

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Margareth Rocha Peixoto Giglio

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO EM
GOIÂNIA, 2007**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Ciências da Saúde.

Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Profa. Elisabeth Barboza França.

Belo Horizonte - MG

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor:

Prof. Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora:

Prof^a. Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitora de Pós-Graduação:

Prof^a. Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitor de Pesquisa:

Prof. Carlos Alberto Pereira Tavares

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina:

Prof. Francisco José Penna

Coordenador do Centro de Pós-Graduação:

Prof. Carlos Faria Santos Amaral

Chefe do Departamento de Pediatria:

Prof^a. Maria Aparecida Martins

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE – ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:

Coordenador:

Prof. Joel Alves Lamounier

Sub-coordenadora: Prof^a. Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado:

Prof^a. Ivani Novato Silva

Prof. Jorge Andrade Pinto

Prof^a. Lúcia Maria Horta Figueiredo Goulart

Prof^a. Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana

Prof. Marco Antônio Duarte

Prof^a. Regina Lunardi Rocha

Gustavo Sena Sousa (Representante Discente)

“Solo le pido a Dios

Que el dolor no me sea indiferente,

Que la reseca muerta no me encuentre

Vacio e solo sin haber hecho lo suficiente.”

Leo Gieco/Mercedes Sosa

Esse estudo é dedicado aos meus mais fieis companheiros:

Meus filhos Thamires, Giovanna e Daniel,

Meus amigos Daniel Emídio e Maria Selma.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Elisabeth Barboza França, que acrescentou dimensão a minha visão clínica, método a minha prática de pesquisa, sensibilidade na separação do joio do trigo na seleção da informação e, acima de tudo, ensinou-me, com sua simplicidade, que para aprender é preciso se desprender da arrogância que costuma acompanhar os detentores do conhecimento.

Ao Prof. Joel Alves Lamounier, pelo incentivo a continuar os estudos após o mestrado e pela fiança as minhas idéias junto à pós-graduação.

Aos professores componentes da minha banca de qualificação pela dedicação com que avaliaram e contribuíram em vários aspectos do estudo, Profa. Maria Albertina Santiago Reis, Profa. Sônia Lansky, Profa. Daphne Rartner e Prof. Washington Caçado Amarin.

Às minhas queridas pesquisadoras, Anne Caroline Ferreira Peixoto e Laís Cristine Ferreira Peixoto, que me acompanharam em várias etapas do estudo, nas diversidades da coleta de dados, na digitação do banco de dados, na confecção das tabelas e organização das referencias bibliográficas. Meu braço direito, “no carregar do piano”.

Aos médicos Gilberto de Matos Filho, Lidiana Magalhães, Alessandra Machado e Sarah Marques, pela ajuda na coleta de dados nos prontuários.

Ao Dr. Sergio Nakamura, pela interseção junto a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, para que essa encaminhasse o estudo para os diretores dos hospitais.

À Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, na pessoa de seu secretário, Dr. Paulo Rassi, pelo encaminhamento aos hospitais.

Aos funcionários dos hospitais que, mesmo diante do árduo trabalho diário, pacientemente, facilitaram a pesquisa junto às puérperas e nos prontuários.

Às puérperas que colaboraram com o estudo, entendendo a importância da sua participação, apesar da ciência do não benefício para si. Na fala delas, “para que outras mulheres não passem pelo que tive que passar”.

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade da assistência ao parto nos hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS em Goiânia, no ano de 2007.

Metodologia: estudo descritivo analítico, onde foram avaliados 13 hospitais de Goiânia (10 privados conveniados ao SUS e 3 públicos) e estudada uma amostra de 404 partos normais realizados nesses hospitais. Os dados foram obtidos através de questionários e entrevistas realizadas com diretores dos hospitais, busca em prontuários, entrevistas com as puérperas e observação do atendimento ao parto nesses hospitais. Foram investigadas variáveis demográficas, obstétricas, estruturais, organizacionais e relacionadas ao processo e resultados da assistência ao parto. Realizou-se análise comparativa da qualidade de assistência entre as categorias de hospitais, com validação estatística dada pelo teste qui quadrado com significância de $p < 0,05$ e análise dos fatores de risco para a qualidade de assistência utilizando-se o índice Bologna (indicador da Organização Mundial de Saúde), com cálculo do *Odds Ratio* com intervalos de confiança de 95% e $p < 0,05$, para as associações encontradas.

Resultados: a maioria dos partos (61,6%) foi realizada nos hospitais privados conveniados ao SUS (HPS). As taxas de cesarianas eletivas foram de 34,1% e 21,9% nos HPS e hospitais públicos (HP), respectivamente. Contudo, nos HPS as taxas de cesarianas foram diferenciadas a depender do agente financiador, com taxas de cesarianas eletivas de 25,4% para usuárias do SUS e de 93,9% para gestantes de convênios ou particulares. Apesar de 95,8% dos partos terem sido realizados pelo obstetra, apenas 30,8% desses tiveram pediatra em sala de parto. A porcentagem de cesarianas de urgência foi de 11,4% nos HPS e 19,4% nos HP. Importantes diferenças na organização hospitalar em relação à assistência ao parto foram observadas entre as categorias de hospitais, com ausência do pediatra na maioria dos partos realizados em HPS e ausência de médicos plantonistas para assistência à pacientes de convênios ou particulares nesses hospitais. A porcentagem de trabalho de parto e parto assistidos por profissional de saúde foi de 100%, na maioria das vezes por obstetra. A presença de partograma e de anotações das evoluções do trabalho de parto foram extremamente baixas nas duas categorias de hospitais, embora um pouco melhor nos HP, da mesma forma que a frequência de avaliações dos parâmetros fundamentais para adequada assistência ao parto. A ausculta do BCF não foi realizada em 33% e 23% dos casos nos HPS e HP, respectivamente. Nas duas categorias de hospitais também foi alta a utilização de práticas consideradas danosas, como uso rotineiro de ocitócicos no trabalho de parto, e baixa a utilização de práticas consideradas benéficas, como presença do acompanhante familiar no parto. O índice Bologna dos partos normais foi muito baixo nas duas categorias de hospital, com média de 1 para os HPS e 2 para

os HP. A categoria de hospital foi o fator de risco independente que mais se associou à qualidade de parto medida pelo índice Bologna, sendo que a chance das gestantes atendidas nos HP receberem melhor qualidade de assistência foi 9,1 vezes maior em relação aos HPS.

