem alguns critérios para determinar como deve ser o acompanhamento da gestante no pré-natal, a partir do risco gestacional, os quais estão apresentados nos Quadros 1 e 2 (BRASIL, 2012b).

Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica
Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis: ➢ Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos; ➢ Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse; ➢ Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; ➢ Situação conjugal insegura; ➢ Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); ➢ Condições ambientais desfavoráveis; ➢ Altura menor do que 1,45m; ➢ IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior: ➢ Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; ➢ Macrossomia fetal; ➢ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; ➢ Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; ➢ Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); ➢ Cirurgia uterina anterior; ➢ Três ou mais cesarianas. Fatores relacionados à gravidez atual: ➢ Ganho ponderal inadequado; ➢ Infecção urinária; ➢ Anemia.

QUADRO 1 – FATORES DE RISCO QUE PERMITEM A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA
FONTE: BRASIL (2012, p. 57-60)

Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco
Fatores relacionados às condições prévias: ➢ Cardiopatias; ➢ Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica); ➢ Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados); ➢ Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); ➢ Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); ➢ Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); ➢ Doenças neurológicas (como epilepsia); ➢ Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); ➢ Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); ➢ Alterações genéticas maternas; ➢ Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; ➢ Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); ➢ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); ➢ Hanseníase; ➢ Tuberculose; ➢ Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; ➢ Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado. Fatores relacionados à história reprodutiva anterior: ➢ Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida; ➢ História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ouperinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp,eclâmpsia, internação da mãe em UTI); ➢ Abortamento habitual; ➢ Esterilidade/infertilidade. Fatores relacionados à gravidez atual: ➢ Restrição do crescimento intrauterino; ➢ Polidrâmnio ou oligoidrâmnio; ➢ Gemelaridade; ➢ Malformações fetais ou arritmia fetal; ➢ Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória); ➢ Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);

QUADRO 2 – FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (continua)
FONTE: BRASIL (2012, p. 60-61)

Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco
Fatores relacionados às condições prévias: ➢ Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso; ➢ Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma); ➢ Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual; ➢ Evidência laboratorial de proteinúria; ➢ Diabetes mellitus gestacional; ➢ Desnutrição materna severa; ➢ Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional); ➢ NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); ➢ Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); ➢ Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

QUADRO 2 – FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (conclusão)
FONTE: BRASIL (2012, p. 60-61)

Todavia, o aparecimento de uma situação de risco não implica, necessariamente, em um acompanhamento de pré-natal de alto risco ou impedimento de finalizar-se em um parto vaginal. Da mesma forma que situações clínicas importantes, como no caso de pré-eclampsia[1], por exemplo, que necessitem de acompanhamento especializado de maior densidade tecnológica, devem ser encaminhadas aos serviços de referência. Após avaliação clínica, a gestante pode retornar ao nível primário em que iniciou o pré-natal, quando a situação especifica tiver sido resolvida. Ademais, o acompanhamento de baixo risco pode ser interrompido diante do aparecimento de alguma situação de risco que até então não havia aparecido. De qualquer maneira, a Unidade Básica de Saúde – UBS deve continuar sendo responsável pelo seguimento da gestante encaminhada ao serviço de saúde diferenciado (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2012b).

Para que o acompanhamento da gestante seja efetivo, devem ser seguidas as recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS (WHO, 2002), quanto aos aspectos essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal. Essas

[1] Caracteriza-se por níveis de pressão arterial sistólica elevados e proteinúria, maior que 300 mg em 24 horas, após às 20 semanas de gestação (BRASIL, 2012b).

recomendações fundamentaram-se no conceito de Saúde Baseada em Evidências, sustentadas em revisões sistemáticas e estudos controlados. Os princípios fundamentais da atenção perinatal indicam como deve ser o cuidado na gestação e no parto, e estão apresentados no Quadro 3.

Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS
1. Não ser medicalizado, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias; 2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores; 3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível, e apropriado; 4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário; 5. Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais; 6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico; 7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal; 8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos; 9. Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres; 10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres;

QUADRO 3 – OS DEZ PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS DA ATENÇÃO PERINATAL
FONTE: WHO (2002)

Esses princípios asseguram a proteção contra agravos, promoção da saúde e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. Entretanto, na realidade brasileira, ainda que se observe uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, as incidências de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica mantêm-se elevadas, sendo a última a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil (BRASIL, 2012b).

Esses dados podem estar relacionados a um comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais. No contexto atual, perante os desafios citados, o

Ministério da Saúde institui a Rede Cegonha, com o objetivo de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa de morbimortalidade materno-infantil no Brasil (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012b).

Referente à assistência ao parto e nascimento entende-se que a qualidade da atenção aos mesmos, além do pós-parto, e a boa vivência deste momento, podem ter efeitos marcantes na vida dessa família. Assistência de qualidade também se fundamenta no respeito, dignidade e autonomia da mulher (BRASIL, 2013a).

Atualmente a atenção obstétrica é marcada por práticas não recomendadas pelos achados científicos, podendo afetar a experiência emocional das mulheres, e expô-las a risco. O atendimento de qualidade e efetivo deve seguir as mais recentes evidências científicas, proporcionando uma mudança de modelo tanto pela abolição de práticas antigas e comprovadamente prejudiciais, quanto na mudança do profissional que acompanha esse momento (Brasil, 2013a).

Inúmeros documentos internacionais e nacionais descrevem quais preceitos devem ser seguidos na prática obstétrica de qualidade. O principal deles foi o *"Care in normal birth: a practical guide"* (1996), da OMS. A partir dai diversos seguimentos, como municípios, conselhos e até mesmo instituições vem padronizando suas ações. Basicamente, devem ser seguidas as evidências científicas segundo suas categorias: A, práticas demonstradas como úteis e que devem ser estimuladas; B, práticas claramente prejudiciais ou ineficazes à assistência obstétrica e que devem ser eliminadas; C, práticas sem evidências suficientes e que ser utilizadas com cautela pelos profissionais; e D, práticas frequentemente usadas de modo inadequado (WHO, 1996). Os quadros 4 a 7 discriminam as práticas segundo essas categorias.

CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS
Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro
Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde
Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto
Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante
Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto
Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto
Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto
Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem
Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto
Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente
Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS
Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento
Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto
Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto
Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto
Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue
Condições estéreis ao cortar o cordão
Prevenção da hipotermia do bebê
Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre Aleitamento Materno
Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

QUADRO 4 – CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS
FONTE: OMS (1996)

CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS
Uso rotineiro de enema
Uso rotineiro de tricotomia
Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto
Cateterização venosa profilática de rotina• Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto
Exame retal
Uso de pelvimetria por Raios-X
Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos
Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto
Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto
Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto
Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias
Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto
Lavagem uterina rotineira após o parto
Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto

QUADRO 5 – CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS
FONTE: OMS (1996)

CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO
Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos
Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto
Pressão do fundo durante o trabalho de parto
Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto
Manipulação ativa do feto no momento do parto
Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto
Clampeamento precoce do cordão umbilical
Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto

QUADRO 6 – PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO
FONTE: OMS (1996)

CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO
Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto
Controle da dor por agentes sistêmicos
Controle da dor por analgesia peridural
Monitoramento eletrônico fetal
Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto
Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço
Correção da dinâmica com utilização de ocitocina
Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto
Cateterização da bexiga
Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário
Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto
Parto operatório
Uso liberal e rotineiro de episiotomia
Exploração manual do útero após o parto

QUADRO 7 – PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO
FONTE: OMS (1996)

A implantação de protocolos clínicos organiza os processos de trabalho nas instituições por meio de práticas que padronizam as condutas, reduzindo assim, o risco a parturiente. Deste modo, visa-se melhorar a qualidade da assistência realizada, por meio da utilização de diretrizes que empregam da literatura científica as práticas favoráveis aos pacientes (MINAS GERAIS, 2011).

2.3 POLÍTICAS DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER

A atenção à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no início do século XX, sendo seu foco limitado às demandas relacionadas à gestação e ao parto. Baseadas nas especificidades biológicas, as ações voltadas aos cuidados materno-infantis foram elaboradas nas décadas de 1930, 1950 e 1970. Traduziam uma visão restrita sobre a mulher, focando o seu papel social de mãe, e os papéis ocupacionais de doméstica e cuidadora da família. Ao longo do tempo, as ações voltadas à **Atenção Integral à Saúde da Mulher** demonstraram-se, de certa forma, como prioritárias nos diferentes níveis administrativos de governo (BRASIL, 2004).

Em 1983, o Ministério da Saúde – MS, atendendo às reivindicações dos movimentos de mulheres, elaborou o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM,** que só foi amplamente divulgado em 1984. Como precursor do atual modelo, o PAISM já demonstrava mudanças nas ações, além da eleição de prioridades diferenciadas naquela linha de cuidado. Foi um modelo inovador para a época, pois seu conteúdo já incluía a definição de saúde reprodutiva adotada pela OMS em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994, e em Pequim em 1995. Desta forma, houve uma quebra paradigmática relativa aos ideais norteadores das políticas de saúde das mulheres. (BRASIL, 2009).

Desse modo, na IV Conferência mundial sobre a mulher em Pequim em 1995, a saúde reprodutiva foi definida como:

> A saúde reprodutiva é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos, e não de mera ausência de doença ou enfermidade. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo autonomia para se reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos de regulação da fecundidade, de sua escolha, que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que deem à mulher condições de atravessar, com segurança, a gestação e o parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio (ONU, 1995).

Baseado no conceito de **atenção integral à saúde das mulheres**, o PAISM rompeu com a visão tradicional acerca das necessidades da saúde da mulher, restrita ao seu papel reprodutivo dentro do contexto familiar, sobretudo no âmbito da medicina, descentralizando o atendimento às mulheres a questões relativas apenas à reprodução (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Assim, o PAISM sofreu grande influência da implantação e implementação do Sistema Único de Saúde, por meio da incorporação de seus princípios e diretrizes, até na sua organização sistemática. Para tal, as Normas Operacionais de Assistência a Saúde – NOAS, na área de saúde da mulher, estabeleceram como responsabilidade para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino. Para os serviços de maior complexidade, as NOAS descreveram a necessidade de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2002a).

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção à saúde da mulher. Abrangia ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério. Contemplava também ações relativas ao climatério, planejamento familiar, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis – DST, câncer de colo de útero e de mama, além do atendimento de outras inúmeras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres brasileiras (BRASIL, 2009).

Em 2003 tiveram início as discussões para a construção da **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM**, lançada em 2004 e construída a partir dos princípios do SUS, respeitando as características da nova política de saúde. Para sua formulação, foram considerados os dados de estudos e pesquisas promovidos pela Área Técnica de Saúde da Mulher do MS, que avaliaram as linhas de ação desenvolvidas até então (BRASIL, 2009).

Nesses estudos foram destacados o Balanço das Ações de Saúde da Mulher no período de 1998-2002, o Estudo da Mortalidade de Mulheres em Idade Fértil, a Avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, a Avaliação dos Centros de Parto Normal e a Avaliação da Estratégia de Distribuição de Métodos Anticoncepcionais, os quais serviram de parâmetros para novas proposições (BRASIL, 2009).

Para elaboração da PNAISM, além do respaldo técnico e científico nos estudos de causas de morte na população feminina, foram realizadas parcerias com grupos de mulheres, gestores do SUS, cooperativas internacionais, organizações não governamentais, entre outras (BRASIL, 2009). Essa política priorizava ações mais próximas em relação ao atendimento integral às necessidades femininas, abordando temas referentes à mortalidade materna, precariedade da atenção obstétrica, abortamento em condições de risco, precariedade da assistência em anticoncepção, DST/HIV/AIDS, violência doméstica e sexual, saúde de mulheres adolescentes, saúde da mulher no climatério/menopausa, saúde mental e gênero, doenças crônico-degenerativas e câncer ginecológico, saúde das mulheres homo-afetivas, saúde das mulheres negras, saúde das mulheres indígenas, saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, e saúde da mulher em situação prisional (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Informações sobre as características populacionais e regionais tornaram-se imprescindíveis ao processo de implantação de ações voltadas à mulher, considerando que fatores sócio-demográficos e psicossociais são importantes determinantes no processo saúde-doença das mulheres (BRASIL, 2009). Destaca-se também, em relação à PNAISM, a valorização do interesse pela realização de ações intersetoriais e horizontalizadas às necessidades da população feminina, em detrimento de políticas verticalizadas. Desta forma, incluíram-se ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em todos os seus períodos clínicos e biológicos de vida (BRASIL, 2009).

Como diretrizes, a PNAISM trouxe algumas considerações importantes em relação à estrutura do SUS. Entre elas, que o sistema deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher; atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas suas especificidades; elaborar, executar e avaliar as políticas de saúde da mulher, as quais deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia; e de que as políticas devem objetivar a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Além disso, alguns conceitos são importantes para o modelo de atenção proposto pela PNAISM. É mister entender que a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde; que o SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção, sendo responsabilidade dos níveis gestores federal, estadual e municipal, de acordo com as competências de cada um; que a atenção integral à saúde da mulher a compreende a partir da percepção de seu contexto de vida, assim como de sua singularidade (BRASIL, 2009).

Ainda sobre as diretrizes da PNAISM, as práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização. No processo de elaboração, execução e avaliação das ações, deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada; a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos de serviço de saúde, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal de acordo com as diferentes realidades; e as ações deverão ser voltadas à melhoria das condições de vida e da saúde das mulheres, sendo executadas de

forma articulada com setores governamentais e não governamentais (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

Tais diretrizes buscam alcançar os objetivos gerais descritos na PNAISM, de promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, mediante a garantia de direitos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; de redução da morbimortalidade feminina no país, sobretudo por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais; e de ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

No contexto da evolução da PNAISM emergiram políticas voltadas exclusivamente ao período gravídico-puerperal, com vistas à diminuição da razão de mortalidade materna e neonatal.

2.4 POLÍTICAS DE ATENÇÃO AO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

A atenção ao período gravídico-puerperal é um ponto chave no cuidado integral à saúde da mulher. Sem minimizar os fatores que estão envoltos ao mundo feminino, a importância aos cuidados gravídicos puerperais se destaca, principalmente, relacionada à redução dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, os quais refletem a qualidade dos serviços prestados à mulher e ao recém-nascido.

O Ministério da Saúde enfatizou a saúde da mulher sistematizada no PAISM, a partir de três iniciativas, projetos específicos que visavam melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher. A primeira iniciativa incluiu aumentar a remuneração para o parto normal, instituir um limite para pagamento de cesáreas por hospital e incluir a remuneração aos procedimentos de analgesia no parto, e ao parto realizado por enfermeira obstétrica (BRASIL, 1998; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

A segunda iniciativa contemplou a elaboração do Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (BRASIL, 1998). A terceira referiu-se à atenção no pré-natal e ao parto,

enfocando a qualidade da assistência e a melhoria do acesso aos serviços (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Com o objetivo de qualificar a assistência prestada, em 2000 foi instituído pelo Ministério da Saúde o **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN**, por meio da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, puérpera e ao recém-nascido (BRASIL, 2000; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b).

Com a criação do PHPN, a partir de ações concentradas buscou-se reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, assegurar a melhoria no acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, assistência ao parto, puerpério e ao neonato. Procurou-se também expandir ações já realizadas pelo Ministério da Saúde, na atenção às gestantes, como os investimentos na assistência à gestação de alto risco nas redes estaduais, com melhora no custeio a procedimentos específicos. Houve incentivo em outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, potencializando aquelas mulheres que já prestavam assistência ao parto nas suas comunidades, além do financiamento de cursos de especialização em enfermagem em obstetrícia e o investimento nas unidades hospitalares integrantes dessas redes (BRASIL, 2000; SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004b).

Para um melhor funcionamento, o PHPN se estruturou em torno de alguns princípios. Tais princípios baseiam-se na inferência de que toda gestante possui o direito ao atendimento digno e de qualidade ao longo de sua gestação, parto e pós-parto. A gestante também tem o direito de conhecer e ter garantido o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto e puerpério, sendo essa assistência realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios estabelecidos pelo conhecimento científico atual. Também o recém-nascido tem direito à assistência de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000; BRASIL, 2002b).

Para incentivar e, ao mesmo tempo, auxiliar os municípios a implementar essas ações, o PHPN estabeleceu estratégias voltadas a introdução de novos recursos para o custeio da assistência, e que seriam transferidas apenas mediante do cumprimento de critérios mínimos pré-estabelecidos, necessários para melhorar a qualidade da assistência. Além de um número mínimo de consultas e o início precoce de acompanhamento pré-natal, foi descrita uma vasta lista de exames e

procedimentos que deveriam ser fornecidos pelas instituições cadastradas. Para o sucesso desse retorno financeiro, foi criado o SISPRENATAL, uma medida fundamental ao programa (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a; BRASIL, 2002a). Esse sistema informatizado permite o cadastramento e acompanhamento das gestantes no pré-natal, além do registro dos procedimentos realizados. O alcance dos critérios mínimos, além do cadastro e acompanhamento de gestantes no pré-natal, renderia aos municípios um valor pré-estabelecido pelo cumprimento de metas (BRASIL, 2000).

O PHPN traz indicadores de desempenho e qualidade da assistência pré-natal e incentiva por meio de auxílio financeiro os municípios que utilizam esse programa (BRASIL, 2002b).

Com relação à humanização, dois aspectos fundamentais devem ser salientados. O primeiro enfoca os profissionais de saúde, em que é dever manter atitude ética e solidária para com a gestante, seus familiares e com o recém-nascido; organizar a instituição, tornando o ambiente acolhedor, e mudar as condutas hospitalares dando fim ao isolamento comumente imposto à mulher durante o período perinatal. O segundo, diz respeito à adoção de procedimentos benéficos à assistência ao parto e nascimento, evitando intervenções desnecessárias que não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos, apesar de serem usadas rotineiramente (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Em 2005, o PHPN sofreu alguns ajustes devido à implantação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009). Como diferencial, a Portaria nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005 ampliou seus princípios e diretrizes. Destaca a atenção humanizada e segura ao recém-nascido, a qual significa que a mulher e recém-nascido em situação de intercorrência obstétrica e neonatal têm direito a atendimento adequado e seguro e à presença do acompanhante no atendimento ao período gravídico-puerperal. Além disso, a nova política extingue o componente de organização, regulação e investimento na assistência obstétrica e estabelece o processo de contratualização entre as esferas de poder envolvidas, pactuando metas a serem cumpridas, para assim organizar a rede de atenção obstétrica e neonatal nos municípios (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

De forma sistemática, a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal realizou alguns ajustes na estrutura de organização e alocação de investimentos e tecnologias, como a disponibilização do SISPRENATAL para todos os municípios e o pagamento pelo alcance de metas e da inclusão de registros neste sistema. Houve também a substituição da utilização dos registros de acompanhamento das gestantes estabelecidos anteriormente pelo PHPN, pelo registro no cadastro de usuários do SUS, segundo a Portaria nº 1.067/GM**.** A partir desta portaria ficou estabelecido que a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, a Secretaria de Vigilância à Saúde – SVS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SEGTES e o DATASUS ficariam responsáveis pelo cumprimento dos seus do seu disposto, potencializando suas atuações na melhoria do sistema (BRASIL, 2005a).

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal foi implementada em estados e em municípios de gestão plena[2], de acordo com sua organização no SUS e respeitando as peculiaridades loco-regionais. Destaca-se o pioneirismo da capital paranaense na implantação do Programa Mãe Curitibana, bem como a Rede Mãe Paranaense, que teve início em 2012.

2.4.1 Rede Cegonha

A Rede Cegonha – RC é uma estratégia do MS, ou seja, de âmbito nacional, operacionalizada pelo SUS e instituída pelo Artigo 1º da Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011. Consiste em uma rede de cuidados que objetiva garantir à mulher os direitos ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, ao parto e puerpério. Garante também o direito ao nascimento seguro e desenvolvimento saudável da criança (BRASIL 2011a).

Tal estratégia está fundamentada nos princípios da humanização e da assistência. Dessa forma, os direitos assegurados à mulher, recém-nascido e a criança visam à ampliação do acesso, do acolhimento e da qualidade da atenção pré-natal; subsídio ao transporte de urgência e emergência; realização de vinculação da gestante em uma instituição de referência à assistência ao parto; realização de

[2] Segundo critérios, municípios e estados se habilitam às diferentes condições de gestão, assumindo compromissos por parte do gestor perante outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade (BRASIL, 2003).

parto e nascimento seguros, por meio da utilização de boas práticas de atenção; presença de acompanhante de escolha da mulher durante o parto; acesso ao planejamento reprodutivo; e à criança de zero a 24 meses de vida, assistência de qualidade e com resolutividade (BRASIL, 2011a; BRASIL 2011b).

Para promover essas garantias, a RC traz em seus objetivos proposições que vão além das questões estruturais e de financiamento do atendimento, como era indicado pelas politicas anteriores. Assim, vem fomentar a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança e organiza a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, a fim de que esta garanta o acesso, acolhimento e resolutividade a essa população. Outros objetivos referem-se a reduzir a mortalidade materna e infantil, focando nos cuidados neonatais (BRASIL, 2011c). Para garantir sua implantação e alcance dos objetivos, a RC deve se organizar de maneira a possibilitar o fornecimento contínuo, à população de determinado território, de ações de atenção à saúde materna e infantil, mediante a articulação dos serviços de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança da rede de atenção à saúde (BRASIL, 2011a).

Sua implementação ocorrerá em todo o território nacional, de forma gradual e de acordo com critérios epidemiológicos como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional (BRASIL, 2011a; BRASIL 2011c). Assim, após a pactuação as regiões com piores indicadores receberão os incentivos iniciais, que serão difundidos às outras regiões de acordo com o alcance das metas estabelecidas.

Esse investimento se organiza a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, bem como o Sistema Logístico (BRASIL, 2011a).

Os dois primeiros são determinantes na discussão dos índices de mortalidade materna, e o investimento demonstra a busca pela mudança do modelo de atenção hospitalocêntrico não pautado em evidências científicas atuais.

Por outro lado, a Atenção Integral à Saúde da Criança é abordada com o intuito de focar nos cuidados à criança, visto que durante anos sua política de atenção esteve relacionada de forma secundária às políticas de atenção a mulher.

Já o subsídio para o funcionamento do sistema é trazido no incentivo e financiamento de transporte sanitário, regulação, e estrutura física. Junto com a mudança nesse modelo de atenção, são propostos incentivos financeiros (como

melhoria da estrutura dos serviços, criação de casas de gestante e centros de parto normal – CPN, aumento do número de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI neonatal e adulta, melhoria nos serviços ambulatoriais de transporte), com a finalidade de que a rede funcione (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

Dessa forma, o MS financiará de forma diferenciada os seguimentos, dentro das necessidades encontradas. Está previsto o custeio de 100% dos exames no pré-natal; fornecimento de materiais para as UBS e às gestantes. Quanto ao transporte, será realizado por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Cegonha, mediante ambulâncias de suporte avançado devidamente equipadas (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c).

Em relação ao custeio total ao ano, está previsto investimento para construção de Centro de Parto Normal (CPN) e Casa da gestante, bebê e puérpera (CGB). Parte do custeio (80%) será destinada à ampliação e qualificação de leitos (UTIN, UCIN, UCINCo e UCINca). Haverá financiamento, também, da ambiência para os locais de parto. Esses investimentos acontecerão nos dois primeiros anos de pactuação entre a RC e munícipios. (BRASIL, 2011c; BRASIL, 2012f).

A adesão e pactuação dos municípios podem acontecer de forma fracionada de acordo com sua organização dos serviços de saúde. Assim, os municípios podem aderir a componentes específicos da RC, visto que existe uma diferenciação na capacidade dos municípios em serem gestão plena dos serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

De forma mais atual, foi instituída a Portaria nº 371 de maio de 2014, que descreve as diretrizes para a organização da assistência humanizada ao recém-nato no SUS. De tal modo, o atendimento ao RN no momento do nascimento fica resguardado a médicos e enfermeiros, preferencialmente com especializações em pediatria/neonatologia e obstetrícia/neonatal, respectivamente, devidamente capacitado, desde o nascimento até seu devido encaminhamento ao alojamento conjunto ou unidade de tratamento intensivo (BRASIL, 2014b).

O profissional deverá fazer uso das boas práticas de atenção humanizada ao RN, assegurando o contato pele a pele imediato e contínuo, clampeamento do cordão umbilical após cessar sua pulsação, estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida e postergar os procedimentos de rotina ao recém-nascido na primeira hora de vida (BRASIL, 2014b).

Em relação aos avanços da Rede Cegonha, o atual Secretário de Atenção a Saúde do MS, Helvécio Miranda Magalhães Júnior, na 13ª Mostra Nacional de Experiências bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (13ª Expoepi), ocorrida em outubro de 2013, em Brasília – DF, com a participação dos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, apresentou o balanço das ações 2011-2013 com resultados da implantação. Como situação atual, foi relatado que todas as 27 unidades federativas aderiram a RC (BRASIL, 2013a).

Das 435 regiões de saúde, 183 (42%) estão com planos de ação publicados e com recursos repassados, contemplando 428 serviços que realizam assistência ao parto e/ou ao RN de risco, incentivados com recursos da RC. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 5.488 (98,53%) dos 5.570 municípios brasileiros, estão aderidos ao componente atenção básica, com recursos repassados para novos exames de pré-natal (BRASIL, 2013a;).

Ainda, segundo o Secretário Magalhães Júnior (2013), nos Planos de Ação Regional Rede Cegonha – PAR, os recursos foram destinados para leitos de Gestação de Alto Risco – GAR, Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN, Unidade Cuidados Intensivos Convencional – UCINCO e Unidade Cuidados Intensivos Canguru – UCINCa em 428 serviços que atendem ao parto de referência para gestação de alto risco e/ou atenção ao RN de risco. Para tal, houve um envolvimento mútuo no processo de contratualização de metas da RC com monitoramento de indicadores que determinam a manutenção do repasse de verbas. Foram também construídos dentro do PAR os Fóruns Perinatais nos estados e capitais, com a finalidade de se constituírem como espaço para discutição das ações e favorecer o controle social. Houve incentivo ao Fortalecimento da vigilância de óbito materno, fetal e infantil e dos Comitês de Prevenção da Morte Materna e Infantil (BRASIL, 2013a; BRASIL 2012f).

Em relação a esta pesquisa, cabe-nos focar nos incrementos que estão acontecendo em relação à assistência realizada ao parto e nascimento. Ainda segundo o relatório da Secretaria de Atenção a Saúde (BRASIL, 2013a), já estão acontecendo investimentos para a adequação da ambiência das maternidades, com vistas a favorecer a fisiologia do parto, ampliação do acesso e qualificação da assistência realizada à mulher e seu recém-nascido. Assim, foram realizadas reformas nos centros obstétricos de maternidades; construção e ampliação de quartos de Pré-parto, Parto e Puérpério – PPP; implantação de Centros de Parto

Normal; implantação de Casas de Gestante, Bebê e Puérpera; construção de novas maternidades; reforma de Unidades Neonatais sob novo modelo de cuidados progressivos, desde a UTI até a inserção na UCI Canguru (BRASIL, 2013a).

Alguns avanços em relação ao modelo de assistência ocorreram, conforme a Portaria GM 904, de 30 de maio 2013, que estabelece no âmbito do SUS, diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal – CPN, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no parto e nascimento. Essa resolução vem em conformidade com o Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha (BRASIL, 2013b).

A Portaria GM 1020, de 30 de maio 2013 também potencializa essas mudanças quando institui diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, definindo critérios para a implantação e habilitação de serviços de referência, incluindo a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera – CGBP, em conformidade com o proposto pela RC (BRASIL, 2013c).

Inclui-se também a Portaria n. 930 de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao RN grave, ou potencialmente grave, e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal (BRASIL, 2012d).

Nesse contexto, foram investidos R$ 290.502.921,46 em proposta de adequações estruturais nos anos de 2011 e 2012. Esses recursos foram utilizados para atender 89 propostas de ambiência das maternidades, 43 propostas de Centros de Parto Normal, 30 propostas de Casas de Gestante, Bebê e Puérperas, além da construção de 12 novas maternidades (BRASIL, 2013a).

Ainda sobre o componente parto e nascimento, no relatório são descritas algumas ações como: o Incentivo às Boas Práticas de Atenção ao Parto e Nascimento e ao abortamento; Programas de Capacitação nos serviços para as equipes das maternidades envolvidas; realização de visitas técnicas ao Hospital Sofia Feldman, que é o centro de Apoio Nacional para disseminação de Boas Práticas de atenção ao parto e nascimento; construção de fóruns e seminários para discussão das Casas de Parto Normal; fixação de indicadores de boas práticas presentes na contratualização das maternidades; distribuição de 175.000 exemplares do Manual de Gestação de Alto Risco; e constituição de centros de apoio regionais, que estão em processo de qualificação de seis hospitais (BRASIL, 2013a).

Para o funcionamento e avaliação dessa rede de atenção proposta pela RC, foram constituídos sete indicadores estratégicos para o seu monitoramento e implementação, principalmente com relação ao Plano de Ação Regional. Assim, têm-se os indicadores: 1) SISPRENATAL *web* implantado nos municípios; 2) Implantação do teste rápido de gravidez, sífilis e HIV nos serviços de atenção à saúde da mulher; 3) Atualização do mapa de vinculação das gestantes; fortalecimento do Fórum perinatal; 4) Contratualização das maternidades; presença do acompanhante em tempo integral e de livre escolha implantado; 5) Realização do acolhimento com classificação de risco implantada. Como forma de acompanhamento, foi criada a Ouvidoria da RC nos municípios, com o objetivo de avaliar a implementação da rede, por meio de realização de pesquisas telefônicas (número de telefone obtido pela Autorização de Internação Hospitalar), com mulheres que pariram no SUS (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2011a).

2.4.2 Rede Mãe Paranaense

A partir das experiências exitosas e do reconhecimento nacional e internacional da organização da assistência no período gravídico-puerperal pelo Mãe Curitibana, em 2012 a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense – RMP, em todo o estado. Trata-se de uma Rede de Atenção Materno-infantil, um dos compromissos assumidos no Plano de Governo do Estado para a Saúde, no período de 2011 a 2014 (PARANÁ, 2012).

Essa construção iniciou em 2011, quando a Secretaria de Estado da Saúde – SESA/PR constituiu os alicerces para a organização dessa rede por meio dos programas estruturantes: o Programa de Qualificação da Atenção Primária - APSUS, o Programa de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde – COMSUS e o Programa de Apoio e Qualificação dos Hospitais Públicos e Filantrópicos – HOSPSUS. Foram estabelecidas, também, parcerias com universidades e sociedades de especialidades médicas e de enfermagem em prol da realização de cursos de atualização profissional das equipes em todos os municípios e nos serviços hospitalares (PARANÁ, 2012).

A implantação desse programa teve como objetivo principal reduzir a mortalidade materna e infantil em todas as regiões do Paraná. Experiências de

vários países demonstram que há diferença significativa entre a mortalidade relacionada à escolaridade da mãe, às condições e hábitos de vida e ao acesso aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade apresentada. Desse modo, as ações da Rede Mãe Paranaense foram norteadas a partir de análise de nascimento e óbitos maternos e neonatais ocorridos nos anos de 2006 até 2010 (PARANÁ, 2012).

O público-alvo da essa rede são as mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos. Segundo o IBGE (BRASIL, 2012a), são 3.428.706 mulheres em todo o estado, e crianças menores de um ano de idade. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC, em 2012 nasceram no Paraná 152.863 crianças e estima-se que foram atendidas 167.885 gestantes (PARANÁ, 2012).

