

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”  
Faculdade de Medicina de Botucatu  
Departamento de Enfermagem**

**Tabata Martins Baicere Silva**

**Avaliação da Qualidade da Atenção ao Parto nos Colegiados de  
Gestão Regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim**

**Botucatu  
2011**

**Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**

**Faculdade de Medicina de Botucatu**

**Departamento de Enfermagem**

**Tabata Martins Baicere Silva**

**Avaliação da Qualidade da Atenção ao Parto nos Colegiados de Gestão  
Regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim**

Monografia de Conclusão de Curso apresentado ao  
Curso de Graduação em Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu- UNESP.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Adjunta Cristina Maria Garcia de  
Lima Parada

**Botucatu**

**2011**

Silva, Tabata Martins Baicere.

Avaliação da qualidade da atenção ao parto nos colegiados de gestão regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim.- Botucatu : [s. n], 2011

Trabalho de conclusão de curso (bacharelado – Enfermagem) – Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Capes: 40400000

1. Enfermagem obstétrica. 2. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. 3. Parto (Obstetrícia).

Palavras-chave: Avaliação de programas; Humanização; Parto; Qualidade da assistência; Saúde Materno-Infantil.

## Dedicatória

*Aos Meus Pais, a quem sinto um amor imensurável e incondicional.*

*A Minha Avó Clara Baicere (in memoriam) fonte de sabedoria e exemplo.*

*Aos Meus Irmãos Rodrigo, Clarianna e Marcela pelo carinho e apoio.*

*Ao Meu Sobrinho Enzo Baicere, minha inspiração e amor eterno.*

*A Minha Cunhada Islayne Flenga, pela amizade e conselhos.*

*A Todos vocês dedico a minha vitória.*

*“Não importa onde você parou...  
Em que momento da vida você cansou...  
O que importa é que sempre é possível e necessário ‘Recomeçar’.  
Recomeçar é dar uma chance a si mesmo...  
É renovar as esperanças na vida e o mais importante...  
Acreditar em você de novo.  
Hoje é um bom dia para começar novos desafios.  
Aonde você quer chegar?  
Ir alto...  
Sonhe alto...  
Queira o melhor do melhor...  
Queira coisas boas para a vida...  
Pensando assim trazemos para nós aquilo que desejamos...  
“Sou do tamanho daquilo que vejo e não do tamanho da minha  
altura”.*

*(CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE)*

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que ilumina meus caminhos, guiando meus passos mesmo nos momentos mais difíceis.

*"Confia no Deus eterno de todo o seu coração e não se apóie na sua própria inteligência. Lembre-se de Deus em tudo o que fizer, e ele lhe mostrará o caminho certo." (Prov. 35-6)*

A Minha Família, pelo apoio e amor incondicional.

*"Os nossos pais amam-nos porque somos seus filhos, é um fato inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, mas nas ocasiões de fracasso, oferecem um consolo e uma segurança que não se encontram em qualquer outro lugar." (Bertrand Russell)*

A Minha Orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Maria Garcia de Lima Parada, a quem tenho enorme prestígio e admiração pela paciência, sabedoria, ética, profissionalismo e dedicação em tudo que faz.

*"O professor medíocre conta. O bom professor explica. O professor superior demonstra. O grande professor inspira." (William Arthur Ward)*

As Professoras do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu, pelo apoio emocional, incentivo e por dividir o conhecimento durante esses 4 anos de curso: Ms<sup>a</sup> Marli Cassamassimo, Dr<sup>a</sup> Heloisa Wey Berti, Dr<sup>a</sup> Magda Cristina Queiroz Dell'Aqua, Dr<sup>a</sup> Ione Corrêa, Dra<sup>a</sup> Vania Moreno, Dr<sup>o</sup> Jairo Ayres.

*"Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo. Devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes." (Paulo Freire)*

*As Enfermeiras da USF do Jd. Peabiru, Enfª Adriana Cavazzane, Enfª Valéria Winckler, Enfª Renata Leite, Enfª Everly Saraiva, pelo apoio e atenção concedida, mesmo diante dos contratemplos e da correria diária, durante o estágio curricular supervisionado.*

*“Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje (...). Temos de saber o que fomos, para saber o que seremos.” (Paulo Freire)*

*Aos Funcionários da USF do Jd Peabiru, pela amizade, convivência e conhecimento.*

*“O valor das coisas não está no tempo que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso, existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis.” (Fernando Pessoa)*

*Ao Meu Namorado Guilherme Gahyva pela paciência, compreensão, companheirismo e ajuda na execução deste trabalho.*

*“Quando te vi amei-te já muito antes, tornei a achar-te quando te encontrei. Nasci pra ti antes de haver o mundo.” (Fernando Pessoa)*

*As Minhas Amigas, pelo apoio, pelas palavras de conforto, incentivo e momentos maravilhosos.*

*“Há certas horas, quando sentimos que estamos pra chorar, que desejamos uma presença amiga, a nos ouvir paciente, a brincar com a gente, a nos fazer sorrir... Alguém que ria de nossas piadas sem graça... Que ache nossas tristezas as maiores do mundo... Que nos teça elogios sem fim... E que apesar de todas essas mentiras úteis, nos seja de uma sinceridade inquestionável... Que nos mande calar a boca ou nos evite um gesto impensado... Alguém que nos possa dizer: Acho que você está errado, mas estou do seu lado.” (William Shakespeare)*

## Resumo

**Introdução:** A humanização do parto implica na compreensão deste evento como experiência importante, e que requer a redefinição das relações humanas a partir da revisão do projeto de cuidado, da compreensão da condição da gestante e dos direitos humanos. **Objetivo:** Avaliar a assistência ao parto desenvolvida nos Colegiados de Gestão Regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim, através da criação de um escore. **Método:** Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, inserido no campo da avaliação de serviços, programas ou projetos de saúde. tendo os dados sido obtidos por observação direta dos partos, enfatizando a humanização do cuidado. **Resultados:** Aproximadamente um terço das mulheres deram à luz no hospital terciário (34,1%) e eram primigestas (33%). 24,8 % das mulheres fizeram pré-natal em serviços de alto risco. 67,1% dos partos realizados, foram normais, sendo que 84,7% não tiveram acompanhantes na sala de parto. Em 47,1% dos casos o parto foi realizado por médico obstetra, com utilização de bloqueio local em 44,7% e episiotomia em 48,2% dos partos. Mais da metade dos Recém nascidos foram atendidos pelo pediatra na sala de parto e tiveram o partograma preenchidos. **Discussão:** Apesar de o presente estudo evidenciar que 67,1% de partos normais, a proporção de cesáreas pode ser considerada excessiva, visto que a OMS aponta que é pouco provável que se justifique sua realização quando acima de 15%. É importante ressaltar que, promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde com todas as mulheres, inclusive nos casos em que a gestação implique em risco tanto para a mãe quanto para o feto. **Conclusão:** Destaca-se que o escore criado permitiu avaliar variáveis relacionadas à humanização do cuidado, sendo evidenciada situação apenas mediana e bastante semelhante entre os três serviços. Espera-se, com este estudo, subsidiar gestores e profissionais de maternidade, de forma a auxiliar os serviços a ofertarem efetivamente atendimento humanizado e com qualidade no parto. **Palavras-Chave:** Humanização; Parto; qualidade da assistência; Avaliação de Programas; Saúde Materno-Infantil;