Conclusão: Os resultados mostraram baixa qualidade de assistência ao parto nos hospitais públicos e privados conveniados ao SUS em Goiânia, no ano de 2007, embora um pouco melhor nos primeiros hospitais. Por outro lado, a categoria de hospital foi o fator de risco com maior associação com a qualidade da assistência ao parto medida pelo índice Bologna.

Palavras-chave: Parto. Assistência Perinatal. Serviços de Saúde Materno-Infantil. Qualidade da Assistência à Saúde. Estudos Transversais.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the quality of the attendance to the childbirth in the public hospitals and hospitals private contracted out by SUS in Goiânia, in the year of 2007.

METHODOLOGY: I study descriptive analytical, where were appraised thirteen hospitals of Goiânia (10 private contracted out by SUS and 3 publics) and studied a sample of 404 normal childbirths accomplished at those hospitals. The data were obtained through questionnaires and interviews accomplished with directors of the hospitals, it looks for in handbooks, interviews with the puérperas and observation of the service to the childbirth in those hospitals. Variables demographic, obstetric, structural were investigated and related to the process and results of the attendance to the childbirth. It took place comparative analysis of the quality of attendance among the categories of hospitals, with statistical validation given by the test qui squared with $p < 0,05$ and analysis of the risk factors for the quality of attendance being used the index Bologna (indicator of the World Organization of Health), with calculation of Odds Ratio with intervals of trust of 95% and $p < 0,05$, for the found associations.

RESULTS: Most of the childbirths (61,6%) it was accomplished at the hospitals private contracted out by SUS (HPS). The taxes of elective cesarians were of 34,1% and 21,9% in HPS and public hospitals (HP), respectively. However, in HPS the taxes of cesarians were differentiated to depend on the agent backer, with taxes of elective Cesarians of 25,4% for users of SUS and of 93,9% for pregnant women of agreements or matters. In spite of 95,8% of the childbirths they have been accomplished by the obstetrician, only 30,8% of those they had pediatrician in delivery room. The percentage of urgency cesarians was of 11,4% in HPS and 19,4% in HP. Important differences in the hospital organization in relation to the attendance to the childbirth were observed among the categories of hospitals, with the pediatrician's absence in most of the childbirths accomplished in HPS and doctors persons on duty absence for attendance to patient of agreements or matters in those hospitals. The labor percentage and childbirth attended by professional of health was of 100%, most of the time for obstetrician. The partogram presence and of annotations of the evolutions of the labor they were extremely low in the two categories of hospitals, although a little better in HP, in the same way that the frequency of evaluations of the fundamental parameters for appropriate attendance to the childbirth. It auscultates her of BCF was not accomplished in 33% and 23% of the cases in HPS and HP, respectively. In the two categories of hospitals it was also high the use of practices considered harmful, as routine use of ocitóxicos in the labor, and low the use of practices considered beneficial, as the family companion's presence in the childbirth.

The index Bologna of the normal childbirths was very low in the two hospital categories, with average of 1 for HPP and 2 for HP. The hospital category was the factor of independent risk that more he/she associated to the childbirth quality measured by the index Bologna, and the pregnant women chance assisted in HP receive better quality of attendance was 9,1 times larger in relation to HPS.

CONCLUSION: The results showed low quality of attendance to the childbirth in the public hospitals and private contracted out by SUS in Goiânia, in the year of 2007, although a little better in the first hospitals. On the other hand, the hospital category was the risk factor with larger association with the quality of the attendance to the childbirth measured by the index Bologna.

Key Words: Quality of health assistance. Health services evaluation. Labor. Normal childbirth. Transversal studies.

SUMÁRIO

1. Considerações iniciais	11
2. Referências bibliográficas	18
3. Objetivos	20
4. Resultados	
Artigo 1:	
Qualidade da assistência ao parto em Goiânia, 2007	22
Artigo 2 :	
Qualidade da assistência ao parto normal segundo categorias de hospitais	
em Goiânia	45
5. Considerações finais	77
6. Anexos	80

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Os avanços no conhecimento e na tecnologia verificados nos últimos tempos têm melhorado grandemente a qualidade de saúde materna e infantil. Contudo, as últimas décadas foram marcadas por pequenos progressos na redução dos coeficientes de mortalidade materna e por uma quase estagnação dos coeficientes de mortalidade infantil devido às dificuldades em se diminuir o componente neonatal.^{15,16,17,18,19,20}

Anualmente, em todo o mundo, cerca de quatro milhões de crianças menores de um ano de idade morrem, principalmente na primeira semana de vida. Da mesma forma, estima-se que, mundialmente, cerca de 600.000 mulheres morrem de complicações relacionadas à gravidez. Significa que para cada 1000 nascidos vivos, cerca de 50 morrem ainda no período neonatal e para cada 100.000 nascidos vivos, 650 mulheres morrem devido a uma complicação obstétrica. Assim, a redução da mortalidade materna e infantil tem sido uma das prioridades de todas as mais recentes conferências internacionais de saúde, sendo incluída como uma das metas a serem atingidas até o ano 2015 pelos países da ONU, compromisso estabelecido pela Declaração do Millenium, conferência mundial realizada no ano de 2000.^{15,16,17,18,19,20}

