

ESCORE DE BOLOGNA NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.

Marilyse de Oliveira Meneses¹, Gisele Bezerra da Silva²

¹UFPI/ Universidade Federal do Piauí, (marilyse_meneses@hotmail.com)

² UFPI/ Universidade Federal do Piauí, (gi-bezerra@hotmail.com)

Resumo

Objetivo: avaliar a qualidade da assistência ao parto vaginal em uma maternidade pública estadual, segundo o Escore de Bologna. **Método:** trata-se de uma pesquisa com delineamento transversal, de caráter descritivo e abordagem quantitativa, realizada em uma maternidade pública estadual, em Parnaíba- PI. Contou-se com uma amostra de 100 puérperas selecionadas de forma não aleatória, onde foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, sendo estes um formulário socioeconômico e o Escore de Bologna (EB). **Resultados:** em relação o Escore de Bologna, obteve-se uma média equivalente a 3,07, com os seguintes percentuais para as variáveis contidas no Escore: 73% para presença de acompanhante, 0% uso de partograma, 51% para a variável ausência de estímulos ao trabalho de parto 80% parto em posição não supina, e 96% para o contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido. **Considerações finais:** os resultados obtidos neste estudo indicam que a assistência ao parto normal de baixo risco no hospital público estudado encontra-se com níveis satisfatórios de qualidade. Verificou-se em relação ao Escore de Bologna uma alta frequência das variáveis analisadas, indicando percentuais que variaram entre 51% e 96%, a exceção do uso do partograma.

Palavras-chave: Parto normal; Trabalho de parto; Obstetrícia.

Área Temática: Temas livres.

Modalidade: Resumo expandido.

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, a avaliação tem se constituído como instrumento primordial para o planejamento e a gestão dos sistemas e serviços, funcionando como um verdadeiro mecanismo de retroalimentação, que possibilitará a produção de informações e geração de conhecimentos, com o objetivo de aperfeiçoar teorias, fundamentar e subsidiar as ações desenvolvidas e a tomada de decisões (SANCHO; DAIN, 2012).

As avaliações dos programas relativos à saúde materno-infantil do Ministério da Saúde têm focado principalmente nos indicadores de utilização dos serviços, como número de consultas pré-natais realizadas pelas gestantes, e em alguns indicadores de resultado, como os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e materna (BRASIL, 2004).

Para avaliação da qualidade da assistência ao parto normal, tem sido preconizada a comparação de procedimentos usados na assistência com normas e procedimentos recomendados na literatura como padrão-ouro, além de alguns indicadores de processo tais como: utilização do partograma e a porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde (WHO, 2002). No entanto esses indicadores são pouco precisos não conseguindo discriminar a qualidade dessa assistência nos locais em que a maioria dos partos é acompanhada por profissional (GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011). Por isso a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem recomendado o Escore de Bologna (EB), tal indicador ainda não é amplamente utilizado, mas é pioneiro na avaliação da assistência ao parto vaginal (CHALMERS; PORTER, 2001).

O EB, deve ser aplicado de forma semelhante ao Índice Apgar, levando em consideração que o parto normal de baixo risco é um acontecimento natural e que deve ser conduzido com o mínimo de intervenções (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008). Constitui-se na primeira ferramenta disponível para avaliar a qualidade de assistência ao parto normal, de forma quantitativa podendo ser o instrumento que faltava no processo de avaliação e comparação da assistência ao parto, de uma forma mais eficaz em todo o mundo (SANDIN-BOJO; KVIST, 2008).

A partir dessas considerações objetivou-se avaliar a qualidade da assistência ao parto vaginal em uma maternidade pública estadual, segundo o Escore de Bologna.

2 MÉTODO

Realizou-se um estudo transversal, de caráter descritivo, analítico e com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em um centro obstétrico de uma maternidade pública, no

município de Parnaíba, localizado na região norte do estado do Piauí (PI), que é referência na região litorânea do estado no atendimento à parturiente e ao recém-nascido.

Para alcançar os objetivos propostos contou-se com uma amostra de 100 mulheres que pariram no hospital escolhido para a realização da pesquisa. As puérperas foram selecionadas por conveniência, na dependência do número de casos que obedecesse aos seguintes critérios de inclusão: puérperas de parto de baixo risco, de qualquer faixa etária que tiveram filho nascido vivo, pela via vaginal, com início de trabalho de parto espontâneo ou induzido, independentemente do peso ao nascer.