## Abstract

**Introduction:** The humanization of childbirth implies the understanding of this event as an important experience, and requires the redefinition of human relationships from the review of the assistance project, the understanding of pregnant women condition and human rights. **Objective:** To evaluate child birth assistance using a score that was developed by Botucatu Cuesta Regional Management and Jurumirim Valley Collegiates. **Method:** This is an epidemiological, descriptive study that is inserted in the field of evaluation of services, programs or health projects. The data has been obtained by direct observation of deliveries, emphasizing the humane care. **Results:** Approximately one third of the women gave birth in a tertiary hospital (34.1%) and it was their first babies (33%). 24.8% of the women received prenatal care in high-risk services. 67.1% of the births were normal, and 84.7% had no companions in the delivery room. In 47.1% of the cases the delivery was performed by obstetrician who used anesthesia in 44.7% and episiotomy in 48.2% of the deliveries. More than half of the newborns were attended by the pediatrician in the delivery room and had a delivery graph completed. **Discussion:** Although the present study shows that 67.1% of the births were normal, caesarean rate can be considered excessive, as the WHO points out that c-sections above 15% are unlikely to be justifiable. It is important to emphasize that the Ministry of Health has to have a commitment with all women to promote safe motherhood, even in cases when the pregnancy involves a risk for both the mother and the fetus. **Conclusion:** It is noteworthy that the created score allowed us to assess variables related to the humanization of childbirth and only average and quite similar situations among the three services were evidenced. We hope that with this study, managers and professionals that work in this area can be subsidized in order to offer effective humane assistance and quality service in the delivery.

**Keywords:** Humanization; Delivery; quality of assistance; Program Evaluation, Maternal and Child Health;

## LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Política de Atenção a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
ODM	Objetivos do Milênio
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança

## LISTA DE TABELAS

	<b>Página</b>
1 Dados relativos ao pré-natal e admissão para o parto das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.	26
2 Dados relativos ao pré parto das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.	28
3 Dados relativos ao parto das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006	29
4 Dados Relativos à Assistência ao Recém Nascido das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.	31
5 Dados relativos aos prontuários das mães e recém-nascidos estudados nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006	32
6 Escore relacionado à humanização do parto, considerando o hospital de atendimento. Colegiado Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.	33

# SUMÁRIO

	<b>Página</b>
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo Geral	20
2.2 Objetivos Específicos	20
3 MATERIAL E MÉTODO	21
3.1 Desenho do Estudo	21
3.2 Local de Realização do Estudo	21
3.3 População do Estudo	23
3.4 Variáveis Incluídas na Construção do Escore	23
3.5 Análise de Dados	24
3.6 Procedimentos Éticos	24
4 RESULTADOS	26
5 DISCUSSÃO	35
6 CONCLUSÃO	42
7 REFERÊNCIAS	43
8 ANEXOS	48

## 1.INTRODUÇÃO

A mortalidade materna – morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, decorrente de qualquer causa relacionada ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais – é bom indicador de saúde da população feminina e reflete a realidade social de um país e seu povo. A definição de morte materna tardia amplia este conceito: é a morte de uma mulher por causas obstétricas diretas ou indiretas mais de 42 dias, mas menos de um ano, após o término da gravidez<sup>(1)</sup>.

A luta contra os elevados índices de mortalidade materna no Brasil, onde anualmente morrem em torno de duas mil mulheres por complicação na gravidez, aborto, parto ou pós-parto, foi sistematizada no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, que tem como princípios o respeito aos direitos humanos de mulheres e crianças; a consideração das questões de gênero, dos fatores étnicos e raciais e das desigualdades sociais e regionais; a decisão política, com investimentos na melhoria da atenção obstétrica e neonatal e a ampla mobilização e participação de gestores e sociedade civil. Está relacionada ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio Número Cinco (ODM 5): Melhorar a Saúde Materna. A meta é a redução em dois terços, entre 1990 e 2015, do número de óbitos maternos<sup>(2)</sup>.

Apesar dos avanços relativos à diminuição da mortalidade materna, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há variações importantes nas diferentes regiões do mundo. Assim, no período entre 1990 e 2008 a redução anual nas taxas de mortalidade materna na região das Américas foi da ordem de 2,7%, enquanto que no sudeste asiático foi 50,0%<sup>(3)</sup>.

A situação brasileira relacionada ao Objetivo do Milênio nº 5 está bastante difícil: no último relatório da OMS sobre mortalidade materna, o Brasil teve posição abaixo da meta do milênio; nos últimos 18 anos alcançou redução de 52% (de 120 por 100.000 nascidos vivos em 1990 para 58/100.000 nascidos vivos em 2008), com velocidade média anual de queda de 4%, quando o ideal seriam 5,5%<sup>(4,5)</sup>.

Especificamente no Estado de São Paulo, a razão de mortalidade materna no ano de 2009 foi de 59,27 por 100.000 nascidos vivos, sendo o maior valor observado na região administrativa de Araçatuba: 88,63 por 100.000 nascidos vivos. As variações inter-regionais são evidentes. A região administrativa de Franca, por exemplo, mostrou-se mais favorável que o Estado: 20,39 por 100.000 nascidos vivos<sup>(6)</sup>.

De acordo com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, em 2009, nos cinco colegiados de gestão regional do Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI) – Bauru ocorreram óbitos maternos, sendo a maior razão de mortalidade materna observada no colegiado de Jaú: 108,11 por 100.000 nascidos vivos e a menor foi observada no colegiado de Avaré: 26,50 por 100.000 nascidos Vivos<sup>(7)</sup>.

Ressalta-se que os valores apresentados pelas estatísticas oficiais não refletem integralmente a realidade, devido à subnotificação de óbitos maternos no país, já que muitas vezes nos atestados não são declaradas as causas maternas de óbito. Considerando-se a subnotificação de casos, é factível o cálculo de fator de ajuste ou correção, para que, aplicado à razão de mortalidade materna oficial, possa corrigi-la e aproximá-la do valor real<sup>(8)</sup>. Em 2002, para o conjunto das capitais brasileiras e Distrito Federal, o fator de correção estimado foi 1,4 e, desde então, este valor está sendo utilizado para todo país<sup>(8)</sup>.

A gravidade do problema das mortes maternas é evidenciada quando se chama atenção para o fato de que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade, portanto não é doença, e que, em aproximadamente 90% dos casos, as mortes maternas são evitáveis<sup>(9)</sup>.

Uma redução apreciável da mortalidade materna no Brasil poderá ocorrer se houver melhor atenção à saúde da mulher, particularmente nas áreas de assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, o que permitirá a redução na mortalidade por causas obstétricas diretas – aquelas que surgem como complicação do ciclo grávido puerperal – responsáveis por, aproximadamente, 75,0% das mortes maternas. Redução seguinte ocorrerá quando houver melhores condições gerais de saúde e vida da mulher, refletindo a melhoria nas condições socioeconômicas<sup>(10)</sup>.