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2005, o coeficiente de mortalidade materna no mundo foi de 400/100.000 nascidos vivos, variando de 9/100.000 a 450/100.000, encontrados respectivamente, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. A América Latina e Caribe apresentaram coeficiente de mortalidade materna de 130/100.000 nascidos vivos e o Brasil de 110/100.000 nascidos vivos, maior que do Chile que foi de 16/100.000 nascidos vivos.^{19,20}

Em 2004 (OMS) o coeficiente de mortalidade neonatal para as regiões mais desenvolvidas do mundo foi 4/1000 nascidos vivos e nas regiões menos desenvolvidas de 31/1000 nascidos vivos. Na América do Sul e também no Brasil este coeficiente foi de 13/1000 nascidos vivos, maior que os descritos para o Chile e Cuba que foram, respectivamente, de 5/1000 e 4/1000 nascidos vivos.^{19,20} De acordo com dados do Sistema Único de Saúde em 2005, o coeficiente de mortalidade neonatal para o Brasil foi de 14,1/1000 nascidos vivos, com amplas variações entre os estados. Os mais altos coeficientes foram verificados nas regiões Norte e Nordeste, de 14,8 e 20,1/1000 nascidos vivos, respectivamente, e os menores nas regiões Sudeste e Sul, de 11,5 e 9,1/1000 nascidos vivos, respectivamente. A região Centro-Oeste apresentou níveis intermediários com coeficiente em torno de 11,7/1000 nascidos vivos.^{3,4}

A dificuldade de se diminuir os coeficientes de mortalidade neonatal e materna se deve ao fato de que essas mortes decorrem de uma estreita e complexa relação entre variáveis biológicas, socioeconômicas e de assistência à saúde. Para haver diminuição desses coeficientes há necessidade de melhorias na qualidade de assistência à saúde da mulher e da criança durante o pré-natal, parto e ao recém-nascido, além daquelas destinadas à população geral, como ações básicas de saúde e saneamento básico.^{15,16,17} Esses coeficientes estão entre os indicadores que melhor refletem as desigualdades socioeconômicas e de assistência à saúde entre os países e, dentro desses, entre regiões e grupos populacionais.

Segundo a OMS, as maiores desigualdades na distribuição dos cuidados materno-infantis são observadas nos países em desenvolvimento, onde as populações mais pobres, com maior risco socioeconômico para morte, recebem assistência de pior qualidade.²⁰ Em estudo comparativo entre 45 países em desenvolvimento sobre a distribuição de cuidados materno-infantil entre ricos e pobres, Houweling et al.⁶ mostraram que as desigualdades são muito maiores nos cuidados durante o parto do que na cobertura de atenção pré-natal, imunização e tratamento para infecções respiratórias agudas e diarreias na infância.⁶

O período perinatal corresponde ao período entre a 22ª semana de gestação ao 7º dia de vida do recém-nascido, compreendendo a segunda metade da gravidez, o parto e o período neonatal precoce. É um período muito crítico, pois é nele que ocorre a grande maioria das mortes maternas e neonatais. Em grande parte dos países em desenvolvimento dois terços dos óbitos neonatais ocorrem no período neonatal, com predomínio no período neonatal precoce, quando cerca de 70% desses óbitos ocorrem no primeiro dia de vida.¹ Em relação aos óbitos maternos, 15% ocorrem durante o parto e 60% ocorrem no pós-parto. Aproximadamente 45% das mortes que acontecem no pós-parto ocorrem nas primeiras 24 horas e mais de dois terços na primeira semana do puerpério.²⁰

A exigência de cuidados especiais durante o parto é inversamente proporcional ao nível de desenvolvimento das regiões. Impõe-se maior desmedicalização e mais humanização ao parto nas regiões mais desenvolvidas e maior oferta de cuidados básicos dessa assistência nas regiões menos desenvolvidas. A OMS relata que dentre 2,7 milhões de partos, realizados em sete países em desenvolvimento, apenas 32% das mulheres que necessitaram de algum procedimento de urgência receberam atendimento.^{15,16,17}

A qualidade de um serviço de saúde está relacionada com aspectos de natureza muito diversa. Esses serviços, se apoiados financeiramente, acompanham os avanços na área social, tecnológica e científica. O seguimento de normas científicas acompanhadas de recursos

humanos, materiais e financeiros, em quantidade e qualidade, tende a melhorar a assistência à saúde prestada a população.¹⁰

A avaliação da qualidade das ações e dos serviços de saúde é de fundamental importância para a progressiva consolidação de um sistema de saúde desejável e economicamente acessível ao país.^{7,10} Contudo, essa avaliação é tarefa complexa e difícil sendo que, para isso, tem sido amplamente utilizado o modelo apresentado por Donabedian na década de 1960.^{7,10}

Esse modelo separa os componentes básicos dos serviços de saúde em três categorias: estrutura, processo e resultados. A estrutura diz respeito aos recursos ou insumos utilizados na assistência à saúde. O processo engloba atividades ou procedimentos empregados pelos profissionais de saúde para transformar recursos em resultados. Os resultados ou impactos dessas intervenções na saúde da população são representados pelas respostas ou mudanças verificadas nos indivíduos. Na avaliação da estrutura, os recursos existentes são levantados através de inventários dos recursos humanos, materiais e financeiros e, comparados com serviços ou sistemas de saúde com bom padrão de qualidade. A análise do processo está direcionada a identificar os procedimentos necessários para a condução dos casos atendidos e verificar se estes foram realmente aplicados na forma que deveriam. Além disso, permite identificar os procedimentos desnecessários.^{7,10}