Em relação aos índices do estado, a taxa de cesarianas, segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos, tem variado de 52% (2006) a 60,6% (2011). A realização de pré-natal com sete ou mais consultas se apresenta superior a 70% desde 2006, mas sem aumento contínuo para alcançar os 100% desejados. Outro dado importante à atenção, com respeito à qualidade do pré-natal no estado, foi o aumento da detecção do número de casos de sífilis congênita em 18% no período de 2007 a 2009. Em 2011, 561 casos de gestantes com sorologia positiva foram notificados (PARANÁ, 2012; BRASIL, 2012b).

De forma estrutural, Rede Mãe Paranaense foi fundamentada no conceito de Redes de Atenção à Saúde descrito por Mendes (2011), consolidada a partir da implantação de cinco componentes: 1) Atenção Primária de qualidade, resolutiva e ordenadora, com ações do pré-natal e puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial no seu primeiro ano de vida; 2) Atenção Secundária, com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados por equipe multiprofissional; 3) Atenção Terciária, com a ampliação de leitos de UTI adulto e Neonatal, a vinculação das gestantes de risco nos hospitais para a atenção às intercorrências e ao parto; 4) Sistemas logísticos, cartão SUS, SISPRENATAL, prontuário (carteira da criança e da gestante), transporte sanitário eletivo e de urgência e a sua regulação; 5) Sistema de governança da rede, por meio de Comissões Intergestores Bipartites – CIB locais e regionais (PARANÁ, 2012).

2.4.3 Programa Mãe Curitibana

Seguindo a tendência de autonomia municipal e com o incentivo governamental, o município de Curitiba, iniciou uma proposta local de atenção ao período gravídico-puerperal. Em 1999 foi implantado o **Programa Mãe Curitibana – PMC**, com o propósito de melhorar a qualidade do pré-natal, garantia do acesso à assistência ao parto, fornecendo os serviços de complexidade necessária, além de acompanhamento puerperal precoce e incentivo ao aleitamento materno. O programa tem como objetivo humanizar o atendimento à gestante e ao recém-nascido, aumentar a segurança e melhorar a qualidade do atendimento a esse grupo populacional do município (CURITIBA, 2012; CURITIBA, 2013).

O programa configura-se, segundo Mendes (2010), como a mais bem-sucedida e sustentada experiência de Redes de Atenção à Saúde do SUS. A divisão do município em Distritos Sanitários, e a presença em cada um deles de uma autoridade distrital, que articula as unidades na atenção primária de seu território com as unidades de saúde secundárias e terciárias, foram primordiais na organização do fluxo de atendimento. Assim, a porta de entrada do programa constituía vínculo e aproximação com os seguimentos do atendimento.

Seguindo as orientações do Ministério da Saúde, principalmente a partir da implantação do PAISM, o município se organizou no intuito de não apenas melhorar a qualidade do atendimento, mas também de organizar uma rede de atenção. Nessa perspectiva, as Unidades Básicas de Saúde municipais acolhiam as gestantes, programando o acompanhamento da gestação, vinculando-as a uma maternidade de referência. Além de questões estruturais, foram realizadas ações de promoção à saúde, enfocando a educação perinatal e o incentivo à relação familiar nos cuidados com a gestante e recém-nascido e planejamento familiar (CURITIBA, 2013).

A organização do programa resultou em melhoria do acesso e da qualidade, fornecendo a possibilidade às gestantes do município de receberem acompanhamento pré-natal; realizando identificação de casos de risco, assistência a possíveis complicações, além de atendimento especializado às necessidades por elas apresentadas durante a gestação e no parto (CURITIBA, 2012).

Com a organização da rede, todos os seguimentos foram envolvidos para proporcionar um acompanhamento completo e efetivo das gestantes inscritas no Mãe Curitibana. Dessa forma, a articulação entre os integrantes dessa rede de

atendimento foi potencializada, desde o Agente Comunitário de Saúde – ACS, quando no monitoramento e acompanhamento das gestantes em domicilio; as UBS, na vinculação das gestantes e encaminhamento à rede de atenção; até as maternidades de referência, que receberam investimentos para qualificação da estrutura e maior agilidade no atendimento a partir da organização do agendamento de consultas, por meio de um sistema *online*, facilitando a captação e os encaminhamentos dentro dessa rede de atenção (MENDES, 2010; CURITIBA, 2012; CURITIBA, 2013).

Houve também investimentos na ampliação do número de leitos de UTI neonatais e criação de leitos de médio-risco para recém-nascido nas maternidades de referência vinculadas ao programa, a fim de assegurar a assistência ao neonato de risco (CURITIBA, 2013).

Ao longo de sua existência, o “Programa Mãe Curitibana” foi paulatinamente aprimorado e ampliado, o que lhe garantiu várias premiações, além de servir como referência para a organização de programas de outros municípios e de politicas ministeriais subsequentes.

Diante desse panorama, observa-se que a Rede Cegonha em seu componente parto e nascimento prioriza ações relacionadas às boas práticas de assistência ao parto, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde.

Vale ressaltar que, no momento atual, existe certa dificuldade da própria gestão em diferenciar e, até delimitar as ações previstas a cada programa, visto que tanto o Mãe Curitibana quanto o Mãe Paranaense já existiam e foram aglutinados durante a implantação da Rede Cegonha.

Numa perspectiva temporal, pode-se afirmar que o Programa Mãe Curitibana traduziu as políticas públicas de Atenção a Saúde da Mulher e do Recém-nascido, vigentes na década de 90, e implementou ações inovadoras dentro de uma rede de assistência municipal. Por muitos anos constituiu-se como um modelo de atenção a outros municípios, mas manteve-se restrito a ações municipais isoladas.

A Rede Mãe Paranaense foi proposta em 2012, e surge como uma proposta de organização da rede estadual, com fortalecimento das ações municipais.

A Rede Cegonha, por sua vez, inova, com uma proposta de mudança de modelo de atenção, organização dos serviços e estruturação da rede. O estado do Paraná e o município de Curitiba a estão incorporando, paulatinamente, uma vez

que esta política acresce as garantias de assistência de qualidade à mulher e ao recém-nascido, com incentivos à sua implementação a estados e municípios.

No âmbito nacional, a Rede Cegonha foi criada com muitas similaridades com as ações desenvolvidas pelo Programa Mãe Curitibana e com o Modelo de Atenção do Hospital Sophia Feldman.

O Hospital Sophia Feldman é precursor no atendimento humanizado a gestante no país, propondo uma mudança na organização do serviço que vai bem além das condutas, e passa pela forma de gestão hospitalar. A filosofia da instituição busca o atendimento de forma integral, tendo como amparo a participação da comunidade na gestão hospitalar, por inicialmente ser um hospital comunitário, construído com auxilio da comunidade. Os profissionais também são selecionados e acompanhados de forma diferenciada, recebendo diversos subsídios para melhorar a qualidade de vida no trabalho (IBIFAN, 2014).

O maior diferencial do hospital foi colocar em práticas as evidências científicas mais atuais, potencializando a atuação da enfermeira obstétrica, e dando autonomia a mulher quanto as suas escolhas. De forma estrutural, o hospital possui um centro de parto normal peri-hospitalar, o um centro obstétrico onde a mulher pode optar por muitos dos procedimento e condutas. As casas de apoio, tanto à gestante e ao recém-nascido, além do uso de terapias integrativas e complementares também são um diferencial (IBIFAN, 2014).

Entretanto, a implantação da Rede Cegonha deve ser acompanhada de pesquisas que avaliem a qualidade dos serviços, para que a sociedade acompanhe como têm ocorrido as modificações propostas por este novo modelo de atenção, ou seja, os seus processos e resultados.

2.5 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE EM SAÚDE

Faz-se necessária a distinção de alguns conceitos básicos em relação à avaliação da qualidade dos serviços em saúde, devido à polissemia do termo e aplicabilidade da avaliação.

A avaliação tem como objetivo determinar o valor, o preço e a importância de alguma coisa, além de conhecer a grandeza, a intensidade e a força de determinado fenômeno. De outro modo, a qualidade se apresenta como

característica, com propriedade ou atributo essencial, sendo esta distintiva de algo. Avaliação e qualidade são conceitos que interdependem. Para realizar uma avaliação deve-se possuir um parâmetro, entendendo que este é bom. Porém esses dois conceitos começaram a ser utilizados com diferentes conotações e em diferentes áreas de conhecimento (CRUZ, 2012).

A Avaliação de Qualidade em Saúde surge como proposta na década de 60. Posteriormente, Donabedian (1984) sistematiza o conhecimento sobre qualidade na área de saúde e propõe normalização de conceitos e nomenclatura, em um modelo unificado. Assim, essa avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e a sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas existentes (DONABEDIAN, 1984).

Para Donabedian (1984), existem três enfoques principais para a avaliação de qualidade: estrutura, processo e resultado.

A estrutura engloba características fixas dos provedores de atenção médica, como instrumentos e recursos necessários à atenção, sendo eles humanos, físicos e financeiros. A qualificação profissional, bem como sua satisfação também deve ser considerada parte da estrutura. O emprego da estrutura como medida indireta da qualidade depende da natureza da influência que exerce sobre a assistência. Os métodos estruturais mais comuns são o credenciamento e a licença para exercício da prática do profissional de saúde e a acreditação do estabelecimento de saúde (CASTRO, 2000; DONABEDIAN, 1984).

Em relação ao processo, este está representado por todas as atividades que ocorrem entre profissionais e pacientes, que geralmente resultam em registros escritos. Poderão ser avaliadas por meio de exame desses registros como também por intermédio de observação direta. O fundamento da abordagem do processo se embasa no fato de que se todos fazem aquilo que é considerado correto, é provável que o resultado seja melhor do que se o processo correto não for seguido (CASTRO, 2000; DONABEDIAN, 1984).

O método mais comum de avaliação do processo é a auditoria, que pode ser definida como uma avaliação retrospectiva da qualidade do cuidado, baseada nos registros. Este método vem sendo empregado também para avaliar os procedimentos realizados pelas outras categorias de profissionais. Para ser utilizado

como medida estimativa da qualidade, o processo deve estar fortemente relacionado ao resultado (DONABEDIAN, 1984).

O elemento resultado, para Donabedian, é a mudança no estado da saúde do paciente que possa ser atribuída à assistência realizada. Como o objetivo dos cuidados pode ser: a cura da doença ou a interrupção de sua progressão; a restauração da capacidade funcional ou o alívio da dor; além da satisfação do paciente. O sucesso dos cuidados e a qualidade do mesmo poderão ser medidos pelo alcance desses resultados. Ainda que o enfoque do resultado seja considerado a medida mais direta da qualidade da atenção, quando se discute uma ação específica, é difícil mensurar sua contribuição exata no resultado final (CASTRO, 2000; DONABEDIAN, 1984).

Atualmente, as três dimensões da qualidade em saúde subsidiam várias metodologias para avaliação e certificação da qualidade de instituições de saúde. Como exemplo, salientamos que existem vários modelos de diversas culturas e realidades socioeconômicas e políticas: da Europa, tem-se as normas ISO 9001-2000, ISO 14.000 e OSHAS 18.000; na América do Norte, tem-se a *Joint Comission International*, a NIAHO (*National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations*) e o CCHSA (*Canadian Council for Health Services Accreditation*); já o Brasil possui a ONA (Organização Nacional para Acreditação). Esta última representa um modelo construído segundo a cultura e a realidade brasileira, idealizada para aplicação no campo da saúde. A metodologia de avaliação de Sistemas de Gestão da Qualidade preconizada pelo Sistema Brasileiro de Acreditação, por meio da ONA, Organização Nacional de Acreditação, apresenta uma lógica de organização dos serviços de saúde que evidencia esses três níveis de análise: estrutura, processos e resultados (SILVEIRA, 2010).

Pela definição de Donabedian (1984), critério é um componente da estrutura, do processo ou do resultado com relação à qualidade. Assim, conforme a definição do autor (1984), "a qualidade da atenção médica consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médica de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isto seus riscos". Assim, em respeito aos valores, a ética e as tradições das profissões da saúde deve-se “no mínimo não lesar, geralmente fazer algum bem e, idealmente, realizar o maior benefício que seja possível alcançar em qualquer situação dada".

O debate sobre qualidade em saúde deve ser precedido da discussão do conceito de assistência. Pode-se analisar a assistência à saúde utilizando-se ou uma abordagem predominantemente técnica ou que inclua a relação interpessoal (CASTRO, 2000).

Para o setor de saúde, a qualidade é definida como um conjunto de atributos que estão relacionados à qualificação profissional, uso eficiente de recursos, risco mínimo aos usuários e alto grau de satisfação por parte dos clientes. Deste modo, tem-se como determinantes das dimensões da qualidade: conhecimento técnico-científico; relações interpessoais entre profissionais e pacientes; condições de conforto e estética das instalações e equipamentos, denominado por Donabedian (1984) como amenidades.

Donabedian (1984) propõe sete pilares da qualidade que podem ser analisados como critérios para a avaliação. Assim, os autores corroboram que a **eficácia** é a capacidade do cuidado em contribuir para a melhoria das condições de saúde; na **efetividade** se relaciona a quanto de melhoria possível nas condições de saúde é alcançado; a **eficiência** é a capacidade de obter a maior melhoria possível nas condições de saúde ao menor custo; a **otimização**, que é a mais favorável relação entre o custo e benefícios; para a **aceitabilidade**, deve-se estar em conformidade com as preferências do paciente no que se refere à acessibilidade, à relação enfermeiro-paciente, às amenidades, aos efeitos e ao custo do cuidado prestado; a **legitimidade** tem relação com as preferências sociais em relação a todos os itens mencionados anteriormente; e por fim a **equidade**, tendo igualdade na distribuição do cuidado e de seus efeitos sobre a saúde (SILVEIRA, 2010).

2.5.1 Escore de Bologna

Preocupada com a assistência aos cerca de 136 milhões de partos que ocorrem anualmente em todo o mundo, a OMS estabeleceu diretrizes, normas e condutas básicas, definindo como seria uma adequada assistência ao parto e propondo estratégias para avaliar a qualidade dessa assistência. Assim, elaborou um guia prático de cuidados para a assistência ao parto normal, sendo que os principais procedimentos utilizados, atualmente, são analisados e classificados de

acordo com as evidências científicas mais recentes (WHO, 2002; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Foram constituídas 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; D - Procedimentos que são, frequentemente, usados inapropriadamente. Tal protocolo tem como objetivo padronizar a condução do trabalho de parto e parto em todo o mundo. (WHO, 2002; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Em Bologna, na Itália, no ano de 2000 ocorreu uma reunião sobre monitorização e avaliação dos cuidados perinatais, onde a OMS propôs um sistema para avaliar a assistência ao realizada ao parto normal denominado “Bologna Score” ou Escore de Bologna. Tal indicador parte do princípio de que o parto normal de baixo risco é um acontecimento natural e que deve ser conduzido com o mínimo de intervenções (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

O Escore de Bologna deve ser aplicado de forma semelhante ao Índice Apgar[3], e é constituído por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externado fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcipe 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). Para cada medida é dada uma nota: “1”, se presente, e “0”, se ausente. Como nota final, tem-se a somatória das notas de todas as medidas. A nota máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e a nota “0” corresponde a um parto mal conduzido. Notas entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Para a OMS, a qualidade de assistência prestada ao parto é adequadamente avaliada quando se realiza a análise utilizando-se o Escore de Bologna (Indicador C) associado aos indicadores ‘porcentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana eletiva’ (Indicador A) e ‘porcentagem dos

[3] O Boletim de Apgar é um escore que serve como relatório numérico que descreve a condição de nascimento do recém-nascido (BRASIL, 2012b).

partos acompanhados por um profissional de saúde’ (Indicador B). Deste modo, a qualidade de assistência ao parto é máxima quando se encontra associação de baixas porcentagens de cesarianas eletivas e/ou induções de parto, altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto Escore Bologna (WHO, 2002; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

O Escore de Bologna é a primeira tentativa concreta de se quantificar e avaliar a qualidade de assistência ao parto normal, podendo ser a ferramenta que faltava no processo de avaliação e comparação da assistência ao parto em todo o mundo, de uma forma mais eficaz (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008). No entanto, mesmo ainda não foi validado para o português.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um projeto de pesquisa de avaliação normativa, transversal, retrospectiva e de abordagem quantitativa.

Pesquisa de avaliação, segundo Contandriopoulos *et al.* (1997), é o procedimento que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando-se com os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos (resultados) com critérios e normas. Ressalta-se que, nesta pesquisa, utilizar-se-á apenas os aspectos relacionados ao processo e seus resultados referentes à assistência ao parto nas maternidades de risco habitual pesquisadas.

Na pesquisa foram descritos fatos, fenômenos e dados sobre a população, por meio de instrumentos padronizados de coleta de dados, (GIL, 2002), conferindo-lhe um caráter descritivo. Foram descritos aspectos da atenção perinatal das maternidades, no atendimento ao pré-parto, parto e puerpério imediato.

Manzini, Borges e Parada (2009) trazem que a avaliação em saúde pode contemplar a estrutura, processo e resultado, baseado na proposta de Donabedian. A etapa de avaliação que foi abordada nesta pesquisa refere-se aos processos, referentes a todas as atividades e cuidados realizadas à mulher no contexto perinatal.

A tipologia de avaliação segundo Contandriopoulos *et al.* (1997) classifica dois grupos de avaliação: Avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa apoia-se em normas e critérios ou padrões pré-estabelecidos e guarda forte relação entre os critérios e as normas determinadas e os efeitos da intervenção, bem como a abordagem sistêmica com enfoque na tríade: estrutura, processo e resultado, proposta por Donabedian (1990).

Por sua vez, na pesquisa avaliativa utiliza-se do método científico para fazer um julgamento de uma intervenção. Esse tipo de pesquisa implica realizar uma ou varias das seguintes análises: da pertinência (análise estratégica), para verificar se a intervenção realizada foi adequada ao problema; dos fundamentos teóricos (análise lógica), com vistas a verificar a adequação entre os objetivos da intervenção e os meio utilizados para alcançá-los; da produtividade, por meio da investigação da relação entre os recursos empregados e os serviços prestados; do efeito, para

estudar o impacto do serviço no estado de saúde dos usuários, de maneira a analisar sua eficácia; do rendimento com relação à utilização dos recursos, ou seja, a eficiência; e das relações existentes entre a intervenção e o contexto em que ela se situa (analise da implantação), possibilitando entender a influência da implantação de uma intervenção sobre seus efeitos e a influência do contexto sobre eles (SAMICO *et al.*, 2010).

O estudo foi realizado no Hospital Maternidade Victor Ferreira do Amaral, Maternidade Mater Dei e no Centro Médico Comunitário Bairro Novo, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e às gestantes de risco habitual vinculadas ao Programa Mãe Curitibana do Município de Curitiba-PR.

Durante o processo de construção desta pesquisa, não houve indisponibilidade dos recursos humanos envolvidos ou de participantes que inviabilizem a sua realização. Os pesquisadores asseguram que o caráter anônimo da instituição participantes da pesquisa será mantido, e que suas identidades serão protegidas de terceiros não autorizados, e os instrumentos de coleta não serão identificados pelo nome, mas por um código. Posteriormente, o relatório da pesquisa será apresentado aos responsáveis pelas instituições e para a gestão da instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

3.1 UNIDADES DE ANÁLISE DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas maternidades que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS), às gestantes de baixo risco no município de Curitiba-PR: Hospital Maternidade Victor Ferreira do Amaral, Centro Médico Comunitário Bairro Novo, e Maternidade Mater Dei.

A maternidade mais antiga do Paraná, a Maternidade Victor Ferreira do Amaral ficou fechada há mais de uma década e reativada no ano de 2001, por meio de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de Curitiba e a Universidade Federal do Paraná. A maternidade presta serviço segundo uma filosofia voltada ao atendimento humanizado das usuárias. Atualmente, a maternidade está sendo administrada pela UFPR em parceria com o Governo do Estado e a Prefeitura de Curitiba. É referência ao município para gestações de risco habitual (HC, 2013). Segundo dados coletados

nesta pesquisa, a maternidade atendeu, em média, 158 partos normais ao mês no ano de 2013.

A Maternidade Mater Dei é administrada desde 2007 pelo Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG), considerada nos últimos anos, no Estado do Paraná, a maior prestadora de serviços ao SUS na área de obstetrícia. Atua como uma Unidade Materno Infantil do Hospital Nossa Senhora das Graças – HNSG, com Corpo Clinico e funcional próprio. Presta atendimentos nas especialidades de obstetrícia, ginecologia, pediatria e neonatologia, com observância constante dos princípios de humanização e de qualidade seguida pelo HNSG. Realiza atendimento à população de Curitiba e Região Metropolitana desde 1947. Iniciou suas atividades como Hospital Nossa Senhora do Rosário e, posteriormente, entre os anos 1977 e 2007, como Associação Mater Dei. Desde então passou a ser mantida pelo grupo Hospital Nossa Senhora das Graças (HNSG, 2011).

Instituição possui caráter Filantrópico de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal e tem como compromisso atender a população Gestante e Neonatal menos favorecida, usuária do Sistema Único de Saúde. Localizada na região central de Curitiba, conta com uma estrutura física atual de 1.564 m² e 85 leitos, divididos entre os serviços de Obstetrícia Clínica e Cirúrgica, Ginecologia, Unidade Neonatal, Centro Cirúrgico, Unidade específica para tratamento de Adolescentes Gestantes. (HNSG, 2011). Segundo dados coletados nesta pesquisa, a maternidade atendeu, em 2013, uma média de 243 partos normais ao mês.

Já o Centro Médico Comunitário Bairro Novo é considerada o primeiro hospital próprio do município, concebido para atender pacientes em cirurgias eletivas de baixa complexidade. Desde março de 2013, é gerenciada pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba – FEAES, está voltada ao atendimento de gestantes de baixo risco e presta serviços exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Por se localizar no bairro Sítio Cercado, atende moradoras da região sul da cidade, com 36 leitos de alojamento conjunto (CURITIBA, 2013). Segundo dados coletados nesta pesquisa, em 2013 atendeu, em média, 119 partos normais por mês.

3.2 FONTES E AMOSTRAGEM DA PESQUISA

As fontes de coleta foram 406 prontuários de puérperas que foram atendidas nas instituições descritas, a fim de se obter dados de identificação, clínicos/obstétricos e da assistência realizada durante o período perinatal.

De acordo com o número total de partos normais atendidos nas três maternidades no ano de 2013 (n=6011) e a proporção de atendimento de cada uma (Maternidade A 31,6%, Maternidade B 48,6% e Maternidade C 19,7%), realizou-se o cálculo de amostragem, considerando um erro amostral de 5%, nível de confiança de 95% e um ajuste de 10%, prevendo possíveis perdas. Deste modo, chegou-se ao quantitativo de 406 prontuários a serem pesquisados, foram coletado nas maternidades A, B e C proporcionalmente, 126, 200 e 80 prontuários. Para cada maternidade foi divido o número de prontuários pelo número de meses de 2013 (no caso da Maternidade C apenas dez meses, pois antes de março estava sob direção de uma organização social), a fim de caracterizar de forma mais fidedigna a assistência realizada na instituição.

Os prontuários foram selecionados de forma aleatória pelos funcionários do arquivo médico de cada maternidade, e disponibilizados ao pesquisador em um número duas vezes superior à quantidade diária necessária, tendo em vista a completude da amostra de cada mês (ex. se necessário 10 prontuários, eram fornecidos 20), evitando-se, assim, algum viés na seleção dos prontuários. Após, eram analisados apenas os prontuários que primeiramente se encaixavam nos critérios de inclusão até completarem 10.

Os critérios de seleção dos prontuários a serem pesquisados incluíram as seguintes características: mulheres de qualquer faixa etária cujo parto normal, com nascido vivo, ocorreu na maternidade, e que no pós-parto mediato foram encaminhadas ao Alojamento Conjunto - AC; cujo recém-nascido esteve internado juntamente com a mãe no AC, de acordo com a Resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012e).

As mulheres analisadas nesta pesquisa apresentaram idades entre 18 e 35 anos, eram da cor branca e tinham ocupações relacionadas a atividades à produção de serviços, em geral. Encontrou-se também, em sua maioria, registros de escolaridade entre 8 a 10 anos de estudo, e provenientes do distrito do Cajuru. Após o parto, seus recém-nascidos apresentaram, de modo geral, registros de Apgar

maiores que 7 tanto no primeiro quanto no quinto minuto, idade gestacional pelo Índice de Parkin de 39/39,5 semanas e peso ao nascer entre 3 e 4 kg. O tempo de internação não passou de 3 dias para a maioria das mulheres.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto da pesquisa foi elaborado de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12 (BRASIL, 2012e).

A coleta de dados iniciou-se após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná e análise de viabilidade pelo Comitê de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Pr. O mesmo foi aprovado sob o CAAE: 25324513.0.0000.0102.

3.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados aconteceu de junho a setembro de 2014. Foi realizada a técnica de auditoria retrospectiva em prontuários, mediante observação sistemática com auxílio de um roteiro já testado pelo pesquisador (APÊNDICE A).

A técnica da auditoria é um instrumento administrativo usado para revisão e controle da eficiência e eficácia dos programas em desenvolvimento (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Kurcgant (1991, p. 216) define auditoria como a “[...] avaliação sistemática e formal de uma atividade por alguém não envolvido diretamente na sua execução”, a fim de verificar se essa atividade está de acordo com seus objetivos. A auditoria retrospectiva é aquela em que atividade ocorreu anteriormente à avaliação. No caso desta pesquisa, os pacientes cujos prontuários foram auditados já haviam recebido alta hospitalar no momento em que esses foram avaliados.

3.5 TRATAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas. Posteriormente, foram submetidos à análise descritiva univariada e de frequências. As variáveis de maior relevância foram apresentadas por meio de quadros.

As boas práticas da Organização Mundial da Saúde e as estabelecidas pelo Manual Prático para Implantação da Rede Cegonha (BRASIL, 2011c) foram utilizadas como parâmetros para avaliação de processos de assistência obstétrica. Utilizou-se também o Escore de Bologna para estimar a qualidade da assistência ao parto e nascimento.

Ademais a discussão também tomou como base os documentos do Ministério da Saúde como Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012b), manuais e protocolos de assistência obstétrica, nacionais e internacionais, além de manuais de recomendações internacionais de entidades especializadas no assunto e as evidências mais recentes referentes à assistência obstétrica encontradas na literatura correlata ao tema.

4 RESULTADOS

Com a finalidade de facilitar ao leitor a compreensão dos resultados encontrados nesta pesquisa, estes serão apresentados em diferentes seções: registros obstétricos, registros nas internações, registros de trabalho de parto, registros de parto e registros de pós-parto imediato.

4.1 REGISTROS OBSTÉTRICOS

Dados referentes aos registros obstétricos foram sintetizados no Quadro 8.

Observou-se que nos 406 prontuários pesquisados, no que se refere ao registro de informações obstétricas relacionados aos partos atendidos nas maternidades A, B e C, tem-se que em 79,8% (324) deles foi encontrado registro da data da ultima menstruação – DUM, da parturiente. Este dado não foi registrado em 20,2% (82) dos prontuários.

Em relação à Idade Gestacional – IG calculada pela DUM e por ecografia obstétrica, seu registro foi identificado em 32,5% (132) e 73,9% (300) dos prontuários, respectivamente. Dos prontuários que apresentaram registro dessas variáveis, a IG calculada pela DUM e pela ecografia obstétrica estavam relacionadas, respectivamente, a gestações classificadas como pré-termo em 9,8% (13) e 3% (9) dos prontuários; como de termo, 84,8% (112) e 92,3% (277) dos prontuários; e como de pós-termo, apenas 5,4% (7) e 4,7% (14) deles. Dentre todos os prontuários pesquisados, 67,5% (274) não apresentaram informações sobre a IG calculada pela DUM. Já a IG calculada pela ecografia não foi registrada em 26,1% (106) deles. A média de IG calculada pela DUM foi de 38.67 ±2.15 semanas, já a média de IG calculada pela ecografia foi de 39.03 ±1.25 semanas.

Ainda sobre as informações obstétricas, em 96,6% (392) dos prontuários houve registro do número de gestações, partos, cesarianas e abortos vivenciados pelas mulheres. Destes registros (n=392), 74% (290) estavam na primeira ou segunda gestação e 26% (102) apresentaram mais de três gestações. Por sua vez, em relação ao número de partos prévios, 51,2% (201) ainda não haviam parido, 40,1% (157) apresentaram um ou dois partos anteriores e 8,7% (34) haviam parido,

Dados Obstétricos				
Registro da data da última menstruação	**n**		**%**	
Sim	324		79.8%	
Não	82		20.2%	
Total	**406**		**100%**	
Registro da Idade gestacional	**IG pela DUM**		**IG ECO**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	**132**	**32.5%**	**300**	**73.9%**
Pré-termo	13	9.8%	9	3.0%
Termo	112	84.8%	277	92.3%
Pós-termo	7	5.4%	14	4.7%
Não	**274**	**67.5%**	**106**	**26.1%**
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Média	**38.67 ± 2.15**		**39.03 ±1.25**	
Registro de informações obstétricas	**Gestações anteriores**		**Partos anteriores**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	**392**	**96.6%**	**392**	**96.6%**
0			201	51.2%
1 a 2	290	74.0%	157	40.1%
3 ou mais	102	26.0%	34	8.7%
Não	**14**	**3.4%**	**14**	**3.4%**
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Média	**2.00 ±1.20**		**0.82 ±1.10**	
Registro de informações obstétricas	**Cesarianas**		**Abortos**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	**392**	**96.6%**	**392**	**96.6%**
0	364	92.9%	354	90.3%
1	28	7.1%	35	8.9%
2	0	0	3	0.8%
Não	**14**	**3.4%**	**14**	**3.4%**
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Média	**0.07 ±0.25**		**0.10 ±0.33**	
Registro do número de consulta de Pré-natal	**n**		**%**	
Sim	**355**		**87.4%**	
≤ 6	105		29.6%	
≥ 7	249		70.1%	
Não realizou	1		0.3%	
Não	**51**		**12.6%**	
Total	**406**		**100%**	
Média			**8.16 ±2.98**	

QUADRO 8 - DADOS OBSTÉTRICOS DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

três ou mais vezes. Em 92,9% (364) dos prontuários não houve registro de cesariana anterior e em 7,1% (28) deles havia registro desse procedimento previamente. Quanto ao abortamento, registros de um episódio foram identificados em 8,9% (35) dos prontuários, entre os quais um foi registrado como gestação ectópica. Registros de dois episódios de abortamento ocorreram para 0,8% (3) dos prontuários que possuíam registro dessa variável, mas para outros 90,3% (354) deles, esse episódio não ocorreu. Não houve registros das quatro variáveis descritas anteriormente em 3,4% (14) dos prontuários. A média de gestações, partos, cesarianas e abortos foi de 2 ±1,20; 0,82 ±1,10; 0,07 ±0,25 e 0,10 ±0,25 respectivamente.

O registro do acompanhamento da gestante no pré-natal foi investigado nos 406 prontuários, nos quais se identificou uma frequência dessa informação em 87,4% (355) deles. Dos prontuários que tinham essa informação, 29,6% (105) deles tinham registro de até seis consultas de pré-natal, e sete ou mais consultas foram registradas em 70,1% (249) deles. Apenas 0,3% (1) das mulheres não realizou nenhuma consulta de pré-natal, segundo os registros. Identificou-se a ausência de registro sobre a realização de pré-natal em 12,6% (51) dos prontuários. A média de consultas pré-natal foi de 8,16±2,98.

4.2 REGISTROS NAS INTERNAÇÕES

O Quadro 9 representa a síntese dos dados registrados no momento da internação.