Voltada a viabilizar a melhoria da atenção a esse grupo populacional, a Política de Saúde da Mulher, desde a criação do Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher (PAISM), mantém constante aprimoramento, acompanhamento e avaliações, que fazem com que no momento seja norteadas pela perspectiva de gênero, raça, etnia, geração e identidade sexual. Nos dias atuais, o Brasil apresenta coberturas quase universais de cuidado pré-natal e parto hospitalar, assim como alta prevalência de uso de métodos anticoncepcionais, com redução na proporção de mulheres laqueadas e aumento no uso de métodos anticoncepcionais modernos, inclusive daqueles usados pelos homens. Embora muito ainda precise ser feito, observa-se a expansão dos serviços de atenção à mulher em situação de violência em todo país<sup>(11)</sup>. Mesmo assim, as taxas de mortalidade materna estão muito aquém das recomendações internacionais.

Embora atualmente seja um dos objetivos a ampliação do leque de ações da citada Política, a atenção à mulher durante o ciclo gravídico puerperal teve e continua com papel central, tendo sido incorporada às políticas nacionais de saúde no início do século XX, através de programas que visavam basicamente a redução das altas taxas de mortalidade infantil existentes no final do século XIX.<sup>(12,13)</sup> Neste período, o atendimento à população feminina limitava-se quase exclusivamente à gravidez e ao parto<sup>(13)</sup>.

A qualidade da assistência recebida pelas mulheres nos períodos do pré-natal, parto e puerpério é refletida nas taxas de mortalidade materna. O atendimento pré-natal tem por objetivo viabilizar o parto de um recém-nascido saudável, sem prejuízos para a saúde materna. Para tanto, são



relevantes a precocidade do ingresso, a periodicidade dos atendimentos e a captação universal das gestantes<sup>(14,15)</sup>. Com relação ao parto e puerpério, aliado à competência técnica, é necessário proporcionar ambiente agradável, diminuindo a ansiedade, respondendo aos anseios da gestante e, acima de tudo, respeitando-a, de forma a tornar este momento o mais especial possível<sup>(16)</sup>. A humanização do parto implica na compreensão deste evento como experiência importante, e que requer a redefinição das relações humanas a partir da revisão do projeto de cuidado, da compreensão da condição da gestante e dos direitos humanos<sup>(17)</sup>.

Proposto pelo Ministério da Saúde em 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento<sup>(18)</sup> – PHPN, coloca em pauta a humanização do cuidado prestado às mulheres e recém-nascidos, bem como estabelece padrões mínimos de cuidado, visando à melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção<sup>(19)</sup>. A idéia central é que cada mulher deve realizar todas as ações consideradas essenciais, já que a qualidade da atenção humanizada está centrada individualmente em cada uma delas e não no coletivo. Considera a mudança dessa lógica fundamental para se compreender que somente o conjunto das ações reflete integralidade e pode traduzir o possível impacto<sup>(20)</sup>.

Este programa tem por pressuposto que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição fundamental para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério e aponta a existência de pelo menos dois aspectos fundamentais: o primeiro, diz respeito à convicção de

que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido e que isso exige atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher; o segundo é relativo à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém nascido, com frequência acarretando maiores riscos para ambos<sup>(19)</sup>.

O PHPN sofreu ajustes a partir da publicação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal em 2005. Mantiveram-se, porém, entre os princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal a qualidade e a humanização do cuidado, bem como o objetivo de acolher a mulher desde o início da gravidez, de forma a buscar promover o nascimento de uma criança saudável e o bem estar da mulher<sup>(21)</sup>.

Com relação a atenção ao parto, as ações e procedimentos preconizados pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal<sup>(21)</sup> são:

1. Acolher e examinar a parturiente;
2. Chamar a gestante pelo nome e identificar os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento;

3. Escutar a mulher e seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito e compartilhando as decisões sobre as condutas a serem tomadas;
4. Desenvolver atividades educativas visando à preparação das gestantes para o parto, amamentação e contracepção pós-parto;
5. Garantir a visita do pai ou de familiares sem restrição de horário;
6. Garantir o direito a acompanhante durante o pré-parto, parto e pós-parto, segundo demanda da mulher;
7. Garantir o apoio diagnóstico necessário;
8. Garantir os medicamentos essenciais para o atendimento das situações normais e das principais intercorrências;
9. Acompanhar o trabalho de parto com monitoramento e promoção do bem-estar físico e emocional da mulher;
10. Realizar partos normais e cirúrgicos e atender às intercorrências obstétricas e neonatais;
11. Prestar assistência qualificada e humanizada à mulher no pré-parto e parto;
12. Prestar assistência qualificada ao recém-nascido.

A Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal<sup>(21)</sup> apresenta, ainda, detalhadamente, as ações a serem realizadas com vistas a viabilizar atenção qualificada e humanizada no processo de atenção ao parto: utilização de partograma; respeito à privacidade da mulher e sua escolha sobre o local e a posição do parto; fornecimento às mulheres de todas as

informações e explicações que desejarem; estímulo à movimentação e posições não supinas no trabalho de parto; métodos não farmacológicos para alívio da dor; manejo ativo no terceiro período do parto com administração profilática de ocitocina; avaliação da contratilidade uterina; exame da placenta, membranas ovulares e canal de parto; implementação de normas de prevenção de infecção; uso de materiais descartáveis e processamento dos reutilizáveis, de acordo com normas estabelecidas; recepção do recém-nascido por pediatra na sala de parto; garantia de realização do exame VDRL na mãe em sangue periférico; elaboração de relatórios médicos/enfermagem; realização de teste rápido para HIV e avaliação do índice de Apgar.

Com a finalidade de contribuir com gestores no estabelecimento de políticas de saúde voltadas às mulheres e neonatos, bem como com os profissionais de saúde que atendem a esses grupos populacionais, propõe-se o presente estudo, voltado a avaliar a qualidade da atenção ao parto, bem como à criação de escore que considera aspectos da humanização do cuidado.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Avaliar a assistência ao parto desenvolvida nos Colegiados de Gestão Regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Criar escore para avaliação da qualidade da assistência ao parto, considerando-se aspectos relacionados à humanização do cuidado, tendo como referência a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal;
- b) Aplicar o escore criado nas três maiores maternidades dos Colegiados de Gestão Regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim.

### 3. MATERIAL E MÉTODO

#### 3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo epidemiológico, descritivo, inserido no campo da avaliação de serviços, programas ou projetos de saúde. Será avaliado o processo de atenção ao parto, enfatizando-se a humanização do cuidado.

#### 3.2. LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

O Departamento Regional de Saúde VI é composto pelos Colegiados de Gestão Regional de Avaré, Jaú, Lins, Vale do Jurumirim e Pólo Cuesta Botucatu. Este estudo será desenvolvido nas três maiores maternidades de dois desses Colegiados: Vale do Jurumirim e Pólo Cuesta.

O Colegiado Cuesta Botucatu é composto pelos seguintes municípios: Anhembi, Areiópolis, Bofete, Botucatu, Conchas, Itatinga, Laranjal Paulista, Pardinho, Pereiras, Porangaba, Pratânia, São Manuel e Torre de Pedra. Desses, dois têm menos de 5.000 habitantes, cinco têm entre 5.000 e 10.000 habitantes, três têm entre 10.000 e 20.000 habitantes e três acima de 20.000 habitantes<sup>(22)</sup>. Considerando-se o porte das maternidades existentes nestes municípios, duas foram inseridas no estudo, por apresentarem média mensal de partos superior a 50 e serão chamadas de Maternidade A e Maternidade B.

