

## ■ Artigo Original

# O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades

*The use of Bologna Score to assess normal labor care in maternities*

*La utilización de la Puntuación de Bolonia para la evaluación del parto normal en maternidade*



Fabio André Miranda de Oliveira<sup>a</sup>  
Giseli Campos Gaioski Leal<sup>a</sup>  
Lillian Daisy Gonçalves Wolff<sup>a</sup>  
Luciana Schleder Gonçalves<sup>a</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56940>

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar a assistência ao parto e ao nascimento em maternidades de risco habitual em uma capital do sul do Brasil.

**Método:** Trata-se de uma pesquisa avaliativa, retrospectiva, quantitativa, desenvolvida em três maternidades. As variáveis relativas ao Escore de Bologna (presença de acompanhante; uso de partograma; ausência de estimulação ao trabalho de parto; parto em posição não supina; contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido) foram coletados em 406 prontuários, tabulados em planilhas eletrônicas e submetidos à análise de frequência simples. A coleta foi realizada de junho a setembro de 2014.

**Resultados:** As pontuações atribuídas variam de 0 a 5, de acordo com a realização ou não da prática. Obtiveram-se pontuações: 0 (7%); 1 (44,1%); 2 (40,4%); 3 (12,1%), 4 (2,5%), e 5 (0,2%).

**Conclusão:** Nas maternidades de risco habitual avaliadas, o atendimento ao parto e ao nascimento não corresponde aos padrões recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

**Palavras-chave:** Avaliação em saúde. Parto normal. Mortalidade perinatal. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

## ABSTRACT

**Objective:** To assess care during labor and delivery in habitual risk maternity units in a capital in southern Brazil.

**Method:** It is an evaluation research, retrospective, quantitative, developed in three hospitals. The variables relating to the Bologna Score (presence of a companion, use of partograph, absence of stimulation to labor, delivery in non-supine position; skin-to-skin mother with newborn) were collected in 406 records, tabulated in spreadsheets and submitted to simple frequency analysis. Collection lasted from June to September 2014.

**Results:** The assigned scores range from 0 to 5, according to the performance or not of practical activities. The following scores were obtained: 0 (7%); 1 (44,1%); 2 (40,4%); 3 (12,1%), 4 (2,5%), e 5 (0,2%).

**Conclusion:** In the usual risk maternities evaluated, the labor and birth care provided do not match the standards recommended by the World Health Organisation.

**Keywords:** Health evaluation. Vaginal delivery. Perinatal mortality. Millennium Development Goals.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el trabajo de asistencia al parto y nacimiento en los centros de maternidad de riesgos habituales en una capital del sur de Brasil.

**Métodos:** Se trata de una investigación de evaluación, retrospectiva, cuantitativa, desarrollada en tres centros de maternidad. Los datos relativos al Puntuación de Bolonia fueron recogidos en 406 partes médicos (presencia de compañero, uso de partograma, ausencia de estimulación al trabajo de parto, el parto en posición no supina y el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido). La toma de datos fue realizada desde junio hasta septiembre de 2014.

**Resultados:** Los puntajes asignados que van de 0 a 5, de acuerdo con el cumplimiento o no de la práctica. Se obtienen puntuaciones: 0 (7%); 1 (44,1%); 2 (40,4%); 3 (12,1%), 4 (2,5%), y 5 (0,2%).

**Conclusión:** En los centros de maternidad de riesgos habituales evaluados predominan los nacimientos que no corresponden a los estándares recomendados por la Organización Mundial de la Salud.

**Palabras clave:** Evaluación en salud. Parto normal. Mortalidad perinatal. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

<sup>a</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curso de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

Avanços no modelo de atenção à saúde da mulher são viabilizados quando o modelo de atenção biologicista, focado no sistema reprodutor feminino, é aprimorado por outro que valorize também os determinantes da sua saúde, como os fatores epidemiológicos, socioeconômicos e culturais, entre outros, e que possibilite um atendimento humanizado e integral à mulher, em todas as fases do seu ciclo de vida.