Dentre os 406 prontuários pesquisados, houve registro do diagnóstico no momento da internação em 87,7% (356) deles. Para estes que possuíam registro de diagnóstico, 2% (5) estavam relacionados a situações clínicas, tais como cardiotocografia sub normal (1), suspeita de doença hipertensiva (1), diabetes melittus (1); a necessidade de diagnóstico/tratamento, como a realização de ultrassonografia (1); e solicitação de internamento devido paciente morar longe (1). Em 21,3% (76) dos prontuários foram encontradas situações relacionadas ao processo de indução ao parto, como amniorexe prematura 11,6% (48), indução por oligodramnia e placenta grau III (1) e pós-datismo (27).

Dados de Internação						
Registro de diagnóstico na internação	**n**			**%**		
Sim	**356**			**87.7%**		
Em situação clínica	5			2.0%		
Em situação de indução	76			21.3%		
Em situação de trabalho de parto	268			75.3%		
Período expulsivo	7			1.4%		
Não	**50**			**12.3%**		
Total	**406**			**100%**		
Registro de realização de procedimento	**Tricotomia**			**Enema**		
	n	**%**		**n**	**%**	
Sim	190	46.8%		189	46.6%	
Não	216	53.2%		217	53.4%	
Total	**406**	**100%**		**406**	**100%**	
Registro de realização de procedimento	**Verificação de pressão arterial**			**Verificação de frequência cardíaca**		
	n	**%**		**n**	**%**	
Sim	382	94.1%		324	79.8%	
Não	24	5.9%		82	20.2%	
Total	**406**	**100%**		**406**	**100%**	
Registro de verificação de contrações uterinas	**n**			**%**		
Sim	**258**			**63.5%**		
Contrações presente	221			85.7%		
Contrações ausentes	37			14.3%		
Não	**148**			**36.5%**		
Total	**406**			**100%**		
Registro do procedimento	**Verificação da dilatação do colo uterino**		**Verificação do apagamento do colo**		**Verificação do plano de De Lee**	
Sim	392	96.6%	253	62.3%	126	31.0%
Não	14	3.4%	153	37.7%	280	69.0%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**	**406**	**100%**

QUADRO 9 – DADOS DE INTERNAÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013 (continua)
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Dados de Internação		
Registro da dilatação cervical	**n**	**%**
Sim	**392**	**96.6%**
0 cm	4	1.0%
1 a 4 cm	246	62.8%
5 a 9 cm	136	34.7%
10 cm	6	1.5%
Não	**14**	**3.4%**
Total	**406**	**100%**
Registro de verificação de BCF	**n**	**%**
Sim	**382**	**94.1%**
Com frequência descrita	275	72.0%
Sem frequência descrita	107	28.0%
Não	**24**	**5.9%**
Total	**406**	**100%**
Registro de avaliação de altura uterina	**n**	**%**
Sim	282	69.5%
Não	124	30.5%
Total	**406**	**100%**

QUADRO 9 – DADOS DE INTERNAÇÃO DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013 (conclusão)
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Ainda referente aos 356 prontuários que possuíam registro de diagnóstico, a internação relacionado ao trabalho de parto foi encontrado com em 75,3% (268) dos prontuários. O período expulsivo apareceu como diagnóstico de internação em 1,4% (7) dos prontuários. Não houve registro de diagnóstico de internação em 12,3% (50) dos 406 prontuários pesquisados, apesar de todos eles apresentarem como desfecho o parto normal.

Quanto ao registro de procedimentos ocorridos no momento da internação, a tricotomia e a enteroclise foram registrados em 46,8% (190) e 46,6% (189) dos prontuários, respectivamente. Não houve registro da realização dos procedimentos em 53,2% (216) e 53,4% (217) deles, respectivamente. Registros de verificação de pressão arterial e frequência cardíaca foram encontrados em 94,1% (382) e 79,8% (324) dos prontuários, e não encontradas em 5,9% (24) e 20,2% (82) deles, respectivamente.

Com relação aos exames obstétricos no momento da internação, os registros de realização de dinâmica uterina – DU foram encontrados em 63,5% (258)

dos prontuários. Quanto a ocorrência de contrações, encontrou-se registros de contrações uterinas presentes em 85,7% (221; n=258) das avaliações e ausentes em 14,3% (37; n=258), deles. Não houve registro de avaliações das contrações uterinas em 36,5% (148) dos prontuários.

Em relação ao toque vaginal, houve registro da dilatação do colo uterino em 96,6% (392) dos prontuários; de apagamento do colo em 62,3% (253) deles; e do plano de De Lee[4], em 31% (126) dos registros em prontuários. Não houve registro dessas avaliações em 3,4% (14), 37,7% (153) e 69% (280) dos prontuários, respectivamente. Sobre a dilatação cervical no momento da internação, 96,6% (392) dos prontuários possuíam registros sobre essa informação. Segundo esses registros, tem-se que 1% (4) das mulheres apresentava dilatação de 0 cm na internação; 62,8% (246) delas com dilatações de 1 a 4 cm; e 34,7% (136) dos registros demonstraram que as parturientes forma internadas com dilatações de 5 a 9 cm. Em 1,5% (6) dos prontuários analisados, foram identificados registros de mulheres que estavam no momento da internação com dilatação cervical de 10 cm. Não houve esse registro, no internamento, em 3,4% dos prontuários.

A ausculta do batimento cardíaco fetal – BCF não foi registrada em 5,9% (24) dos prontuários e foi descrita em 94,1% deles. Destes, 72% (275) apresentaram registro da verificação e discriminação da frequência cardíaca fetal. No entanto, em 26,4% (107) houve registro, embora sem discriminação da frequência do BCF encontrado.

A verificação da altura uterina foi registrada em 69,5% (282) dos prontuários analisados e em 30,5% (124) deles não houve registro de sua verificação.

4.3 REGISTROS DE TRABALHO DE PARTO

Os registros relacionados ao trabalho de parto foram descritos em síntese nos Quadros 10 e 11.

[4] Refere-se à altura da apresentação fetal em relação à espinha isquiática materna (BRASIL, 2012b).

Dentre os 406 prontuários analisados foram encontrados registro de prescrição de dieta em 44,8% (182). Destes registros encontrados, em 13,7% (25) dos prontuários houve registro de prescrição de algum tipo de dieta (hídrica e/ou sólida); e em 86,3% (157) foi identificada a prescrição de jejum para as parturientes. De todos os prontuários, 55,2% (224) deles não foram encontrados registros da prescrição de dieta.

Dados de Trabalho de Parto I		
Registro de tipo de dieta	**n**	**%**
Sim	**182**	**44.8%**
Algum tipo de ingesta	25	13.7%
Jejum	157	86.3%
Não	**224**	**55.2%**
Total	**406**	**100%**
Registro de dilatação na abertura do partograma	**n**	**%**
Sim	**394**	**97%**
0	2	0.5%
1 a 4	216	54.8%
5 a 9	171	43.4%
10	5	1.3%
Não*	**12**	**3.0%**
Total	**406**	**100%**
Registro de ausculta de BCF	**n**	**%**
Sim	401	98.8%
Não	5	1.2%
Total	**406**	**100%**
Média		**6.37 ±4.99**
Registro da dinâmica uterina	**n**	**%**
Sim	372	91.6%
Não	34	8.4%
Total	**406**	**100%**
Média		**3.55 ±3.19**

QUADRO 10 - DADOS DO TRABALHO DE PARTO (I) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013 (continua)
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)
NOTA: *Somatória de 6 partogramas ausentes e 6 sem registro.
**Excluídos 16, 45, 14, 91 e 151 prontuários sem informação, respectivamente.

Dados de Trabalho de Parto I										
Registro de toque vaginal	**n**						**%**			
Sim	403						99.3%			
Não	3						0.7%			
Total	**406**						**100%**			
Média	**4.14 ±2.60**									
Registro do Procedimento	**Verificação da pressão arterial**						**Verificação de frequência cardíaca**			
	n		**%**				**n**		**%**	
Sim	323		79.6%				261		64.3%	
Não	83		20.4%				145		35.7%	
Total	**406**		**100%**				**406**		**100%**	
Média	**1.37 ±1.29**						**0.85 ±0.80**			
Registro de procedimento e o tempo de trabalho de parto										
	Batimentos cardiofetais		**Dinâmica uterina**		**Toque vaginal**		**Pressão arterial**		**Frequência cardíaca**	
Intervalo	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Em até 1 hora	185	47.4%	61	16.9%	89	22.7%	28	8.9%	22	8.6%
> 1 a 2 horas	153	39.2%	141	39.1%	166	42.3%	34	10.8%	15	5.9%
> 2 horas ou mais	52	13.4%	159	44.0%	137	34.9%	253	80.3%	218	85.5%
Total**	**390**	**100%**	**361**	**100%**	**392**	**100%**	**315**	**100%**	**255**	**100%**

QUADRO 10 - DADOS DO TRABALHO DE PARTO (I) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013 (conclusão)
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)
NOTA: *Somatória de 6 partogramas ausentes e 6 sem registro.
**Excluídos 16, 45, 14, 91 e 151 prontuários sem informação, respectivamente.

Em relação ao partograma, foi identificado registro de sua abertura em 97% (394) dos prontuários. Dentre estes prontuários, 0,5% (2) deles o partograma foi aberto no momento em que a mulher estava com 0 cm de dilatação; em 54,8% (216) dos prontuários, quando a mulher estava com dilatações de 1 a 4 cm de dilatação; e em 43,4% (171) deles, a abertura do partograma ocorreu quando a mulher estava entre 5 e 9 cm de dilatação. Períodos expulsivos, onde a mulher encontrava-se com 10 cm de dilatação, foram encontrados em 1,3% (5) dos prontuários que possuíam esse registro. O partograma não esteve presente em 1,5% (6) dos prontuários, e em 1,5% (6) deles não houve registro da sua abertura.

Nos registros sobre o acompanhamento do trabalho de parto (nas folhas de evolução clínicas e/ou partograma), observou-se que houve registro de ausculta do BCF em 98,8% (401) dos prontuários, sendo que não foi identificado o registro

dessa avaliação em 1,2% (5) dos 406 prontuários. A avaliação de dinâmica uterina foi registrada em 91,6% (372) dos prontuários, e não registrada em 8,4% (34) deles. Já o toque vaginal apresentou uma frequência de registro de 99,3% (403), e não foi identificado esse registro em 0,7% (3) dos prontuários. Os registros indicam uma média de frequência de avaliações de ausculta de BCF, dinâmica uterina e toque vaginal de 6,37 ±4.99; 3,55 ±3.19 e 4,14 ±2.60, respectivamente.

Durante o trabalho de parto, identificou-se registros de verificação da pressão arterial – PA e a frequência cardíaca – FC, em 79,6% (323) e 64,3% (261) dos prontuários, respectivamente. Não foi identificado registros dessas avaliações em 20,4% (83) e 35,7% (145), respectivamente. Os registros dessas avaliações demonstram uma média de 1,37 ±1,29 para a PA e de 0,85 ±0.80 para a FC.

Tais avaliações também foram mensuradas por hora, dividindo-se a frequência da variável pelo tempo total, em minutos, até o parto. Para tal análise foi retirado de cada variável (BCF, DU, toque vaginal, PA e FC) os prontuários que não apresentaram o respectivo registro da avaliação ou o tempo de trabalho de parto (16; 45; 14; 91; 151 prontuários retirados, respectivamente). Deste modo, os achados foram classificados em quatro categorias. Com intervalo de avaliações de até uma hora, tem-se o BFC, a DU e o toque vaginal com uma frequência de registros de 47,4% (185), 16,9% (61) e 22,7% (89), respectivamente. Com registros entre uma a duas horas, as avaliações apresentaram frequências de 39,2% (153), 39,1% (141) e 42,3% (166) respectivamente para o BCF, DU e toque vaginal. Com avaliações superiores duas horas de intervalo, BFC, DU e o toque vaginal tiveram frequência de registros de 13,4% (52), 44% (159) e 34,9% (137) deles, respectivamente. O total de prontuários que apresentaram registros de avaliação de BCF foi 390, de DU foram 361 prontuários e 392 deles apresentarem registros de toque vaginal.

Já os registros das frequências de avaliações da pressão arterial e da frequência cardíaca apresentaram-se com as seguintes características: registros de até uma hora em 8,9% (28) e 8,6% (22) dos prontuários; de uma a duas horas, em 10,8% (34) e 5,9% (15) dos registros; superiores a duas horas de intervalo em 62,3% (253) e 53,7% (218) deles, respectivamente. Dos prontuários analisados, apenas 315 apresentaram registros de PA e 255 apresentaram registros de frequência cardíaca materna.

Dados de Trabalho de Parto II						
Número de profissionais que acompanharam o trabalho de parto	**n**				**%**	
1 a 6	320				78.8%	
7 a 22	86				21.2%	
Total	**406**				**100%**	
Média					**4.60 ±3.30**	
Profissionais que acompanham o parto	**Enfermeira obstétrica**	**Médico obstetra**	**Médico residente**	**Acd de medicina**	**Total***	
n	5	140	38	100	283	
%	1.8%	49.5%	13.4%	35.3%	100%	
Média	**0.01 ±0.11**	**0.34±0.73**	**0.09 ±0.33**	**0.24 ±0.69**		
Ausência de identificação nas avaliações registradas						
	Assinatura ilegível		**Sem assinatura**		**Total****	
n	321		1292		1613	
%	16.9%		68.2%		85.1%	
Média	**0.79 ±1.37**		**3.18 ±3.10**			
Registro referente ao acompanhante no trabalho de parto	**n**				**%**	
Sim	**128**				**31.5%**	
Presente	112				87.5%	
Ausente	16				12.5%	
Não	**278**				**68.5%**	
Total	**406**				**100%**	
Registro de Procedimento	**Infusão de soro**		**Uso de ocitocina**		**Uso de misoprostol**	
Sim	238	58.6%	224	55.2%	25	6.2%
Não	168	41.4%	182	44.8%	381	93.8%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Registro de realização de Cardiotocografia	**n**				**%**	
Sim	**45**				**11.1%**	
Com resultado***	17				37.8%	
Sem resultado	28				62.2%	
Não	**361**				**88.9%**	
Total	**406**				**100%**	

QUADRO 11 - DADOS DO TRABALHO DE PARTO (II) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013 (continua)
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)
NOTA: *Calculo baseado apenas no número total de profissionais que registraram assistência durante o trabalho de parto (n=283)
** Calculo baseado no número total de registros realizados durante o trabalho de parto (n=1896)
***Todos os resultados descritos estavam sem alteração da normalidade

Dados de Trabalho de Parto II		
Registro de técnicas alternativas para o alívio da dor	**n**	**%**
Sim	**29**	**7.1%**
Deambulação	4	13.8%
Banheira + Deambulação	3	10.3%
Banho de relaxamento	19	65.6%
Bola	3	10.3%
Não	**377**	**92.9%**
Total	**406**	**100%**
Registro de ruptura de membranas	**n**	**%**
Sim	**176**	**43.3%**
Espontânea	102	58.0%
Manual	74	42.0%
Não	**230**	**56.7%**
Total	**406**	**100%**
Registro do aspecto do líquido amniótico	**n**	**%**
Sim	**350**	**86.2%**
Claro e/ou com grumos	295	84.3%
Meconial +/++/+++	55	15.7%
Não	**56**	**13.8%**
Total	**406**	**100%**

QUADRO 11 - DADOS DO TRABALHO DE PARTO (II) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013 (conclusão)
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)
NOTA: *Calculo baseado apenas no número total de profissionais que registraram assistência durante o trabalho de parto (n=283)
** Calculo baseado no número total de registros realizados durante o trabalho de parto (n=1896)
***Todos os resultados descritos estavam sem alteração da normalidade

Dentre os 406 prontuários analisados, identificou-se um total de 1896 registros referentes a avaliações de profissionais distintos. Dentre esses registros observou-se uma variação na frequência entre diferentes profissionais. Deste modo, em 78,8% (320) dos prontuários apresentaram registros de avaliação de 1 a 6 profissionais distintos. Em 21,8% (86) deles foram identificados registros de avaliação de 7 a 22 profissionais diferentes. Verificou-se uma média de registro de avaliações de diferentes profissionais de 4,60 ±3.30 por prontuário. Dentre os profissionais que registraram suas avaliações nos prontuários, 5 eram de enfermeiras obstétricas (1,8%); 140 de médicos obstetras (49,5%); 38 de médicos residentes (13,4%); e 100 registros eram de acadêmicos de medicina (35,3%). A

média de registros por profissional foi de 0,01 ±0.11; 0,34 ±0.73; 0,09 ±0.33 e 0,24 ±0.69, respectivamente. Este cálculo foi baseado apenas no número total de registros em que foi possível a identificação da categoria do profissional que realizou a assistência durante o trabalho de parto (n=283).

Nessa pesquisa, registros de avaliações que apresentavam assinatura ilegível ou sem assinatura, nas quais não se pôde identificar o profissional que as realizaram, nem tampouco a sua categoria profissional, foram contadas como uma avaliação e classificadas como “assinatura ilegível” ou “sem assinatura”. Desta forma, durante a coleta de dados observou-se que a assinatura não esteve legível em 321 (16,9%) dos casos, com média de 0,79 ±1.37. Já os registros sem assinatura foram encontrados em 1292 (68,2%) ocorrências dentre os 1896 registros encontrados nos 406 prontuários. A média de registros sem assinatura foi de 3,18 ±3.10 por prontuário. Estes cálculos foram baseados no número total de registros realizados durante o trabalho de parto (n=1896).

Dentre os 406 prontuários analisados, registros referentes ao acompanhante no trabalho de parto foram identificados em 31,5% (128) deles. Para os prontuários que possuíam essa informação, a presença do acompanhante foi registrada em 87,5% (112) deles e o registro de ausência do mesmo em 12,5% (16) dos prontuários. Não houve registro da presença ou ausência de acompanhante durante o trabalho de parto em 68,5% (278) dos prontuários.

Ainda sobre os registros das intervenções realizadas no trabalho de parto, foi evidenciado que houve infusão de soro em 58,6% (238) deles, em 55,2% (224) houve infusão de ocitocina sintética, e em 6,2% (25) dos prontuários foi registrado o uso de misoprostol. Não houve registro dessas intervenções, em 41,4% (168), 44,8% (182) e 93,8% (381) dos prontuários, respectivamente.

Há registros de que a cardiotocografia foi realizada em 11,1% (45) dos prontuários. Destes que apresentaram o registro dessa intervenção, em 37,8% (17) deles o exame apresentava-se sem alteração da normalidade, já em 62,2% (28) o exame foi realizado, mas sem registro do seu resultado. Em todos os prontuários, não houve registro de realização de cardiotocografia em 88,9% (361) deles.

Foi encontrada nos registros em prontuário a utilização de técnicas de alívio da dor em 7,1% (29) deles. Para esses 29 prontuários, encontrou-se uma frequência de 13,8% (4) de registro de deambulação, uso de banheira associada à deambulação e uso de bola em 10,3% (3) dos prontuários cada, banho de

relaxamento foi encontrado em 65,6% (19) deles. Não houve registro de sua utilização em 92,9% (377) dos prontuários.

A respeito do tipo de ruptura das membranas amnióticas, foi encontrado registro dessa ocorrência em 43,3% (176) dos prontuários. Destes, 58% (102) dos prontuários demonstraram registro de ruptura espontânea e ruptura manual, ou amniotomia, foi registrada em 42% (74) dos prontuários. Quanto aos 406 prontuários, não houve registro do tipo de ruptura em 56,7% (230) deles. Já o aspecto do liquido amniótico foi descrito em 86,2% (350) dos prontuários. Para estes, 84,3% (295) dos prontuários a característica do líquido amniótico foi registrada como “clara e/ou com grumos”, e em 15,7% (55) dos registros o líquido foi classificado como “meconial”. A ausência de registro acerca das características do líquido amniótico foi identificada em 13,8% (56) dos prontuários analisados.

4.4 REGISTROS DE PARTO

Os dados registrados no trabalho de parto foram divididos em dois grupos de dados (I e II), e estão apresentados nos Quadros 12 e 13, respectivamente.

Dentre os 406 prontuários analisados, em 98,3% (399) foram identificados o registro do profissional que realizou a assistência ao parto. Dos prontuários que apresentaram essa informação, 26,3% (105) dos partos foi atendido por uma enfermeira obstétrica, o médico obstetra na assistência ao parto foi registrado em 61,7% (246) dos prontuários, e em 12% (48) deles o médico residente em ginecologia e obstetrícia foi registrado como responsável pela assistência ao parto. Dentre todos os 406 prontuários, não houve registro do profissional que atendeu ao parto em 1,7% (7) dos casos.

Com relação ao local e posição em que parto ocorreu, essa informação foi registrada em 3,7% (15) e 2% (8) dos prontuários, respectivamente. Não houve registro dessas informações em 96,3% (391) e 98% (398), respectivamente.

O tempo decorrido desde a internação até o parto foi registrado em 97,3% dos 406 prontuários. Para estes registros (n=395), a duração foi de até uma hora em 7,6% (30) dos registros, superior a uma hora e até doze horas em 74,4% (294) deles, e superior a doze horas até vinte e quatro horas em 15,7% (62) dos prontuários. Registros do tempo de internação superior a vinte e quatro horas foram

Dados de Parto I				
Registro de identificação do profissional que atendeu o parto	**N**		**%**	
Sim	**399**		**98.3%**	
Enfermeira obstétrica	105		26.3%	
Médico obstetra	246		61.7%	
Médico residente de GO	48		12.0%	
Não	**7**		**1.7%**	
Total	**406**		**100%**	
Registro	**Informado local do parto**		**Informado posição do momento do parto**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	15	3.7%	8	2.0%
Não	391	96.3%	398	98.0%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Registro de tempo decorrido da internação até o parto	**N**		**%**	
Sim	**395**		**97.3%**	
Até 1h	30		7.6%	
> 1 a 12h	294		74.4%	
>12 a 24h	62		15.7%	
>24h	9		2.3%	
Não	**11**		**2.7%**	
Total	**406**		**100%**	
Média	**7.61 ±6.37**			
Registro de tempo em período expulsivo	**N**		**%**	
Sim	**228**		**56,2%**	
Até 60	213		93.4%	
≤ 61	15		6.6%	
Não	**178**		**43.8%**	
Total	**406**		**100%**	
Média	**26.66 ±19.05**			
Registro da presença do acompanhante no parto	**n**		**%**	
Sim	**101**		**24.9%**	
Presente	71		70.3%	
Ausente	30		29.7%	
Não	**305**		**75.1%**	
Total	**406**		**100%**	

QUADRO 12 - DADOS DE PARTO (I), DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

observados em 2,3% (9) dos registros. Prontuários sem informação do tempo foram encontrados em 2,7% (11) de todos os registros. A média de tempo decorrido da internação até o parto foi de 7,61 ±6.37 horas.

O período expulsivo foi registrado em 56,2% (228) dos partos, e duraram em média 26,66 ±19.05 minutos. Nos prontuários que apresentaram essa informação, em 93,4% (213) deles houve registros do tempo do período expulsivo de até 60 minutos e em 6,6% (15) dos prontuários o período expulsivo foi maior que 60 minutos. Para os 406 prontuários não houve registro do período expulsivo em 43,8% (178) deles.

Houve registro referente ao acompanhante no momento do parto em 24,9% (101) dos prontuários. Nestes (n=101), a presença do acompanhante no parto foi registrada em 70,3% (71) dos prontuários, e em 29,7% (30) deles o acompanhante não esteve presente, segundo os registros. Em 75,1% (305) dos 406 prontuários analisados nesta pesquisa não houve registro relacionado ao acompanhante na hora do parto.

O registro da utilização de analgesia e fórceps ocorreu em 7,9% (32) e 5,4% (22) dos prontuários, respectivamente. Não foram encontrados registros da utilização de tais técnicas em 92,1% (374) e 94,6% (384) dos prontuários, respectivamente.

Nos prontuários analisados, registros referentes à episiotomia e laceração perineal foram identificados em 65,5% (166) e em 52,5% (213) deles, respectivamente. Dentre os registros que dispunham dessas informações, em 58,6% (156) deles houve registro de realização de episiotomia, já a ocorrência de laceração perineal foi identificada dentre os registros em 72,8% (155) dos prontuários. Ainda referente aos prontuários que possuíam informações sobre episiotomia e laceração de períneo, houve registro da não realização de episiotomia e não ocorrência de laceração em 41,4% (110) e 27,2% (58) dos prontuários, respectivamente. Em todos os 406 prontuários, informações sobre essas variáveis ficaram ausentes em 34,5% (140) e 47,5% (193) dos prontuários, respectivamente.

Quanto à placenta, o tipo de dequitação e o tempo em que ela ocorreu foram registrados, respectivamente, em 20,9% (85) e 1,2% (5) dos prontuários. Tais variáveis ficaram ausentes dos registros em 79,1% (321) e 98,8% (401), respectivamente.

Dados de Parto II				
Registro do Procedimento	**Uso de Analgesia**		**Uso de fórceps**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	32	7.9%	22	5.4%
Não	374	92.1%	384	94.6%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Registro do Procedimento	**Episiotomia**		**Laceração perineal**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	**266**	**65,5%**	**213**	**52,5%**
Ocorreu	156	58.6%	155	72.8%
Não ocorreu	110	41.4%	58	27.2%
Não	**140**	**34.5%**	**193**	**47.5%**
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Registro do Procedimento	**Tipo de extração placentária**		**Tempo de dequitação**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	85	20.9%	5	1.2%
Não	321	79.1%	401	98.8%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Clampeamento do cordão umbilical	**n**		**%**	
Sim	**53**		**13%**	
Imediato	16		30.2%	
Em até 30 minutos	37		69.8%	
Não	**353**		**87%**	
Total	**406**		**100%**	
Registro do Procedimento	**Contato pele-a-pele na primeira hora de vida**		**Amamentação na primeira hora de vida**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	**265**	**65,3%**	**248**	**61,1%**
Ocorreu	105	39.6%	89	35.9%
Não ocorreu	160	60.4%	159	64.1%
Não	**141**	**34.7%**	**158**	**38.9%**
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**

QUADRO 13 - DADOS DE PARTO (II) DAS MULHERES ATENDIDAS NAS MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Informações quanto ao clampeamento do cordão umbilical foram registradas em 13% (53) dos prontuários. Destes, o registro da sua realização de forma imediata ocorreu em 30,2% (16) dos registros encontrados, e realizado em até 30 minutos para 69,8% (37) deles. Informações sobre o clampeamento do cordão umbilical não foram descritas em 87% (353) dos prontuários.

Informações referentes ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido e a amamentação na primeira hora de vida, foram registrados em 65,3% (265) e

61,1% (248) de todos os prontuários, respectivamente. Destes registros encontrados (n=265 e n=248), em 39,6% (105) e 35,9% (89) dos prontuários ocorreu a prática do contato pele a pele e amamentação na primeira hora de vida, respectivamente. Registros informando a não ocorrência dessas práticas forma encontrados em 60,4% (160) e 64,1% (159) deles, respectivamente. Ainda sobre o contato pele e amamentação, para todos os 406 prontuários, não houve registro dos mesmos em 34,7% (141) e 38,9% (158) cada.

4.5 REGISTROS DE PÓS-PARTO IMEDIATO

O Quadro 14 sintetiza as informações relacionadas ao pós-parto imediato.

No momento do pós-parto imediato (compreendido pelas duas horas logo após o nascimento), observou-se nos 406 prontuários registros de verificação de pressão arterial (59,1%; 240) e de frequência cardíaca (28,6%; 116). Não foi encontrado registro desses procedimentos, respectivamente, em 40,9% (166) e 71,4% (290) dos prontuários.

Registros relacionados à verificação de involução uterina apareceram em 72,9% (296) dos prontuários, no pós-parto imediato. Já a verificação de lóquios vaginais foi registrada em 89,4% (363) deles. Não houve registro tanto de verificação de involução uterina como de lóquios vaginais em 27,1% (110) e 10,6% (43) dos prontuários, respectivamente.

Avaliação profissional no pós-parto foi registrada em 77,3% (314) dos prontuários. Para esses prontuários (n=314), encontraram-se registros de profissionais que fizeram alguma avaliação no pós-parto imediato, sendo 17,8% (56) acadêmicos de medicina, 41,4% (130) técnicos de enfermagem, 28% (88) enfermeiras obstétricas, 9,6% (30) médicos obstetras e 3,2% (10) eram residentes de ginecologia e obstetrícia. Em todos os prontuários, não houve registro dessas avaliações em 22,7% (92) deles.

No pós-parto imediato foi registrada a administração de algum medicamento às puérperas em 62,1% (252) dos prontuários.

Dados de Pós-parto Imediato				
Registro do Procedimento	**Verificação da pressão arterial**		**Verificação de frequência cardíaca**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	240	59.1%	116	28.6%
Não	166	40.9%	290	71.4%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Registro do Procedimento	**Verificação de involução uterina**		**Verificação de lóquios vaginais**	
	n	**%**	**n**	**%**
Sim	296	72.9%	363	89.4%
Não	110	27.1%	43	10.6%
Total	**406**	**100%**	**406**	**100%**
Profissional que realizou o registro da avaliação	**n**		**%**	
Sim	**314**		**77.3%**	
Acadêmico de medicina	56		17.8%	
Técnica de enfermagem	130		41.4%	
Enfermeira Obstétrica	88		28.0%	
Médico obstetra	30		9.6%	
Residente de medicina	10		3.2%	
Não	**92**		**22.7%**	
Total	**406**		**100%**	
Registro de Medicamentos utilizados no pós-parto	**n**		**%**	
Sim	**252**		**62.1%**	
10UI ocitocina IM	41		16.3%	
Ergometrina IM	173		68.7%	
Outras associações	38		15.0%	
Não	**154**		**37.9%**	
Total	**406**		**100%**	
Registro de Intercorrência no pós-parto	**n**		**%**	
Sim	6		1.4%	
Não	400		98.6%	
Total	**406**		**100%**	

QUADRO 14 - DADOS DE PÓS-PARTO IMEDIATO DE MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Segundo os prontuários que apresentaram essa informação (n=252), em 16,3% (41) deles foi administrado 10UI de ocitocina intramuscular – IM, em 68,7% (173) deles foi administrada ergometrina IM.

Outros registros de associações de medicações (ocitocina mais ergometrina) e vias diferentes (intramuscular, endovenosa e via oral) foram encontrados em 15% (38) dos prontuários. Não se encontraram registros de utilização de medicamentos no pós-parto imediato em 37,9% (154) dos 406 prontuários.

Houve registros de intercorrências pós-parto em 1,4% (6) dos prontuários analisados. Tais intercorrências estavam relacionadas a sangramento vaginal ou risco de sua ocorrência e uma relacionada a varizes no pós-parto. Em 98,6% (400) dos prontuários não houve registro de intercorrência neste período.

4.6 ESCORE DE BOLOGNA

As frequências das pontuações por padrões analisados no Escore de Bologna foram descritos no Quadro 15.