O Colegiado Vale do Jurumirim é composto pelos municípios: Águas de Santa Bárbara, Arandu, Avaré, Barão de Antonina, Cerqueira Cesar, Coronel Macedo, Fartura, Iaras, Itaipava, Itaporanga, Manduri, Paranapanema, Piraju, Sarutaiá, Taguaí, Taquarituba, Tejuapá. Desses municípios, cinco têm menos de 5.000 habitantes, cinco têm entre 5.000 e 10.000 habitantes, quatro entre 10.000 e 20.000 habitantes e três têm mais de 20.000 habitantes.<sup>(22)</sup> Considerando-se o porte das maternidades existentes nestes municípios, uma foi inserida no estudo, por apresentar média mensal de partos superior a 50 e será chamada de Maternidade C.

As internações para tratamento clínico e/ou parto de gestantes e parturientes de risco do Colegiado Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim são feitas nos 29 leitos da maternidade do hospital terciário, que conta ainda com um leito para mulheres que requeiram cuidados intensivos e com o respaldo da Unidade de Terapia Intensiva Central, havendo internação de gestantes, parturientes ou puérperas neste setor sempre que necessário. Quanto ao número de leitos de pré-parto, somam quatro e para atendimento neonatal, esse hospital conta com 42 leitos, distribuídos em 15 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, 11 leitos para as Unidades de Cuidados Intermediários e Especiais e 16 leitos de Alojamento Conjunto<sup>(23)</sup>.

O atendimento ao parto de baixo risco no Colegiado Cuesta Botucatu é realizado em maternidade que conta com 16 leitos obstétricos e média de 116 partos por mês. No mesmo nível de complexidade, no Colegiado Vale do

Jurumirim a situação é praticamente idêntica: a maternidade possui 16 leitos obstétricos e média de 115 partos por mês<sup>(24)</sup>.

### 3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO

Serão usados dados secundários de amplo estudo realizado em 2006, onde cada maternidade foi observada 24 horas por dia durante uma semana, sendo acompanhados e anotados todos os procedimentos realizados desde a admissão da gestante até o momento da alta da mãe e do recém-nascido. No total, foram observados 85 parturientes/puérperas sendo, 29 no Hospital A, 32 no B e 24 no C<sup>(23)</sup>.

### 3.4. VARIÁVEIS INCLUÍDAS NA CONSTRUÇÃO DO ESCORE

Considerando-se a ênfase que o presente estudo pretende dar à humanização da atenção ao parto, as variáveis utilizadas na construção do escore foram:

- 1- Utilização de partograma para registro da evolução do trabalho de parto (Sim=1/Não=0);
- 2- Presença de pediatra na sala de parto (Sim=1/Não=0)
- 3- Mãe foi bem acomodada no pré-parto (Sim=1/Não=0)
- 4- Oferta de líquido por via oral durante o trabalho de parto (Sim=1/Não=0);
- 5- Permissão para gestante movimentar-se durante o trabalho de parto (Sim=1/Não=0);



- 6- Uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor (Sim=1/Não=0);
- 7- Permissão de acompanhante durante o trabalho de parto/parto (Sim=1/Não=0) ;
- 8- Parto sem lavagem intestinal (Sim=1/Não=0);
- 9- Mãe viu o bebê na sala de parto (Sim=1/Não=0);
- 10- Mãe com livre acesso ao bebê, em alojamento conjunto ou durante internação da criança (Sim=1/Não=0).

Pelo exposto, foram incluídos na composição do escore dados objetivos, de forma a viabilizar a coleta de dados por pessoal capacitado das áreas de enfermagem e biologia, que foram os responsáveis pela observação dos partos desta investigação.

### 3.5. ANÁLISE DE DADOS

O banco de dados utilizado neste estudo foi construído no programa Excel, sendo analisado com auxílio do programa Epi Info 6.0.

Como referencial de análise utilizaram-se a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e o Programa Maternidade Segura da OMS <sup>(19,25)</sup> Considerou-se, durante a análise de dados, situação ruim quando a cobertura foi inferior a 50%; regular entre 50 e 80% e boa acima de 80%. Em alguns casos, porém, pela relevância da variável, considerou-se boa apenas cobertura de 100%.

### 3.6. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo que gerou o banco de dados que se está analisando, foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista(Protocolo 14382004), o qual está

ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim, atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos<sup>(x)</sup>, (anexo 1). No momento da análise secundária ora proposta, obteve-se nova autorização do referido CEP(Protocolo 14382004-A), (anexo 2).

Os resultados do estudo são apresentados a seguir:

## 4. RESULTADOS

Os resultados são apresentados a seguir, iniciando com dados relativos a atenção pré-natal/admissão para o parto (Tabela 1).

**Tabela 1-** Dados relativos ao pré-natal e admissão para o parto das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.

Variáveis	N	%
<b>Maternidade do parto</b>		
A	24	28,2
B	29	34,1
C	32	37,7
<b>Nº de gestações</b>		
Primigesta	28	33,0
Multigesta	57	67,0
<b>Complexidade do pré-natal</b>		
Baixo Risco	62	72,9
Alto Risco	21	24,8
Não fez pré-natal	2	2,3
<b>Responsável pela admissão</b>		
Médico	64	75,3
Enfermeira	5	5,9
Estudante de Medicina	14	16,5
Outro	2	2,3
<b>Solicitação do cartão da gestante</b>		
Sim	84	98,8
Não	1	1,2
<b>Dinâmica uterina</b>		
Sim	60	70,6
Não	25	29,4
<b>Toque</b>		
Sim	80	94,1
Não	5	5,9
<b>Pressão arterial</b>		
Sim	72	84,7
Não	13	15,3
<b>Ausculta fetal</b>		
Sim	80	94,1
Não	5	5,9
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

A Tabela 1 evidencia que aproximadamente um terço das mulheres deram à luz no hospital terciário (34,1%) e eram primigestas (33%). Fizeram pré-natal em serviços de alto risco 24,8% das mulheres. Independente dos hospitais diferirem em níveis de atenção, em torno de três quartos das gestantes foram admitidas por médicos (75,3%) e para a grande maioria delas foi solicitado o cartão gestante (98,8%). Quanto aos procedimentos que devem ser realizados na admissão para o parto, em mais de 70% dos casos foram feitos os seguintes procedimentos: dinâmica uterina (70,6%), toque (94,1%) e verificação da pressão arterial (84,7 %) e dos batimentos cardíacos fetais (94,1%).

Dados relativos ao período pré-parto constam da Tabela 2. Pouco mais de metade das gestantes ficaram na sala de pré parto (57,6%), mas apenas 28,2% contaram com a presença de acompanhante. Em torno de três quarto dessas, foram examinadas uma vez ou mais durante o trabalho de parto (82,4%). Foi pouco indicado o repouso (14,1%). A maioria das gestantes não teve o feto auscultado no pré-parto (55,9%), não fez tricotomia no hospital (58,8%) e nem foi orientada a manter-se em jejum durante o trabalho de parto (55,3%). Quanto à lavagem intestinal, cerca de três quarto das gestantes não realizaram o procedimento intrahospitalar (71,8%). A grande maioria das gestantes não teve a experiência de controle não farmacológico para dor (84,7%). A bolsa das águas foi rompida artificialmente em 35,7% dos casos. Pouco mais da metade das gestantes receberam soro durante o trabalho de parto (55,3%).