Nesta perspectiva, o indicador de mortalidade materna é uma *proxy* da qualidade de vida de uma determinada população, uma vez que se relaciona, diretamente, a mortes precoces e evitáveis, que atingem principalmente mulheres de baixo poder aquisitivo e, conseqüentemente, com menor acesso aos bens sociais<sup>(1)</sup>.

Entende-se a morte materna como a morte da mulher na gravidez, aborto, parto; ou ocorrida até 42 dias de após o parto ou aborto, independentemente da localização e duração da gestação. Essa morte é atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gestação ou por condutas tomadas perante ela<sup>(2)</sup>.

Como um problema mundial, a redução da mortalidade materna constitui o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio – ODM<sup>(2)</sup>. No Brasil, nas últimas décadas, observou-se uma redução significativa na mortalidade materna, embora outros indicadores importantes, como os de óbitos neonatais, apresentaram uma diminuição aquém do esperado<sup>(1)</sup>. A meta do governo brasileiro é reduzir a Razão de Mortalidade Materna – RMM em três quartos entre 1990 e 2015, para um valor igual ou inferior a 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos<sup>(2)</sup>.

Preocupada com a assistência aos cerca de 136 milhões de partos que ocorrem anualmente em todo o mundo, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu um protocolo sobre os cuidados a serem realizados em circunstância normal de nascimento, enfatizando que os objetivos do cuidado intraparto são alcançar uma assistência adequada e segura à mãe e à criança, usando o mínimo possível de intervenções<sup>(3-4)</sup>.

Países como a Suécia, o qual se utiliza dessas recomendações, a grande parte dos partos de risco habitual são atendidos por enfermeiros obstetras. Estas são adequadamente qualificadas e preparadas para assistir a mãe e o recém-nascido em serviços de baixa complexidade, encaminhando quando necessário<sup>(4)</sup>.

Tal protocolo tem como objetivo padronizar a condução do trabalho de parto e parto em todo o mundo. Conseqüentemente, trata de quatro categorias de procedimentos: A – Úteis e que devem ser incentivados; B – 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<sup>(3-4)</sup>.

O documento “*Countdown to 2015 decade report (2000–10): taking stock of maternal, newborn, and child survival*” descreve a necessidade de se produzir informações para guiar ações e políticas para o alcance dos Objetivos do Milênio, além de desenvolver métodos para acompanhar o progresso dessas ações<sup>(5)</sup>.

Ressalta-se que a mudança nos indicadores de muitos países ocorreu por meio da mudança de modelo de assistência obstétrica, levando em consideração as recomendações da Organização Mundial da Saúde<sup>(5)</sup>. Nesta nova perspectiva, o enfermeiro obstetra se mostra fundamental na melhoria do atendimento às mulheres durante o parto e nascimento.

Já em 2000, como estratégia para avaliar a qualidade dessa assistência, a Organização Mundial da Saúde havia proposto um indicador denominado Escore de Bologna. Ao congregar as recomendações da Organização Mundial da Saúde, este Escore baseia-se na concepção de que o parto é um evento fisiológico do corpo feminino. Sua finalidade é indicar como o parto normal é conduzido em um determinado serviço de obstetria<sup>(6)</sup>.

Tal ferramenta, tendo por base o uso da tecnologia de forma adequada, avalia as condutas e práticas nos serviços obstétricos de acordo com as evidências científicas mais recentes<sup>(6)</sup>.

O Escore de Bologna é constituído por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o parto; 2) Presença de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino, episiotomia) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórceps 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)<sup>(4,6)</sup>.

Para cada medida é atribuída uma pontuação: “1”, se presente, e “0”, se ausente. Como resultado final, tem-se a somatória das pontuações de todas as medidas. A pontuação máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto, e a pontuação “0” corresponde a um parto mal conduzido. Pontuações entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência<sup>(4,6)</sup>.