Foram excluídas do estudo, participantes adolescentes sem responsáveis legais no momento da entrevista ou em situações em que o parto ocorreu em domicílio ou dentro de ambulância; desse modo, de um total de 120 mulheres, considerando tais critérios, apenas 100 destas puderam efetivamente participar do estudo, número este considerado suficiente para a obtenção de resultados com significância estatística (NOVO et al., 2016)

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio a julho de 2017, sendo realizada por meio de entrevista, após consentimento e esclarecimento dos objetivos da pesquisa e autorização pelas puérperas, seguida da análise de prontuário e livro de parto da instituição. Foram utilizados os seguintes instrumentos de coleta de dados para cada participante: Formulário socioeconômico e o EB.

O EB é constituído por cinco medidas: 1) Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; 2) Uso de partograma; 3) Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, manobra de kristeller, fórceps); 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) (SANDI-BOJÖ; KVIST, 2008). Para cada variável é atribuída a nota “1”, se presente, e “0”, se ausente, e o valor do índice é obtido por meio do somatório dos resultados. A nota máxima “5” corresponde à efetiva. condução do parto, e a nota “0” corresponde a um parto mal conduzido (SANDI-BOJÖ; KVIST, 2008).

Após a coleta e tabulação dos dados, foram realizadas análises descritivas multivariadas e de frequência através do pacote estatístico *PASW (SPSS – Statistical Package for the Social Sciences) versão 21*. Essa pesquisa foi desenvolvida após autorização da instituição proponente e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí (UESPI) sob o Parecer de Aprovação nº 2.059.380.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No tocante as variáveis socioeconômicas, a idade das puérperas variou entre 15 e 35 anos ($M=22,9$; $DP=5,16$). A maioria das participantes afirmou estar em um relacionamento estável (63%), ser católica (66%), autodeclarada parda (76%) e com renda mensal inferior a um salário-mínimo (63%). Um percentual de 37% da amostra declarou possuir ensino fundamental incompleto, enquanto 26% possuíam ensino médio completo e apenas 2% declararam apresentar nível superior incompleto de escolaridade, conforme os dados apresentados na Tabela 1.

As frequências encontradas para o atendimento de cada variável constante no EB, conforme demonstrado no, foram as seguintes: 79% para presença de acompanhante, 0% para uso de partograma, 51% para a variável ausência de estímulos ao trabalho de parto (uso de ocitocina, fórceps, manobra de kristeller), 80% para parto em posição não supina, finalmente sobre o contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido (RN), pelo menos 30 minutos na primeira hora, destacou-se uma alta frequência de 96%.

A presença de acompanhante no momento do trabalho de parto e nascimento é um direito garantido no Brasil pela lei 11.108/ 2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 2418/2005 (BRASIL, 2006). Dentre as evidências encontradas como benefícios a esse direito, destaca-se o estudo realizado por meio de 22 ensaios clínicos, envolvendo 15.288 mulheres, o qual demonstrou que aquelas com apoio contínuo intraparto foram mais propensas ao parto vaginal espontâneo e menos propensas à analgesia intraparto, a comunicar insatisfação, ao parto vaginal instrumental, à analgesia regional e a recém-nascido com baixo índice de Apgar no 5º minuto, além disso, o tempo de trabalho foi menor (HODNETT et al., 2013).

O partograma ou gráfico de trabalho de parto, obrigatório em todas as maternidades conveniadas com o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001), tem como objetivo fornecer uma visão global, possibilitando aos profissionais a identificação precoce de desvios do bem-estar materno e fetal e da evolução do parto (LAVENDER; HART; SMYTH, 2013). Dentre os benefícios encontrados ao uso correto do partograma destacam-se os achados realizados em um estudo multicêntrico, avaliando 35.484 parturientes, no qual encontrou-se significativa redução do trabalho de parto prolongado, taxa de cesariana de urgência, de necessidade de ocitocina e de óbito fetal intraparto (PORTO; AMORIM; SOUZA, 2010).