**Tabela 2** – Dados relativos ao pré parto das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.

Variáveis	N	%
<b>Local onde ficou antes do parto</b>		
Enfermaria com puérperas	26	30,6
Sala de pré parto	49	57,6
Internou no período expulsivo	10	11,8
<b>Viabilizou-se a presença de acompanhante</b>		
Sim	24	28,2
Não	44	51,8
Não corresponde (parturiente sem acompanhante)	17	20,0
<b>Exames durante o trabalho de parto</b>		
Nenhum	15	17,6
1 ou mais	70	82,4
<b>Ausculta fetal</b>		
Sim	75	88,2
Não	10	11,8
<b>Indicação de tricotomia</b>		
Sim	35	41,2
Não	50	58,8
<b>Lavagem intestinal</b>		
Sim	24	28,2
Não	61	71,8
<b>Indicação de jejum</b>		
Sim	38	44,7
Não	47	55,3
<b>Indicação de repouso</b>		
Sim	12	14,1
Não	73	85,9
<b>Instalação de soro</b>		
Sim	47	55,3
Não	38	44,7
<b>Amniorexe</b>		
Espontaneamente	19	22,6
Rotura artificial	30	35,7
Não	35	41,7
<b>Controle não farmacológico da dor</b>		
Sim	13	15,3
Não	72	84,7
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3-** Dados relativos ao parto das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.

Variáveis	N	%
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	57	67,1
Cesárea	23	27,1
Fórceps	3	3,5
Não consta	2	2,3
<b>Profissional responsável</b>		
Obstetra	40	47,1
Residente de Obstetrícia	28	32,9
Enfermeira	3	3,5
Outro	13	15,3
Não consta	1	1,2
<b>Parto na sala de parto</b>		
Sim	77	90,6
Não	8	9,4
<b>Acompanhante</b>		
Sim	13	15,3
Não	72	84,7
<b>Anestesia</b>		
Bloqueio local	38	44,7
Raquidiana	25	29,4
Peridural	3	3,5
Nenhuma	19	22,4
<b>Ocitócito no terceiro período</b>		
Sim	68	80,0
Não	17	20,0
<b>Episiotomia</b>		
Sim	41	48,2
Não	21	24,7
Não corresponde (cesárea)	23	27,1
<b>Mãe viu o bebê na sala de parto</b>		
Sim	75	88,2
Não	10	11,8
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Dados relativos ao parto constam da Tabela 3. Sua análise mostra que mais da metade dos partos realizados nos hospitais em questão, foram normais (67,1%), realizados na sala de parto (90,6%) e sem acompanhante na sala de parto (84,7%). Em 47,1% dos casos o parto foi realizado por médico obstetra, com

utilização de bloqueio local em 44,7% e episiotomia em 48,2% dos partos. Mais de três quartos das gestantes receberam ocitócito (80%) para prevenir síndromes hemorrágicas após o parto. Viram seu bebê na sala de parto 88,2% das mulheres.

A Tabela 4 apresenta dados relativos aos cuidados do recém-nascido.

De acordo com a Tabela 4, mais da metade dos recém-nascidos foram atendidos pelo pediatra na sala de parto (65,9%) e 56,5% deles foram encaminhados ao berçário após o parto. Em sua totalidade, houve identificação da mãe e do bebê, como também realização de vitamina K. Acima de três quartos dos recém nascidos realizaram o boletim de Apgar (90,6%), credê (95,3%) e também tiveram sangue do cordão coletado para verificar tipagem sanguínea (98,8%).

**Tabela 4-** Dados Relativos à Assistência ao Recém Nascido das mulheres estudadas nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.

Variáveis	N	%
<b>Pediatra na Sala de Parto</b>		
Sim	56	65,9
Não	29	34,1
<b>Local do RN após o parto</b>		
Berço ao lado da mãe	27	31,7
Berçário	48	56,5
UTI neonatal	4	4,7
Cama com a mãe	2	2,3
Outro	4	4,7
<b>Aleitamento na 1ª hora pós-parto</b>		
Sim	17	20,0
Não	68	80,0
<b>Mãe e RN foram identificados</b>		
Sim	85	100,0
Não	0	0,0
<b>Boletim de Apgar</b>		
Sim	77	90,6
Não	8	9,4
<b>Vitamina K</b>		
Sim	85	100,0
Não	0	0,0
<b>Credeização</b>		
Sim	81	95,3
Não	4	4,7
<b>Tipagem sanguínea em sangue do cordão</b>		
Sim	84	98,8
Não	1	1,2
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Da Tabela 5 constam dados relativos aos prontuários de mães e recém-nascidos.



**Tabela 5** - Dados relativos aos prontuários das mães e recém-nascidos estudados nos Colegiados Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.

Variáveis	N	%
<b>Preenchimento de Partograma</b>		
Sim	53	62,4
Não	32	37,6
<b>Relato do parto ou cesárea</b>		
Sim	80	94,1
Não	5	5,9
<b>Idade gestacional por exame físico</b>		
Sim	48	56,5
Não	37	43,5
<b>Registro sobre o RN pelo pediatra</b>		
Sim	66	77,6
Não	19	22,4
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>100,0</b>

Segundo a análise dos prontuários maternos, mais da metade dos partogramas estavam preenchidos (62,4%). Na grande maioria dos prontuários havia relato do parto ou da cesárea (94,1%) e em pouco mais da metade deles havia anotação da idade gestacional do neonato por exame físico (56,5%). A análise dos prontuários dos recém-nascidos mostrou que em mais de três quartos deles (77,6%) havia evolução realizada pelo pediatra (Tabela 5).

A Tabela 6 é relativa aos escores relacionados à humanização da atenção ao parto, considerando os três hospitais estudados.