Padrões Escore de Bologna - Frequências das pontuações por maternidade									
		A		**B**		**C**		**Total Geral**	
Padrões de qualidade	Critério	**n**	%	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	%
Presença de acompanhante	0 – Não	79	**98.7%**	122	**96.8%**	137	**68.5%**	338	83.3%
	1 – Sim	1	1.3%	4	3.2%	63	31.5%	68	16.7%
Uso de partograma	0 – Não			6	4.8%			6	1.5%
	1 – Sim	80	**100%**	120	**95.2%**	200	**100%**	400	98.5%
Ausência de estímulos do trabalho de parto	0 – Não	72	**90%**	63	50%	145	**72.5%**	280	69%
	1 – Sim	8	10%	63	**50%**	55	27.5%	126	31%
Parto na posição não supina	0 – Não	80	**100%**	122	**96.8%**	200	**100%**	402	99%
	1 – Sim			4	3.2%			4	1%
Contato pele a pele da mãe com o RN	0 – Não	72	**90%**	112	**88.9%**	121	**60.5%**	305	75.1%
	1 – Sim	8	10%	14	11.1%	79	39.5%	101	24.9%

QUADRO 15 - PADRÕES DO ESCORE DE BOLOGNA, FREQUÊNCIAS DAS PONTUAÇÕES POR MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Quanto aos padrões de qualidade de atendimento ao parto que compõem o Escore de Bologna, o Quadro 8 descreve cada padrão, frequência de atendimento aos padrões, por instituição, e o total de pontos obtidos por padrão. Vale lembrar que o não atendimento ao padrão pontua como 0 e o atendimento a ele pontua como 1.

A presença de acompanhante não foi registrada em 83,3% (338) dos prontuários, e, consequentemente, houve o registro da sua presença em 16,7% (68) do total de prontuários analisados. Destes, na instituição A 98,7% (79) dos prontuários obtiveram pontuação 0 e 1,3% (1) dos prontuários pontuaram 1. Já na instituição B, a pontuação 0 foi concedida para 96,8% (122) dos prontuários e a pontuação 1 para 3,2% (4) deles. Em 68,5% (137) dos prontuários da instituição C não foi encontrado registro da presença de acompanhante (pontuação 0) e em 31,5% (63) deles obteve pontuação 1.

Em relação ao uso do partograma, esse documento esteve ausente em 1,5% (6) dos 406 prontuários, recebendo pontuação 0, e presente em 98,5% (400) deles, recebendo pontuação 1. Por instituição, A e C não apresentaram nenhum prontuário sem partograma, assim ambas pontuaram 1 neste padrão. Entretanto a instituição B teve 4,8% (6) dos seus prontuários pontuados com 0 no atendimento deste padrão, sendo que em 95,2% (120) dos prontuários a pontuação obtida foi 1.

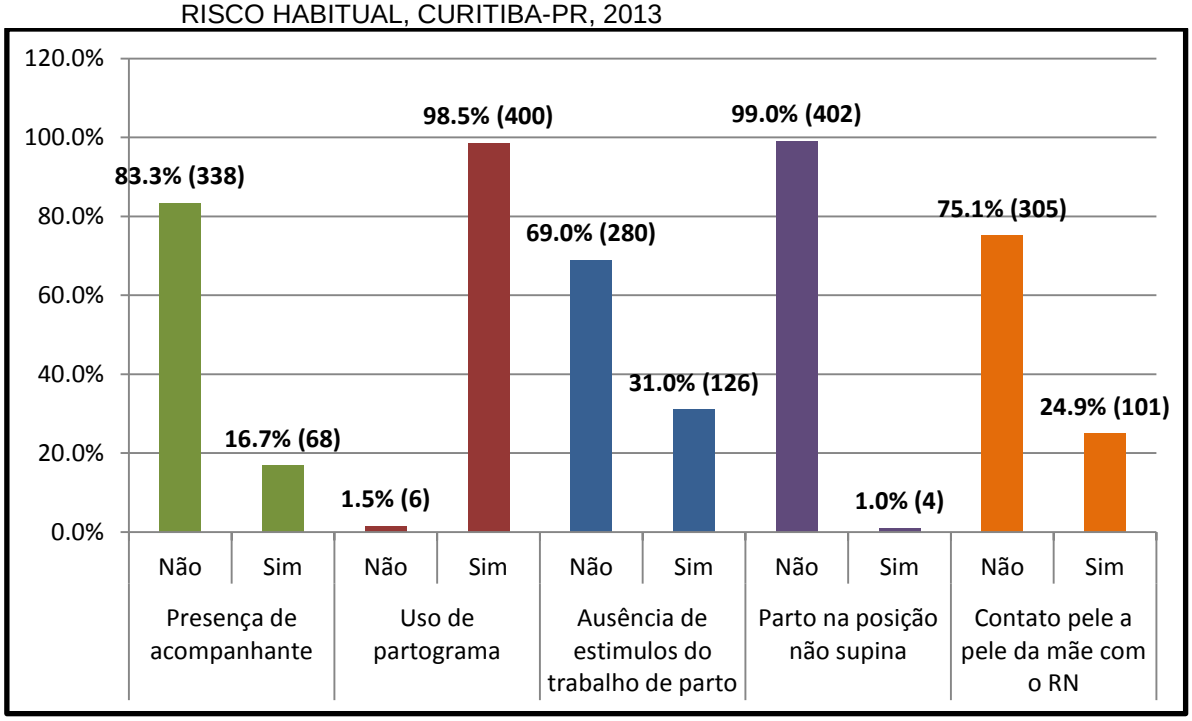
O padrão ausência de estímulos do trabalho de parto não foi atendido em 69% (280) dos prontuários, pois houve algum estimulo ao trabalho de parto. Ressalta-se que dentre os estímulos ao trabalho de parto foram incluídos o uso de ocitocina, analgesia, manobra de pressão ao fundo de útero (Manobra de Kristeller) e realização de episiotomia (corte vaginal para “auxiliar” a saída do feto). Entretanto, em 31% (126) dos prontuários não se identificou o uso de algum estímulo durante este momento. Deste modo, as maternidades A, B e C receberam pontuação 0 em 90% (72), 50% (63) e 72,5% (145) dos prontuários, respectivamente quanto a este padrão.

Em 99% (402) dos prontuários não foi identificado registro da posição de parto, sendo o parto em posição não supina encontrado em 1% (4) do total de prontuários, obtendo pontuação 1. Apenas a instituição B apresentou 3,2% (4) de registro de parto na posição não supinada, recebendo, então, a pontuação 1. As instituições A e C tiveram 100% de ausência de registros da posição de parto, obtendo, consequentemente, pontuação 0 para este padrão.

Por fim, o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido em sua primeira hora de vida não apresentou registro em 75,1% (305) dos 406 prontuários analisados. O atendimento a esse padrão foi pontuado quanto ao seu registro, sem considerar a sua duração e o momento em que ocorreu. As maternidades A, B e C não apresentaram registros desse contato em 90% (80), 88,9% (112) e 60,5% (121) dos prontuários, respectivamente, recebendo pontuação 0 para este padrão. Apenas em 10% (8), 11,1% (14) e 39,5% (79) dos prontuários das instituições A, B e C, respectivamente, apresentaram registro de algum contato entre mãe e RN na primeira hora de vida.

Para facilitar a visualização, os padrões já descritos anteriormente do Escore de Bologna para todos os prontuários analisados foram sintetizados no Gráfico 1.

GRÁFICO 1 – PADRÕES DE QUALIDADE DO ESCORE DE BOLOGNA, MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013



FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Os escores finais, resultantes da somatória entre os pontos obtidos referentes ao atendimento a cada padrão, por parto, em cada instituição participante desta pesquisa, estão descritos no Quadro 16.

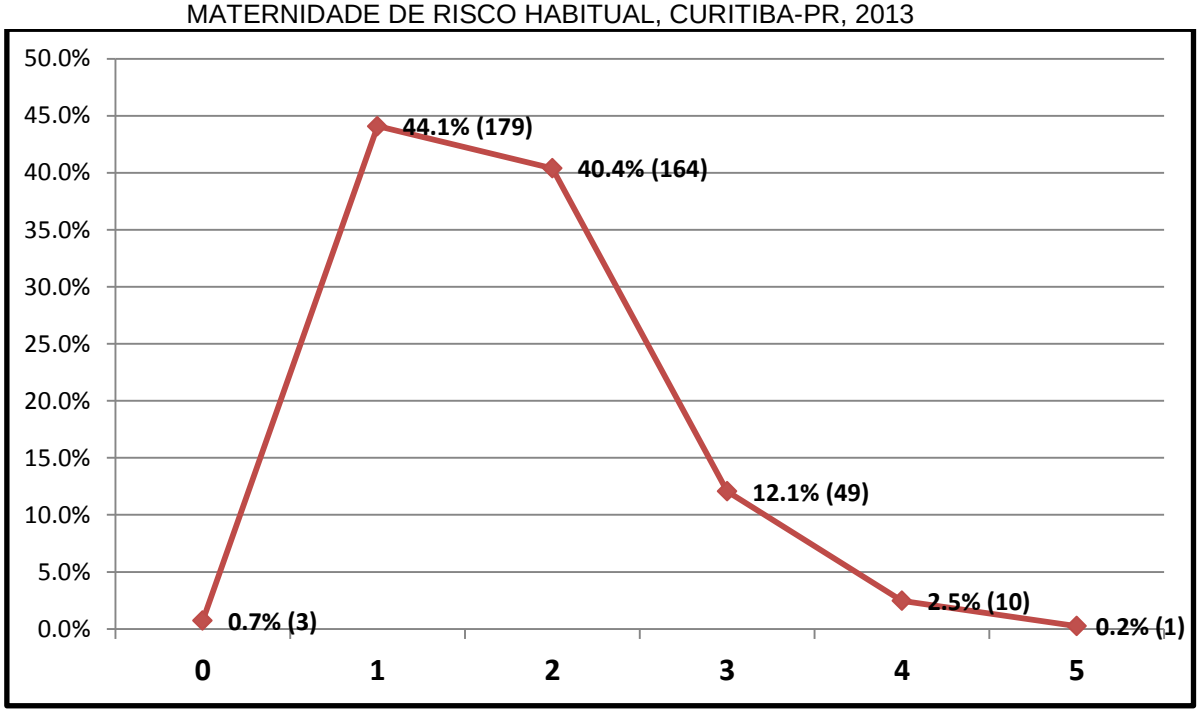
As pontuações do Escore de Bologna, quando contabilizados por instituição, a maternidade A obteve escores finais 1 e 2, em 78,7% (63) e 21,3% (17) dos partos, respectivamente, de acordo com os registros dos seus 80 prontuários pesquisados. Já a instituição B, entre os 126 prontuários observados, obteve escores finais de 0,1 e 2 em 2,4% (3), 43,7% (55) e 44,4% (56) dos partos, respectivamente. Ainda nesta instituição, escores finais de 3 e 5 foram encontrados em 8,7% (11) e 0,8% (1) dos prontuários, respectivamente. A instituição C obteve escores finais de 1, 2, 3 e 4, nas seguintes frequências: 30,5% (61); 45,5% (91); 19% (38) e 5% (10), respectivamente, dos 200 prontuários analisados.

Escore Final – Frequências dos escores finais, por parto, em cada maternidade								
Escore final	**A**		**B**		**C**		**Total Geral**	
	n	%	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	%
0			3	2.4%			3	0.7%
1	63	**78.7%**	55	43.7%	61	30.5%	179	44.1%
2	17	21.3%	56	**44.4%**	91	**45.5%**	164	40.4%
3			11	8.7%	38	19%	49	12.1%
4					10	5%	10	2.5%
5			1	0.8%			1	0.2%
Total Geral	**80**	**100%**	**126**	**100%**	**200**	**100.0%**	**406**	**100%**

QUADRO 16 – ESCORE FINAL - FREQUÊNCIAS DOS ESCORES FINAIS, POR PARTO, EM CADA MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013
FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

Na análise conjunta das instituições, obteve-se a frequência de 0,7% (3) partos com pontuação 0; 44,1% (179) com pontuação 1; e 40,4% (164) partos com a pontuação 2. A pontuação 3 foi alcançada em 12,1% (49) dos partos, e a pontuação 4 em 2,5% (10) dos partos. Em 0,2% (1) dos partos alcançou-se a pontuação 5, segundo os dados coletados nos 406 prontuários. Para facilitar a visualização destes achados, o Gráfico 2 sintetiza as pontuações gerais do Escore de Bologna.

GRÁFICO 2 – PONTUAÇÕES DO ESCORE DE BOLOGNA PARA TODAS AS MATERNIDADES MATERNIDADE DE RISCO HABITUAL, CURITIBA-PR, 2013



FONTE: Prontuários organizados pelo autor (2015)

5 DISCUSSÃO

Os resultados dessa pesquisa foram analisados à luz das boas práticas de assistência ao parto, recomendadas aos pela Organização Mundial da Saúde – OMS (1996), de acordo com suas categorias.

5.1 CATEGORIA A - PRÁTICAS DEMONSTRADAMENTE ÚTEIS E QUE DEVEM SER ESTIMULADAS

5.1.1 Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal e reavaliação a cada contato com o sistema de saúde

O acolhimento a gestante nos serviços obstétricos tem como objetivo de identificar prioridades maternas e neonatais, a fim de contribuir para uma mudança na história natural de doenças graves e potencialmente fatais que possam aparecer neste período (BRASIL, 2012b).

Assim, faz-se indispensável que a avaliação do risco ocorra a cada encontro com a parturiente. Deste modo, ao se identificarem fatores associados a um prognóstico ruim, tanto para mãe quanto para o feto, a gestação é definida como alto risco, exigindo maior frequência nas avaliações e, possivelmente, uso de tecnologias de maior densidade (BRASIL, 2012b).

A avaliação do risco gestacional da mulher no Sistema Único de Saúde se dá por meio do acompanhamento no pré-natal. Na primeira consulta é identificado o risco da gestante, o qual é reavaliado subsequentemente nas demais consultas. O número mínimo de consultas deve ser de ao menos seis, as quais devem ser realizadas por médicos e enfermeiros, de forma intercalada (BRASIL, 2002b; BRASIL, 2012b).

No Brasil, a realização de consultas de pré-natal vem aumentando ao longo do tempo. Em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas de pré-natal, e em 2009, 19,4 milhões. Entretanto, o acesso ao número mínimo de consultas ainda não foi alcançado na totalidade dos acompanhamentos (HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013).

O comparecimento da gestante a consulta pré-natal lhe possibilita participar de um conjunto de ações que a facilitam entender o processo fisiológico de trabalho de parto e parto. Durante os procedimentos realizados nas consultas de pré-natal, as mulheres podem ser esclarecidas em relação aos seus medos e anseios, além de receberem informações sobre rotinas e procedimentos (COSTA *et al*. 2011). Logo, o acompanhamento pré-natal pode favorecer a saúde da gestante, não somente pela avaliação do seu risco, mas também pelo seu preparo para o parto.

É relevante que foi identificado nesta pesquisa que em 87,4% dos 406 prontuários houve registro de que as mulheres participaram de consultas de pré-natal. Entretanto, não se sabe se nos 12,6% (51) em que não houve este registro tal informação foi omitida ou as consultas de pré-natal não ocorreram, de fato.

Nesta perspectiva, entende-se a importância da realização do pré-natal das gestantes em diferentes serviços de saúde, mas também do seu registro no prontuário na admissão das parturientes nas maternidades. Os profissionais que atendem ao parto das mulheres necessitam de informações acerca do acompanhamento da gestação, como exames laboratoriais, teste, vacinas, intercorrências, entre outras. Assim, poderão assistir melhor estas mulheres e recém-nascidos no momento do nascimento.

5.1.2 Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto

De forma semelhante ao estudo Nascer no Brasil (DINIZ *et al.*, 2014), no qual foi evidenciado que 71,2% dos prontuários não informaram a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto, nesta pesquisa, não houve registro de acompanhante no trabalho de parto e parto em 68,5% (278) e 75,1% (305) dos prontuários, respectivamente. Tal fato pode refletir “[...] a pouca importância dada a esta prática, bem como a falta de responsabilização dos serviços para informar se a lei é ou não cumprida”. (DINIZ *et al.*, 2014).

Contudo, dentre os prontuários que apresentaram registros de presença ou não de acompanhante no trabalho de parto e parto (n=128 e n=101, respectivamente), o registro da presença de acompanhante, nestes dois momentos, aconteceu em 87,5% (112) e 70,3% (71) desses prontuários, respectivamente.

Sabe-se que as mulheres que tiveram apoio durante o parto e nascimento apresentaram uma propensão maior para partos vaginais mais curtos e espontâneos, e foram menos susceptíveis à utilização de analgesia ou relatos de insatisfação com a experiência do nascimento (HODNETT *et al*., 2013).

A presença do acompanhante no trabalho de parto e nascimento é considerada uma intervenção efetiva para um melhor resultado materno e neonatal, com repercussão favorável à satisfação da mulher. Este direito se respalda na Lei nº 11.108/05, que garante às parturientes a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e puerpério, nos serviços de saúde (DINIZ *et al.*, 2014; BRASIL, 2005a).

Segundo Diniz (2012), a segurança da mulher no parto melhora com a presença contínua de um acompanhante, pelo fato de este potencializar a capacidade da mulher em expressar suas necessidades e anseios, o que pode também facilitar a identificação de situações de urgência. Já Rance *et al*. (2013) comentam que a permissão da presença do acompanhante junto à gestante na maternidade revela o respeito institucional aos direitos da mulher e, adicionalmente, é um indicador de segurança, que reflete a qualidade da assistência prestada.

5.1.3 Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente

A ausculta dos batimentos cardiofetais – BCF faz parte do rol de procedimentos indispensáveis ao exame físico da gestante, independentemente da idade gestacional, uma vez que pode identificar situações de risco de hipóxia fetal por meio da verificação de modificações da frequência cardíaca do feto (BRASIL, 2012b; PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Para identificar tal variação, os profissionais devem relatá-la no prontuário. Entre os prontuários desta pesquisa, 382 possuíam registros de batimentos cardiofetais. Todavia, o registro da variação do BCF encontrado não foi registrado em 28% (107) deles. Os registros não demonstraram os valores da frequência cardíaca fetal, mas apenas o registro da sua presença ou com o sinal de “+”, fato que pode dificultar avaliações posteriores.

Segundo os registros analisados nesta pesquisa, o monitoramento fetal intermitente ocorreu de forma efetiva, sendo registrado no momento da internação

em 95,1% (382), e durante o trabalho de parto em 98,8% (401) deles. Esses resultados apresentam-se mais favoráveis que os achados de um estudo realizado em Goiânia, com 404 mulheres que tiveram partos normais em 13 hospitais. Tal estudo relata que em mais de 40% dos prontuários não havia qualquer anotação relacionada à avaliações durante o trabalho de parto, tais como batimentos cardiofetais, dinâmica uterina, pressão arterial e frequência cardíaca (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Por sua vez, nesta pesquisa, realizada nas maternidades de risco habitual curitibanas, evidenciou-se que em 47,4% (185) dos prontuários houve pelo menos uma avaliação no intervalo de uma hora, diferentemente do estudo de Goiânia, o qual refere 23% dos prontuários com avaliações de BCF no mesmo período (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER; 2011).

Dos prontuários que possuíam registros de verificação de batimentos cardíacos fetais (390), em 13,4% (52) deles o registro dessa avaliação ocorreu com intervalos de verificação de três horas ou mais, mesmo sendo este o principal parâmetro para correta monitorização do bem-estar fetal e da condução do trabalho de parto.

As avaliações de frequência cardiofetal devem ser realizadas com intervalos de trinta minutos durante a primeira fase do trabalho de parto, e em intervalos de cinco minutos na segunda fase do trabalho de parto (WHO, 2002). A ausculta cardiofetal intermitente é altamente recomendada na avaliação da vitalidade fetal, apresentando grau de recomendação elevado junto às evidências científicas, integrando as práticas da categoria A (WHO, 1996).

Embora a ocorrência do procedimento de avaliação da frequência dos BCF nas maternidades de risco habitual de Curitiba se destaca em relação ao estudo de Goiânia, o intervalo dessas avaliações está fora do padrão preconizado pela OMS.

5.1.4 Monitoramento cuidadoso do progresso do parto - o uso do partograma da OMS

Alguns indicadores de processo, como o uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto e o número de profissionais que o atendem,

podem servir para avaliar a qualidade da assistência ao parto normal (WHO, 2002; BHUTTA *et al.*, 2010).

O partograma, idealizado em 1972 por Philpott, é composto de uma linha inicial (linha de alerta) e uma final (linha de ação), sendo que esta última é construída a quatro horas à direita da linha inicial, permitindo que intervenções clínicas ou transferências a outros serviços possam ser realizadas em tempo hábil, sem comprometimento de mãe e feto (WHO, 1994). Com o objetivo de fornecer uma visão global do trabalho de parto, o partograma possibilita que os profissionais que assistem a mulher possam identificar desvios do bem-estar materno e fetal e da evolução do parto (LAVENDER; HART; SMYTH; 2013).

Nesta pesquisa, o partograma foi registrado em 97% dos prontuários, diferentemente dos achados no estudo Nascer no Brasil (LEAL *et al*., 2014), segundo o qual quase cerca de 44% dos prontuários analisados apontam que as parturientes não tiveram o trabalho de parto acompanhado pelo partograma. Já na região sul, aproximadamente 51% dos partos foram realizados com o uso de partograma. E, no estudo de Giglio, França e Lamounier (2011), a presença do partograma foi identificada em 28,5% dos prontuários, sendo que destes, 13% não tinham nenhuma anotação.

Os achados dos demais estudos podem indicar que há pouca valorização desse instrumento na prática profissional, embora nesta pesquisa fossem encontradas anotações na maioria (97%; 394) dos prontuários investigados, o que sugere que nas maternidades de risco habitual curitibanas ocorra esta valorização.

Vale ressaltar que a qualidade da assistência ao parto está relacionada à utilização do partograma, mas é “[...] importante verificar se foi preenchido de modo que as anotações correspondam a reais avaliações feitas, indicando que esse instrumento foi o fio condutor das intervenções realizadas” (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Ainda que a presença do partograma seja um indicador positivo da qualidade da assistência, o mesmo deve ser utilizado de forma correta e eficiente, pois de outro modo seu objetivo não será contemplado. Todavia, pesquisas internacionais não relacionam, de modo geral, o uso do partograma com desfechos melhores para mães e bebês.

Em revisão sistemática publicada na Biblioteca Cochrane, os autores analisaram seis estudos referentes ao uso do partograma com uma amplitude de

7.706 mulheres, no qual não foram encontrados resultados que possam gerar uma recomendação ao uso rotineiro do instrumento (LAVENDER, HART, SMYTH, 2013).

5.1.5 Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento; liberdade de posição e movimento; e estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto

Apoiado nas recomendações da Organização Mundial da Saúde – OMS, o Ministério da Saúde orienta a liberdade de movimento da parturiente, a adoção de posições verticais e o uso de métodos não farmacológicos para o alivio da dor (massagem, banho de aspersão ou imersão em agua quente, entre outras) (WHO, 1996). Com a finalidade de aumentar o conforto para a mulher e favorecer a evolução do trabalho de parto, essas tecnologias não invasivas são de baixo custo e podem ser utilizadas em todos os serviços (LEAL *et al.,* 2014)

Na coleta de dados desta pesquisa os registros relacionados à deambulação foram coletados juntamente com os relativos a técnicas não invasivas para o alívio da dor. Deste modo, tais registros foram identificados em apenas 7,1% (29) dos prontuários. Entre estes registros, 13,8% (4) estavam relacionados à associação de deambulação e uso de banheira; 10,3% (3) referiam-se apenas a deambulação; 65,6% (19) relacionavam-se ao banho de relaxamento; e em 10,3% (3), ao uso da bola de Bobath[5]. Registros sobre o uso concomitante de técnicas de alívio da dor, como imersão na banheira para relaxamento e uso da bola de Bobath, foram encontrados em 26 prontuários. Associado ou não a uma técnica de alivio à dor, o registro de deambulação apareceu em 7 prontuários.

A dor experimentada pelas mulheres no trabalho de parto e parto está relacionada a vários fatores fisiológicos e psicológicos e sua intensidade pode variar devido a características individuais. Atualmente existem diversas estratégias farmacológicas para aliviar a sensação dolorosa, como anestésicos inalatórios e injetáveis que proporcionam conforto às mulheres durante o trabalho de parto. Entretanto, são de conhecimento os riscos relacionados à sua utilização e outras

[5] Bola elástica que ao ser utilizada no trabalho de parto favorece a descida e rotação do feto, por meio de alongamento e fortalecimento muscular do períneo (RIO DE JANEIRO, 2013).

alternativas ao alívio da dor estão sendo empregadas ao longo do tempo (JONES et al., 2012).

As técnicas alternativas ao alívio da dor são tecnologias leves, não invasivas, de baixo custo, que podem ser oferecidas facilmente a mulheres que se encontram em gestações de risco habitual. Entre elas, incluem-se técnicas de acupuntura, hidroterapia (banho de relaxamento ou de imersão), aromoterapia, homeopatia, eletroestimulação transcutânea (TENS), uso da bola de Bobath, além do apoio contínuo (SILVA *et al*., 2013).

Mesmo sem divulgação de estudos que demonstrem claramente sua eficácia, tais técnicas parecem não oferecer risco à mãe e ao feto e podem ser amplamente ofertadas pelos profissionais que assistem mulheres em trabalho de parto (JONES *et al.,* 2014).

Nesta pesquisa foram identificados registros de uso de banheira e chuveiro para banho de relaxamento em 75,9% (22) dos prontuários. O uso da água aquecida e a flutuação (em caso de uso de banheira) podem auxiliar o relaxamento do corpo, liberando a tensão muscular causada pela dor e proporcionando uma sensação de bem estar à mulher. A temperatura da água, quando elevada, promove vaso dilatação e redução de catecolaminas, proporcionando sensação de contrações menos intensas (SILVA *et al*., 2013).

Em três prontuários foi registrado o uso da bola de Bobath, ou bola Suíça, a qual tem como função facilitar à mulher a mudança de posição, estimulando-a assim para movimentar-se espontaneamente. Consequentemente, pode favorecer o relaxamento da pelve e diminuir as sensações dolorosas durante o parto. A liberdade de movimento ao sentar-se na bola (movimento para frente, para traz ou circular) ajuda na rotação da apresentação fetal, facilitando a evolução do trabalho de parto (SILVA *et al.*, 2013).

Apesar da pouca frequência dos registros institucionais referentes às técnicas de alívio da dor (7,1%; 29), diversas técnicas poderiam ser utilizadas para melhorar o conforto materno, mas não foram encontrados registros dos prontuários analisados.

Observa-se que a falta de estrutura ou de materiais não foi um problemas, visto que, mesmo em pequena frequência, estas práticas forma realizadas. Cabe às instituições oferecerem aos seus profissionais educação permanente referente a tais

práticas recomendadas, a fim de promover assistência humanizada em seu serviço (BRASIL, 2011c).

Em relação à mobilidade e posição adotada pela mulher durante o trabalho de parto e parto, estudos publicados na Biblioteca Cochrane (GUPTA, HOFMEYR, SHEHMAR, 2012; LAWRENCE *et al.,* 2013) indicam que há evidências importantes quanto a adoção de posições verticais e deambulação durante o trabalho de parto na redução do tempo de trabalho de parto, necessidade de analgesia e menor frequência de alterações cardíacas fetais.

Resultados de estudo de coorte observacional italiano (GIZZO *et al.,* 2014), com 225 mulheres, demonstraram que a adoção de posições verticalizadas pode atuar positivamente no processo de parto e nascimento, reduzindo dor materna, partos instrumentalizados (uso de fórceps), realização de cesarianas e de taxas de episiotomias, integridade do períneo, além de favorecer a rotação occipital interna correta.

Ressalta-se que nesta pesquisa, referente às três maternidades de risco habitual, em 72,8% (155; n=213) dos prontuários, foi relatado ocorrência de laceração perineal.

Na prática clínica, posições verticais e a mobilidade materna dificultam o manejo pelos profissionais, uma vez que estes necessitam realizar procedimentos como monitoramento fetal, amniotomia, avaliação de dinâmica uterina, entre outros. Entretanto, mostram-se inegáveis as vantagens da mobilidade materna e do uso de posições verticais no trabalho de parto, favorecendo um relaxamento materno, além de permitirem a ação da gravidade sobre o corpo da mulher (PORTO, AMORIN, SOUZA, 2010; LEAL, *et al,* 2014)

Nesta perspectiva, as mulheres devem ser orientadas sobre as possibilidades de posições e técnicas alternativas ao alívio da dor, seus riscos e benefícios, possibilitando-as fazerem escolhas individuais durante o trabalho de parto e nascimento. Vale ressaltar o fato de que 92,9% (377) dos prontuários não apresentaram nenhum registro relacionado ao uso ou não de técnicas de alivio da dor ou uso de deambulação no trabalho de parto, o que dificulta a compreensão sobre o uso de tais ações pelas instituições pesquisadas.

O empoderamento está relacionado com o controle das ações, por meio do acesso a informações e consciência plena dos direitos que possui. Favorece assim,

a mudança de atitude para uma postura mais ativa, sendo o individuo capaz de saber o que é melhor para si (MALHEIROS *et al.,* 2012).

Deste modo, a assistência humanizada, por meio da mudança de atitude profissional pode levar ao fortalecimento feminino, ao empoderamento de seus direitos, visando o autocuidado e a coresponsabilização nos cuidado a saúde materno e neonatal (MARTINS; ALMEIDA; DE MATOS, 2012).

5.1.6 Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento precoce e tração controlada do cordão durante o 3º estágio do trabalho de parto.

O uso profilático cauteloso de ocitocina durante a dequitação seja uma recomendação da OMS (1996). O uso de algum uterotônico, como ocitocina e ergometrina (independente da via), foi identificado em 62,1% (252) dos prontuários. Destes prontuários (n=252), 16,3% foram identificados registros de uso de 10UI de ocitocina intramuscular, 68,7% (173) foram relativos ao uso de ergometrina também intramuscular e 15% (38) a outras associações de ocitocina e/ou ergometrina, intramuscular e/ou endovenosa e/ou oral.

Os agentes uterotônicos (ocitocinas, prostaglandinas e ergometrinas) causam aumento do tônus uterino, diminuindo a incidência de hemorragias no pós-parto. No caso da ocitocina, a administração endovenosa proporciona uma resposta uterina imediata que dura cerca de uma hora. Por via intramuscular, a contração uterina ocorre em três a cinco minutos, com ação de duas a três horas no organismo (VILELA *et al.,* 2007).

A OMS recomenda a gestão ativa na terceira fase do trabalho de parto, sendo o uterogênico de escolha a ocitocina (10UI intramuscular ou endovenoso) imediatamente após o nascimento (WHO, 2012). Entretanto, nesta pesquisa, apenas para 16,3% (41) de todas as mulheres que receberam algum uterotônico, foi registrada administração de 10UI de ocitocina IM, como recomendado (WHO, 2012).

O uso de ocitocina como droga padrão em um serviço deve levar em consideração sua eficácia, efeitos adversos e vias de administração, e principalmente, o armazenamento da droga a fim de que seja garantida sua efetividade. Sua utilização logo após o nascimento proporciona redução de perdas sanguíneas maternas em torno de 500 ml. Porém, como efeito adverso, a ocitocina

pode aumentar o risco de retenção placentária e hipotensão (VIEIRA *et al*., 2007; SALAM *et al*., 2014).

Já em relação ao uso de ergometrina, foram encontrados registros da sua utilização em 68,7% (173) dos prontuários. Vale ressaltar que a ergometrina injetável deve ser utilizada apenas quando não for possível a administração de ocitocina (WHO, 2012). Seus efeitos adversos relacionados ao uso envolvem episódios de náuseas e vômitos, cefaleias e aumento dos níveis pressóricos, portanto não é recomendada a mulheres que apresentam hipertensão (VIEIRA *et al*., 2007).

As associações encontradas em 15% (38) dos registros, relativos ao uso de ocitocina e/ou ergometrina, intramuscular e/ou endovenosa e/ou oral, em dosagens de 5, 10 e 20UI não correspondem às recomendações da OMS. Fato que merece se salientado e alvo de discussões entre os profissionais de modo que possa ser padronizada a conduta nas instituições, seguindo as orientações da OMS.