Para a Organização Mundial da Saúde, a qualidade de assistência prestada ao parto e nascimento é adequadamente avaliada quando se realiza a análise utilizando-se o Escore de Bologna associado aos indicadores ‘porcentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana eletiva’ e ‘porcentagem dos partos acompanhados por um profissional de saúde’. Deste modo, a qualidade de assistência ao parto é considerada máxima quando se encontra associação de baixas

porcentagens de cesarianas eletivas e/ou induções de parto, assim como altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto Escore de Bologna<sup>(3-4)</sup>.

O Escore de Bologna é a primeira tentativa concreta de se quantificar e avaliar a qualidade de assistência ao parto normal e nascimento, podendo ser a ferramenta que faltava no processo de avaliação e comparação da assistência ao parto em todo o mundo, de uma forma eficaz<sup>(6)</sup>.

Nesta pesquisa o objeto de estudo são as práticas realizadas pelos serviços na assistência ao parto e nascimento, associadas à condição gestação de risco habitual. Partiu-se do pressuposto que esta assistência requer práticas fundamentadas em evidências, realizadas com rigor científico, a fim de que mulheres recebam avaliações e cuidados planejados, seguros e de qualidade.

Portanto, a questão problema deste artigo foi assim enunciada: as maternidades de risco habitual do SUS de Curitiba cumprem recomendações de melhores práticas no processo de assistência ao parto e nascimento?

Para respondê-la, a pesquisa se conduziu com vistas ao alcance do seguinte objetivo: Avaliar a assistência ao parto e nascimento em maternidades de risco habitual em uma capital do Sul do País. Para tanto, propôs-se a aplicação do Escore de Bologna como método de procedimento para a avaliação.

## ■ MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa avaliativa, transversal, retrospectiva e de abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em três maternidades, as quais foram codificadas como A, B e C, que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) às gestantes de risco habitual vinculadas ao Programa Mãe Curitibana, do Município de Curitiba-PR. O nome das mesmas foi preservado por meio da codificação.

Dados de identificação e os relativos às medidas componentes do Escore de Bologna foram coletados de 406 prontuários de puérperas atendidas no parto normal na maternidade

De acordo com o número total de partos normais atendidos nas três maternidades no ano de 2013 (n=6011), e a proporção de atendimento em cada uma delas (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, sendo coletado nas maternidades A, B e C respectivamente, 126, 200 e 80 prontuários.

Para cada maternidade foi dividido o número de prontuários pelo número de meses em 2013 (no caso da Materni-

dade C apenas dez meses, pois antes de março estava sob outra direção), 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, qualquer viés na seleção dos prontuários. Após, eram analisados apenas os prontuários que primeiramente se encaixavam nos critérios de inclusão, até se obter 10 prontuários por dia de coleta de dados.

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; cujos recém-nascidos estiveram internados com elas no AC.

A coleta de dados, referentes aos prontuários de 2013, durou de junho a setembro de 2014, os quais foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas (Excel) e submetidos à análise de frequências, posteriormente.

O projeto da pesquisa foi elaborado, respeitando os preceitos éticos, de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12<sup>(7)</sup>, e aprovado, em maio de 2014, sob o CAAE: 25324513.0.0000.0102.

## ■ RESULTADOS

Os resultados são descritos, primeiramente, segundo cada padrão e sua frequência por instituição, seguidos das pontuações totais para as três maternidades, provenientes da somatória dos padrões de todas elas.

O padrão 'presença de acompanhante' não foi registrado em 83,3% (338) dos prontuários. Nos 16,7% prontuários em que foi registrada esta presença (68), obteve-se que 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 igual a 1.

Em relação ao uso do partograma, este documento esteve ausente em 1,5% (6) dos 406 prontuários, os quais receberam pontuação 0; e esteve presente em 98,5% (400) deles, recebendo pontuação 1. As instituições 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 ao trabalho de parto não foi atendido em 69% (280) dos prontuários. 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% dos prontuários não foi identificado registro referente ao padrão posição de parto não supina. Apenas a instituição B apresentou 3,2% de registros referentes a este padrão, enquanto que as maternidades A e C tiveram 100% de ausência de registros relativos a posições de parto.