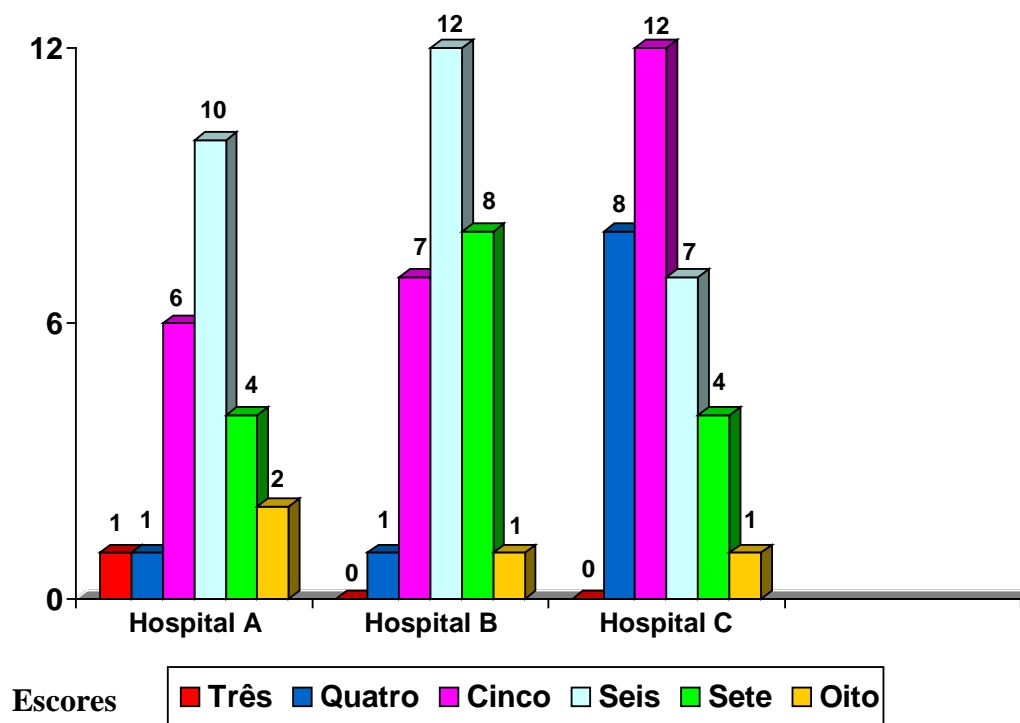
**Tabela 6** - Escore relacionado à humanização do parto, considerando o hospital de atendimento. Colegiado Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.

Escore	Hospital A		Hospital B		Hospital C	
	N	%	N	%	N	%
Três	1	4,2	0	0,0	0	0,0
Quatro	1	4,2	1	3,4	8	25,0
Cinco	6	25,0	7	24,1	12	37,5
Seis	10	41,7	12	41,4	7	21,9
Sete	4	16,7	8	27,6	4	12,5
Oito	2	8,3	1	3,4	1	3,1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>32</b>	<b>100,0</b>
<b>Estatística Descritiva</b>						
<b>Média (DP)</b>	5,87(1,15)		6,03 (0,91)		5,31(1,09)	
<b>Moda</b>	6		6		5	
<b>Mediana</b>	6		6		5	

As mulheres atendidas no Hospital A receberam escores que variaram de três a oito. Nos hospitais B e C a variação ficou entre quatro e oito. Análise estatística descritiva evidenciou pequena variação entre os três hospitais. O hospital B teve média discretamente maior (6,03), quando comparado com os hospitais A (5,87) e C (5,31). Moda e mediana dos hospitais A e B (6) foram discretamente maiores que a média e mediana do Hospital C (5).

O Gráfico 1 também é relativo aos escores relacionados à humanização da atenção ao parto, considerando os três hospitais estudados. Sua análise evidencia mais claramente que a situação do Hospital B é pouco mais favorável que dos outros dois hospitais. Evidencia também que o hospital C tem situação pouco melhor que do Hospital A que te, em síntese a pior situação.

**Gráfico 1** - Escore relacionado à humanização do parto, considerando o hospital de atendimento. Colegiado Cuesta e Vale do Jurumirim, 2006.



## 5. DISCUSSÃO

Este estudo voltou-se a avaliar a atenção ao parto sob a ótica da humanização do cuidado propondo, inclusive, um escore para comparação entre serviços, tendo os dados sido obtidos por observação direta dos partos, fato bastante favorável. Porém, o pequeno número de casos é, certamente, fragilidade a ser superada em futuras investigações. Os referenciais teóricos: Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal<sup>(21)</sup> e os pressupostos da Maternidade Segura<sup>(26)</sup>, propostos pela OMS, mostraram-se adequados.

Promover a maternidade segura é compromisso do Ministério da Saúde com todas as mulheres, inclusive nos casos em que a gestação implique em risco tanto para a mãe quanto para o feto<sup>(27)</sup> Também ressalta-se que o objetivo principal do Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, através da integralidade da assistência aos mesmos e da afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. Propõe a reorganização da assistência, vinculando formalmente o pré-natal, parto e puerpério <sup>(19,28)</sup>.

De acordo com o presente estudo, pouco mais de um terço dos partos observados ocorreram em hospital terciário e 24,8% das mulheres fizeram pré-natal em serviços de alto risco. Essa situação evidencia a importância da organização dos serviços de saúde e do trabalho em rede, de forma a garantir

atendimento de maior complexidade sempre que necessário. Viabilizar o atendimento pré-natal de alto risco ainda representa um desafio precípua para os serviços de saúde vinculados ao SUS, dado que quase a metade (43,8%) dos municípios brasileiros ainda não conseguem atender esta modalidade de demanda<sup>(29)</sup>.

Evidenciou-se a preponderante assistência à parturiente pelo profissional médico, tanto na admissão quanto no parto, mesmo nos casos de gestação/parto de baixo risco. Vale ressaltar que a Maternidade Segura<sup>(26)</sup>, propõe o atendimento obstétrico por vários tipos de profissionais, como médicos obstetras, médicos generalistas, enfermeiras obstetras, parteiras treinadas, entre outros. Aponta, porém, que os ginecologistas-obstetras, em geral, deveriam dedicar sua atenção a mulheres de alto risco e ao tratamento de complicações sérias, indicando que a enfermeira-obstetra parece ser a profissional mais adequada e com melhor custo-efetividade para prestar cuidados e ser responsável pela assistência à gestação e aos partos normais, inclusive por sua capacidade de identificar precocemente fatores de risco e reconhecer complicações.

A qualificação dos profissionais médicos e não-médicos para manejar a gestação, parto e pós-parto é uma das estratégias que comprovadamente resulta em redução da morbi-mortalidade materna e perinatal<sup>(30)</sup>.

De acordo com os procedimentos preconizados pela OMS<sup>(26)</sup> na admissão da gestante deve-se solicitar o cartão da gestante, verificar sua pressão arterial, auscultar os batimentos cardíacos fetais e realizar o toque vaginal. Considera-se que a cobertura da realização da dinâmica uterina foi regular, visto que

aproximadamente 70% das parturientes passaram por esse procedimento. A utilização do cartão da gestante na admissão e a realização do exame de toque podem ser consideradas com boa cobertura: 98,8% e 94,1%, respectivamente. A ausculta fetal (94,1%) e a verificação da pressão arterial (84,7%), também poderiam ser considerados procedimentos com boa cobertura, mas pela relevância, inocuidade e simplicidade, tem-se por pressuposto que valores inferiores a 100% devam ser considerados negativos.

No pré parto, pouco mais de um quarto das mulheres puderam contar com a presença de acompanhante. Mesmo considerando-se que 20,0% delas não dispunham de pessoas que pudessem acompanhá-las, a situação deve ser considerada negativa, visto que mais da metade das mulheres não puderam contar com acompanhante, a despeito disso ser comprovadamente favorável ao parto normal<sup>(25)</sup>. Ressalta-se que o PHPN indica que na admissão para o parto deve haver respeito à privacidade da gestante, bem como viabilizar a presença de acompanhante de sua escolha. Caso isso não seja possível pode-se, ainda, oferecer o acompanhamento por doulas – palavra de origem grega que significa “mulher que serve a outra mulher” – e que, atualmente, refere-se a mulheres leigas treinadas, que dão suporte físico e emocional às parturientes durante e após o parto<sup>(31)</sup>. É papel das doulas acompanhar o trabalho de parto/parto, auxiliando as parturientes, fazendo-as sentirem-se mais à vontade e seguras<sup>(32)</sup>.