O resultado dessa análise é uma melhor assistência ao paciente com, conseqüente, melhores resultados clínicos e também economia dos recursos através do abandono de procedimentos desnecessários. Para avaliação do processo de forma individual são usadas auditorias e perícias, tendo-se como padrão normas e rotinas pré-estabelecidas. Na avaliação do processo de forma coletiva são usados vários indicadores. A comparação de indicadores entre instituições ou populações permite identificar o desempenho de cada uma delas.¹⁰

As variações da disponibilidade e qualidade da assistência à saúde materna e infantil podem ser medidas por indicadores diretos e indiretos.^{10,11,13} De acordo com a OMS, os indicadores mais recomendados para avaliação da qualidade da saúde materna e infantil, especificamente durante o período perinatal, têm sido os coeficientes de mortalidade perinatal, neonatal e materna. Para avaliação do acesso e da utilização dos serviços de saúde, os indicadores mais recomendados são: porcentagem de mulheres que tiveram atendimento durante pré-natal, porcentagem de mulheres que tiveram partos em serviço de saúde e número de consultas pré-natais realizado pela gestante.^{15,16,17} A porcentagem de mulheres atendidas por profissional de saúde durante o parto é o principal indicador preconizado pela OMS para avaliar a qualidade de assistência ao parto.¹⁵ No Brasil, os indicadores da qualidade de

assistência à saúde materna e infantil são os coeficientes de mortalidade materna, infantil (neonatal e pós-neonatal) e, ainda, o número de consultas realizadas pelas gestantes durante o pré-natal.⁸

Segundo a OMS, em todo mundo, em 2008, cerca de 70% das mulheres receberam cuidados antenatais e 46% dos partos foram realizados em serviços de saúde.²⁰ As variações desses indicadores foram amplas, sendo que a porcentagem dos cuidados antenatais variou de 97%, nas regiões desenvolvidas, a 65%, nas regiões menos desenvolvidas. A porcentagem de partos realizados em serviços de saúde variou de 98% a 53% nas regiões mais desenvolvidas e menos desenvolvidas, respectivamente.²⁰ A média global de partos atendidos por um profissional de saúde foi de 63,3% em 2003, com variação de desde quase totalidade dos partos sendo atendidos por um profissional de saúde a somente 33,9% verificados nas regiões desenvolvidas e nas menos desenvolvidas, respectivamente. Entre os países em desenvolvimento, o menor índice de partos atendidos por profissionais de saúde foi encontrado no Afeganistão com apenas 14% e os maiores encontrados na América do Sul com 85%.²⁰

A realidade assim descrita transforma em grande desafio, para as entidades internacionais de saúde, a necessidade de prestar assistência a cerca de 136 milhões de partos que ocorrem anualmente em todo o mundo. Preocupada com isso, a OMS tem estabelecido diretrizes, normas e condutas definindo o que seria uma adequada assistência ao parto e estratégias para avaliar a qualidade dessa assistência.^{12,14} Seguindo essa orientação, elaborou um guia prático de cuidados destinado à assistência ao parto normal, onde os principais procedimentos utilizados são analisados e classificados, de acordo com as evidências científicas mais recentes, em quatro categorias: a) Procedimentos que são úteis e devem ser incentivados; b) Procedimentos prejudiciais e que devem ser abandonados; c) Procedimentos para os quais os conhecimentos existentes são insuficientes para aprovar uma clara recomendação e devem ser usados com cautela até que mais estudos clarifiquem o assunto e, por último; d) Procedimentos que são frequentemente usados inapropriadamente. O principal objetivo desse manual é padronizar a condução do trabalho de parto e parto entre as várias regiões do mundo.^{12,14}

No ano de 2000, em reunião realizada em Bologna (Itália) sobre monitorização e avaliação dos cuidados perinatais, a OMS propôs um sistema de *score* para avaliar a assistência ao parto normal denominado “Bologna Score” ou índice Bologna. Esse índice é a primeira tentativa concreta de se quantificar a qualidade de assistência ao parto normal, podendo ser o início do desenvolvimento de uma ferramenta que possa servir para avaliação e

comparação dos cuidados ao parto, entre as diversas regiões do mundo, de uma forma mais eficaz que os indicadores usados atualmente.¹³

De forma semelhante ao índice Apgar, o índice Bologna é constituído por cinco medidas: presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; presença de partograma; ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, pressão externa do fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (uso de fórcepe e/ou vácuo extrator); parto em posição não supina e contato pele a pele da mãe com o recém-nascido (30 minutos na primeira hora do nascimento). A cada medida é dada uma nota: “1” se presente e “0” se ausente. A nota final é dada pela somatória das notas de todas as medidas. A nota máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto e a nota “0” corresponde ao parto mal conduzido. Notas entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência.¹³

Segundo a OMS, a qualidade de assistência ao parto é mais adequadamente avaliada quando se realiza essa análise utilizando-se o índice Bologna (Indicador C) associado aos indicadores “porcentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana eletiva” (Indicador A) e “porcentagem dos partos acompanhados por um profissional de saúde” (Indicador B). Assim, a qualidade de assistência ao parto é máxima quando se encontra a associação de baixas porcentagens de cesarianas eletivas e/ou induções de parto, altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto índice Bologna.^{2,13}