Por fim, o contato pele a pele entre mãe e recém-nascido em sua primeira hora de vida não foi registrado em 75,1% (305) dos 406 prontuários analisados. O atendimento a esse padrão foi pontuado quanto foi encontrado o 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 compreensão, os escores finais do Escore de Bologna para todos os partos atendidos nas três maternidades foram sintetizados no Gráfico 1.

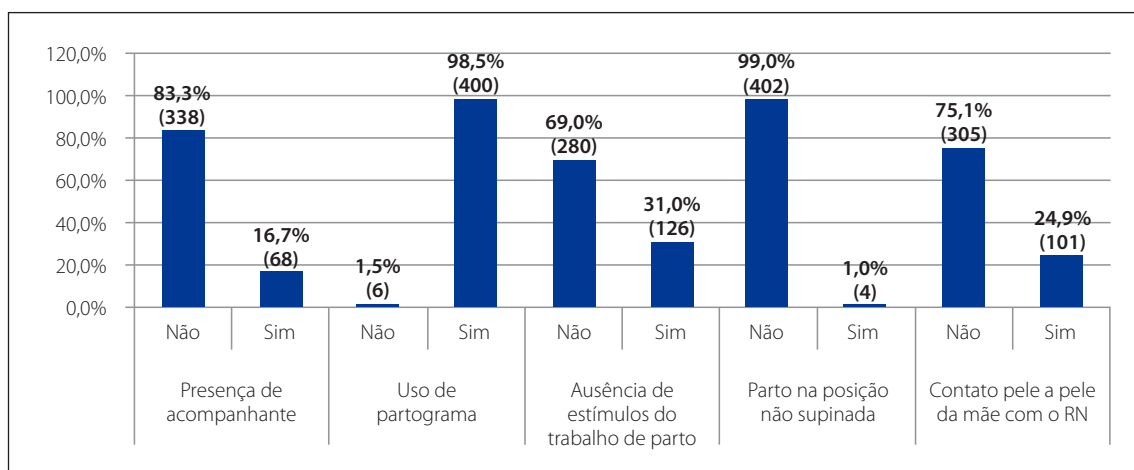
Com relação a essas pontuações do Escore de Bologna, quando contabilizados por instituição, a maternidade A obteve Escores finais de 1 e 2, em 78,7% (63) e 21,3% (17) dos partos, respectivamente, de acordo com os registros dos seus 80 prontuários pesquisados. Já a instituição B, entre os 126 prontuários 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.

Na análise conjunta das instituições, no Gráfico 2 apresentam-se as pontuações gerais do Escore de Bologna para os 406 partos.

## ■ DISCUSSÃO

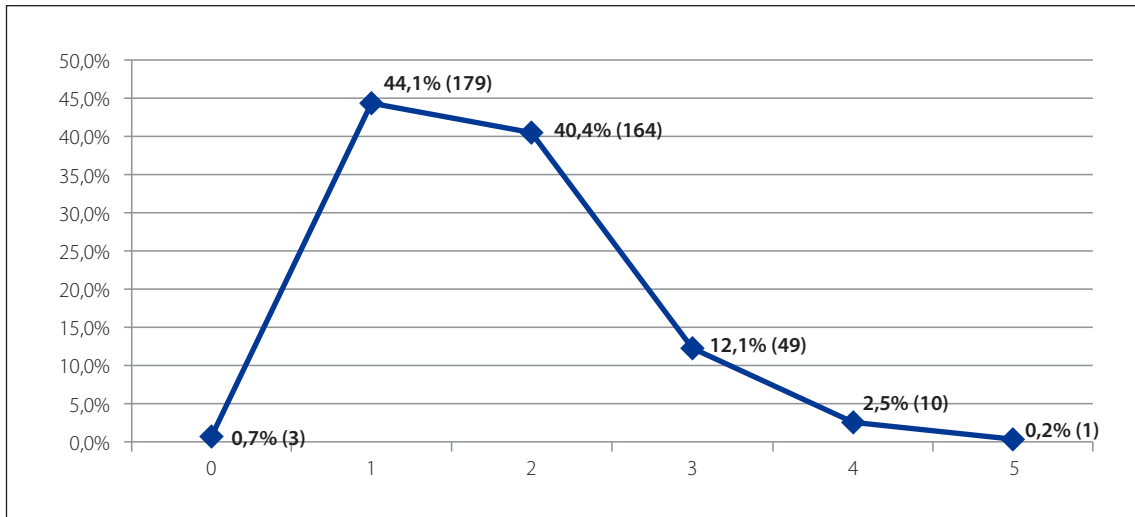
Com o intuito de avaliar a atenção perinatal em maternidades de risco habitual, o Escore de Bologna foi utilizado para a estimativa da qualidade da assistência ao parto, por ser considerado pela Organização Mundial da Saúde um índice que contempla critérios imprescindíveis a uma assistência perinatal qualificada. Esse escore 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<sup>(4,6)</sup>.