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais no pré-parto, a exemplo do que ocorreu na admissão, pode ser considerada falha, visto 11,8% dos bebês não

foram auscultados. Sabe-se que a esta prática favorece a identificação do sofrimento fetal, principalmente por hipóxia<sup>(26)</sup>.

Foram pouco utilizadas as técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Apesar de não haver evidências científicas que apóiem a indicação dessas técnicas, existem relatos positivos de mulheres que as consideraram úteis e confortantes<sup>(32)</sup>. Segundo a OMS, existem vários métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor que, por serem inócuos, podem ser utilizados durante o trabalho de parto, inclusive em conjunto com outras abordagens psicossomáticas, com intuito de apoiar as parturientes<sup>(26)</sup>.

Destaca-se, também, o estudo de outros procedimentos úteis ao parto normal, como: oferecer líquidos via oral para prevenir episódios de hipoglicemia, visto que as infusões intravenosas de rotina interferem no processo natural e restringem a liberdade de movimentos da gestante; desencorajar a posição supina e proporcionar liberdade de deambulação e movimentação e evitar procedimentos rotineiros como tricotomia, episiotomia e lavagem intestinal. Apesar dos avanços que a medicina baseada em evidências tem proporcionado à área obstétrica, nos hospitais estudados procedimentos como tricotomia, episiotomia, jejum e utilização de venóclise ainda foram usados com muita frequência. Lavagem intestinal e repouso foram menos indicados, mas mesmo em relação a esses procedimentos ainda deve-se avançar, caso os serviços estejam voltados, de fato, a oferta de atendimento de qualidade e humanizado<sup>(31,26)</sup>.

Apesar de o presente estudo evidenciar 67,1% de partos normais, a proporção de cesáreas pode ser considerada excessiva, visto que a OMS aponta

que é pouco provável que se justifique sua realização quando acima de 15%<sup>(34)</sup>. A elevação das taxas de cesárea é evidência mundial desde as últimas décadas do século XX. Ao mesmo tempo, um número significativo de trabalhos acadêmicos e análises não acadêmicas têm sido publicadas, analisando a questão sob diferentes pontos de vista; há, inclusive, estudos que abordam contextos locais, modelos assistenciais obstétricos e características socioculturais das mulheres<sup>(34)</sup>

A grande maioria das mulheres deu à luz na sala de parto e recebeu ocitocina no terceiro estágio do trabalho de parto, sendo beneficiadas por procedimento voltado a prevenção de hemorragia, conforme preconizado pela Maternidade Segura<sup>(26)</sup>.

A analgesia obstétrica ideal deve diminuir ao máximo a dor provocada pelas contrações e dilatação do colo uterino e por outros fenômenos do parto, permitindo que a mulher participe ativamente da experiência de dar à luz, garantindo sua condição de saúde, sem interferir com a evolução fisiológica do trabalho de parto<sup>(36)</sup>. Neste estudo, aproximadamente um quarto das mulheres não receberam qualquer forma de analgesia.

Merece destaque que 88,2% das mulheres tiveram a oportunidade de ver seu bebê após o parto. Pelo significado para as mães, considerar-se-ia a situação boa apenas se 100% delas tivessem tido tal oportunidade. Considerou-se neste estudo apenas se o recém-nascido foi mostrado à mãe, enquanto a OMS preconiza que imediatamente após o nascimento a criança seja seca com compressas quentes, enquanto é colocada sobre o abdômen ou nos braços da mãe<sup>(26)</sup>.



A despeito da importância do aleitamento materno precoce para o desenvolvimento infantil, apenas 20,0% dos recém-nascidos estudados foram amamentados na primeira hora de vida, conforme recomendação da OMS, Passo 4 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), importante também na construção do vínculo mãe-bebê<sup>(37)</sup>.

O Partograma, representação gráfica do trabalho de parto, excelente recurso na prática obstétrica, capaz de diminuir iatrogênias relacionadas à parturição, foi utilizado em apenas 62,4% dos partos. A OMS recomenda sua utilização, a fim de melhorar a assistência ao parto e reduzir a morbimortalidade materna e fetal<sup>(38)</sup>.

Procedimentos rotineiros indicados para serem realizados com o recém-nascido imediatamente após o parto<sup>(39)</sup> tiveram boa cobertura: estabelecimento do índice de Apgar, credeização e administração de vitamina K foram disponibilizados a mais de 90% dos recém-nascidos. Coleta de sangue de cordão para tipagem sanguínea também teve boa cobertura: 98,8%, enquanto que a determinação de idade gestacional por exame físico foi pouco realizada.

A aferição do índice de Apgar permite avaliar a resposta do recém-nascido às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras, especialmente na vigência de necessidade de reanimação. Se o escore é inferior a sete no quinto minuto, recomenda-se sua aplicação a cada cinco minutos, até 20 minutos de vida<sup>(39)</sup>.

Os resultados deste estudo evidenciam que em apenas 65,9% dos partos havia pediatra na Sala de Parto. Porém, considerando que frequentemente há necessidade de realização procedimentos de reanimação e a rapidez com que tais

manobras devem ser iniciadas, é fundamental que pelo menos um profissional capaz de iniciar de forma adequada a reanimação neonatal esteja presente durante todo o parto. Na vigência de risco, podem ser necessários dois a três profissionais treinados e capacitados em reanimação, com auxiliares atuando junto ao médico, que deve dedicar-se exclusivamente ao recém-nascido<sup>(39)</sup>.

Desde 1977 o Ministério da Saúde passou a recomendar que os neonatos saudáveis permanecessem com as suas mães após o parto e em 1983 foi publicada portaria que tornou o alojamento conjunto obrigatório em todos os hospitais públicos e conveniados<sup>(39)</sup>. Mais de 20 anos se passaram e nos três hospitais estudados apenas 34,0% dos bebês permaneceram 24 horas por dia com suas mães após o parto, situação negativa mesmo considerando-se que um terço dos partos foi realizado em hospital de nível terciário, onde mais frequentemente mãe e/ou bebê podem não ter condição de permanência em alojamento conjunto. Também merece destaque o fato de 2,3% dos bebês terem sido cuidados em alojamento conjunto, mas na cama de suas mães, pela dificuldade de disponibilização de berços, o que certamente resultou em desconforto para o binômio mãe-bebê.

Relato do parto e evolução do recém-nascido por pediatra estiveram presentes em 94,1% e 77,6% dos casos, respectivamente. Também nesta situação considera-se ser baixa a cobertura, visto que se deve partir do princípio que procedimentos não registrados, não foram realizados.

## **6. CONCLUSÃO**

Destaca-se que o escore criado permitiu avaliar variáveis relacionadas à humanização do cuidado, sendo evidenciada situação apenas mediana e bastante semelhante entre os três serviços. Espera-se, com este estudo, subsidiar gestores e profissionais de maternidade, de forma a auxiliar os serviços a ofertarem efetivamente atendimento humanizado e com qualidade no parto.