Goiânia, capital do estado de Goiás, possui uma população de 1.244.645 habitantes (IBGE, 2007). Em estudo que avaliou os partos ocorridos nesse município em 2000, os coeficientes de mortalidade neonatal, neonatal precoce e tardia foram, respectivamente, 10,5/1000; 6,9/1000 e 3,6/1000 nascidos vivos, com 66,7% dos óbitos neonatais ocorrendo no período neonatal precoce.⁵ Em análise inicial, o parto normal foi fator de risco para a morte neonatal sugerindo que a qualidade de assistência a esse poderia não estar adequada. A análise estratificada, da via de parto por categorias de hospitais de nascimento e por fatores de risco para a morte neonatal, mostrou que a associação entre parto normal e mortalidade neonatal poderia ser explicada, em parte, pela maior realização do parto normal em situações de alto risco para a morte neonatal. Contudo, a ocorrência de 27% das mortes neonatais em recém-nascidos com peso superior a 2500 gramas, predominantemente no período neonatal precoce, reforça as dúvidas quanto à qualidade da assistência ao parto nesse município.⁵ A comparação entre os resultados de dois estudos de corte de recém-nascidos realizados em Goiânia, um em 1992 e outro em 2000, mostrou que a mortalidade neonatal praticamente não

mudou nesse período, indicando uma tendência dos coeficientes de mortalidade neonatal à estabilidade em níveis altos.^{5,9}

A assistência ao parto em Goiânia é realizada em quatro categorias de hospitais: públicos, privados com conveniados ao SUS, privados não conveniados ao SUS e filantrópicos e/ou escola. No estudo acima referido, cerca de 70% dos partos foram realizados nas duas primeiras categorias de hospital sendo que os hospitais públicos tiveram prevalência de parto normal de 61,9% e os hospitais privados conveniados ao SUS de 49,9%, em contraste com os hospitais privados sem atendimento ao SUS que tiveram prevalência de apenas 15,1%. Além disso, evidenciou-se seleção de casos de baixo risco para os hospitais privados conveniados ao SUS e para os hospitais públicos de baixa complexidade.⁵ Estes aspectos chamam a atenção para diferenças na qualidade de assistência ao parto entre os serviços de saúde, justificando-se o aprofundamento na análise dessas questões. O resultado desta análise poderá subsidiar o planejamento de ações de saúde que priorizem estratégias destinadas à diminuição da mortalidade materna e infantil durante o período neonatal, atribuíveis à assistência ao parto, nesse município.

Os resultados e as discussões deste estudo estão apresentados em dois artigos. O primeiro avalia a qualidade da assistência ao parto em Goiânia de uma forma geral, utilizando para isso o índice Bologna dos partos normais, a porcentagem de partos acompanhados por profissional de saúde, as taxas de cesarianas eletivas e de urgência e a comparação das práticas encontradas com as normativas definidas pela OMS para adequada assistência ao parto. O segundo artigo avalia as diferenças entre as categorias de hospitais na qualidade de assistência ao parto, chamando atenção para a forma de organização da rede dessa assistência em Goiânia e especificamente em cada categoria de hospital. Além disso, realiza uma análise da associação entre fatores relacionados à assistência ao parto e a qualidade da assistência medida pelo índice Bologna.

Após a apresentação dos artigos, em considerações finais, são comentados os principais resultados e realizada a síntese das principais conclusões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ahman E, Zupan J. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates 2004. World Health Organization, Department of Making Pregnancy Safer, 2007.
2. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth*. Jun; 28(2):79-83, 2001.
3. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2008. IDB-2008. Indicadores de mortalidade infantil. Obtido dia 23/02/10, às 23:00 horas, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#mort>
4. DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2008. IDB-2008. Razão de mortalidade materna. Obtido dia 23/02/10, às 23:00 horas, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#mort>
5. Giglio MRP, Morais Neto O, Lamounier JA. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev. Saúde Pública*. 39(3):350-7, 2005.
6. Houweling TAJ, Ronsmans C, Campell OMR, Kunst A. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 2007.
7. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (5), 1999.
8. Ministério da Saúde do Brasil. Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e operação. Organização Panamericana de Saúde. 2004. PAHO-RIPSA. Obtido dia 14/01/2009, às 22:32 horas, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/public.htm>
9. Morais Neto OL. A mortalidade infantil no município de Goiânia: Uso vinculado do SIM e SINASC. [Dissertação de mestrado]. Campinas. UNICAMP. 1996.
10. Pereira, MG. Qualidade dos Serviços de Saúde. In: *Epidemiologia Teoria e Prática*. Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 6ª reimpressão, 538-57, 2002.
11. Wildman K, Blondel B, Nijhuis J, Defoort P, Bakoul C. European indicators of health care during pregnancy, delivery and the postpartum period. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 111, S53–S65. 2003.
12. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, Maternal And Newborn Health/Safe Motherhood Division Of Reproductive Health World Health Organization. WHO, Geneva, 1996.

13. World Health Organization. Second Meeting of The Perinatal Care Taskforce. Report on a WHO Meeting Bologna, Italy 26–29 January 2000. WHO European Health, 2001.
14. 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.
15. World Health Organization. Skilles attendant at birth. 2005 estimates. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. 2005. Maternal and newborn health. 2005.
16. World Health Organization. Annex table 8 Selected Indicators Related to Reproductive, Maternal and Newborn Health. World Health Report 2005. Obtido dia 14/01/2006 em: http://www.who.int/whr/2005/annex/annexe8_en.pdf
17. World Health Organization. The World health report: 2005: Make every mother and child count. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2005.
18. World Health Organization. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. WHO, 2006.
19. World Health Organization. Health Status: Mortality. Health Statistics and Health Information Systems. World Health Statistics, WHO, 2006. Obtido dia 23/02/10, às 23:30 horas, em: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/mortlifeexpectancy/en/index.html>
20. World Health Organization. Mortalidad materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. Organización Mundial de la Salud, Geneva, 2008.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar a qualidade da assistência prestada ao parto, em Goiânia, no ano de 2007.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Os objetivos específicos foram:

1. Determinar os indicadores da assistência ao parto:
 - Porcentagem de mulheres assistidas por profissional de saúde.
 - Porcentagem de cesarianas eletivas.
 - Porcentagem de cesarianas de urgência.
 - Porcentagem de partos induzidos.
2. Determinar o índice Bologna dos partos normais.
3. Determinar as taxas de avaliações (por hora) dos batimentos cardíco-fetais, dinâmica uterina, dilatação cervical, pressão arterial e frequência cardíaca materna, durante o trabalho de parto.
4. Identificar o emprego das práticas utilizadas na assistência ao parto, de acordo com a classificação baseada em evidências da OMS para a adequada assistência ao parto normal.
5. Determinar as diferenças na qualidade da assistência ao parto entre as categorias de hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS.
6. Determinar os fatores associados à qualidade da assistência ao parto utilizando-se o índice Bologna.

ARTIGO 1

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM GOIÂNIA, EM 2007

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a qualidade da assistência ao parto normal nos hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS em Goiânia, no ano de 2007.

METODOLOGIA: Foi estudada uma amostra de 404 partos normais, realizados em 13 hospitais de Goiânia, durante o período de abril a dezembro de 2007. Os dados foram obtidos em entrevistas com as puérperas e consulta nos prontuários. A qualidade de assistência aos partos foi avaliada através do *Bologna score* e da frequência de utilização dos procedimentos utilizados, comparados a atual evidência científica.

RESULTADOS: O *Bologna score* apresentou média de 1,04 (IC 95%: 0,96-1,12), a taxa de cesariana eletiva foi de 30,1%, de cesariana de urgência de 10% e de partos induzidos de 1,6%. Durante o trabalho de parto, metade das parturientes não teve avaliação da dinâmica uterina, 29,1% não teve avaliação dos batimentos cardíaco-fetais, com partograma utilizado em 28,5% dos casos. Por outro lado, a utilização de ocitocina foi de 45,8%. A porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde foi de 100%, mas o pediatra na sala de parto esteve presente em apenas 30% desses.

CONCLUSÕES: Os resultados indicam má qualidade da assistência ao parto, com altas taxas de cesarianas eletivas e de urgência, alta ocorrência de intervenções consideradas prejudiciais na assistência ao parto, baixa frequência de intervenções benéficas e baixos valores do *Bologna score*.

DESCRITORES: Assistência à saúde. Avaliação de serviços de saúde. Trabalho de parto. Parto normal. Estudos Transversais.

QUALITY OF THE ASSISTANCE TO THE NORMAL BIRTH IN GOIÂNIA, IN 2007

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the quality of the health care assistance during childbirth in public and private hospitals contracted out by to SUS in Goiânia, Brazil, in 2007.

METHODOLOGY: Thirteen hospitals were appraised and a random sample of 404 normal births was studied. The data was obtained from interviews with mothers and hospital directors, consultation of medical records and observation in the attendance at birth. The indicators used were: percentage of childbirths attended by health care professionals, rates of elective and emergency caesarians, rate of inducing childbirth and the Bologna score.

RESULTS: The rate of elective caesarian was 30%, for emergency caesarian 10% and 1,6% for induced childbirth. During labor, about half of the women had no evaluation of the uterine dynamics and 29% had no auscultation fetal monitoring. The percentage of childbirths attended by health care professionals was 100%, but pediatricians in the delivery room were present only 30% of the time. The Bologna score presented an average of 1,04 (CI 95%: 0.96-1.12).

CONCLUSIONS: The results indicate a poor quality of attendance at childbirth with high elective and emergency caesarians rates, a high number of unnecessary and harmful interventions, a low frequency of beneficial interventions and low values of the Bologna score.

Key words: Quality of health assistance. Health services evaluation. Labor. Normal childbirth. Transversal studies.

Introdução

Diminuir a mortalidade materna e a infantil são algumas das metas a serem atingidas pela Declaração do Milênio até 2015. ¹ Atualmente, aproximadamente dois milhões de recém-nascidos morrem anualmente em todo mundo nas primeiras vinte e quatro horas de vida. Da mesma forma, cerca de 600.000 mulheres morrem de complicações relacionadas à gravidez, parto e puerpério. ¹

Há uma ampla variedade nas taxas de mortalidade materna e neonatal, bem como nas causas dessas entre os países e, dentro desses, entre as diversas regiões, refletindo, entre outros, as desigualdades sócio-econômicas entre as populações. ¹ Entretanto, há maior disparidade na distribuição de cuidados durante o parto do que em outros cuidados de saúde. Nos países em desenvolvimento, grande parte dos óbitos maternos e neonatais decorre da inadequada assistência ao parto, já nos países desenvolvidos as causas estão relacionadas a doenças de difícil controle, como o descolamento prematuro das membranas e doença hipertensiva da gestação. ^{1,2}

Em Goiânia, as disparidades nas taxas de mortalidade neonatal e de cesarianas entre grupos populacionais chamam atenção para desigualdades na assistência ao parto. ³ Além disso, em estudo realizado nesse município, o parto normal foi risco para morte neonatal e, embora a estratificação por grupos populacionais mostrasse que o parto normal foi mais realizado em situações de risco para morte materna e neonatal, quase 30% dos óbitos neonatais ocorreram em recém-nascidos com peso superior a 2500 gramas, muitos desses associados à asfixia durante o parto. ³ Esse aspecto chama atenção para possíveis deficiências na assistência ao parto normal.