Até 2014, quanto ao Escore de Bologna, apenas um estudo na Suécia, um em Camboja e um em Goiânia-BR foram publicados mediante este método para avaliação da qualidade da assistência ao parto. Consta-se que na literatura



**Gráfico 1** – Padrões de qualidade do Escore de Bologna, maternidades de risco habitual, Curitiba-PR, 2013

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.



**Gráfico 2** – Pontuações do Escore de Bologna para os partos das maternidades de risco habitual, Curitiba-PR, 2013

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

internacional há poucos estudos que se utilizaram de indicadores de processo para avaliar a assistência ao parto.

As frequências encontradas no conjunto das maternidades para o atendimento de cada variável ou padrão de qualidade analisados foram as seguintes: 16,7% para presença de acompanhante, 98,5% 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.

Quanto à presença do acompanhante, estudos revelam que mulheres que receberam este apoio durante o trabalho de parto e nascimento apresentaram uma propensão maior para partos vaginais mais curtos e espontâneos, e foram menos susceptíveis à utilização de analgesia, além de melhores relatos de insatisfação com a experiência do nascimento<sup>(8)</sup>.

Assim, a presença do acompanhante junto à parturiente é considerada uma intervenção efetiva para um melhor resultado para mãe e bebê, com repercussão favorável à satisfação da mulher<sup>(9)</sup>. Este direito se respalda na Lei no 11.108/05, garantindo as parturientes à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério em serviços de saúde<sup>(10)</sup>.

Referente ao partograma como um indicador de processo, a sua utilização no acompanhamento do trabalho de parto pode servir para avaliar a qualidade da assistência ao parto normal<sup>(5)</sup>. Contribuindo para o fornecimento de uma visão geral do trabalho de parto, o uso do partograma possibilita ao profissional da assistência obstétrica, identificar desvios do bem estar materno e fetal e da evolução do parto<sup>(11)</sup>.

Para o estímulo ao trabalho de parto, o uso de ocitocina durante o trabalho de parto e a realização de episiotomia

foram os mais frequentes. Protocolo de Minas Gerais (2011), estado referência na implementação da Rede Cegonha no país, descreve que o uso de ocitocina não deve ocorrer de forma rotineira, resguardando essa prática em casos de disfunção da contratilidade uterina<sup>(12)</sup>.

Em estudo com mulheres com partos ocorridos entre 1998 a 2008 foi observado aumento significativo de administração de ocitocina por acesso venoso, sendo este de 36,5% para 45,4%, respectivamente. O uso deste uterotônico foi relacionado ao aumento de partos instrumentalizados, utilização de episiotomia, analgesia e realização de cesarianas de emergência. Recomenda-se que se realize avaliação acurada da progressão do trabalho de parto, garantindo o uso cauteloso e monitorado da ocitocina, com vistas à minimizar a morbidade materna e neonatal<sup>(13)</sup>.