Finalmente, sobre o contato pele-a-pele da mãe com o recém-nascido (RN), pelo menos 30 minutos na primeira hora, destaca-se uma alta frequência (96%) para esse procedimento. Com a finalidade de prevenir a hipotermia no recém-nascido- RN e favorecer o vínculo entre o binômio mãe-filho recomenda-se que o RN ativo deve ser colocado em contato direto sobre o abdômen ou tórax materno e protegido por um cobertor seco e aquecido que favoreça a

manutenção da temperatura, devendo-se postergar os procedimentos de rotina e estimular a amamentação na primeira hora de vida (BRASIL, 2011).

Isto posto, além da análise de cada um dos indicadores do EB, foi calculado o escore total de cada participante. Os resultados presentes demonstram que na amostra estudada, esse valor variou entre 01 e 04 pontos; 01 (4%); 02 (17%); 03 (47%); 04 (32%), ($M=3,07$; $DP=0,80$), tendo a maioria das participantes apresentado valores próximos à média (47%).

Concorrendo com os resultados obtidos nesta pesquisa, um estudo prospectivo realizado na Camboja, com mais de 170 mulheres, verificou que a pontuação 5 não foi encontrada e que as notas 3 e 4 apresentaram frequências positivas, 24,3% e 56,9% respectivamente, demonstrando que em mais de 80% dos partos foram respeitadas três ou quatro das boas práticas avaliadas no escore (SANDIN-BOJÖ et al., 2012)

A média obtida no EB (3,07%) foi superior a encontrada em outros estudos brasileiros que obtiveram média de escores variando entre 1,04 e 2,1 (CARVALHO, 2014; GIGLIO; FRANÇA; LAMOUNIER, 2011; NOVO et al., 2016) e inferior a estudo modelo e pioneiro desenvolvido na Suécia, com média equivalente a 3,81% (CARVALHO; BRITO, 2016). Em relação a estudo sueco, por ter sido realizado em m país com um excelente sistema de saúde materno- infantil, e com baixíssimos coeficientes de mortalidade materna e neonatal, tem sido utilizado como um bom parâmetro para avaliar o desempenho desse indicador em condições mais próximas ao que se possa considerar como sendo uma adequada assistência ao parto (SANDIN-BOJÖ; KVIST, 2008).

4 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a assistência ao parto normal de baixo risco no hospital público estudado encontra-se com níveis satisfatórios de qualidade. Verificou-se em relação ao Escore de Bologna uma alta frequência das variáveis analisadas, indicando percentuais que variaram entre 51% e 96%, a exceção do uso do partograma.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Mulher. Parto, aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher-** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. 199p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e operação.**PAHO-RIPSA, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher : Princípios e Diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2. reimpr. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011a.

CARVALHO, I.S. **Avaliação da qualidade da assistência à mulher e ao filho durante o parto normal**. 2014. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2014.

CARVALHO, I. S.; BRITO, R.S. Utilização do índice de Bologna para avaliação da assistência ao parto normal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 742-749, 2016.

CHALMERS, B.; PORTER, R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna Score. **Birth**, v. 28, n. 2, p.79-83, 2001.

GIGLIO, M. R. P.; FRANÇA, E.; LAMOUNIER, J. A. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Goiânia, v. 33, n. 10, p.297-304, 2011.

HODNETT, E.D. et al. Continuous support for women during childbirth. **TheCochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n.7, 2013.

LAVENDER, T.; HART, A.; SMYTH, R.M.D. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. **TheCochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n.15, 2013

NOVO, J.L.V.G. et al. Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. **Revista de Faculdade de Medicina de Sorocaba**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 30-5. 2016.

PORTO, A.M.F.; AMORIM, M.M.R.; SOUZA, A.S.R. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseado em evidências. **Revista Femina**, Recife, v.38, n.10, 2010.

SANCHO, L. G; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Revista de Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p.765-74, 2012.

SANDIN-BOJÖ, A. K; KVIST, L. J. Care in labor: a Swedish survey using the Bologna Score. **Birth**, London, v. 35, n. 4, p. 321-328, 2008.

SANDIN-BOJÖ, A. K. et al. Intrapartum care at a tertiary hospital in Cambodia: a survey using the Bologna Score. **Midwifery**, London, v. 28, n. 6, p. 880-885. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Principles of Perinatal Care: The Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course**. Promoting Effective Perinatal Care. WHO, Regional Office for Europe, 2002.