## 7. REFERÊNCIAS

1. OMS – Organização Mundial de Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. Centro Colaborador da OMS para Classificação de Doenças em Português, USP São Paulo; 1994.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília(DF); 2004.
3. WHO – .World Health Statistics 2011- .Health status indicators,World health, Health services – statistic .Mortality,.Morbidity,.Life expectancy. Demography,Statistics; 2011.
4. UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da infância brasileira 2006. O direito à sobrevivência e ao desenvolvimento de Crianças de até 6 anos. Brasília; 2006.
5. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer F P C. Mortalidade Materna no Brasil: O que Mostra a Produção Científica nos Últimos 30 anos?. Cad Saúde Pública Rio de Janeiro. 2011 Abr; 27(4):623-638.
6. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Taxa de mortalidade materna, segundo regiões administrativas do estado de São Paulo. Município. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>, .Acesso em 28 de fevereiro de 2011.
7. . SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Taxa de mortalidade materna, segundo regiões administrativas do estado de São Paulo. Município. Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/imp/index.php?page=tabela>. Acesso em 28 de fevereiro de 2011
8. Laurenti R, Mello-Jorge MHP, Gotlieb SLD. A Mortalidade Materna nas Capitais Brasileiras: Algumas Características e Estimativas de um Fator de Ajuste. Rev Bras Epidemiologia 2004; 7(4):449-60.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF); 2004.
10. Fonseca FAM, Laurenti R. Evolução da mortalidade materna. In: Monteiro CA. (org). Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A evolução do país e suas doenças. Hucitec Nupens USP São Paulo; 1995: 186-92.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde do Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília(DF); 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília(DF); 2001.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Plano de Ação 2004-2007. Brasil; 2004.
14. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. Cad. Saúde Pública RJ. 2006 Jan ;22(1):173-179.
15. Brasil. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia-Febrasgo. Manual de Orientação ao Pré- Natal; Editor: Carlos Augusto Alencar Júnior.
16. Wrobel LL, Ribeiro STM. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. Acta Sci. Health Sci Maringá. 2006;28(1): 17-22.
17. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Rev. Ciência & saúde coletiva. 2005; 10(3):627-637
18. Brasil. Ministério da Saúde. Instituição do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF); 2000

19. Brasil. Ministério da saúde. Programa de Humanização ao pré-natal e nascimento. Brasília(DF);2002.

20. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2004;26(7):517-25.

21. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal Portaria nº 1067/GM, de 4 de julho de 2005. Brasil;2005.

22. SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). Perfil municipal do estado de São Paulo. <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>. Acesso em 28 de fevereiro de 2011.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Módulo Impressão de Relatório/DATASUS. Disponível em: [http://cnes.datasus.gov.br/Modulo\\_Imprimir\\_Leito.asp](http://cnes.datasus.gov.br/Modulo_Imprimir_Leito.asp) Acesso em 28 de fevereiro de 2011.

24. Parada CMGL. Avaliação do programa de humanização do pré-natal e nascimento(PHPN) na DIR XI-Botucatu. [Tese livre-docência]- Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, USP, 2006.

25. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Brasil;1996.

26. Organização Mundial de Saúde. Maternidade Segura. Assistência ao Parto Normal: Um guia prático. Genebra;1996.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Gestaçã de Alto Risco- Manual Técnico. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde, 2010.

28. Leite ACNM, Paes NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. 2009 Jul-Set; 16(3): 705-714.
29. Oliveira VJ, Madeira AMF; Interagindo com a Equipe Multiprofissional: As interfaces da assistência na gestação de alto risco. Esc Anna Nery (impr.) 2011jan-mar; 15 (1):103-109.
30. Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. Rev Bras Enferm, Brasília. 2009 jul-ago; 62(4): 546-51.
31. Priszkulnik G, Maia AC. Parto humanizado: influências no segmento saúde. Rev o Mundo da Saúde São Paulo: 2009; 33(1):80-88.
32. Santos DS, Nunes IM. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009 jul-set; 13 (3): 582-88.
33. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Matern. Infant, Recife. 2009 Jan-mar ;9 (1): 59-67.
34. Freitas PF, Drachler ML, Leite JCC, Grassi PR. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. Rev Saúde Pública 2005; 39(5):761-7.
35. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. Rev Saude Publica 2011;45(1):185-94
36. Souza MA, Silva JLP, Filho NLM. Bloqueio combinado raquiperidural *versus* bloqueio peridural contínuo para analgesia de parto em primigestas: resultados maternos e perinatais. □ Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(10):485-91.
37. Boccolini CS, Carvalho MLC, Oliveira MIC, Vasconcellos AGG. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saúde Pública 2011;45(1):69-78.

38. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O Partograma de análise da Assistência ao Parto. Rev Esc Enferm USP 2009;43(4):880-8.

39 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília(DF);2011.



## 8. ANEXOS

### Anexo 1- Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (Tese de Livre docência da Profª Adjunta Cristina Maria Garcia de Lima Parada)

**unesp**  **Universidade Estadual Paulista  
Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br

 **Comitê de Ética  
em Pesquisa**  
File nº 63

Registrado no Ministério da Saúde em 30 de  
abril de 1997

---

Botucatu, 01 de março de 2004

OF.57/2004-CEP  
MACAH/asc

*Ilustríssima Senhora  
Profª. Drª. Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu*

Prezada Drª. Cristina,

*De ordem da Senhora Coordenadora deste CEP, informo que o Projeto de  
Pesquisa "Avaliação do programa de humanização do pré natal e nascimento na região da DIR  
XI - Botucatu- SP", de sua autoria, recebeu do relator parecer favorável, aprovado em reunião  
de 01/03/2004.*

*Situação do Projeto: Aprovado*

*Sendo só para o momento, aproveito o ensejo para renovar os protestos de  
elevada estima e distinta consideração.*

  
**Alberto Santos Capelluppi**  
Secretário do CEP

## Anexo 2- Documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Sub-Projeto

 **Universidade Estadual Paulista**  
**Faculdade de Medicina de Botucatu**

Distrito Rubião Junior, s/nº - Botucatu - S.P.  
CEP: 18.618-970  
Fone/Fax: (0xx14) 3811-6143  
e-mail secretaria: capellup@fmb.unesp.br  
e-mail coordenadoria: tsarden@fmb.unesp.br



  
Registrado no Ministério da Saúde  
em 30 de abril de 1997

---

Botucatu, 20 de outubro de 2011. Of. 473/2011

Ilustríssima Senhora  
Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Cristina Maria Garcia de Lima Parada  
Departamento de Enfermagem da  
Faculdade de Medicina de Botucatu

Prezada Dr.<sup>a</sup>. Cristina,

Com referência ao Sub-Projeto de Pesquisa (**Protocolo CEP 1438-2004-A**)  
"Criação de escore para avaliação da qualidade a atenção ao parto",  
conduzido pela aluna Tábata Martins, informo que o mesmo teve seu título  
alterado para "Avaliação da qualidade da atenção ao parto nos colegiados  
de Gestão Regional Cuesta Botucatu e Vale do Jurumirim".

Atenciosamente,

  
Prof. Dr Trajano Sardenberg  
Coordenador do CEP