Revisão de literatura indexada no PubMed e na Cochrane evidenciou diversos malefícios da episiotomia. Os autores referem que esta prática não previne a ocorrência de laceração perineal ou incontinência urinária, no entanto, pode resultar em trauma perineal mais grave do que se não realizada. A redução das taxas de sua utilização está diretamente relacionada a melhor satisfação materna, além de redução de dor no puerpério. Assim, a episiotomia deve ser realizada de forma restrita e seletiva, pois sua utilização indiscriminada demonstra uma interferência à fisiologia do parto. A adoção de posições verticais pode influenciar na diminuição das taxas de episiotomia<sup>(14)</sup>.

A sensação dolorosa experimentada pela mulher no processo de parto está relacionada a fatores fisiológicos e psicológicos, podendo sua intensidade variar devido a características individuais. O uso de posições não supinas durante o trabalho

de parto está relacionado ao controle e diminuição da dor. Consequentemente, posições verticalizadas podem favorecer o relaxamento da pelve e diminuir as sensações dolorosas durante o parto. Facilitam também a liberdade de movimento e a flexibilização do quadril (movimento para frente, para traz ou circular), as quais ajudam na rotação da apresentação fetal, facilitando a evolução do trabalho de parto<sup>(15)</sup>.

Corroborando com esta afirmação, resultados de estudo de coorte observacional italiano, com 225 mulheres, demonstraram que a adoção de posições verticalizadas pode atuar positivamente no processo de parto e nascimento. Deste modo, podem reduzir dor materna, o número de partos instrumentalizados (uso de fórceps) e de cesarianas, as taxas de episiotomias; e favorecem a integridade do periné e a correta rotação occipital do feto, internamente<sup>(16)</sup>.

Em outros estudos houve evidências de que o uso de decúbito dorsal foi uma intervenção frequente na maioria dos atendimentos ao parto e responsável por reduzir as pontuações relacionadas aos padrões de assistência perinatal. A frequência desta posição sugere uma prática comum no serviço, quando não ocorre incentivo por parte dos profissionais para a adoção de outras posições no trabalho de parto e no nascimento<sup>(4,6)</sup>.

Com relação ao último padrão avaliado pelo Escore de Bologna, a Organização Mundial da Saúde recomenda o contato pele a pele, imediatamente após o parto, com a finalidade de prevenir a hipotermia no recém-nascido – RN e favorecer o vínculo entre ele e a mãe. Portanto, o RN ativo deve ser colocado em contato direto sobre o abdômen ou tórax materno e protegido por um cobertor seco e aquecido. Deve-se postergar os procedimentos de rotina a fim de que se prolongue esse contato, além de estendê-lo ao máximo durante o internamento<sup>(17)</sup>.

O contato pele a pele entre mãe e bebê favorece, ao recém-nascido, a manutenção do equilíbrio acidobásico, além de ajuste ao movimento respiratório e choro. Esta prática favorece também o estímulo à atenção materna, influenciando no aleitamento materno efetivo, imprescindível ao desenvolvimento do recém-nascido<sup>(18)</sup>.

A partir de maio de 2014, a Portaria Ministerial nº 371 instituiu as diretrizes para a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no SUS, recomendando aos profissionais que atendem ao RN assegurarem o contato pele a pele entre o binômio mãe e filho, de forma imediata e contínua. Tal fato favorece que os profissionais aproveitem o momento para estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães soro positivas<sup>(19)</sup>.

As baixas frequências relativas aos cinco padrões de qualidade sugerem que as instituições não seguiram as práticas recomendadas e embasadas em evidências científicas

na assistência ao parto e nascimento relativas ao Escore de Bologna no período de coleta de dados.

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.

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 pontuação 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. Resultados inferiores ao encontrado em estudo no Camboja, no qual a frequência de partos com pontuação 0 ocorreu em 6% (1) da amostra<sup>(20)</sup>.