A despeito da forte ação na prevenção de hemorragias no pós-parto, a associação de ocitocina e ergometrina estão relacionadas a efeitos secundários graves, como vômitos, hipertensão grave e retenção placentária. Já as associações com misoprostol apresentam um risco aumentado para episódios de febre e calafrios (PRATA; BELL; WEIDERT, 2013).

Embora o registro da utilização de uterotônicos tenha sido encontrado em 62,1% (252) dos prontuários, apenas 1,4% (6) de todos os prontuários apresentaram algum registro relacionado à intercorrências no pós-parto. Entre eles, cinco tinham registros associados à ocorrência de sangramento ou risco de sua ocorrência. Logo, considerando-se somente os registros, pode-se inferir a possibilidade de o uso de medicamento para estímulo uterino não estar relacionado à ocorrência de sangramento propriamente dito, mas sim à sua prevenção.

Ainda sobre a gestão ativa, recomendada pela OMS (2012), avaliações frequentes e regulares da tonicidade do útero por meio da palpação de fundo uterino devem ser realizadas pelo profissional que assiste a mulher no pós-parto. Corroborando com as recomendações, nesta pesquisa houve a ocorrência de registro de verificação de involução uterina em 72,9% (296) dos prontuários.

Tal avaliação geralmente está associada à verificação de lóquios vaginais, que também favorece a identificação precoce de hemorragias após o nascimento. Essa avaliação apareceu em 89,4% (363) dos prontuários.

A avaliação do tônus uterino faz parte do mnemônico descrito pelo protocolo do *Advanced Life Support in Obstetrics* (2008) para identificação da causa de hemorragia, determinando assim a ação correta nesta emergência.

O clampeamento do cordão umbilical deve ser realizado de forma tardia, independentemente da idade gestacional – IG, quando cessa a circulação entre recém-nascido – RN e placenta ou, pelo menos, no primeiro minuto após o nascimento do feto. Atualmente essa prática está descrita como uma ação que deve ser estimulada nas instituições que atendem ao parto e nascimento (BRASIL, 2011d).

Esta recomendação se fundamenta no fato de que, logo após o nascimento, a circulação materna fetal persiste por certo tempo. Deste modo, o sangue contido na placenta retorna ao RN, em quantidade aproximada de 40 ml/kg de sangue, em aproximadamente três minutos. Isso pode representar um volume sanguíneo aumentado de até 50% do volume sanguíneo total do RN (BRASIL, 2011d). Do mesmo modo, o clampeamento imediato, comumente realizado na prática obstétrica, pode determinar uma ausência significativa no volume sanguíneo do RN e, possivelmente, carência de ferro no seu organismo.

Nesta pesquisa, dos 406 prontuários pesquisados, 13% (53) apresentaram algum registro do tempo em que o cordão umbilical pôde pulsar livremente após o nascimento. Para estes prontuários (n=53), 30,2% (16) dos registros indicam que o clampeamento do cordão umbilical ocorreu de forma imediata ao nascimento. Entretanto, em 69,8% (37) o corte do cordão ocorreu em até 30 minutos, possibilitando o retorno venoso da placenta ao feto.

Anteriormente, OMS recomendava o clampeamento precoce após o nascimento, como estratégia para gestão ativa a fim de evitar episódios de hemorragia no pós-parto, privilegiando a tração controlada do cordão para auxílio na retirada da placenta. Esta prática não levava em consideração o término, ou não, da pulsação umbilical. No entanto, as recomendações recentes trazem a tração controlada do cordão como uma opção em casos especiais, favorecendo assim o clampeamento tardio do mesmo (WHO, 2012; MCDONALD *et al*., 2013).

Uma revisão Cochrane (DULEY; BATEY, 2013) contemplando 15 estudos, envolvendo quase 4mil mulheres de vários países, demonstrou diversas vantagens ao clampeamento tardio do cordão umbilical. Quanto à puérpera, não houve relação significativa de ocorrência de hemorragia no pós-parto, ou diminuição de valores de

hemoglobina em relação aos grupos que realizaram o clampeamento imediato ou tardio (MCDONALD *et al*., 2013). Logo, a utilização desta prática aparenta não representar risco à saúde das puérperas.

Já para o RN, esta simples ação proporciona um desfecho diferenciado, se comparados aos RNs que tiveram a perfusão materna fetal interrompida logo após seu nascimento. O mesmo estudo traz que houve um significativo diferencial de peso, em média 101 gramas, para o ganho de peso ponderal de RNs que tiveram o clampeamento tardio do cordão umbilical, além da maior concentração de hemoglobina entre 24 e 48 horas para este grupo. Não se encontrou diferença na morbimortalidade entre os dois grupos de neonatos, a não ser por um risco levemente aumentado para a ocorrência de icterícia no grupo que teve o clampeamento tardio (MCDONALD *et al.*, 2013; DULEY; BATEY, 2013).

Perante as evidências, os achados nesta pesquisa de uma frequência de 69,8% (37) de registros descrevendo um clampeamento do cordão umbilical com um tempo de até 30 minutos têm impacto positivo na avaliação das maternidades de risco habitual curitibanas. Entretanto, vale ressaltar que de todos os prontuários (406), apenas 13% (53) apresentaram registros da conduta tomada perante o clampeamento do cordão. Tal fato pode sugerir uma desvalorização da parte dos serviços para com essa recomendação demonstradamente importante e dificultando a compreensão acerca da conduta utilizada na prática obstétrica nessas instituições. Pode-se inferir que mesmo sem registros, a conduta tomada seria de clampeamento imediato do cordão umbilical, por ser uma prática mais comum. Corroborando com essa inferência, tem-se o estudo de Farrar *et al*., (2010) o qual salientou que no Reino Unido nos nascimentos de termo, as enfermeiras obstétricas utilizam-se do clampeamento imediato do cordão em 41% dos atendimentos; os médicos obstetras, em 75% deles.

5.1.7 Prevenção da hipotermia do bebê; Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto

Com a finalidade de prevenir a hipotermia no recém-nascido – RN e favorecer o vínculo entre o binômio mãe e bebê, a OMS recomenda o contato pele a pele imediatamente após o parto. O RN ativo deve ser colocado em contato direto

sobre o abdômen ou tórax materno e protegido por um cobertor seco e aquecido, que favorece a manutenção de sua temperatura corporal. Devem-se postergar os procedimentos de rotina para a manutenção desse contato entre mãe e bebê, além de estendê-lo ao máximo durante toda a internação (BRASIL, 2011d; ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014). A prevenção de hipotermia no RN deve ser trabalhada também na ambiência, melhorando a qualidade das estruturas hospitalares e seus insumos.

Além da manutenção da temperatura corporal, o contato favorece ao recém-nascido a manutenção do equilíbrio acidobásico, ajuste no movimento respiratório e ao choro. Cabe também a essa prática estimular a atenção materna, influenciando diretamente no aleitamento materno, imprescindível ao desenvolvimento do recém-nascido. (MOREIRA, 2014).

Vale ressaltar que além das evidências científicas que justificam essa prática, muitos serviços de atenção obstétrica são credenciados como Hospitais Amigo da Criança, onde o incentivo ao aleitamento materno é pactuado e deve ser estimulados pelos profissionais. Protocolos internacionais, como o do Reino Unido já refere como competência do profissional que cuida de mulheres e seus filhos o apoio às mulheres na amamentação. Essa competência deve ser baseada em sólido conhecimento teórico e prático, independentemente do local de atendimento e com disponibilidade dos profissionais para essas orientações (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

Com relação aos registros encontrados sobre o contato pele-a-pele (65,3%; 265) e amamentação (61,1%; 248) na primeira hora de vida, essas práticas foram registradas em 39,6% (105) e 35,9% (89) dos prontuários, respectivamente. De todos os 406 prontuários, não houve registro relacionado a tais práticas em 34,7% (141) e 38,9% (158) deles, respectivamente.

No estudo de Moreira *et al*, (2014), o sul do país apresentou a maior frequência de realização de contato pele a pele entre mãe e filho (32,5%) e aleitamento materno (22,4%), na primeira hora de vida. Mesmo com uma amostra inferior, e a ausência de registros referentes ao contato pele a pele (34,7%; 141) e aleitamento materno (38,9%; 158) nesta pesquisa, encontraram-se frequências maiores que a do estudo de MOREIRA *et al,* (2014). Tal achado pode estar relacionado ao fato de as maternidades de risco habitual curitibanas serem

credenciadas como Hospitais Amigos da Criança e, provavelmente, contemplem essas ações em sua prática diária.

Em revisão sistemática em vários bancos de dados entre 1963 e 2011, Debes *et al.* (2013) referem que o aleitamento materno na primeira hora de vida é uma intervenção simples que pode melhorar o prognóstico neonatal, devendo ser utilizada rotineiramente.

Outro ponto importante, que desde maio de 2014, a Portaria Ministerial nº 371 institui as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS. A mesma deixa clara a recomendação que os profissionais que atendem ao RN logo após seu nascimento devem assegurar o contato pele a pele entre o binômio de forma imediata e contínua, colocando-o sobre o tórax materno e cobri-lo com uma manta seca e aquecida. Cabe também ao profissional postergar os procedimentos ao RN, permitindo o prolongamento deste momento. Oportunamente o profissional deve aproveitar o momento e estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mais HIV positivas. (BRASIL, 2014d)

Entende-se que a falta de registro não deixa claro o real caráter das condutas tomadas nas instituições pesquisadas. Infere-se que este quantitativo de boas práticas relacionadas ao contato pele a pele e amamentação poderiam ser maiores, ao passo que todos os prontuários pesquisados foram de gestantes de baixo risco e a frequência de intercorrências no pós-parto foi muito pequena, 1,4% (6) dos registros, não havendo justificativas registradas para ausência dessas práticas.

5.1.8 Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares

O manual de Orientação de Assistência ao Abortamento, Parto e Pós-parto ressalta como fator etiológico mais frequente de hemorragia pós-parto a atonia uterina, que está diretamente relacionado à presença de restos placentários na cavidade uterina (FEBRASGO, 2010).

Deve-se assim, avaliar cuidadosamente as membranas ovulares a fim de se detectar a ausência de alguma parte delas. A parte materna da placenta (mais rugosa) pode apresentar ausência de cotilédones, estar possivelmente sangrante,

sugerindo a perda de parte desse anexo. A contratilidade uterina também pode ajudar no diagnóstico dessa intercorrência (DAVID; XAVIER, 2011).

Além do sangramento vaginal intenso, a retenção de partes da placenta e suas membranas também pode suscitar a necessidade de realização de curagem, extração manual de restos placentários, ou curetagem, extração de restos placentários por meio da utilização de uma cureta (DAVID; XAVIER, 2011).

De tal forma, recomenda-se a revisão da placenta, após o delivramento, com a finalidade de afastar a possibilidade de restos placentários ou de membranas retidos enquanto inicia-se o tratamento para atonia uterina (se houver), seguido de outras condutas, como exploração do trajeto, para achados que estejam causando ausência de contrações uterina (FEBRASGO, 2010; AMORIN; PORTO; SOUZA, 2010).

Mesmo possuindo um grau de recomendação D, baseada em consenso de especialistas, esta prática faz parte das recomendações da OMS, como práticas que devem ser estimuladas dentre os serviços de atendimento ao parto e nascimento.

Entretanto, nesta pesquisa as únicas informações relacionadas à placenta foram os registros de tipo de extração placentária em 20,9% (85) dos prontuários, e em 1,2% (5) deles relacionados ao tempo de dequitação. Além das frequências serem baixas, as informações registradas não contemplam se o exame rotineiro da placenta foi realizado, dificultando assim, a compreensão sobre o atendimento a esta recomendação da Organização Mundial da Saúde, denotando a importância da discussão entre os profissionais quanto às condutas relacionadas à placenta.

5.2 CATEGORIA B - PRÁTICAS CLARAMENTE PREJUDICIAIS OU INEFICAZES E QUE DEVEM SER ELIMINADAS

5.2.1 Uso rotineiro de enema; Uso rotineiro de tricotomia

Referente às práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, encontrou-se a realização de tricotomia e enema nas instituições pesquisadas. Deste modo, houveram registros relacionados à realização de tricotomia e enema em 46,8% (190) e 46,6% (189) dos prontuários, respectivamente. Todos os registros encontrados das práticas em questão foram

referentes à sua realização. Deste modo, em quase metade dos prontuários pesquisados encontraram-se registros da realização desses procedimentos.

O Protocolo de atendimento obstétrico da Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2011) traz que a realização de tricotomia e enema devem acontecer apenas se for opção da paciente. Segundo essa orientação, o rebaixamento de pelos pubianos deve ocorrer com tesouras e não com lâminas de bisturi. Já a limpeza do conteúdo intestinal deve ser contraindicada em casos de bolsa rota, sedação da paciente e trabalho de parto avançado.

A raspagem de pelos pubianos para mulheres em trabalho de parto serviria para reduzir o risco de infecção relacionada a procedimentos como a episiotomia. Na Inglaterra a prática da tricotomia já foi abandonada desde 1970. Atualmente, sabe-se que não há risco aumentado de infecção, além de se identificar efeitos negativos relacionados a essa prática como irritação cutânea, vermelhidão, além de causar constrangimento à parturiente (FEBRASGO, 2010). Corroborando, Porto, Amorin e Souza (2010) ressaltam que em revisão sistemática com mais de mil mulheres, não se encontrou evidência ao uso da tricotomia de rotina em mulheres durante o trabalho de parto.

A realização de enema, mesmo que não evidencie diferencias significativas para a ocorrência de infecção puerperal e neonatal, ainda é recomendada para admissão de gestantes pelo Manual de Orientações de Assistência a Abortamento, Parto e Puerpério da FEBRASGO (2010). Tal fato pode servir como estímulo á elevada frequência de realização deste procedimento que ainda encontra-se nas instituições.

Na prática obstétrica, a realização do enema dependo da preferência do profissional, diferentemente do que preconiza a OMS. Além de trazer desconforto à mulher, também encarece o custo da assistência realizada. Em meta-análise envolvendo 1.765 mulheres, não se encontrou evidências para sua utilização de forma rotineira, não demostrando diferenças relacionadas ao tempo de trabalho de parto e dinâmica uterina (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010)

Em relação à tricotomia, esta pesquisa se aproximou dos achados no estudo de Goiânia (2011), no qual a prescrição de tricotomia foi encontrada em 41,1% dos prontuários. Já referente à prescrição de enema durante o internamento, houve no estudo de Goiânia uma frequência desse procedimento em 2,8% dos registros.

Nesta pesquisa os dois procedimentos se aproximaram de 50% de realização nos registros dos 406 prontuários.

Com a utilização das evidências científicas, algumas instituições já apresentam mudanças nas suas práticas. Estudo realizado em uma Casa de Parto de São Paulo com mais de mil partos, referente à assistência realizada, constatou-se que neste serviço não se realizam enema ou tricotomia, conforme o recomendado pela OMS (SILVA *et al.*, 2011)

5.2.2 Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto; Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos

Durante o trabalho de parto, a infusão intravenosa aconteceu diretamente relacionada à administração de ocitócitos associada a líquidos infusores aplicados por acesso venoso periférico antes do parto. Nesta pesquisa, o registro de utilização de ocitocina ocorreu em 55,2% (224) dos prontuários pesquisados. O registro de uso isolado de infusões intravenosas no trabalho de parto ocorreu em 3,4% (14) dos prontuários.

Ao observar a administração de soluções intravenosas de forma isolada, ocorrida em apenas 3,4% (14) dos registros, demonstra que as instituições seguem a recomendação da Organização Mundial da Saúde quanto ao não uso rotineiro de infusões por acesso venoso durante o trabalho de parto. Entretanto, essa frequência pode ter sido pequena devido ao elevado quantitativo de registros relacionados à utilização de ocitocina endovenosa, 55,2% (224) dos registros, a qual é administrada de forma combinada entre a ocitocina e solução glicosada. Deste modo, outro acesso venoso e outra solução de hidratação já não seriam necessários.

Justifica-se a administração de fluidos endovenosos durante o trabalho de parto pela necessidade de fornecer condições metabólicas adequadas para que a mulher suporte seu trabalho de parto. Destaque que, de modo geral, muitas instituições adotaram a política de restrições hídricas e alimentares às parturientes, substituindo esse meio de nutrição pela administração de fluidos extracorpóreos por acessos venosos. Tal ação também se beneficiou da justificativa de prevenir

aspiração do conteúdo gástrico em situações de emergências com uso de anestesias (DAWOOD; DOWSWELL; QUENBY, 2013).

Outro achado importante é que não deve ser realizada infusão rotineira de solução glicosada, pois esta prática pode estimular a produção de insulina pelo pâncreas fetal, ocasionado efeitos adversos. Tal ação também não reduz a acidemia da mãe ou do feto, sendo sua utilização restrita a casos de emergência e uso de analgesia (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010; MINAS GERAIS, 2011).

Não se encontraram na literatura evidências quanto às vantagens ao uso rotineiro de fluidos intravenosos. Fatores como morbidade materna e neonatal, além do tempo de trabalho de parto não apresentaram distinção para a infusão ou não de líquidos. Entendendo-se que não existe risco aumentado para aspiração gástrica, sugere-se abandonar a política atual de restrição de ingestas durante o trabalho de parto (DAWOOD; DOWSWELL; QUENBY, 2013).

Referente ao uso rotineiro de ocitocina durante o trabalho de parto, os achados foram relevantes quanto a sua utilização, 55,2% (224) dos registros. Nenhuma das prescrições analisadas possuía registro de uso de bomba infusora para sua manutenção e controle. Outro ponto, que segundo o diagnóstico de internação dessas mulheres, apenas 18,7% (76) de todos os 406 prontuários pesquisados estavam em situação de indução.

Deste modo, e tendo em vista que mudanças durante a evolução do trabalho de parto podem ocorrer, o quantitativo de mulheres que necessitariam efetivamente de ocitocina, segundo o seu diagnóstico de internação é dispare ao número de mulheres que receberam estimulo uterino por meio de ocitocina endovenosa durante algum momento do seu trabalho de parto.

Protocolo de Minas Gerais (2011), estado referência na implementação da Rede Cegonha no país, já traz em sua descrição que a ocitocina não seja utilizada de forma rotineira durante o trabalho de parto, resguardando essa prática em casos de disfunção contrátil do útero. Essa intercorrência deve ser demonstrada por meio do uso correto do partograma, referente às avaliações de dinâmica uterina. (MINAS GERAIS, 2011; PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

O uso de ocitocina pode estar relacionado ao manejo ativo do trabalho de parto, muito comumente utilizado na prática obstétrica. Com o objetivo de diminuir o tempo de trabalho de parto, esta prática inclui várias ações, como diagnóstico preciso do trabalho de parto, monitorização do progresso do parto por meio do

partograma, amniotomia de rotina e uso de ocitocina intravenosa (FEBRASGO, 2010).

Vale lembrar que para esta pesquisa, os achados demonstraram que as mulheres, em mais de 80%, tiveram seu trabalho de parto no serviço (da internação até o nascimento do feto) em até 12 horas.

No manejo ativo, a administração de ocitocina por acesso venoso deve ser iniciada após a amniotomia. Entretanto, existem poucos estudos que relacionam sua utilização isolada, sendo os dados ainda inconsistentes. Logo, esta prática não é recomendada pela OMS, sendo o seu uso rotineiro desnecessários, podendo ser prejudicial à parturiente e feto (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010; WHO, 1996).

Durante a infusão de ocitocina endovenosa deve-se avaliar rotineiramente a evolução das contrações uterinas e frequência cardíaca fetal, para uma avaliação da continuidade da conduta. Assim, a mesma deve ser interrompida se ocorrerem mais de cinco contrações em intervalo de dez minutos, contrações com durando mais de um minuto ou desaceleração da frequência cardíaca fetal (MINAS GERAIS, 2011; FEBRASGO, 2010).

Entretanto, mesmo com registro de mais de 50% de parturientes em uso de ocitocina, 79,9% (300) de todos os 406 prontuários pesquisados apresentaram avaliações de dinâmica uterina com intervalos de uma hora ou mais. Tal relação pode sugerir uma falta de registro de realização dessa avaliação, ou mesmo ausência de sua realização.

Estudo de coorte longitudinal realizado na Alemanha com 47 maternidades mostrou que a administração de ocitocina muda o tempo em que essa mulher pariria, com uma leve redução do mesmo. Entretanto, essa prática está relacionada a um risco aumenta de efeitos adversos, como o parto operatório, que podem estar relacionados ao uso da droga ou aos efeitos de uma indicação errada ao seu uso (GROSS; FROMKE; HECKER, 2013). O que não foi encontrado nesta pesquisa, onde apenas 5,4% (22) dos prontuários apresentaram registros de uso de fórceps ao nascimento.

Em outro estudo, sendo este norte americano retrospectivo observacional com mais de 15 mil mulheres que receberam ocitocina, o aumento da dose administrada proporcionou uma redução na duração da primeira etapa do trabalho de parto, sem redução na segunda. No entanto, não se observou diminuição das

taxas de cesarianas entre os grupos que receberam doses elevadas (ZHANQ *et al*., 2011)

Segundo resultados do estudo de Bugg, Siddiqui e Thornton (2013), o uso precoce de ocitocina esteve relacionado à hiper-estimulação uterina, além de alterações na frequência cardíaca fetal. Não houve também redução do número de cesarianas realizadas. Logo, se o intuito de sua utilização seria reduzir as taxas de cesarianas, a administração de ocitocina endovenosa não alcançou seu objetivo.

Entre mulheres que pariram entre 1998 a 2008, observou-se um significativo aumento na administração de ocitocina por acesso venoso de 36,5% para 45,4% deles, respectivamente. O uso de ocitocina foi relacionado ao aumento de partos instrumentalizados, realização de episiotomia, uso de analgesia e cesarianas de emergência. Diante este panorama, deve-se melhor avaliar a progressão do trabalho de parto, além do uso cauteloso e monitorado de ocitocina, minimizando a morbidade materna e neonatal (BUCHANAN *et al.*, 2012; BERNITZ et al., 2014)

Estudo Norueguês, realizado com mais de 15 mil mulheres nulíparas, com início espontâneo do trabalho de parto, de feto único e cefálico, em gestações de termo, também demonstrou prejuízos maternos perante o uso de ocitócinos endovenosos. Concluíram que o uso de ocitocina estava associado a um risco aumentado para lesão de esfíncter anal (RYGH *et al.,* 2014).

Outro achado nesta pesquisa foi à frequência na ocorrência de lacerações, sendo a mesma registrada em 72,8% (155; 213) dos prontuários que possuíam informações sobre laceração perineal. Tal fato pode sugerir uma intensidade maior no desprendimento da apresentação com o uso da ocitocina, favorecendo a ocorrência de lacerações.

Vale ressaltar que, durante a coleta de dados, em 44,8% dos prontuários não se encontrou registros referentes ao uso ou não de ocitocina sintética no trabalho de parto, o que pode sugerir uma frequência ainda maior.

5.2.3 Uso liberal e rotineiro de episiotomia

A episiotomia é um procedimento cirúrgico muito comum na prática obstétrica, com prevalência variada entre os países. Na Europa, as taxas de

realização do procedimento são variadas, de 72,9% em Portugal, até 4,9% na Dinamarca (BEGLEY *et al.*, 2014).

Trata-se de uma incisão realizado no períneo no momento do parto, sendo recomendada de forma rotineira desde o início do século passado, a fim de prevenir o trauma natural do períneo. No entanto, recentemente vêm sendo questionadas suas vantagens, e até mesmo sua utilização (FEBRASGO, 2010).

Na pesquisa em questão, referente ao atendimento nas maternidades de risco habitual, encontraram-se registros relacionados à episiotomia em 65,5% (266) dos prontuários, sendo que destes a incisão perineal foi realizada em 58,6% (156) dos registros.

A frequência de realização de episiotomia foi semelhante em estudo brasileiro, com base de dados do estudo Nascer no Brasil, onde encontraram a frequência de episiotomia em 56% dos nascimentos. No sul do país, a frequência de realização desse procedimento foi ainda maior, acontecendo em quase 63% dos partos de risco habitual.

Atualmente sabe-se que a utilização da episiotomia de forma rotineira, foi instituída sem amparo das evidências científicas, e que de modo geral, apresenta mais malefícios que benefícios.

Em uma ampla revisão de literatura em bases de dados PubMed e Cochrane, Begley *et al.* (2014) evidenciaram diversos malefícios dessa incisão. A episiotomia não previne a ocorrência de laceração perineal ou incontinência urinária, podendo resultar em trauma perineal mais grave e complexo do que se não realizada. A redução das taxas de episiotomia está diretamente relacionada ao uma melhor satisfação materna e diminuição de dor no puerpério. Logo, esta prática deve ser restrita e seletiva, e sua realização frequente demonstra uma interferência à fisiologia do parto.

A dor perineal também é um achado importante. Sabe-se que no pós-parto uma laceração de segundo grau pode ser menos dolorosa que uma episiotomia. Além disso, é de conhecimento que a dor no puerpério pode afetar negativamente a função sexual. Os achados demonstram claramente que essa sensação dolorosa é aumentada no pós-parto, associada à realização da episiotomia (LEAL *et al*., 2013).

O estudo de Begley *et al.* (2014) também trazem informações acerca de como evitar a realização da episiotomia, a partir de esforços conjuntos entre mulheres e profissionais. A massagem perineal a partir das 35 semanas de gestação

é um fator protetivo, reduzindo o trauma perineal e a necessidade de episiotomia. Além disso, a adoção de posições verticais pode influenciar na diminuição das taxas de episiotomia. Essas práticas também diminuem a sensação de dor perineal no puerpério (BEGLEY *et al.*, 2014).

Deve-se considerar que no modelo de atenção obstétrica em que são evitadas práticas como a obrigatoriedade de decúbito dorsal, uso rotineiro de ocitocina no trabalho de parto, puxo dirigido e manobras de Kristeller proporcionam uma diminuição da pressão perineal e consequentemente a ocorrência de lacerações no mesmo. Assim, torna-se desnecessária, absolutamente, a realização de episiotomias.

Autores como Sandall *et al.* (2013), encontraram em revisão na biblioteca Cochrane, analisando 13 estudos com mais de 16 mil mulheres, que estas quando assistidas continuamente por enfermeiras obstétricas ou parteiras são menos propensas a receber uma episiotomia.

No entanto, nossos achados não proporcionam clareza nessa relação descrita no estudo de Sandall *et al*. (2013), pois nas três maternidades pesquisadas, os registros demonstraram uma frequência de 25,9% (105) de atendimentos ao parto por enfermeiras obstétricas. Sendo a amostra pequena para tal comparação, não se pode afirmar uma relação ou não com o elevado número de episiotomias.

Vele lembrar que a realização da episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local faz parte do rol de procedimentos que a enfermeira obstétrica tem como competência perante a assistência ao parto. Contudo, essa prática se faz mais comum na área médica (BRASIL, 1999).

Por ser um procedimento muito comum na prática obstétrica, e tendo em vista a mudança de panorama desta prática, entende-se que o registro da integridade perineal (realização ou não de episiotomia) deve ser realizado de forma clara, salvaguardando a prática profissional com as recomendações da OMS. Contudo, em 34,5% (140) de todos os prontuários analisados nesta pesquisa não houve nenhum registro referente à realização ou não desta prática.

5.2.4 Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto

Mesmo possuindo recomendação de prática prejudicial que deva ser eliminada, a administração de ergometrina parenteral, no caso intramuscular, foi encontrada nos registro de sua utilização em 68,7% (173) dos 252 prontuários que possuíam informações referentes ao uso de medicamentos no pós-parto imediato. A ergometrina também foi utilizada, mas de forma associada a outros medicamentos em 15,3% (38) desses registros (n=252).

Essa droga também é de escolha para o manejo ativo da dequitação placentária, com o intuito de reduzir a duração do terceiro período do parto. Encontraram-se evidências da redução de perdas sanguíneas no pós-parto e redução do terceiro período em torno de dez minutos. Contudo, pode haver um aumento significativo do risco de náuseas maternas, vômitos e elevação da pressão arterial. Além dos riscos encontrados, a ocitocina se mostrou mais efetiva na redução do sangramento puerperal e de hemorragias no pós-parto (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

Além dos efeitos encontrados, em alguns países a ergometrina não é mais utilizada na gestão ativa devido ao risco de retenção placentária, mesmo não apresentando diferença estatística dessa complicação com o uso de outros uterotônicos. A sua não utilização está associada a uma redução significativa de ocorrência de hipertensão arterial no puerpério (BEGLEY *et al.*, 2014)

A ergometrina é um uterotônico na prevenção de hemorragia pós-parto, sendo uma alternativa à ocitocina. Entretanto, em situações de tratamento de atonia uterina a ergometrina é droga de escolha se a ocitocina não estiver disponível ou se houver persistência do sangramento após o uso da ocitocina (FEBRASGO, 2010).

5.3 CATEGORIA C - PRÁTICAS SEM EVIDÊNCIAS SUFICIENTES PARA APOIAR UMA RECOMENDAÇÃO CLARA E QUE DEVEM SER UTILIZADAS COM CAUTELA ATÉ QUE MAIS PESQUISAS ESCLAREÇAM A QUESTÃO

5.3.1 Amniotomia e ocitocina precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto para prevenção de progresso inadequado do parto

Durante a coleta nos prontuários das instituições participantes, duas variáveis importantes relacionadas à bolsa das águas foram encontradas. Informações sobre a ocorrência de ruptura na membrana amniótica foram registradas em 86,2% (350) dos prontuários. Entretanto, em apenas 43,3% (176) dos prontuários, foram registradas informações sobre o tipo de ruptura, manual ou espontânea. Destes registros, 42% (74; 176) foram reativos à ruptura manual de membranas.

Embora houvesse o registro de que a bolsa das águas da parturiente havia rompido durante o trabalho de parto, pouco se informou quanto ao tipo dessa ruptura. Essa informação se faz relevante, pois a amniotomia, rompimento manual das membranas ovulares é um procedimento invasivo e não deve ser realizado de rotina, resguardando-o ao segundo período de trabalho de parto. Se realizada, a mesmo deve acontecer quando o feto estiver encaixado na pélvis materna, no mínimo em plano 0 de DeLee (MINAS GERAIS, 2011).

O Manual da FEBRAGO (2010), já alerta quanto aos riscos e benefícios da realização da amniotomia, que pode tanto atuar na redução do tempo de trabalho de parto e a necessidade de administração de ocitocina, quanto aumentar o risco de sofrimento fetal e ocorrência de cesarianas. A amniotomia também faz parte do rol de procedimento inclusos no manejo ativo do trabalho de parto, prática esta que vem sendo redefinida ao longo dos tempos. Nesta pesquisa, referente às três maternidades de risco habitual, o tempo de trabalho de parto foi, para mais de 80%, de até 12 horas após o internamento.

Estudo descritivo realizado na Casa de Parto de Sapopemba com mais de mil partos assistidos, demonstrou uma frequências de realização de ruptura manual de bolsa amniótica em 53,4% dos partos. Os autores sugerem que a frequência de realização deste procedimento poderia ser reduzida a fim de melhoras a qualidade da assistência (SILVA *et al.* 2013).

Revisão sistemática de ensaios clínicos catalogados na biblioteca Cochrane, incluindo 15 estudos e mais de 5 mil mulheres comparou os resultados entre a realização de aminiotomia e a ruptura espontânea da bolsa amniótica. Os resultados evidenciaram que não houve diferença estatística entre os grupos de mulheres analisados em relação ao tempo da primeira etapa do trabalho de parto melhores índices de Apgar no quinto minuto ou satisfação materna quanto ao atendimento. Entretanto, a amniotomia está associada ao aumento de risco para uma cesariana. Sugeriu-se, então, que a tomada de decisão perante a realização ou não de aminiotomia fosse tomada de forma conjunta as mulheres, diante dos achados encontrados na literatura (SMYTH; MARKHAM; DOWSWELL, 2013).