Para avaliação da qualidade do processo de assistência ao parto normal, tem sido preconizada a comparação de procedimentos usados na assistência com o que tem sido descrito na literatura como padrão ouro e os indicadores de processo. ^{1,4} Entre esses últimos,

os mais utilizados tem sido: a presença do partograma no prontuário e a porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde.^{4,5}

Mais recentemente, a OMS tem recomendado um novo indicador de processo para avaliação da assistência ao parto normal, denominado *Bologna score*.⁵ Esse indicador que parte da premissa de que o parto normal de baixo risco é um evento natural e que deve ser conduzido com um mínimo de intervenções possíveis, é composto por cinco variáveis, onde para cada uma delas é dada uma nota, “1” se presente e “0” se ausente. O valor total é dado pela somatória dessas notas, sendo considerada “0” a menor qualidade e “5” a maior (Quadro 1). Qualidades intermediárias se encontram entre esses dois valores. Embora ainda pouco utilizado, esse indicador é a primeira ferramenta que avalia a qualidade do processo de assistência ao parto normal de forma quantitativa.⁵

A partir destas considerações, o presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência aos partos normais, realizados em Goiânia durante o ano de 2007. Espera-se que os resultados possam subsidiar o planejamento de ações de saúde destinadas a melhorar a qualidade dessa assistência no município.

Metodologia

Estudo transversal, onde foi estudada uma amostra de 404 puérperas de partos normais. Essa amostra foi obtida de 13 dos 14 hospitais que eram referência para partos de baixo risco em Goiânia em 2007, três públicos e dez privados conveniados ao SUS (um hospital privado conveniado ao SUS recusou-se a participar). Foram excluídos um hospital filantrópico e dois públicos por serem referências para gestações de alto risco. As duas categorias de hospitais estudadas eram responsáveis por cerca de 80% dos partos totais e 90% dos partos normais realizados nesse município.

O tamanho da amostra foi calculada com estimativa de prevalência de partograma de 20%, precisão de 4%, intervalo de confiança de 95% e perdas estimadas de 5%, com alocação

proporcional ao número de partos realizados em cada hospital. A estimativa do número de casos para cada hospital foi realizada baseada na proporção de partos realizados por esses no ano de 2006, segundo o sistema de informações de nascidos vivos (SINASC). As puérperas foram selecionadas de forma consecutiva, sendo excluídos os casos de óbito fetal antes do trabalho de parto. Foi considerado parto normal todo aquele ocorrido pela via transpélvica, com feto vivo, independente da idade gestacional, apresentação fetal ou peso ao nascer. Assim, como todos os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso eram limítrofes (justificado pela clientela assistida nos hospitais estudados), esses foram incluídos na amostra.

Os dados foram obtidos entre abril a dezembro de 2007, variando o período em cada hospital, na dependência do número de casos estimados para cada um deles. As visitas hospitalares eram iniciadas com busca nos livros de internação e de procedimentos do centro cirúrgico para identificação das admissões para o parto, diagnóstico à admissão e a via de parto. Assim, as puérperas de parto normal eram identificadas, convidadas a participar e, após assinatura do termo de consentimento, eram entrevistadas.

Cada parto foi pesquisado no período pós-parto, ainda durante a internação, através de questionários estruturados, um preenchido por consulta ao prontuário, por médico obstetra ou residente de obstetrícia, e outro aplicado à puérpera, por entrevistadoras previamente treinadas. Quase todas variáveis eram comuns aos dois questionários, contudo a maioria das utilizadas neste estudo foi obtida das entrevistas com as puérperas, devido à falta de informações nos prontuários. Os dados obtidos nas entrevistas e os nos prontuários foram integrados em um banco de dados único. Dos prontuários foram utilizadas apenas as variáveis: presença do partograma, anotações no partograma, dilatação cervical à admissão, duração do trabalho de parto, uso de soro, ocitócicos e analgesia durante o segundo estágio do parto, índice Apgar, peso ao nascer, uso de antibióticos e de ocitócicos no pós-parto. As demais variáveis foram obtidas dos dados das entrevistas com as puérperas.

Para avaliação da qualidade da assistência, as práticas usadas na assistência foram categorizadas segundo a classificação da OMS para assistência ao parto normal e determinado o *Bologna score* para cada parto. Foram determinadas as frequências de avaliações dos batimentos cardíaco-fetais (BCF), da dinâmica uterina (DU), da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC) materna e do toque vaginal (TV). Além dessas, foram ainda determinadas a porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde, as taxas de cesarianas eletivas e de urgência e a porcentagem de partos induzidos. Para essas foram calculados intervalos de confiança a 95% em torno da média. As medidas usadas para o cálculo do *Bologna score* para cada parto são mostrados no quadro 1.⁵

Para construção do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa SPSS 11.5. O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia e da Universidade Federal de Minas Gerais.

Resultados

Durante o período necessário para se obter o tamanho da amostra, foram admitidas 637 gestantes para o parto nos hospitais estudados. Dessas, 192 (30,1%) eram para cesariana eletiva, 10 (1,6%) para indução de parto e 435 (68,2%) para parto normal. A taxa de cesarianas de urgência foi de 10% (dados não apresentados em tabela).

Dos 404 partos da amostra, cerca de 80% eram de residentes em Goiânia, 76,5% apresentavam união consensual e 48,5% tinham nove a onze anos de escolaridade. A prevalência de baixo peso ao nascer foi 3,9%, de prematuridade 5,2% e de gestação na adolescência 27%. Todos os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso eram limítrofes (dados não apresentados em tabela).