Entretanto, como fragilidade das instituições, os registros demonstraram frequências baixas – 12,1% (49); 2,5% (10) e 0,2% (1), referentes às pontuações 3, 4 e 5, respectivamente. Pontuações de 3 a 5 caracterizam assistência que utilizou três ou mais práticas benéficas ao atendimento ao parto, o que demonstra certa qualidade na assistência realizada nas 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, pontuações 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<sup>(20)</sup>.

Nesta pesquisa obteve-se resultado diferente dos encontrados no estudo em maternidades de Goiânia, no qual os autores verificaram que em mais de 70% dos atendimentos obstétricos aos partos foram atribuídas pontuações menores ou iguais a 1, segundo os registros encontrados naquele estudo<sup>(4)</sup>. Os achados desta pesquisa demonstram que assistências ao parto com pontuações menores ou iguais a 1 apareceram em menos da metade dos prontuários, 44,8%.

Por outro lado, estudo sueco em 36 maternidades, em 2008, que validou a proposta do Escore de Bologna para a mensuração da qualidade da assistência ao parto e nascimento, já demonstrava a oferta de uma assistência qualificada naquele país. Tal fato demonstrou-se nos achados, sem encontrado pontuação 5, em 22,7% dos atendimentos pesquisados<sup>(6)</sup>. Ao compararmos esta pesquisa, os achados



se mostraram ínfimos, uma vez que apenas 0,2% dos 406 prontuários contemplaram registro da presença dos cinco padrões de qualidade do escore utilizado.

A lacuna encontrada entre os resultados dos dois estudos supracitados, é resultado de anos de atraso em investimento quanto à assistência ao parto. A mudança de modelo de assistência prevista pelas políticas atuais, que prevê ações baseadas em evidências científicas e respeito à figura feminina, requer investimentos que vão muito além do financeiro. A mudança necessária requer um investimento educacional e filosófico que ainda não se têm condições de oferecer.

Evidenciou-se que mais de 85% dos registros dos prontuários apresentaram em sua assistência ao parto apenas uma ou duas práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde. 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 é exigido das instituições que prestam serviços ao SUS afim de que ocorra o pagamento pelo atendimento realizado, devendo estar anexado junto ao prontuário de cada paciente.

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

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso do Escore de Bologna possibilitou a avaliação da atenção perinatal em maternidades de risco habitual de uma capital do sul do Brasil. Os resultados obtidos favorecem ao leitor uma reflexão crítica sobre o panorama da assistência prestada no ano de 2013.

Evidenciou-se que a prática obstétrica ainda se apresenta com características 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 recomendados de qualidade.

Vale ressaltar, que as políticas de assistência ao parto, mundiais e nacionais, incentivam cada vez mais a participação do enfermeiro obstetra como peça fundamental na mudança de modelo de assistência. Apesar de se utilizar de tecnologias leves, como a ausculta ativa, e possuir outros instrumentos à assistência ao parto, o enfermeiro obstetra ainda não tem uma atuação intensa na assistência a essas mulheres de baixo. Além de incentivos políticos, esta atuação é respaldada pelo seu órgão de classe. Em alguns sistemas

de saúde, a assistência a gestantes de baixo risco é realizada exclusivamente pelo enfermeiro especializado na área.

Ressalta-se o fato de os partos registrados nos prontuários pesquisados serem, em sua totalidade, atendidos por profissionais de saúde e ocorridos dentro de instituições que fazem parte do sistema de saúde local. Ainda, soma-se a classificação das gestações de risco habitual das mulheres registradas.

Os achados 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, não determina um atendimento de qualidade.

Vale lembrar que, atualmente, considera-se que uma assistência 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.

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.

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 estudos mais minuciosos, que observem além das recomendações da Organização Mundial da Saúde, as rotinas e condutas dentro dos serviços.

Ressalta-se que a busca da qualidade da assistência obstétrica tem impacto na melhoria nos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal. Deste modo, tem-se um instrumento que vem ao encontro das ações que tangem o alcance dos objetivos do milênio.