A realização de aminiotomia pode ser reduzida com o uso de métodos não farmacológicos para o alivio da dor, deambulação, e ingesta hídrica durante o trabalho de parto. Sua utilização deve ter uma indicação correta, visto que auxilia ao estimulo de contrações uterinas, mas acarreta a necessidade de outras intervenções que poderiam ser evitadas sem a sua realização (VOGT; SILVA; DIAS, 2014).

Entretanto, entende-se que para essa pesquisa, sem informações significativas em relação à utilização de aminiotomia, não se tem instrumentos para avaliar a real efetividade da prática na assistência obstétrica nas instituições pesquisadas.

5.4 CATEGORIA D - PRÁTICAS FREQUENTEMENTE USADAS DE MODO INADEQUADO

5.4.1 Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto

Nos prontuários pesquisados não se encontraram registros de prescrição de dieta no trabalho de parto em 55,2% (224) deles, o que dificulta o entendimento das condutas tomadas nas instituições pesquisadas em relação a esta prática.

A restrição à ingesta de líquidos e sólidos no trabalho de parto tem como objetivo evitar a aspiração gástrica, decorrente do uso de anestesia geral na necessidade de uma intervenção cirúrgica. Entretanto, sabe-se que existe métodos

que podem realizar esse esvaziamento e garantir o bem estar dessa mulher (ESPANHA, 2010).

Além disso, o jejum pode influenciar de forma negativa na experiência do parto por ser uma situação desagradável para algumas mulheres (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Nesta perspectiva, dentre os prontuários que continham prescrições de dieta (n=182) analisados nesta pesquisa, 86,3% (157) deles possuíam prescrições de manterem o jejum durante o trabalho de parto.

A OMS (1996) recomenda a oferta hídrica durante o manejo do trabalho de parto em serviços de assistência ao parto de risco habitual. Em um estudo com ensaios clínicos randomizados com mulheres durante o trabalho de parto, em relação à dieta das parturientes, os autores identificaram que não houve benefícios ou malefícios na ingesta hídrica ou sólida, sendo o jejum neste período não justificável para mulheres de risco habitual (SINGATA; TRANMER; GYTE, 2013).

Entretanto, as instituições ainda seguem rotinas que restringem ingestas durante o trabalho de parto. Em outro estudo, com amostra de 404 mulheres, a frequência encontrada de mulheres que mantiveram jejum durante seu trabalho de parto foi de 62% (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2013).

A ingesta de líquidos claros deve ser encorajada mesmo na necessidade de realização de analgesia (peridural ou combinada) durante o trabalho de parto. O jejum se faz necessário em caso de cesariana ou uso de anestesia geral (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

Em estudo realizado no Brasil, 25,6% das mulheres de risco habitual se alimentaram durante o trabalho de parto, sendo que no sul do país esta frequência foi de aproximadamente 22% das mulheres (LEAL, *et al*., 2014). Os números encontrados nesta pesquisa foram ainda menores, sendo a frequência de mulheres que tinham registro de alguma dieta em apenas 13,7% (25) dos prontuários. Todavia, tal achado vai de encontro com as evidências científicas mais atuais, além de não seguir as recomendações da OMS.

5.4.2 Controle da dor por analgesia peridural

Em relação ao uso de analgesia durante o trabalho de parto, os prontuários pesquisados demonstraram uma frequência de 7,9% (32) dos registros.

Para o alívio da dor durante o trabalho de parto, várias técnicas podem ser utilizadas, como métodos não farmacológicos. Entretanto, na prática obstétrica atual, analgésicos sistêmicos são mais utilizados, como anestesia peridural contínua, associação raquiperidural e raquianestesia. Esta prática deve estar disponível a ser realizada quando a paciente solicitar. No entanto, deve ser utilizada com cautela, tendo em vista que técnicas alternativas para o alívio da dor podem ser disponibilizadas primeiramente para as parturientes (FEBRASGO, 2010; MINAS GERAIS, 2011).

Vale ressaltar que, além dos métodos não farmacológicos ao alívio da dor, posições verticais e deambulação favorecem uma menor utilização de analgesia sistêmica. Essas medidas aumentam o conforto e proporcionam a mulher sensação de controle do seu trabalho de parto (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

Gross, Fromke e Hecker (2014), em estudo de coorte com quase quatro mil mulheres, entre nulíparas e multíparas, identificaram uma associação entre a analgesia e o prolongamento do trabalho de parto na primeira fase. Outro achado importante foi do risco aumentado de parto operatório em nulíparas e a cesariana em multíparas, na utilização de analgesia farmacológica.

Referente ao tempo de inicio de sua utilização, em revisão de literatura com mais de 15 mil mulheres, os autores não encontraram evidências de qualidade demonstrando diferenças entre o início tardio ou precoce de analgesia. No entanto, compreendendo seus riscos, sugere-se o estimulo às mulheres de posições e técnicas de relaxamento que ajudem ao alívio da dor, a fim de diminuir ou retardar a utilização de analgesia de parto (SNG *et al.*, 2014).

A despeito da baixa frequência de analgesia de parto encontrada nos registros dos prontuários desta pesquisa, alternativas a essa prática podem ser estimuladas como parte da rotina obstétrica nas maternidades pesquisadas.

5.4.3 Monitoramento eletrônico fetal

Durante coleta de dados nos 406 prontuários analisados, registros sobre a realização de cardiotocografia foram encontrados em 11,1% (45) dos prontuários. Tal achado segue as recomendações da OMS, sendo uma prática utilizada de forma moderada nas instituições pesquisadas.

A cardiotocografia permite a monitorização fetal por registrar eletronicamente a frequência cardíaca fetal, associada à dinâmica uterina materna. No entanto, a cardiotocografia impede a livre deambulação da parturiente, estando relacionada ao aumento do risco de intervenções e cesarianas por frequentes resultados falso-positivos, indicando sofrimento fetal e justificando uma conduta expectante (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2010).

Embora fosse instituída com o intuito de reduzir morbimortalidade materna e neonatal, em Revisão sistemática realizada com treze estudos e mais de 37 mulheres, não identificou diferença estatística no monitoramento fetal intermitente ou contínuo. Seu uso também está diretamente relacionado ao aumento do número de partos instrumentalizados, cesarianas e desconforto materno, devido à restrição ao leito e ao decúbito dorsal necessário à monitorização contínua (ALFIREVIC; DEVANE; GYTE, 2013).

A aminiotomia também foi um procedimento que teve sua incidência aumentada devido à utilização de cardiotocografia, a fim de se avaliar a coloração do líquido amniótico (ALFIREVIC; DEVANE; GYTE, 2013).

Apesar do registro da cardiotocografia evidencias que as instituições seguem as recomendações quanto à monitorização contínua da frequência cardíaca fetal, entre os prontuários que apresentam tal registro, 62,2% (28) deles não apresentaram descrição do resultado da monitorização. Fato que denota falha na assistência, pelo não fornecimento de informação relevante para aquele caso ou sugerindo a não realização da avaliação.

5.4.4 Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.

Em 99,3% dos prontuários forma evidenciados registros de toques vaginais durante o trabalho de parto. Quase todas as mulheres receberam pelo menos um toque para avaliação da evolução do trabalho de parto. Associada a essa frequência, observou-se registros que o toque vaginal foi realizado com intervalos inferiores a duas horas em 65% (255) dos prontuários.

A realização do exame de toque vaginal deve servir para acrescentar informações à tomada de decisão, sendo responsabilidade do profissional que acompanha a parturiente avaliar a necessidade real desse procedimento. Faz-se necessário o consentimento verbal da mulher para a realização deste procedimento, garantindo a privacidade, dignidade e conforto durante a sua realização. A parturiente deve ser orientada quanto da importância do mesmo, o resultado encontrado e as suas implicações na evolução do seu trabalho de parto (RIO DE JANEIRO, 2013).

O toque vaginal deve ser evitado na ausência de contrações, tendo em vista que sem elas, saber a dilatação do colo não agrega informações na conduta obstétrica. Deve-se oferecer um toque vaginal se houver suspeita de trabalho de parto na presença de contrações (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

Segundo o manual de Assistência ao parto da FEBRASGO (2010), toques vaginais devem ser realizados a cada uma ou duas horas, tendo em cada exame a avaliação da dilatação do colo uterino, altura da apresentação fetal e a variedade de posição. Maior risco de infecções no puerpério está relacionado a toques múltiplos, pois se ocorrer maior duração do trabalho de parto e mais tempo de bolsa rota, mais toques vaginais poderão ser empregados, se usados de forma rotineira.

Já protocolo do Reino Unido (2014) destaca que no acompanhamento do trabalho de parto deve-se oferecer avaliação pelo toque vaginal em um espaço de quatro horas, ou antes, se houver dúvida quanto ao progresso do trabalho de parto, ou desejo da mulher. Esse tempo pode ser reduzido em caso de amniotomia, para duas horas, e na segunda fase do trabalho de parto, no qual o toque é empregado a cada hora (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

Em estudo realizado em um centro de parto normal em São Paulo, onde o modelo de assistência segue as recomendações de boas práticas, houve uma frequência de até três toques para monitorização do trabalho de parto em 85,5% dos partos atendidos (SILVA *et al.*, 2013). A média de toque encontradas nesta pesquisa foi de 4,14 ±2,6 dentre os 406 prontuários pesquisados.

Em estudo de Giglio, França e Lamounier (2011), em metade dos casos analisados em prontuários foi realizado toque vaginal em intervalos de até duas horas durante o trabalho de parto. Achados estes que soa inferiores aos encontrados nesta pesquisa referente a três maternidades de risco habitual curitibanas, sendo a frequência de realização de exames vaginais em períodos de até duas horas foi de 62,8% (255) dos prontuários.

Evidências importantes referentes ao toque vaginal foram reveladas em revisão de literatura contendo dois estudos randomizados controlados, com cerca de 500 mulheres, comparando a sua realização a cada duas ou quatro horas. Os autores não encontraram relevância estatística na redução da morbimortalidade materna e neonatal entre a realização nos diferentes intervalos (DOWNE *et al*., 2013).

Deste modo, questões como número de cesarianas, parto vaginal operatório, mortalidade neonatal não apresentaram mudança referente ao intervalo do exame vaginal. Os autores não encontraram evidência para apoiar ou rejeitar o uso de exames vaginais para melhorar os resultados perinatais. Entretanto, ressaltam que esse procedimento é danoso à integridade da mulher, existindo outras formas de avaliar a evolução do trabalho de parto como comportamento feminino e a linha púrpura (DOWNE *et al.*, 2013),

A mulher em trabalho de parto apresenta uma linha arroxeada que se localiza inicialmente na região perianal, conhecida como linha púrpura. À medida que a dilatação cervical avança a linha segue no sentido “[...] ascendente pela fissura interglútea em direção à junção sacrococcígea, como o mercúrio em um termômetro que se eleva com o aumento da temperatura”. Como seu comprimento tem relação direta com a dilatação cervical, ao alcançar dez centímetros possivelmente a dilatação cervical estará completa (NARCHI *et al*., 2011).

Mesmo necessitando de mais estudo, a fim de aprofundar o tema, a evolução da linha púrpura apresentou correlação estatística significativa. Sendo que mais de 80% das mulheres analisadas não referiram desconforto pela avaliação da

linha púrpura, essa prática pode servir como alternativa ao exame de toque, principalmente quando o mesmo servir apenas para avaliar a dilatação cervical (NARCHI *et al.*, 2011).

O toque vaginal pode trazer desconforto e constrangimento principalmente se for realizado de forma frequente, além de aumentar o risco de infecção no puerpério. Destaca-se a importância do registro correto em cada avaliação, a fim de que a equipe possa dar continuidade à assistência, sem realizar toques desnecessários (RIO DE JANEIRO, 2013).

5.4.5 Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto

Nesta pesquisa a transferência das parturientes no período expulsivo foi verificada pelo registro do local em que o parto ocorreu, o qual foi verificado em apenas 3,7% (15) dos registros analisados. Tendo em vista que, segundo as recomendações de boas práticas, a mulher em trabalho de parto não deveria ser transferida para outro ambiente, ter o registro do local em que ocorreu o parto forneceria informações que demonstrariam a qualidade da assistência realizada na instituição.

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (1996) deve-se respeitar a escolha da mulher quanto à escolha do seu local de parto. Maiores taxas de satisfação materna e menores números de intervenções médicas durante o trabalho de parto e parto foram encontrados nos partos em quartos “suítes” como o conhecido PPP (pré-parto, parto e puerpério). Tais benefícios do quarto PPP não aumentam risco para mulheres e bebês (HODNETT; DOWNE; WALSH, 2012).

De acordo com a RDC nº36 (BRASIL, 2008), o quarto PPP é destinado ao acompanhamento de uma mulher em trabalho de parto, parto e puerpério imediato, sendo um ambiente com capacidade para um leito com banheiro. Consequentemente, essa mulher terá assim mais privacidade e liberdade durante o internamento.

Ademais, o quarto PPP também favorece a mobilização materna e a escolha de posições diversas durante o trabalho de parto e nascimento. O posicionamento da parturiente pode influenciar positivamente, favorecendo o alívio da dor materna,

reduzindo a ocorrência de parto instrumentalizado, cesariana e realização de episiotomia. As parturientes devem ser estimuladas a moverem-se e buscarem posições mais confortáveis (GIZZO *et al.*, 2014).

Nesta perspectiva, a transferência da parturiente para a sala de parto, pode ser resguardada para partos que necessitem de instrumental ou rafia de laceração, pois a sala de parto possui ambiência que favorecem a realização de procedimento, mas não na assistência ao parto em consonância as boas práticas.

5.4.6 Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto

A duração do período expulsivo pode modificar-se ao longo do tempo. Portanto, deve-se considerar que cada mulher tem o seu processo e seu tempo de evolução. A própria OMS já descreve em suas recomendações que esse tempo não pode ser delimitado em caso de boa progressão e bem estar materno e fetal (WHO, 1996).

Entretanto, para avaliar o tempo ocorrido na segunda fase do trabalho de parto, informações adicionais devem ser incluídas nos registros para que este tempo possa ser calculado. Nesta perspectiva, pouco mais da metade dos prontuários (56,2%; 228) analisado nesta pesquisa, apresentaram informações que possibilitassem calcular o tempo de período expulsivo dos partos atendidos nas três maternidades de baixo risco curitibanas.

Dos prontuários que apresentaram registros (n=228), apenas 6,6% (15) deles apresentaram período expulsivo superior a 60 minutos. No período expulsivo prolongado, observa-se a dilação total do colo cervical associado com a demora da descida da apresentação fetal, que só termina com o nascimento do feto. Essa “distócia” geralmente está associada com a contratilidade uterina deficitária. Uso de ocitocina endovenosa, amniotomia e posição verticalizada podem corrigir essa intercorrência (FEBRASGO, 2010).

Vale frisar que nesta pesquisa a frequência de registro referente ao uso de ocitocina foi de 55,2% (224) e que em dentre os prontuários que apresentaram registros do tipo de ruptura das membranas (n=176), em 42% (74) foi realizada

amniotomia. Dados estes que sugerem uma relação entre os procedimentos, corroborando com o descrito na literatura.

Ainda em relação à segunda etapa do trabalho de parto, protocolo nacional traz nas indicações de uso de fórceps se período expulsivo em nulíparas maior que duas horas e de três horas se uso de analgesia, e em multíparas de até uma hora sem analgesia e de duas com a mesma. Tais períodos são considerados normais para a evolução da segunda etapa do trabalho de parto (FEBRASGO, 2010).

Fatores como nuliparidade, anestesia regional, obesidade e plano de DeLee elevados (negativo) no período expulsivo foram identificados como características que influenciam diretamente no prolongamento da segunda fase do trabalho de parto. Esses fatores foram associados à demora do aparecimento do puxo, vontade incontrolável de fazer força sentida pela mulher no fim do trabalho de parto. Mulheres negras e plano de DeLee mais baixo apresentaram menor chances de atraso no período expulsivo (FREY *et al.*, 2013).

Em relação ao desfecho, revisão de literatura brasileira demonstrou não haver relação entre a duração do período expulsivo e risco ao neonato em primíparas. Entretanto, período expulsivo de mais de três horas aumenta a morbidade materna, relacionada a infecções no pós-parto, lacerações perineais e hemorragias, parto instrumentalizado e cesariana. Nas multíparas encontrou-se relação tanto na morbidade materna quanto na neonatal para segundas fases maiores que três horas. Os autores aconselham que o tomada de decisão seja baseada na evolução do trabalho de parto e no monitoramento cardiofetal (AMORIM; PORTO; SOUZA, 2010).

Quanto mais resultados de pesquisa, a frequência elevada de período expulsivo de até uma hora, associada ao uso frequente de ocitocina e amniotomia, segundo os registros encontrados, pode sugerir uma conduta mais ativa a segunda fase do trabalho de parto nas maternidades de risco habitual curitibanas. Além disso, em mais da metade dos prontuários que possuíam registro de paridade, 51,2% (201), as mulheres estavam parindo pela primeira vez, suscitando possivelmente períodos expulsivos mais longos.

Os achados nesta pesquisa, referente aos 406 prontuários das maternidades de baixo risco, além da falta de registro, também podem demonstram certa negligência no preenchimento das informações, o que dificultou a analise desta variável.

5.5 ESCORE DE BOLOGNA

O Escore de Bologna foi utilizado para estimar a qualidade da assistência realizada nas maternidades, por ser considerado pela OMS, um índice que contempla alguns critérios imprescindíveis a uma assistência qualificada. Esse score tem o intuito de compilar práticas importantes que são amplamente recomendadas, a fim de avaliar atitudes e práticas de determinado serviço para o atendimento obstétrico (CHALMERS; PORTER, 2001).

Permite que cada parto seja avaliado segundo cinco variáveis (presença de acompanhante; uso de partograma; ausência de estímulos ao trabalho de parto; parto na posição não supinada; e contato pele a pele na primeira meia hora de vida), atribuindo uma nota, 0 ou 1, para cada variável se ausente ou presente, respectivamente. Somando-se as notas de cada variável, obtêm-se a pontuação referente à qualidade da assistência daquele parto.

As frequências encontradas para o atendimento de cada variável ou padrão de qualidade analisados foram as seguintes: 16,7% para presença de acompanhante, 98% para uso do partograma, 31% para ausência de estímulos ao trabalho de parto, 1% para parto na posição não supina e 24,9% para contato pele a pele entre mãe e bebê.

Registros acerca dessas práticas apareceram em no máximo um terço dos 406 prontuários, sendo o parto em outras posições que não a supina foi registrado em apenas 1% dos prontuários. Essas baixas frequências relativas sugerem que as instituições não seguiram as práticas recomendadas e embasadas em evidências científicas na assistência ao parto e nascimento relativas a esse escore (OMS, 1996).

Corroborando com outros estudos (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008; GIGLIO: FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; SANDIN-BOJO *et al*., 2012), o uso de decúbito dorsal foi uma intervenção frequente na maioria dos atendimentos e responsável por reduzir os scores de assistência. A frequência desta posição sugere uma prática comum ao serviço, quando não ocorre incentivo por parte dos profissionais para a adoção de outras posições no trabalho de parto e no nascimento.

Nesta perspectiva, cada padrão de qualidade pode ser analisado de forma isolada, a fim de se entender de que forma as instituições lidam com essas práticas na sua rotina obstétrica.

Referente ao escore obtido para cada parto, em cada prontuário pesquisado foi atribuída uma nota pela sua presença. Cada parto assistido, deste modo, pontuaria na faixa de 0 a 5 pontos somando-se todos os cinco padrões de qualidade, dependendo dos registros encontrados.

Deste modo, na análise conjunta das instituições encontrou-se a frequência de 0,7% (3) de partos com pontuação 0; 44,1% (179) com pontuação 1; e 40,4% (164) partos com a pontuação 2. A pontuação 3 foi alcançada em 12,1% (49) dos partos, e a pontuação 4 em 2,5% (10) dos partos. Apenas 0,2% (1) dos partos registrados alcançou a pontuação máxima 5, segundo os dados referentes aos 406 prontuários.

Como potencialidade das instituições, encontrou-se uma frequência pequena de partos que receberam nota 0, sendo estes apenas 0,7% (3) dos partos que não realizaram nenhuma das práticas de qualidade na assistência ao parto relativas ao Escore de Bologna. Resultado inferiores ao encontrado em estudo de Sandin-Bojo *et al*. (2012), onde a frequência de partos com nota 0 ocorreu em 6% (1) da amostra.

Entretanto, como fragilidade das instituições, os registros demonstraram frequências pequenas, 12,1% (49); 2,5% (10) e 0,2% (1), referentes às notas 3, 4 e 5, respectivamente. Pontuações de 3 a 5 caracterizam assistência que se utilizou de três ou mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, demonstrando certa qualidade na assistência realizada pelas instituições, o que não foi encontrado nesta pesquisa.

Em estudo prospectivo realizado no Camboja, com mais de 170 mulheres, a pontuação 5 não foi encontrada em nenhum parto vaginal. Entretanto notas 3 e 4 apresentaram frequências positivas, 24,3% e 56,9% respectivamente, demonstrando que em mais de 80% dos atendimentos ao parto foram respeitadas três ou quatro das boas práticas avaliadas pelo Escore de Bologna (SANDIN-BOJO *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa obteve-se diferente resultado dos encontrados no estudo de Gíglio, França e Lamounier (2011), em maternidades de Goiânia, no qual os autores verificaram que mais de 70% dos atendimentos obstétricos obtiveram notas menores ou iguais a 1, segundo os registros encontrados. Os achados desta pesquisa demonstraram que assistências com notas menores ou iguais apareceram em menos da metade dos prontuários, 44,8%.

Por outro lado, estudo sueco em 36 maternidades e que validou a proposta do Escore de Bologna, para mensuração da qualidade da assistência ao parto e

nascimento, já em 2008 demonstrava assistência de qualidade, nota 5, em 22,7% dos atendimentos pesquisados (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008). Frequência esta que se apresentou inferior nesta pesquisa, uma vez que apenas 0,2% dos 406 prontuários contemplaram registro da presença dos cinco padrões de qualidade do escore utilizado.

Nesta pesquisa, mais de 85% dos registros dos prontuários apresentaram em sua assistência ao parto apenas uma ou duas práticas recomendadas pelas OMS. Ressalta-se que uma delas foi o uso do partograma, presente em 98,5% (400) dos prontuários, instrumento que além de monitorar a evolução do trabalho de parto, também serve para que as instituições do SUS recebam pelo atendimento realizado, devendo estar anexado junto ao prontuário de cada paciente.

Tendo em vista que este padrão (uso do partograma) estaria presente oportunamente por uma necessidade do serviço, se este fosse desconsiderado, a grande maioria dos partos atendidos nas maternidades de risco habitual pesquisadas receberia apenas o escore geral de 1 ou 0.

Nesta pesquisa visou-se avaliar, de modo geral, a assistência obstétrica de maternidades de risco habitual de Curitiba que prestam serviço ao sistema público de saúde. Cada instituição pesquisada apresenta suas peculiaridades e frequências específicas para cada padrão do Escore de Bologna, mas as pontuações pelos atendimentos e esses achados devem ser descriminados em momento oportuno.

No quadro 17 podem ser observadas informações comparativas das pontuações gerais do Escore de Bologna e sua localidade, segundo os autores.

DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO AS PONTUAÇÕES GERAIS DO ESCORE DE BOLOGNA				
	Sandin-Bojo, Kvist, 2008	Giglio, França e Lamounier, 2011	Sandin-Bojo *et al.*, 2012	Oliveira, 2015
Nota/Local	Suécia	Goiânia	Camboja	Curitiba
0		71,5%	6%	0,7%
1				44,1%
2				40,4%
3			24,3%	12,1%
4			56,9%	2,5%
5	22,7%		0%	0,2%

QUADRO 17 – DISTRIBUIÇÃO COMPARATIVA ENTRE DIFERENTES AUTORES QUANTO AS PONTUAÇÕES GERAIS DO ESCORE DE BOLOGNA
FONTE: o autor (2015)

5.6 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA

Nessa pesquisa o objeto de estudo foram as práticas realizadas pelos serviços na assistência perinatal, associadas à condição de risco habitual da gestante. Partiu-se do pressuposto que esta assistência requer práticas fundamentadas em evidências obtidas com rigor científico, a fim de que mulheres recebam avaliações e cuidados planejados, seguros e de qualidade. Para isso, faz-se necessário que os serviços adotem protocolos ou *guidelines* para orientação dos profissionais.

Primeiramente, deve-se destacar que todos os profissionais que atuam na prestação de serviços em saúde necessitam ter responsabilidade. Entende-se que a responsabilidade origina-se de toda ação ou omissão de um indivíduo que vier a causar dano a outrem. Deste modo, a responsabilidade civil, que deriva das relações entre os indivíduos, está prevista pelo Art. 186 do Código Civil, o qual reza que "Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, [...] comete ato ilícito". Assim, o profissional responde por suas ações e o hospital responderá pelos danos oriundos do cuidado hospitalar (GUIDI; DRONGEK, 2010).

Nesta perspectiva da responsabilidade civil, tanto do profissional quanto do hospital, se discute a atuação correta das partes na assistência ao parto e nascimento. Principalmente, no que se refere à qualidade do serviço, atendimento e registros hospitalares, os quais, quando fora de conformidade, podem gerar riscos à mulher. Assim, destaca-se a necessidade dos registros profissionais em prontuários e demais documentos do paciente.

Para a enfermagem, a necessidade de realização de registros de qualidade está descrita em resolução de seu conselho de classe. O art. 41 traz que o profissional de enfermagem deve "Prestar informações, escritas e verbais, completas e fidedignas necessárias para assegurar a continuidade da assistência" (BRASIL, 2007c).

Por sua vez, o Código de Ética Médica destaca no art. 87 na alínea 1° que:

> O prontuário deve conter os dados necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. (BRASIL, 2013d, p. 25-26).

Deste modo, durante o internamento de uma gestante, informações específicas devem ser coletadas, a fim de subsidiar a prática clínica. Deste modo, quanto às informações obstétricas das mulheres atendidas nas maternidades pesquisadas, observou-se nos registros que 20,2% (82) não tinham informações referentes à data da ultima menstruação – DUM; quanto a idade gestacional calculada pela DUM, não havia esse registro em 67,5% (274) desta informação; mesmo a idade gestacional calculada pela ecografia, que geralmente é a prática mais utilizada, esteve ausente em 26,1% (106) dos registros.

Dentre os aspectos da avaliação clínico-obstétrica para o diagnóstico de trabalho de parto, deve-se estabelecer a idade gestacional, utilizando-se de parâmetros como a data da ultima menstruação, ultrassonografia do 1º trimestre, entre outras (MINAS GERAIS, 2013).

A ausência dessas informações impossibilita que os profissionais calculem a idade gestacional do feto e possam determinar sua conduta. A idade gestacional é um critério para atendimento ao parto por enfermeiras obstétricas segundo o Protocolo de atendimento do município do Rio de Janeiro, amparado pela lei que rege a prática profissional do enfermeiro (RIO DE JANEIRO, 2013; BRASIL, 2007c).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), se o recém-nascido possuir idade gestacional de 37 a 41 semanas (termo), apresentando boa vitalidade, tônus muscular e respiração, não há necessidade de realização de qualquer manobra para reanimação. Fetos pré-termo, com idades inferiores à 37 semanas de gestação, na maioria das vezes precisam de ajuda para a adaptação à vida extrauterina, sendo auxiliados na transição cardiorrespiratória (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013).

Para a internação das parturientes, os serviços comumente se utilizam de fichas para facilitar à avaliação e o preenchimento das informações relevantes à propedêutica obstétrica. Deste modo, tais fichas evidenciaram a ausência de registro do diagnóstico de internação em 12,3% (50) dos prontuários. O diagnóstico preciso do início do trabalho de parto ainda é uma dificuldade na prática obstétrica, sendo os critérios comumente utilizados ainda não foram avaliados de forma científica (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2013).

O diagnóstico pode apresentar condições que afetem o planejamento da conduta médica ou vontade materna, possibilitando a discussão dos riscos e cuidados que devem ser tomados durante a assistência ao parto (ROYAL COLLEGE

OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014). Na assistência ao parto, o diagnóstico errado do início do trabalho de parto pode determinar o uso de procedimento e intervenções desnecessárias, acarretando maior risco à saúde materno-fetal (DAVID; XAVIER, 2011). Logo, a falta dessa informação nos registros dessa pesquisa levanta preocupação, perante a assistência realizada nas maternidades de baixo risco de Curitiba.

Para que o diagnóstico seja preciso, deve-se realizar o levantamento de diversas informações que subsidiarão a análise e posterior intervenção. Deste modo, destaca-se a ausência de algumas dessas informações que são imprescindíveis na prática obstétrica. Sinais vitais como pressão e pulso não apresentaram registros em 5,9% (24) e 20,2% (82) dos prontuários na internação, respectivamente. Além disso, as contrações uterinas não foram avaliadas na admissão das parturientes, segundo os registros, em 36,5% (148) deles.

Para o diagnóstico e conduta, deve-se avaliar o estado geral da mulher, incluindo seus sinais vitais, como frequência cardíaca, pressão arterial, respiração e temperatura (MISSAU, 2011). Os sinais vitais devem ser registrados para avaliações subsequentes. A transferência da parturiente para um serviço especializado pode estar relacionada a situações onde a frequência cárdica ultrapasse 120 batimentos por minutos, em duas ocasiões com intervalos de trinta minutos, além de aumento na pressão arterial (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

Já a avaliação da dinâmica uterina auxilia na definição do período em que o trabalho de parto se encontra. Associada a uma dilatação superior a 4 centímetros, contrações dolorosas e regulares caracterizam a primeira fase de trabalho de parto, e não o período latente onde a parturiente não precisa ser internada (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014; RIO DE JANEIRO, 2013). As contrações uterinas também estão relacionadas à abertura e registro correto do partograma (FEBRASGO, 2010).

Mesmo sendo um procedimento invasivo e constrangedor à mulher, o toque vaginal é uma avaliação importante e deve ser utilizado de forma correta. Em cada exame, avaliam-se outras características além da dilatação cervical, como a altura da apresentação, variedade de posição, apagamento do colo e integridade da bolsa amniótica. Essas variáveis podem determinar situações obstétricas anormais, como parada de progressão, fase ativa prolongada, entre outras (FEBRASGO, 2010).

No entanto, nesta pesquisa, mesmo a realização do toque vaginal sendo registrada em 96,6% (392), características como apagamento do colo e o plano de DeLee não foram registrados em 37,7% (153) e 69% (280) dos registros, respectivamente. Tendo em vista a importância dessas características, a avaliação torna-se um desperdício por não conter essas informações que são acessórias a dilatação uterina, mas que também são importantes.

Cabe ao profissional avaliar a necessidade de realização de exame vaginal, entendo que este adicionará informações importantes para a tomada de decisão durante o trabalho de parto. Cabe também ao profissional garantir o registro adequado do exame realizado, a fim de evitar que o mesmo seja realizado desnecessariamente (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014; RIO DE JANEIRO, 2013).

A monitorização da frequência cardíaca fetal, parâmetro importante na avaliação da vitalidade fetal, teve sua avaliação realizada em 94,1% (382) dos registros. No entanto, dentre estes registros encontrados (n=382), o valor da frequência cardíaca não foi descrito em 28% (107) dos prontuários, dificultando a continuidade da assistência.

A ausculta de batimento cardiofetais deve ser realizada no primeiro contato com a parturiente e realizado de forma subsequente, obtendo-se um parâmetro dentro de um minuto (RIO DE JANEIRO, 2013). A presença de frequência cardíaca fetal apenas demonstra que não houve óbito fetal. No entanto, padrões de normalidade do coração fetal se apresentam entre 110 e 160 batimentos por minuto. Frequências fora desta margem podem demonstrar sofrimento fetal ou outras complicações (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014). Esse registro correto se faz necessário para que se tenham parâmetros corretos para avaliação da vitalidade fetal, visto que a ausculta intermitente é a conduta de escolha para monitoramento dos batimentos cardíacos fetais (FEBRASGO, 2010).

A avaliação da altura uterina faz parte da propedêutica obstétrica de deve ser realizado dentre a avaliação inicial como informação adicional para determinação do crescimento intrauterino, identificação da apresentação, posição fetal e possivelmente malformações fetais (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014; MISSAU, 2011). Contudo, registros da avaliação da altura uterina não foram encontrados em 30,5% (124) dos prontuários. Este achado sugere certo descaso por parte dos profissionais para com essa avaliação.

Quanto às condutas durante o trabalho de parto, podem-se avaliar os registros deste acompanhamento tanto pelo partograma quanto nas fichas de avaliação clínicas, presentes nos prontuários.

Quase 60% dos partogramas foram abertos com dilatações inferiores a 4 centímetros, o que pode levar a um aumento das condutas por se aproximar, dentro do partograma, mais rápido da linha de ação. Deste modo, o partograma apresenta como limitação ao seu uso a detecção clínica e correta de diagnóstico de trabalho de parto ativo (PORTO; AMORIN; SOUZA, 2013).

Vale lembrar que o registro do partograma deve iniciar quando a dilatação cervical estiver superior ou igual a quatro centímetros e as contrações uterinas estiverem efetivas, ou seja, em trabalho de parto ativo (FEBRASGO, 2010; RIO DE JANEIRO, 2013).

No acompanhamento do trabalho de parto a ausculta do BCF e o toque vaginal foram práticas comumente realizadas, entretanto, a dinâmica uterina foi deixada de lado, não sendo encontrado registro nenhuma vez em 8,4% (34) dos prontuários. Seu intervalo de avaliação também se mostrou desfavorável, sendo realizado com mais de duas horas de intervalo em 73,9% (300) dos registros.

Em avaliação inicial deve ser questionada a parturiente sobre a frequência e intensidade das contrações, além de detecta-las durante o exame de palpação obstétrica. As mesmas devem ser documentadas, pois a frequência das contrações uterinas podem determinas condutas ou alertar a presença de trabalho de parto disfuncional (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

A avaliação da evolução do trabalho de parto e vitalidade do feto está relacionada diretamente a observação do bem estar geral da mulher e do monitoramento intermitente das contrações uterinas, ausculta do batimento cardíaco fetal, dilatação cervical e descida da apresentação fetal (RIO DE JANEIRO, 2013).

Já o exame de toque ocorreu de forma acentuada, com intervalos de no máximo duas horas para 65% (255) dos registros. Esse achado vai contra as evidências científicas, onde se destaca que exames vaginais devem ser realizados na menor frequência possível, visto que a observação do comportamento materno, perdas vaginais, além da descida do foco de ausculta cardíaca fetal possibilizam identificar a progressão do trabalho de parto (RIO DE JANEIRO, 2013).

Porem, o manual da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2010, p. 57), traz que para o preenchimento do partograma “Realizam-se toques

vaginais subsequentes a cada uma ou duas horas”. O que justifica ainda a prática de muitos profissionais dentro dos serviços de obstetrícia.

Os registros quanto a verificações de pressão arterial e frequência cardíaca materna durante o trabalho de parto não ocorreram em 20,4% (83) e 35,7% (145) deles, respectivamente. Dos que possuíam esse registro, encontrou-se intervalos superiores a duas horas em 80,3% (253) para pressão arterial e de frequência cardíaca materna em 85,5% (218) deles.

Alterações de pressão arterial e frequência cardíaca materna durante o trabalho de parto são critérios que podem determinar uma transferência materna de serviço, ou mudança de conduta médica e devem ser monitorados a cada hora (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014). Essa avaliação deve ser contínua e deve ser registrada corretamente. Sinais vitais como pulso e pressão fazem parte do rol de parâmetros que devem ser monitorados durante o trabalho de parto, descrevendo as condições maternas (DAVID; XAVIER, 2011).

Outro registro importante para avaliação e conduta obstétrica seria a coloração do liquido amniótico. Entretanto, em 13,8% (56) não se encontrou registros referente ao tipo de líquido encontrado após a ruptura das membranas amnióticas. Vale ressaltar que grande parte dos achados referente a essa informação ocorreu nas fichas do recém-nascido, informação que não esteve registrada no partograma, logo não foi uma informação utilizada na condução do trabalho de parto.

A coloração do líquido amniótico é um fator a ser considerado principalmente em relação à saúde do feto. Este achado deve ser levado em consideração para determinar a conduta realizada logo ao seu nascimento, sendo o líquido amniótico meconial condição associada à necessidade de reanimação neonatal (ALMEIDA; GUINSBURG, 2013).

No período de duas horas logo após o nascimento, segundo os registros, os cuidados relacionados à verificação de pressão arterial e de frequência cardíaca materna não foram encontrados em 40,9% (166) e 71,4% (290) dos prontuários, mesmo que em 62,1% (252) dos prontuários apontassem uso de alguma droga uterotônica no puerpério imediato.

Outro achado curioso que não houve registro de avaliações no pós-parto imediato referente à involução uterina em 27,1% (110) dos prontuários e de

sangramento vaginal para 10,6% (43) deles, período este onde pode ocorre hemorragia graves.

Logo após o nascimento deve-se realizar a avaliação e registro dos sinais vitais como pulso, temperatura e pressão arterial, além de avaliar a involução uterina e a presença de lóquios (ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS, 2014).

Pressão arterial elevada e sangramento aumentado por via vaginal são critérios de gravidade no estado geral da mulher durante seu internamento e devem ser acompanhados, principalmente no pós-parto imediato (MINAS GERAIS, 2013).

A hemorragia é a principal complicação no pós-parto imediato e na maioria das vezes está associada á atonia uterina, quando não há contratura uterina (globo de segurança de Pinard). Deste modo o tônus muscular é a primeira causa suspeitável em situações de sangramento excessivo por vis vaginal (AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSIANS, 2008).

Além disso, a ergometrina, que é a segunda escolha no controle de hemorragias pós-parto, está associada a uma serie de complicações, devendo a mesmo não ser utilizadas em mulheres com a pressão arterial elevada (AROMIN; PORTO; SOUZA, 2010). Deste modo, a ausência de registros de sinais vitais dificulta essa avaliação, podendo levar a um erro de conduta.

Além disso, quase que 50% dos registros neste período foram realizados por acadêmicos de medicina ou técnicos de enfermagem, podendo suscitar uma avaliação deficitária por parte destes atores, que ou não possuem formação completa ou não possuem essa atribuição no regimento de sua profissão.

Referente ao número de profissionais que acompanharam o trabalho de parto, segundo os registros, em 21,2% (86) deles teve de sete a vinte e dois profissionais que registraram alguma avaliação. Esse quantitativo pode estar relacionado ao fato de uma maternidade ser vinculada a instituições de ensino, ou pode sugerir também internamentos precoces, onde as parturientes acabam ficando por muito tempo aos cuidados do serviço.

Pouco se discute quanto à quantidade de profissionais avaliam a parturiente durante seu trabalho de parto. Estudo realizado em Goiânia identificou uma frequência de mais de 90% dos casos em que até 3 profissionais registraram avaliações nas parturientes (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011).

Um fator que dificultou o levantamento do número de profissionais que avaliaram as parturientes durante o trabalho de parto foi a falta de assinatura ou ilegibilidade da mesma, que juntas somaram mais de 85% de todos os registros de avaliações durante o trabalho. Tal fato dificulta o conhecimento de quem realizou a avaliação para possíveis questionamentos posteriores e até como amparo judicial.

Referente ao registro do profissional que acompanhou o trabalho de parto encontrou-se apenas 1,8% (5) dos registros em que a enfermeira registrou sua avaliação.

No entanto, atualmente busca-se a inserção da enfermeira obstétrica na equipe assistencial para acompanhamento e realização do trabalho de parto, sendo o parto de risco habitual de sua competência (MINAS GERAIS, 2013; BRASIL, 2007d). Importante evidenciar que as maternidades pesquisadas ainda não possuíam no período de estudo serviço de classificação de risco obstétrico, o qual é realizado pela enfermeira.

Revisão sistemática publicada pela Biblioteca Cochrane sugere que a assistência ao parto de baixo risco quando realizada por enfermeiras obstétricas, obstetriz ou parteiras tendem a ter menos intervenções, como episiotomias, parto instrumental, além de maior chance de parto espontâneo, sensação de controle pela parturiente e maior efetividade de iniciar o aleitamento materno. No entanto, não houve diferenciação nos índices de mortalidade materna e neonatal (SANDAL *et al*., 2013).

De forma divergente, contatou-se que apenas 26,3% (105) dos registros demonstrou o enfermeiro como o profissional que assistiu a parturiente no momento do nascimento, ainda que todas as instituições pesquisadas possuíssem enfermeiras obstétricas para realizar essa assistência em todos os períodos.

Mesmo as evidências demonstrando a qualidade da assistência d enfermeiro obstetra, as instituições ainda estão na contramão do modelo a ser recomendado pela Rede Cegonha. Esse resultado pode estar relacionado à dificuldade do enfermeiro em avaliar, ou registrar sua avaliação, pela quantidade de trabalho. Ou pode refletir o fato da avaliação por este profissional não fazer parte do cotidiano institucional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa alcançou o objetivo almejado de **avaliar a atenção perinatal em maternidades de risco habitual em um município do Sul do País.** Além disso, correspondeu ao recomendado pelas políticas nacionais e mundiais, no que se refere à necessidade de se identificar fatores específicos da realidade de uma determinada região, a fim de gerar dados que possam orientar ações e políticas para o alcance dos objetivos do milênio, e posteriormente, que permitam o acompanhamento da sua evolução.

Pôde-se, nesta pesquisa, descrever limitações da atenção perinatal praticada nas maternidades, as quais sugerem lacunas no atendimento ao parto e nascimento, bem como potencialidades para obtenção da qualidade da assistência e, consequentemente, indicadores de mortalidade materna mais favoráveis.

Os resultados favorecem ao leitor uma reflexão crítica sobre o panorama da assistência prestada no ano de 2013 nas maternidades de risco habitual de Curitiba. Tal afirmação se ampara no fato de os partos registrados nos prontuários pesquisados serem, em sua totalidade, atendidos por profissionais de saúde, dentro de instituições que fazem parte do sistema de saúde local. Acrescentado a isto, os partos registrados foram de mulheres classificadas como em gestação de risco habitual e não tiveram nenhuma intercorrência grave no parto e pós-parto.

Entretanto, mesmo perante esse quadro totalmente favorável a uma assistência fundamentada nas boas práticas e com rigor científico, encontraram-se evidências de uma prática obstétrica ainda com resquícios de um modelo de atenção que está na contramão de propostas mundiais e nacionais para o parto humanizado, com respeito a mulher e ao recém-nascido e de acordo com os padrões de qualidade.

Os achados nesta pesquisa desmitificam a ideia de que o parto atendido por profissional da saúde, em um ambiente hospitalar, determine a qualidade da assistência. Logo, apenas a presença de profissional, em tese qualificada, dentro de um serviço de obstetrícia, não determina um atendimento de qualidade. Vale lembrar que hoje, um atendimento de qualidade não é aquele que assegura apenas a vida de mãe e feto, mas sim aquele que é exercido por um profissional que entende o

parto e nascimento como um momento fisiológico, intervindo apenas o necessário à continuidade desse processo, garantindo o respeito e a autonomia da mulher.

Pode-se afirmar que as instituições pesquisadas não seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde quanto às boas práticas ao parto e nascimento, na intensidade em que deveriam, mostrando que a assistência, no ano de 2013, estava aquém do esperado.

Considerando a categoria A, referente a práticas uteis e que devem ser estimuladas, a maioria das recomendações foram seguidas de forma insipiente e frágil. A ausência de determinados registros de avaliações clínicas e informações sobre algumas práticas deixaram a desejar. Apenas práticas como monitoramento fetal intermitente, uso do partograma e uso de ocitocina no pós-imediato convergiram com as recomendações da OMS, sendo pontos favoráveis na assistência ao parto nas maternidades.

No entanto, tais práticas ainda requerem algumas considerações, devido a peculiaridades quanto a sua utilização correta e efetiva. A ausência da descrição do batimento cardiofetal na internação, o preenchimento incorreto do partograma e, ainda, o uso de drogas uterotônicas de segunda escolha merecem uma atenção especial.

Já as práticas prejudiciais e que devem ser eliminadas, relativas à categoria B, foram frequentes, sugerindo que essas possam fazer parte da rotina dos serviços. Deste modo, foi frequente o registro do uso de enema e tricotomia na internação, da infusão de ocitocina de rotina no trabalho de parto, do uso liberal de episiotomia e o do uso rotineiro de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto. Estes achados preocupam pela possibilidade de consequências comprovadamente maléficas. Além disso, muitas dessas práticas não têm alguma fundamentação científica que justifiquem sua utilização.

Entende-se, deste modo, que mesmo com a atual facilidade de aquisição de informação, muitos profissionais ainda atuam em um modelo de assistência ultrapassado e intervencionista. É preocupante pensar que esse modelo possa se perpetuar nas práticas das novas gerações de profissionais.

Ainda que o uso da amniotomia seja recomendado com cautela, em decorrência da carência de estudos mais precisos quanto a sua eficácia, esta prática revelou-se ser comum nas maternidades. Mais preocupante que sua utilização foi a frequente ausência de registros referentes aos aspectos do liquido amniótico, tipo de

ruptura e o período em que ela aconteceu. Sendo assim, pouco se pôde entender da rotina institucional quanto a esse procedimento. No entanto, a ausência de registros sugere certo descaso com tal ação por parte dos profissionais que realizam a assistência.

Segundo os registros relativos à categoria D, as instituições também se utilizaram das práticas de forma inadequada no ano de 2013. Foram realizados de modo frequente o registro de restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto, exames vaginais repetidos e adesão rígida de período de tempo para o segundo estágio do trabalho de parto. Essas práticas são reconhecidas na literatura como vinculadas a uma pior satisfação materna quanto a sua experiência de parto, ou utilização de outros procedimentos (ocitocina, puxo dirigido, ocitocina), aumentando o risco de morbimortalidade materna e neonatal.

O controle da dor por analgesia, e o monitoramento fetal contínuo foram pouco registrados, corroborando como recomendado de não utiliza-la de forma rotineira. Já a prática de transferência rotineira da parturiente no segundo estágio do trabalho de parto, que não é recomendada, também apresentou poucos registros. A pouca quantidade de registros dificultou a compreensão da realização ou não dessas práticas.

Entende-se que o elevado contingente de informações que não apresentaram registro pode causar viés nos resultados. Entretanto, tendo em vista que esta pesquisa se fez em forma de auditoria em prontuário, tomaram-se como base os registros encontrados das práticas obstétricas para avaliação da qualidade da assistência.

Quanto ao Escore de Bologna, até 2014, apenas um estudo na Suécia, um em Camboja e um em Goiânia-BR foram publicados utilizando-se deste método para avaliação da qualidade da assistência ao parto. Constata-se que na literatura internacional há poucos estudos que se utilizaram de indicadores de processo para avaliar a assistência ao parto.

Caracterizando-se como um compilado de recomendações básicas da OMS, o Escore de Bologna permite a compreensão do panorama geral da assistência ao parto de determinado serviço. Entretanto, avalia pontos chaves de uma mudança de postura na assistência que talvez ainda não seja alcançada com facilidade, pois requer uma mudança no modelo obstétrico do Brasil, fato que pode explicar o baixo escore geral alcançado pelas maternidades pesquisadas.

Ainda hoje o contato pele a pele e uso de posições não supinadas são mudanças relacionadas a evidências recentes, que alteram o momento entre mãe e feto, mas também a rotina e organização dos serviços.

Somadas a essa afirmação, práticas mais antigas, com evidências já claras de sua utilização e que deveriam ser realizadas comumente na rotina dos serviços, a ponto de não necessitarem de avaliação, como uma correta avaliação obstétrica, diagnóstico de trabalho de parto ativo, registro do acompanhamento, entre outras, não alcançaram um patamar de qualidade, em 2013.

Ainda que os achados encontrados não sejam piores que os do estudo realizado em Goiânia, os resultados encontrados nas maternidades de Curitiba perante o Escore de Bologna foram piores que os achados de países subdesenvolvidos, no caso Camboja, demonstrando um déficit na assistência local.

Esse escore favorece a visualização das potencialidades e fragilidades, sendo evidentes nos resultados encontrados. O uso do Escore de Bologna pelos serviços deve ser encorajado, a fim de estimar de forma simples e prática a qualidade do processo de assistência ao parto. Entretanto, a compreensão de todos os aspectos da assistência só acontece por meio de estudo mais minucioso, observando além das recomendações da OMS, as rotinas e condutas dentro dos serviços.

Para o alcance da qualidade na assistência, as instituições devem considerar, inicialmente, compreender suas fragilidades, para então planejar mudanças nas rotinas obstétricas. São também necessárias mudanças na postura dos profissionais perante algumas condutas e práticas que são históricas dentro da assistência obstétrica, como é o caso do uso indiscriminado de ocitocina e episiotomia. Práticas estas que são comprovadamente prejudiciais se usadas de forma indiscriminada, mas que há alguns anos eram realizadas de forma rotineira e ainda possuem uma frequência acima do esperado.

Ainda se mostra difícil para os profissionais entenderem o novo modelo proposto pela Rede Cegonha com vistas ao atendimento obstétrico menos intervencionista e mais humanizado. É necessária a compreensão de que o parto ocorre no corpo da mulher, e que a instituição/profissional têm o papel primordial de confortá-la e orientá-la, subsidiando que esse processo seja o mais tranquilo possível. Sendo assim, o momento da intervenção deve se resguardar apenas às situações em que esse processo, realmente, saia da normalidade.

Nessa perspectiva de atendimento, destaca-se o papel da enfermeira obstétrica. A literatura internacional, correlata ao tema, traz evidências quanto a sua capacidade de acompanhamento do trabalho de parto e parto sem o uso de tecnologia dura, abusando principalmente da tecnologia leve. Até porque, é o que lhe compete, de acordo com a legislação profissional.

Nesta pesquisa, a frequência de partos acompanhados e atendidos por enfermeiras obstétricas foi pequena, impedindo conclusões mais especificas quanto a sua atuação nas maternidades pesquisadas. Todavia, este fato, em si, revela uma fragilidade no atendimento na rede de assistência obstétrica nessas instituições.

O papel do médico também se apresenta de forma bem definida dentro do trabalho conjunto, entendendo o serviço na forma de rede, preconizada pela Rede Cegonha. Uma pequena parte das mulheres acaba necessitando de intervenções, e muitas delas apenas o profissional médico está habilitado a realizar.

Ainda que uma intercorrência no parto de risco habitual tenha uma probabilidade pequena de ocorrer, pode-se dizer que quando ela ocorre, é um evento indesejável, significativo e doloroso para a mulher. Por isso é imprescindível que os profissionais estejam capacitados para acompanhar um parto, identificar risco, prever intercorrências e reconhecer a necessidade de procedimento, para que a tomada de decisão segura e qualificada garanta o melhor atendimento à mulher.

Entretanto, a alta frequência da utilização de procedimentos invasivos, como ruptura de membranas e utilização de uterotônicos, e a ausência de registro de avaliações importantes, como dinâmica uterina e plano de DeLee ao exame vaginal, sugerem uma falta de clareza dos profissionais quanto às práticas recomendadas.

Considera-se que o trabalho em conjunto, multiprofissional, seja imprescindível nos serviços de obstetrícia, mas ainda não se alcançou um platô de qualidade. Para que se efetive este modelo de atendimento, todos devem assumir corresponsabilidade com a assistência obstétrica, e o trabalho conjunto e multiprofissional deve fazer parte da cultura organizacional do serviço, e a instituição deve ser a maior potencializadora e fiscalizadora deste processo.

Outro achado que deve ser discutido e implementado entre os serviços, é a padronização de algumas práticas. Nas maternidades pesquisadas foram encontrados nos prontuários vários formulários de avaliação e acompanhamento semelhantes. Contudo, observou-se que havia elementos específicos de cada

instituição que facilitavam ou não o registro e, deste modo, a realização de certas práticas.

Portanto, cada instituição deve ter o seu consenso a respeito de práticas empregadas no serviço, favorecendo que toda a equipe, dentro da sua possibilidade, possa compreender a atender a mulher dentro da filosofia e diretrizes institucionais. A diferença de conduta e ação entre os profissionais pode dificultar a compreensão e continuidade de atendimento da equipe, podendo até gerar risco para a parturiente.

Destaca-se que o padrão de qualidade mundialmente reconhecido na atenção perinatal é o recomendado pela OMS, e vem sendo incorporado nas diretrizes da Rede Cegonha. Mas para que esse padrão de qualidade seja alcançado, fazem-se necessários instrumentos que favoreçam essa nova prática de assistência ao parto.

Municípios como Belo Horizonte e Rio de Janeiro iniciaram esse processo de fortalecimento das práticas obstétricas por meio da construção de manuais ou protocolos de assistência ao parto com a colaboração de organizações profissionais, a fim de fortalecerem as práticas recomendadas segundo as evidências científicas mais atuais.

A opção de coleta de dados desta pesquisa em prontuários possibilitou a percepção da conduta dos profissionais perante o registro dos procedimentos e avaliações. Entretanto, foi observada negligência por parte de algunsdeles nesse sentido.

A revisão dos impressos e a padronização de algumas práticas, como avaliação na internação, poderiam fortalecer a realização das práticas recomendadas para a atenção perinatal, mas também o seu adequado registro. Foi observado que algumas informações imprescindíveis para a garantia de uma assistência de qualidade foram negligenciadas, como a presença do acompanhante e batimento cardiofetal,

Os resultados desta pesquisa, com dados da atenção perinatal em 2013, apontam que as três maternidades de risco habitual de Curitiba necessitam envidar esforços para alcançar padrões de qualidade, segundo o modelo de atenção preconizado pela Rede Cegonha e de acordo com as evidências científicas internacionais relativas às boas práticas de atenção ao pré-parto, parto e puerpério imediato.

Tal fato foi constatado tendo por base a análise das práticas segundo as recomendações da OMS, bem como pelos baixos valores obtidos pelo Escore de Bologna. Evidenciou-se uma elevada frequência de intervenções consideradas prejudiciais em detrimento da baixa frequência das que seriam benéficas. Soma-se a isto, a vasta ausência de registro de inúmeros procedimentos e avaliações que não justificam a qualidade da assistência perinatal nas maternidades pesquisadas. Por conseguinte, supõe-se que os achados são apenas parte do problema, pois talvez as informações que ficaram ausentes trouxessem um panorama diferenciado.

Espera-se que este relatório de pesquisa possa auxiliar na melhoria da assistência perinatal ao fornecer informações relevantes que possam ser utilizadas nas necessárias mudanças nos serviços, pelos gestores municipais e das instituições pesquisadas. Entretanto, ao longo da construção da pesquisa no ano de 2014, com a aproximação com a Secretaria Municipal de Saúde e a observação de algumas mudanças atuais nas maternidades, observa-se que algo já está sendo feito.

Ressalta-se que a busca na qualidade da assistência obstétrica tem impacto na melhoria nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Melhorar a assistência à mulher e ao recém-nascido, garantindo-lhes um atendimento digno e com rigor científico, principalmente ao parto e pós-parto imediato, poderá implicar redução dos números de mortes maternas diretas. Essas mortes, principalmente relacionadas a crises hipertensivas e hemorrágicas no pós-parto, ainda se apresentam de forma frequente, relacionadas a erros de conduta profissional e negligência.

De tal modo, podem ser sugeridas algumas estratégias para potencializar esse processo de mudança, como: o estímulo à contratação de enfermeiras obstétricas, sendo a sua especialização valorizada pelas instituições, entendendo-se que esse profissional tem papel chave na mudança do modelo de assistência; estímulo aos profissionais para realizarem o acompanhamento do trabalho de parto e parto com o uso das evidências científicas, por meio das entidades de classes ou direção das instituições; capacitação dos profissionais na assistência ao parto e ao recém-nascido, a fim de instrumentalizá-los para dar suporte e apoio à parturiente, com competência técnica, incluindo escuta ativa e medidas de controle da dor.

Como uma experiência inigualável, o parto e nascimento simbolizam um momento pontual ao desenvolvimento do ser mulher. E esse momento pode

proporcionar transformações positivas ou negativas para sua relação com a família, filhos e sociedade.

A prática profissional intervencionista no processo de nascimento atropela toda e qualquer subjetividade da mulher, mas facilita o atendimento ao parto para a equipe. Infelizmente, muitas mulheres já passaram por essa experiência e não tiveram a possibilidade de vivê-lo na forma que ele poderia ser.

A assistência ao parto é servir a mulher no seu momento de maior força e fé, no qual o instrumento principal é a paciência e a melhor conduta é prudência.

No acompanhamento do trabalho de parto deve-se atentar às diversas dimensões da mulher, respeitando seu aspecto emocional e evitar a cascata de intervenções que podem, ao invés de produzir resultados positivos, acarretar desfechos irremediáveis à mulher e ao recém-nascido.

Ademais, considera-se relevante, aos profissionais da prática obstétrica, refletirem sobre a concepção de que o parto é um evento do corpo feminino, e que poderia ocorrer, ainda que sem a sua contribuição. Porém, quando esta lhe for requerida, caberia a eles a gratidão pelo fato de a mulher lhes permitir o compartilhar deste momento.

REFERÊNCIAS

ALFIREVIC, Z.; DEVANE, D.; GYTE, G. M. L. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. **Cochrane Database Syst Rev,** London, v. 5, n. CD006066, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728657>. Acesso em: 15/11/2014.

ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. Reanimação neonatal em sala de parto: Documento Científico do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Sociedade Brasileira De Pediatria**. São Paulo, jun. 2013. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/content/userfiles/image/imagebank/prn-sbp-reanimacaoneonatal-atualizacao-1abr2013.pdf>. Acesso em: 05/12/2014.

AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSIANS. **Advanced Life Support in Obsterics**. Kansas, 2008.

AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA**, Recife, v. 38, n. 11, nov. 2010. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav38n11_583-591.pdf>. Acesso em: 13/10/2014.

BEGLEY, C. M. *et al.* Intervention or interference? The need for expectant care throughout normal labour. **Sexual & Reproductive Healthcare**, Dublin, v. 5, n. 4, p. 160-164, dec. 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575614000676>. Acesso em: 15/11/2014.

BERNITZ, S. *et al.* Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. **Midwifery,** London, v. 30, n. 3, p. 364-370, mar. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684697>. Acesso em: 18/10/2014.

BHUTTA, Z. A. *et al.* Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. **The Lancet,** Reino Unido, v. 375, n. 9730, p. 2032- 2044, 11 jun. 2010. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610606782>. Acesso em: 26/11/2014.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República,** Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm> Acesso em: 21/10/2013.

_____. Portaria n. 2.817, de 28 de maio de 1998. Institui a importância da vinculação das informações mãe e recém nascido no Sistema de Informações Hospitalares / SIH-SUS. **Diário Oficial [da] República,** Brasília, DF, 28 maio 1998.

Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8740-2817.html> Acesso em: 04/04/2013.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 223, de 03 de dezembro de 1999. **Diário Oficial [da] República,** Brasília, DF, 03 dez. 1999. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2231999_4266.html>. Acesso em: 15/11/2014.

_____. Portaria n. 569, de 01 de junho de 2000**.** Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. **Diário Oficial [da] República,** Brasília, DF, 01 jun. 2000. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm> Acesso em: 15/03/2013.

_____. Portaria n 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde- NOAS-SUS 01/02. Diário Oficial [da] República,** Brasília, DF, 27 fev. 2002a.

_____. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Lei n. 384, de 04 de abril de 2003. A presente Norma atualiza as condições de gestão estabelecidas na NOB SUS 01/96, explicitando as responsabilidades, os requisitos relativos às modalidades de gestão e as prerrogativas dos gestores municipais e estaduais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 04 abr. 2003.

_____. 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** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 48 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005**. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e da outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em <http://www.atencaoprimaria.to.gov.br/downloads/LEGISLACAO/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Obst%C3%A9trica%20e%20Neonatal.pdf > Acesso em: 20/02/2013.

_____. **Pré-natal e puerpério – Atenção qualificada e humanizada.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Lei n. 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei n^{o} 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 07 abr. 2005.

_____. **Objetivos de desenvolvimento do milênio:** relatório nacional de acompanhamento/coordenação. Supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. – Brasília: Ipea : MP, SPI, 2007a.

_____. **Programa Nacional Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 85 p.

_____. Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 311 de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 08 fev. 2007c.

_____. Resolução da Diretoria Colegiada n. 36 de 03 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 03 jun.. 2008. Disponível em: < http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/f18c7f80474597439fbbdf3fbc4c6735/RDC+N%C2%B0+36,+DE+3+DE+JUNHO+DE+2008.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 21/10/2013.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Departamento de Informática do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/C03b.htm >. Acesso em: 01/09/13.

_____. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 24 jun. 2011a. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/108545-1459.html> Acesso em: 19/03/2013.

_____. **Portal da Saúde**. Site Ministério da Saúde. Brasília: 2011b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236> Acesso em: 20/03/2013.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Prático para Implementação da Rede Cegonha.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

_____. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf> . Acesso em: 08/10/2014.

_____. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2012a. 444 p.

_____. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. 318 p.: il.

_____. **Sistema de Informações sobre Mortalidade.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c. 146 p.

_____. Portaria n. 930, de 10 de Maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 10 maio 2012d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0930_10_05_2012.html> Acesso em: 20/03/2013.

_____. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos: **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 12 dez 2012e.

_____. Lei n. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 10 maio 2012f.

_____. **Rede Cegonha: Balanço das Principais Ações 2011/2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Portaria n 904, de 29 de maio de 2013**.** Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 29 maio de 2013b. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0904_29_05_2013.html> Acesso em: 15/03/2013.

_____. Portaria n 1.020, de 30 de Maio De 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 30 maio 2013c. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html> Acesso em: 15/03/2013.

_____**.** Resolução do Conselho Federal de Medicina n. 1931 de 17 de setembro de 2013d. Aprova o código de ética médica após sua revisão. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 17 set. 2013d.

_____**. Mortalidade Materna no Brasil.** Brasília, 2014a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/documentos-

sobre-o-comite-de-mortalidade-materna/apresentaca_juancortez28maio2013.pdf>. Acesso em: 05/12/2014.

_____**.** Lei n. 371, de 07 de maio de 2014. **Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recémnascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 07 maio 2014b.

BUCHANAN, S. L. *et al.* Trends and morbidity associated with oxytocin use in labour in nulliparas at term. **Aust NZJ Obstet Gynaecol,** Austrália, v. 52, n. 2, p. 173-178, apr. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22384940>. Acesso em: 18/10/2014.

BUGG, G. J.; SIDDIQUI, F.; THORNTON, J. G. Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour. **Cochrane Database Syst Rev.,** London, v. 6, n. CD007123, jun 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23794255>. Acesso em: 18/10/2014.