A falta de outros estudos que possam trazer mais padrões comparativos de avaliação foi uma limitação para esta pesquisa, tendo em vistas a necessidade de parâmetros que possam mostrar o que é bom.

Como contribuição, esta pesquisa demonstra uma nova possibilidade para avaliar e acompanhar, de modo geral, as ações e práticas realizadas nas instituições de assistência obstétricas brasileiras. Sugere-se, portanto, a utilização deste escore em outras instituições, a fim ava-

liar o modelo de assistência ao parto e nascimento. Deste modo, pode-se identificar se as instituições atuam segundo as boas práticas da Organização Mundial da Saúde, favorecendo assim a melhoria da qualidade da assistência e, proporcionalmente, o alcance aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

## ■ REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília (DF); 2012.
2. Presidência da República (BR), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Objetivos de desenvolvimento do milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília (DF); 2007.
3. World Health Organization (CH). Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996.
4. Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. Rev Bras Ginecol Obstet [Internet]. 2011 [citado 2014 fev 15];33(10):297-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n10/05.pdf>
5. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, Berman P, Boerma T, Bryce J, et al. Countdown to 2015 decade report (2000-10): taking stock of maternal, newborn, and child survival. The Lancet [Internet]. 2010 [citado 2014 fev 15];375(9730):2032-44. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673610606782>
6. Sandin-Bojò AK, Kvist LJ. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. Birth [Internet]. 2008 [citado 2014 fev 15];35(4):321-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19036045>
7. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
8. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 15]; 7:CD003766. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/epdf>
9. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RSM, Torres JA, Dias MAB, Scheck CA. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2014 fev.15];30(1):140-53. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=pt&nrm=iso)
10. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.067/GM de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2005 jul 6;142(128 Seção 1):25-30.
11. Lavender T, Hart A, Smyth RMD. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 15];7:CD005461. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005461.pub4/epdf>
12. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (BR), Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG. Atendimento multidisciplinar à gestante em trabalho de parto: protocolos clínicos. Belo Horizonte; 2011.
13. Bernitz S, Oian P, Rolland R, Sandvik L, Blix E. Oxytocin and dystocia as risk factors for adverse birth outcomes: a cohort of low-risk nulliparous women. Midwifery [Internet]. 2014 [citado 2014 fev 15];30(3):364-70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23684697>
14. Begley CM. Intervention or interference? the need for expectant care throughout normal labour. Sex Reprod Healthc [Internet]. 2014 [citado 2014 fev 15];5(4):160-4. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877575614000676>
15. Silva DA, Ramos MG, Jordão VDV, Silva, RAR, Carvalho JBL, Costa MMN. Uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor durante o trabalho de parto normal: revisão integrativa. Rev Enferm UFPE [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 15];7(esp):4161-70. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf\\_2608](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/2582/pdf_2608)
16. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? a cohort study in Italy. Biomed Res Int [Internet]. 2014 [citado 2014 fev 15];2014:638093. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4052104/pdf/BMRI2014-638093.pdf>
17. National Institute for Health and Care Excellence (UK). Intrapartum care for healthy women and babies [Internet]. London: 2014 [citado 2015 maio 15]. Chapter 1. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/1-recommendations>
18. Moreira MEL, Gama SGN, Pereira APE, Silva AAM, Lansky S, Pinheiro RS, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2014 [citado 2014 fev 15];30(supl. 1):S128-39. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
19. Ministério da Saúde (BR). Lei nº. 371, de 07 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, 2014 maio 8;151(86 Seção 1):50-1.
20. Sandin-Bojò AK, Hashimoto M, Kanal K, Sugiura Y. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. Midwifery [Internet]. 2012 [citado 2014 fev 15];28(6):e880-5. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172744>

## ■ Endereço do autor:

Fabio André Miranda de Oliveira  
Rua Barão do Cerro Azul, 3059/409/bl. 4, Bom Jesus  
83.025-140 São José dos Pinhais – PR  
E-mail: fabio\_amoliveira@hotmail.com

Recebido: 21.07.2015

Aprovado: 25.11.2015