CASTRO, C. G. S. O. coord. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p. ISBN 85-85676-89-2. Available from SciELO Books <http://books.scielo.org>.

CHALMERS, B.; PORTER, R. Assessing Effective Care in Normal Labor: The Bologna Score. **Birth**, London, v. 28, n. 2, p. 79–83, jun. 2001. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11380378>. Acesso em: 05/12/2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. *et al*. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z.M.A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Ed. FIOCRUZ, 1997, p. 29-47.

COSTA, A. P. *et al.* CONTRIBUIÇÕES DO PRÉ-NATAL PARA O PARTO VAGINAL: PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 548-549, jul. 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n3_pdf/a14v12n3.pdf>. Acesso em: 06/10/2014.

CRUZ, M. M. **Avaliação de Políticas e Programas de saúde: contribuições para o debate**. In Mattos, R. A.; Baptista, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde [versão online]: 2012. p.180-198. Disponível em <www.ims.uerj.br/ccaps> Acesso em: 23/05/13.

CUNNINGHAM, F. G. *et al.* **Obstetrícia de Williams.** 23. ed. Porto Alegre: AMGH, 2012. 1385 p.

CURITIBA. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido.** Curitiba: Editora Secretaria Municipal de Saúde, 2012. 250 p.

_____. **Saúde Curitiba**: Site Secretaria Municipal de Saúde. Curitiba: 2013. Disponível em <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/index.php/programas/mae-curitibana> Acesso em: 20/03/2013.

DAVID, E. C.; XAVIER, E. **Manual técnico sobre assistência ao parto, ao recém-nascido e às principais complicações obstétricas e neonatais.** Misau, 2011. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21003pt/s21003pt.pdf>. Acesso em: 13/10/2014.

DAWOOD, F.; DOWSWELL, T.; QUENBY, S. Intravenous fluids for reducing the duration of labour in low risk nulliparous women. **Cochrane Database of Syst Rev**, London, v. 6, n. CD007715, jun. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23780639>. Acesso em: 18/10/2014.

DEBES, A. K. *et al*. Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review. **BMC Public Health**. Vermont, v. 13, suppl 3, sep. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3847227/>. Acesso em: 18/10/2014.

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**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17/12/2014.

DINIZ, S. Materno-infantilism, feminism and maternal health policy in Brazil. **Reprod Health Matters**, Brasil, 2012; v. 20, n. 39, p. 125-32. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S096880801239616X>. Acesso em: 17/12/2014.

DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. QRB Qual **Rev Bull**, v. 12, n. 3, p. 99-108, 1984.

_____. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med. 1990;114:1115-8.

_____. **Garantia y monitoria de la calidad de la atención médica:** um texto introductório**.** México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1992.

DOWNE, S. *et al.* Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. **Cochrane Database Syst Rev,** London, v. 7, n. CD010088, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857468>. Acesso em: 05/12/2014.

DULEY, L.; BATEY, N. Optimal timing of umbilical cord clamping for term and preterm babies. **Early Hum Dev,** London, v. 89, n. 11, p. 905-908, nov. 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S037837821300220X>. Acesso em: 13/10/2014.

ESPAÑA. **Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal.** Madri: Ministerio de Sanidad y Política Social de España, 2010. Disponível em: <http://www.citeulike.org/group/13020/article/8295346>. Acesso em: 17/11/2014.

FARRAR, D. *et al.* Care during the third stage of labour: a postal survey of UK midwives and obstetricians. **BMC Pregnancy Childbirth**, Dublin, v. 10, n. 23, p. 23, may. 2010. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/23#>. Acesso em: 08/10/2014.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA - FEBRASGO. **Manual de orientação assistência ao abortamento, parto e puerpério.** São Paulo: sem editora, 2010. Disponível em: <http://professor.ucg.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/ASSIST%C3%8ANCIA%20AO%20PARTO,%20PUERP%C3%89RIO%20E%20ABORTAMENTO%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 13/10/2014.

FREY, H. A. *et al.* Medical and Non-Medical Factors Influencing Utilization of Delayed Pushing in the Second Stage. **Am J Perinatology,** New York, v. 30, n. 7, p. 595–600, aug. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23208765>. Acesso em: 05/12/2014.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Goiânia, v. 33, n. 10, p.297-304, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>. Acesso em: 15/11/2013.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas. In: **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIZZO, S. *et al.* Women's Choice of Positions during Labour: Return to the Past or a Modern Way to Give Birth? A Cohort Study in Italy. **BioMed Research International**, Cairo, v. 2014, n. 638093, may 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24955365>. Acesso em: 06/10/2014.

GROSS, M. M.; FRÖMKE, C.; HECKER, H. The timing of amniotomy, oxytocin and neuraxial analgesia and its association with labour duration and mode of birth. **Arch Gynecol Obstet.** v. 289, n. 1, p. 41-48, jan. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23775262?log$=activity>. Acesso em: 18/10/2014.

GUIDI, S. F.; DRONGEK, M. P. A gestão jurídica do risco médico hospitalar. In: PEREIRA, L. F.; GUIMARÃES, F. V. **Direito empresarial: temas atuais.** Curitiba: do autor. , 2010, p. 392-407.

GUPTA, J. K.; HOFMEYR, G. J.; SHEHMAR, M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. **Cochrane Database Syst Rev**, London, v. 5, n. CD002006, 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub3/abstract>. Acesso em: 06/10/2014.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B; BEGHETTO, M. G.. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, Sept. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17/12/2014.

HODNETT, E. D.; DOWNE, S.; WALSH, D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. **Cochrane Database Syst Ver,** London, v. 8, n. D000012, may 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895914>. Acesso em: 05/12/2014.

HODNETT, E. D. *et al*. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev**, Toronto, v. 3, n. 7, 15 jun. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23857334>. Acesso em: 15/12/2014.

HOSPITAL DE CLÍNICAS/UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HC/UFPR. **Site do HC/UFPR**. Curitiba, 2013. Disponível em: <http://www.ufpr.br/portalufpr/maternidade-victor-ferreira-do-amaral/> Acesso em 15/10/2013.

HOSPITAL NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS. **Obra social**. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://www.hnsg.org.br/responsabilidade/obrasocial.html>. Acesso em: 05/12/2014.

HOUWELING, T. A. J., *et al.* **Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries.** Bulletin of the World Health Organization, 85(10), 2007.

IBFAN. **Cenários e Práticas da Humanização do Nascimento no Brasil.** Minas Gerais, 2014. Disponível em: <http://www.ibfan.org.br/documentos/outras/doc-489.pdf>. Acesso em: 05/12/2014.

JONES, L. *et al.* Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. **Cochrane Database of Syst Rev**, v. 3, n. CD009234, mar. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22419342>. Acesso em: 06/10/2014.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

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**, London, v. 7, n. CD005461, 10 jul. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/abstract>. Acesso em: 16/11/2014.

LAWRENCE, A. *et al.* Maternal positions and mobility during first stage labour. **Cochrane Database Syst Rev**, London, v. 10, n. CD003934, out. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24105444>. Acesso em: 06/10/2014.

LEAL, I. *et al.* The Impact of Childbirth on Sexual Functioning in Women With Episiotomy. **Psychology, Community & Health**, North America, v. 2, nov. 2013. Available at: Disponível em: <http://pch.psychopen.eu/article/view/58>. Acesso em: 15/11/2014.

LEAL, M. do C. *et al.* Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl.1, p. S17-S32, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>. Acesso em: 16/11/2014.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. de L. Avaliação da Assistência ao parto em maternidade terciária no interior de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Matern Infant**, Recife, vol. 9, n. 1, p. 59-67, jan-mar, 2009.

MARTINS, C. A.; ALMEIDA, N. A. M.; DE MATTOS, D.V. Parto domiciliar planejado: assistido por Enfermeiro Obstetra. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 27, jul. 2012. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05/12/2014.

MALHEIROS, P. A. *et al.* Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto contexto - enferm.** Santa Catarina, v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/12/2014.

MCDONALD, S. J. *et al.* Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. **Evid-Based Child Health**, London, v. 9, n. 2, p. 303–397, jun. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25404605>. Acesso em: 08/10/2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde / Eugênio Vilaça Mendes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

MINAS GERAIS. **Atendimento Multidisciplinar à Gestante em Trabalho de Parto.** Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp. Minas gerais, 2011. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/HOSPSUS/ProtocoloobstetriciaMG2011__1.pdf>. Acesso em: 18/10/2014.

MOREIRA, M. E. L. *et al*. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 13/10/2014.

NARCHI, N. Z. *et al.* Utilização da "linha púrpura" como método clínico auxiliar para avaliação da fase ativa do trabalho de parto. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 3, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13/10/2014.

OPAS. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), Pan American Health Organization. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência mundial sobre a mulher**. Pequim: ONU, 1995.

_____. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v. 1.

_____. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.** 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. v. 2.

_____. **Nações Unidas: Declaração do Milénio.** Organização das Nações Unidas. Cimeira do Milénio. Nova Iorque**,** 2000.

PARANÁ. **Número Óbito Materno, Nascido Vivo e Razão de Mortalidade Materna – 2010**. Curitiba: Departamento de Vigilância Epidemiológica, 2010.

_____. **Linha Guia: Rede Mãe Paranaense.** Curitiba: Editora Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 56 p.

_____. **Perfil Estadual da Mortalidade Materna Dados analisados e qualificados pelos Comitês.** Curitiba, 2014a. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PerfilEstadualdaMortalidadeMaternadadosanalisadosequalificadospelosComites.pdf>. Acesso em: 05/12/2014.

_____. **Encontro para o Fortalecimento dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Paraná**. Curitiba, 2014b. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Evento_SESA_2_de_junho_CURITIBA.pdf >. Acesso em: 05/12/2014.

PORTO, A. M. F.; AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. **FEMINA,** Recife, v.38, n.10, out. 2010. Disponível em: <http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/artigo_femina_assistencia_ao_parto_parte_I.pdf>. Acesso em: 16/11/2014.

PRATA, N.; BELL, S.; WEIDERT, K. Prevention of postpartum hemorrhage in low-resource settings: current perspectives. **Int J Womens Health,** Texas, v. 2013, n. 5, p. 737-752, nov. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259988>. Acesso em: 08/10/2014.

RANCE, S. *et al*. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? **BMJ Qual Saf**, Loondon, v. 22, n. 3, p. 348-55, 2013. Disponível em: <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2013/02/14/bmjqs-2012-001295.full>. Acesso em: 17/11/2014.

RIO DE JANERO. **Protocolo Assistencial da Enfermagem Obstétrica da Secretaria Municipal SMS/RJ.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/161.pdf>. Acesso em: 05/12/2014.

RYGH, A. B. *et al.* Assessing the association of oxytocin augmentation with obstetric anal sphincter injury in nulliparous women: a population-based, case–control study. **BMJ Open**, London, v. 4, n. 7, jul. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25059967>. Acesso em: 18/10/2014.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS. **National Institute for Health and Care Excellence**, London, v. 37, 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/resources/guidance-postnatal-care-pdf>. Acesso em: 18/10/2014.

SALAM, R. A. *et al.* Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal health. **Reprod Health,** Maryland, v. 11, supl.1:S3, aug. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25177795>. Acesso em: 08/10/2014.

SAMICO, I. *et al*. **Avaliação em Saúde**: Bases conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. 196. p.

SANDALL, J. *et al*. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database of Syst Rev,** London, v. 8, n. CD004667, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23963739>. Acesso em: 15/11/2014.

SANDIN-BOJÖ, A. K.; KVIST, L. J. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. **Birth,** London, v. 35, n. 4, p. 321-328, dec. 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036045>. Acesso em: 05/12/2014.

SANDIN-BOJÖ, A. K. *et al.* Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. **Midwifery**, London, v. 28, n. 6, p. 880-885, dec. 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172744>. Acesso em: 05/12/2014.

SANTOS NETO, E. T. dos *et al* . Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, jun 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04/05/2013.

SERRUYA, S. J. ; LAGO, T. D. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279, jul/set. 2004a.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública,** v. 20; n. 5; p. 1281-1289, set-out 2004b.

SETZ, V. G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22; n. 3; p. 13-17, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a12v22n3.pdf>. Acesso em: 9/10/2013.

SILVA, D. A. *et al.* Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE**, Recife, v. 7(esp), p. 4161-70, maio 2013. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608>. Acesso em: 06/10/2014.

_____, F. M. B. *et al.* Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 47(5), p. 1031-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1031.pdf>. Acesso em: 06/10/2014.

SILVEIRA, A. M. V. **Estudo do campo da psicologia hospitalar calcado nos fundamentos de gestão: estrutura, processos e resultados**. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. 162p. : il.

SMYTH, R. M.; MARKHAM, C.; DOWSWELL, T. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. **Cochrane Database Syst Rev**, London, v. 8, n. CD006167, jun. 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23926074>. Acesso em: 15/11/2014.

SNG, B. L. *et al.* Early versus late initiation of epidural analgesia for labour. **Cochrane Database Syst Rev,** London, v. 10, n. CD007238, jul. 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25300169>. Acesso em: 15/11/2014.

SINGATA, M.; TRANMER, J.; GYTE, G. M. Restricting oral fluid and food intake during labour. **Cochrane Database Syst Rev**, East London, v. 1, n. CD003930, 20 jan. 2013. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003930.pub2/abstract>. Acesso em: 16/11/2014.

SOARES, Vânia Muniz Néquer et al . Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 12, Dec. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012001200002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Feb. 2015. http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012001200002.

UNICEF. **Maternal and newborn health.** United Nations Children's Fund: 2012. Available in <http://www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html> Access in: 06/21/13.

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. **Mortalidade materna cai 43% no Brasil entre 1990 e 2013.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.unasus.gov.br/noticia/mortalidade-materna-cai-43-no-brasil-entre-1990-e-2013>. Acesso em: 05/12/2014.

VIEIRA, C. S. *et al.* Hemorragia puerperal: qual melhor uterotônico para profilaxia? **FEMINA**, Recife, v. 35, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/femina357p437-42.pdf>. Acesso em: 06/10/2014.

VILELA, H. *et al.* Oxitocina endovenosa na profilaxia activa da hemorragia pós-parto em cesariana - Perspectiva Anestésica. **Revista SPA,** Lisboa**,** v. 16, n. 2, abril 2007. Disponível em: <http://www.spanestesiologia.pt/wp-content/uploads/2008/11/16-2-artigo4.pdf>. Acesso em: 06/10/2014.

VICTORA, C. G. *et al*. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**. London, p.32-46, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>. Acesso em: 06/10/2014.

VOGT, S. E.; SILVA, K. S.; DIAS, M. A. B. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 2, apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000200304&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 15/11/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION PARTOGRAPH IN MANAGEMENT OF LABOUR. World Health Organization Maternal Health and Safe Motherhood Programme. **The Lancet,** Reino Unido, v. 343, n. 8910, p.1399-404, 04 jun. 1994. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2894%2992528-3/abstract>. Acesso em: 26/11/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide.** Geneva: World Health Organization, 1996.

_____. **Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course.** Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf>. Acesso em: 17/11/2014.

_____. **WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage.** Geneva: World Health Organization; 2012. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75411/1/9789241548502_eng.pdf >. Acesso em: 17/11/2014.

_____. **Accountability for maternal, newborn and child survival: The 2013 Update.** Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Division of Reproductive Health World Health Organization. WHO, Geneva, 2013.

ZHANG, J. *et al*. Oxytocin Regimen for Labor Augmentation, Labor Progression, Perinatal Outcomes. **Obstetrics and gynecology,** London, v. 118, n. 2, p. 249–256, 2011. Disponível em: < http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21775839> Acesso em: 17/11/2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Instituição: _____ CI**:** _____

Data da coleta:_____ Data internação:_____ Pesquisador: _____

I - IDENTIFICAÇÃO:

Idade: _____anos (99) s/ informação
Profissão:_____ (99) s/ informação
Cor ou Raça: (5) branca (6) negra (7) pardo (8) indígena (9) amarela (99)s/ informação
Escolaridade: (1) nenhuma (2) ensino fundamental incompleto (3) ensino fundamental completo (4) ensino médio incompleto (5) ensino médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo
(8) Pós-graduação Curso_____ (9) outros. Especificar_____ (99) s/ informação
Estado civil: (1) solteira (2) casada (3) viúva (4) separado (5) união consensual (99) s/ informação

II - INFORMAÇÕES OBSTETRICAS

Hora internação: _____horas_____minutos ( ) Am ( )Pm (99)s/informação
Data parto:_____ (99)s/informação
Hora parto: _____horas_____minutos ( ) Am ( )Pm (99)s/informação
Duração trabalho de parto ativo: _____horas _____minutos (99)s/informação
DUM:_____ (99)s/informação IG (pela DUM):_____(99)s/informação
IG (pela USG 1º trimestre):_____ (99)s/informação
Gestações:_____ (99)s/informação Paridade:_____ (99)s/informação
Aborto:_____ (99)s/informação Partos normais:_____ (99)s/informação
Cesarianas:_____ (99)s/informação
Realização de pré-natal: (1) sim (2) não (99)s/informação
Intercorrências no pré-natal: (1) sim (2) não (99)s/informação
Se sim, que tipo de intercorrência:_____

Número total de consultas pré-natal:_____ (99) s/informação
Número de consultas no 1º trimestre: _____ 2º trimestre: _____ 3º trimestre: _____
Ruptura das membranas amnióticas: (1) antes do TP. (2) durante TP (99)s/informação
Tempo da rutura até o parto:_____ (99)s/informação
Tipo de Ruptura: (1) espontânea (2) manual (aminiotomia)
Características do L. Amniótico: (1) claro (2) meconial + (3) meconial ++ (4) meconial espesso
(5) outros. Especificar:_____ (99)s/informação

III - NA INTERNAÇÃO

Diagnóstico na internação: (1) período expulsivo (2) trabalho de parto (3) indução parto
(4) outros. Especificar:_____ (99)s/informação

Realização de tricotomia: (1) sim (2) não (99)s/informação
Realização de enteróclise: (1) sim (2) não (99)s/informação
Tipo de Dieta: (1) zero (2) líquida (3) branda (4) livre (99)s/informação
Verificação de PA: (1) sim. Valor:_____(99)s/informação (2) não (99)s/informação
Verificação da FC: (1) sim. Valor:_____(99)s/informação (2) não (99)s/informação
Verificação da dinâmica uterina: (1) sim. Nº vezes_____ (99)s/informação (2) não (99)s/informação
Verificação da dilatação do colo: (1) sim. Dilatação: _____cm (99)s/informação (2) não (99)s/informação
Verificação apagamento do colo: (1) sim. Apagamento_____% (99)s/informação (2) não (99)s/informação
Ausculta do BCF: (1) sim. Frequência:_____(99)s/informação (2) não (99)s/informação

Soro na internação: (1) sim. Tipo de soro:_____ (99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de ocitocina na internação: (1) sim. Dose:_____ (99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de misoprostol®: (1) sim. Dose:_____ (99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de outros medicamentos: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se uso de outros medicamentos, especificar:_____

IV - TRABALHO DE PARTO

Partograma: (1) presente (2) ausente (99)s/informação. Se presente, quantas avaliações:_____
Anotação da evolução do TP: (1) presente. Nº de vezes:_____ (99)s/informação (2) ausente (99)s/informação
Preenchido corretamente: (1) sim. (2) não (3) incompleto

PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO

Ausculta do BCF: (1) presente. Nº de vezes:_____ (99) s/informação (2) ausente (99)s/informação
Toques vaginais: (1) presente. Nº de vezes:_____ (99)s/informação (2) ausente (99)s/informação
Dinâmica uterina: (1) presente. Nº de vezes:_____ (99)s/informação (2) ausente (99)s/informação
Pressão arterial: (1) presente. Nº de vezes:_____ (99)s/informação (2) ausente (99)s/informação
Frequência cardíaca: (1) presente. Nº de vezes:_____ (99)s/informação (2) ausente (99)s/informação

Quantos profissionais acompanharam o trabalho de parto:
(8) 1 profissional (9) mais de 1 profissional. Quantos?_____ (99)s/informação
Quais foram os profissionais que acompanharam o trabalho de parto:
(8) acadêmico de enfermagem (9) acadêmico de medicina (10) médico residente de GO (11) médico obstetra
(12) enfermeira obstétrica (13) enfermeiro geral (14) outros. Especificar:_____ (99)s/informação

Teve acompanhante durante TP? (1) sim. (2) não (99)s/informação Especificar:_____
Local onde ficou internada durante o TP: (5) pré-parto (6) alojamento coletivo (7) alojamento individual
(8) outro. Especificar:_____ (99)s/informação
Soro durante o TP: (1) sim. Tipo de soro:_____(99) s/informação (2) não (99)s/informação

Uso de ocitocina durante TP: (1) sim. dose:_____(99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de misoprostol® durante TP: (1) sim. dose:_____(99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de outros medicamentos: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se uso de outros medicamentos, especificar:_____
Intercorrências durante TP: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se sim, qual (is)
intercorrências?_____
Uso de técnicas alternativas para o alivio da dor: _____

V - PARTO

Que profissional atendeu o parto: (3) acadêmico de enfermagem (4) acadêmico de medicina
(10) médico residente de GO (11) médico obstetra (12) enfermeira obstétrica (13) enfermeiro geral
(14) outros. Especificar:_____ (99)s/informação

Que profissional deu assistência ao RN na sala de parto: (9) acadêmico de enfermagem (10) acadêmico de medicina
(11) médico residente de GO (12) médico obstetra (13) enfermeiro obstétrica (14) enfermeiro geral
(15) médico residente em pediatria (16) pediatra (17) outros. Especificar:_____
(99)s/informação

Local onde ocorreu o parto: (7) triagem (8) pré-parto (9) quarto (10) sala de parto (11) sala de cesariana
(12) outros. Especificar:_____ (99) s/informação
Tempo de período expulsivo: _____h _____ min (99) s/informação
Acompanhante ao parto: (1) sim. (2) não (99) s/informação Especificar:_____ (99) s/informação
Posição de parto: _____

Realização de analgesia de parto: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se sim, a partir de que momento do trabalho de parto? _____horas de internação _____ cm de dilatação.
Se sim que tipo de anestésico foi usado para analgesia?
Especificar:_____ (99)s/informação Dose:_____ (99)s/informação
Tipo de anestesia realizada para analgesia de parto: (1) raque (2) peridural (3) peridural continua com cateter
(4) geral (5) outros. Especificar:_____ (99) s/informação
Soro durante o Parto: (1) sim. Tipo de soro:_____(99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de ocitocina durante o Parto: (1) sim. dose:_____(99) s/informação (2) não (99)s/informação
Uso de outros medicamentos durante o parto: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se uso de outros medicamentos, especificar:_____ (99)s/informação

Uso de manobras de pressão externa: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Uso de fórceps: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Uso de vacuoextrator: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Realização de episiotomia: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se sim, que tipo de episiotomia: (1) media lateral direita (2) mediana (99)s/informação
Ocorrência de laceração perineal: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se ocorreu laceração, especificar tipo: (1) primeiro grau (2) segundo grau (3) terceiro grau (99)s/informação
Extração da placenta: (1) espontânea (2) manual (99)s/informação
Tempo de dequitação: _____ h _____min (99)s/informação
Realização de curagem ou curetagem: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Foi aguardado o cordão umbilical parar de pulsar: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Tempo de clampeamento do cordão umbilical após o parto: _____ h _____min (99)s/informação

O recém-nascido foi colocado pele a pele com a mãe na sala de parto: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se sim, por quanto tempo: (3) < 30 minutos (4) > 31 minutos (99)s/informação
Intercorrências durante o parto: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Se sim, especificar:_____
APGAR 1:_____ (99)s/informação APGAR 5:_____ (99)s/informação
PESO AO NASCER:_____(99)s/informação
Presença de malformação fetal: (1) sim. (2) não (99)s/informação Se sim, especificar:_____
Recém-nascido encaminhado para:
(5) berçário de baixo risco (6) berçário de alto risco (7) UTI (8) Alojamento conjunto
(9) Outros. Especificar: _____ (99) s/informação
Cuidados realizados com o RN: (1) sim (2) não (99)s/informação Especificar: _____ (99) s/informação

VI. POS-PARTO
Alojamento conjunto: (1) sim (2) não (99)s/informação
Acompanhante durante a internação: (1) sim. (2) não (99)s/informação
Uso de ocitócico no pós-parto: (1) sim (2) não (99)s/informação
Outros medicamentos: (1) sim (2) não (99)s/informação Especificar: _____ (99) s/informação
Inicio da amamentação: (3) sala de parto (4) quarto (99) s/informação
Tempo de internação: _____dias
Intercorrências pos-parto: (1) sim (2) não (99)s/informação Se sim, especificar:_____

VARIÁVEIS COMPONENTES DO ESCORE DE BOLOGNA	**Pontuação**
1. Presença de companhia ao parto.	(1) presente (0) ausente
2. Uso do partograma.	(1) presente (0) ausente
3. Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, fórcips, manobra de Kristeller) ou cesariana de urgência.	(1) presente (0) ausente
4. Parto na posição não supina.	(1) presente (0) ausente
5. Contato pele-a-pele da mãe com o RN, pelo menos 30 minutos na primeira hora.	(1) presente (0) ausente
Escore final	

ANEXOS

ANEXO A – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba
Departamento de Redes de Atenção à Saúde
Programa Mãe Curitibana / Rede Cegonha

Curitiba, 23 de maio de 2013

Ofício nº 92 -2013 / LMC / SMS

Prezada Srª

Vimos por meio deste apresentar os mestrandos Fábio A. Oliveira e Giseli Gaioski Leal vinculados ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPR, orientados pela Profª. Dra Lilian Daisy G. Wolff.

Anexo a este está o anteprojeto de pesquisa avaliativa "Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual Vinculadas ao SUS".

Solicitamos o apoio institucional para a viabilização da pesquisa a ser desenvolvida na sua maternidade.

Na seqüência será encaminhado o projeto já aprovado no Comitê de ética e pesquisa no setor de Ciências da Saúde da UFPR e com análise de viabilidade pelo Comitê de ética da Secretaria Municipal da Saúde.

Esta pesquisa vem de encontro aos princípios e preceitos descritos no Programa Rede Cegonha e no PNH (Programa Nacional de Humanização) do Ministério da Saúde e adotados pela Secretaria Municipal de Saúde.

Certos de contarmos com o seu apoio, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

César Monte Serrat Titton
Diretor

Wagner Aparecido Barbosa Dias
Coordenador

Exma Sra
Dra Solange D. Gildemeister
D.D.Diretora Geral
Maternidade Victor Ferreira do Amaral
Curitiba – PR

ANEXO B – INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Pesquisador(a) Responsável : Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Pesquisador: Fábio André Miranda de Oliveira (mestrando/PPGENF)

Giseli Campos Gaioski Leal (mestrando/PPGENF)

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual vinculadas ao SUS.

Instituição Co-Participante: Centro Médico Comunitário do Bairro Novo

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima citado, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de sua co-responsabilidade como instituição co-participante do projeto de pesquisa, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. É necessário aguardar o parecer final do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, bem como do Comitê de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para início da pesquisa.

Enfª. Tereza Kindra

Diretora Geral

ANEXO C – INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Curitiba, 29 de julho de 2013.

DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Pesquisador(a) Responsável : Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff
Pesquisador: Fábio André Miranda de Oliveira (mestrando/PPGENF)
Giseli Campos Gaioski Leal (mestrando/PPGENF)

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual vinculadas ao SUS.

Instituição Co-Participante: Instituição Maternidade Victor Ferreira do Amaral

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima citado, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de sua co-responsabilidade como instituição co-participante do projeto de pesquisa, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. É necessário aguardar o parecer final do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, bem como do Comitê de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para início da pesquisa.

Sem mais no momento, coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Profª Drª Solange Borba Gildemeister
Diretora Geral do Hospital Maternidade
Victor Ferreira do Amaral da UFPR

Maternidade Victor Ferreira do Amaral
Avenida Iguaçu, 1953 – CEP 80.250-190 – Curitiba/PR
Fone: 3312-5011 – Fax: 3312-5013

ANEXO D – INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

HOSPITAL NS DAS GRAÇAS

MATER DEI

DECLARAÇÃO INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Pesquisador(a) Responsável : Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Pesquisador: Fábio André Miranda de Oliveira (mestrando/PPGENF)

Giseli Campos Gaioski Leal (mestrando/PPGENF)

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Perinatal em Maternidades de Risco Habitual vinculadas ao SUS.

Instituição Co-Participante: Instituição Maternidade Materdei

Declaro ter lido e concordar com o Projeto de Pesquisa acima citado, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, e em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de sua co-responsabilidade como instituição co-participante do projeto de pesquisa, assim como do compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar. É necessário aguardar o parecer final do Comitê de Ética da Universidade Federal do Paraná, bem como do Comitê de Ética em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, para início da pesquisa.

Ir. Geovana Ap.ª Ramos
Diretora Geral

Ir. Geovana Aparecida Ramos

Diretora Geral

ANEXO E – PARECER CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PERINATAL EM MATERNIDADES DE RISCO HABITUAL VINCULADAS AO SUS

Pesquisador: LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 25324513.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 655.372

Data da Relatoria: 16/05/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa de Dissertação de Mestrado proveniente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, dos alunos Giseli Campos Gaioski Leal e Fabio André Miranda de Oliveira, sob orientação da professora Lillian Daisy Gonçalves Wolff. Trata-se de uma pesquisa de avaliação normativa, transversal e abordagem quantitativa, na qual serão descritos aspectos da atenção perinatal das maternidades, relativos à estrutura e processos, no atendimento ao pré-parto, parto e puerpério imediato. A atenção perinatal será avaliada também na perspectiva das usuárias desses serviços, dados estes obtidos a partir da entrevista de 150 puérperas. A avaliação da estrutura e dos processos da atenção perinatal em maternidades de risco habitual bem como a avaliação de usuárias acerca dessa atenção são, segundo os autores do projeto, indispensáveis para o reconhecimento das fortalezas e fragilidades, necessários ao planejamento de ações de melhoria contínua da qualidade da assistência. Os resultados dessa pesquisa de avaliação normativa poderão oferecer informações à gestão do SUS, aos profissionais de saúde, aos usuários, bem como apontar novas estratégias para a obtenção de melhores indicadores de morbimortalidade materno-infantil e aumento da produtividade e eficácia das ações programáticas, assim como apontar para novas necessidades de pesquisa.O projeto foi aprovado pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e tem análise de

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

mérito favorável ao desenvolvimento do mesmo assinada pela professora Luciana Schelder Gonçalves.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar estrutura e processos da atenção ao pré-parto, parto e puerpério imediato.

Avaliar a atenção perinatal na perspectiva das usuárias.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os autores esta pesquisa poderá produzir certo desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento dos participantes a serem entrevistados. Para minimização deste risco buscar-se-á deixar o sujeito o mais à vontade possível, sempre respeitando os aspectos éticos, em cumprimento à Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres serão entrevistadas na maternidade, em sala que garanta privacidade às mesmas.

Como benefícios, aos participantes serão esclarecidas todas as dúvidas que surgirem ao longo das entrevistas, respeitando a opção de encerrarem a sua participação em qualquer momento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância social, que poderá subsidiar importantes ações governamentais, institucionais e dos profissionais envolvidos na área de atenção à gestante e puérpera.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos são apresentados e estão adequados.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Por se tratar de pesquisa envolvendo Instituição da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, o pesquisador poderá iniciar a pesquisa somente após a análise de viabilidade emitida pelo CEP/SMS. Após análise do CEP da SMS, favor anexar o Parecer de Viabalididade no Sistema PB, modo: notificação.

CURITIBA, 21 de Maio de 2014

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280
Bairro: 2ª andar **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br