A Tabela 1 apresenta as características da assistência ao parto. As nove (2,3%) puérperas que referiram não ter sido examinada foram admitidas em período expulsivo e as três que tiveram o parto no leito, após a expulsão do feto receberam assistência do

profissional de saúde para ligadura do cordão umbilical, dequitação e atendimento ao RN. Assim, a porcentagem de trabalho de parto e parto assistidos por profissional de saúde foi de 100%, apesar da assistência ao RN em sala de parto pelo pediatra ter ocorrido em apenas 30% dos partos.

A Tabela 2 mostra as avaliações dos parâmetros fundamentais para adequada monitoração da evolução do trabalho de parto e da vitalidade fetal evidenciando a baixa frequência desses procedimentos.

A Tabela 3 apresenta as práticas encontradas na assistência aos partos estudados, conforme a classificação da OMS para assistência ao parto. Observa-se alta frequência das práticas da categoria B, com comprovada ineficácia ou prejuízo e que devem ser evitadas.

O *Bologna score* dos partos estudados é mostrado na Tabela 5, quando a maioria desses obteve valor menor ou igual a 1, com média de 1,04 (IC 95%: 0,96-1,12).

Discussão

Os resultados encontrados são preocupantes ao evidenciarem que, embora todos os partos estudados tenham sido acompanhados por profissional de saúde, na maioria das vezes pelo obstetra, a qualidade de assistência esteve muito aquém da preconizada pelas atuais evidências científicas.^{4,6,7,8,9} Esses achados demonstram que a porcentagem de partos acompanhados por um profissional de saúde, principal indicador preconizado pela OMS para avaliar a qualidade dessa assistência,¹ é pouco discriminativo, não sendo suficiente para avaliação nos locais onde a maioria dos partos é realizada por profissional de saúde.

Em nosso meio existem poucos estudos que avaliaram a qualidade de assistência ao parto utilizando indicadores de processo, sendo o presente estudo pioneiro no país ao utilizar o *Bologna score*. Até 2011, o único estudo descrito na literatura utilizando esse índice foi realizado na Suécia¹⁰, que mostrou *Bologna score* de 3,81, porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde de 99,9%, taxa de cesarianas eletivas de 7,9% e taxa de partos

induzidos de 8,6%. A qualidade da assistência ao parto analisada por esse conjunto de indicadores foi considerada muito boa, referendada pelo índice Apgar 5 <7 de apenas 0,4% para os RN. Por ter sido realizado em um país com excelente sistema de saúde materno-infantil e baixíssimos coeficientes de mortalidade neonatal (2/1000 nascidos vivos) e materna (3/100.000 nascidos vivos), esse estudo pode ser considerado referência para avaliar o desempenho do *Bologna score* em condições excelentes de assistência ao parto.¹⁰

Considerando-se esses aspectos, a taxa de 30% de cesarianas eletivas encontrada no presente estudo foi muito alta, levantando suspeita de que boa parte das cesarianas não teve indicação obstétrica, como o que tem ocorrido em vários países em desenvolvimento e em regiões metropolitanas do Brasil.¹¹ A taxa de cesariana no Brasil em 2005 foi de 36,7%, ocupando o primeiro lugar entre os países da América Latina.¹¹ Em estudo em Goiânia, a taxa de cesariana em 2000 foi de 56%, variando entre 38% nos hospitais públicos a 85% nos hospitais privados.³

A taxa de cesarianas de urgência encontrada foi 2,5 vezes maior que a do estudo sueco¹⁰, podendo refletir a baixa utilização de fórceps,¹² possíveis complicações decorrentes da alta utilização de ocitócicos no trabalho de parto e, ainda, a alta ocorrência de parturientes admitidas em fases iniciais do trabalho de parto. A admissão precoce, antes da fase ativa do trabalho de parto, tem sido referida como uma das causas de aumento de intervenções, com maior utilização de ocitócicos e de cesarianas.^{1,9,12}

A porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde encontrado nesse estudo foi de 100%, apesar do pediatra, que em nosso meio é o profissional mais capacitado para assistência integral ao RN na sala de parto, estar presente em apenas 30% dos casos. A presença do obstetra em quase todos os partos, por si só, não garantiu assistência adequada.

Na Suécia e em vários países desenvolvidos, a maioria dos partos de baixo risco é realizada por enfermeiras obstétricas preparadas para assistir tanto ao parto quanto ao recém

nascido (incluindo reanimação neonatal), em unidades primárias de assistência, interligadas a centros mais complexos, através de um efetivo sistema de referenciamento.^{6,7,8,10} Isso permite que possíveis alterações sejam diagnosticadas a tempo das parturientes serem transferidas para unidade mais complexa, garantindo que os casos que não evoluam satisfatoriamente possam ter pronto atendimento especializado do obstetra e do pediatra.^{6,7,8,10}

Em nosso país, além do médico, o único profissional regulamentado para assistência ao parto é o enfermeiro obstetra.⁹ Como em nenhuma categoria de hospital havia esse profissional contratado especificamente para essa assistência, o encontro de profissionais não médicos realizando avaliações durante o trabalho de parto e parto, da mesma forma que realizando assistência neonatal em sala de parto, evidencia má qualidade da assistência. Ressalva deve ser feita aos HP, onde boa parcela da assistência por profissional não médico foi realizada por estudantes de medicina ou enfermagem, cumprindo estágios curriculares supervisionados.

As frequências das avaliações do BCF, DU, PA e FC materna foram extremamente baixas. Além disso, 29,1% dos partos não tiveram nenhuma avaliação do BCF durante o trabalho de parto, quando apenas 3,7% desses estavam em período expulsivo. A avaliação do BCF e da DU, principais parâmetros para adequada monitorização do bem estar fetal e da evolução do trabalho de parto, com frequência de pelo menos uma por hora ocorreu em apenas 14,1% e 12,9% dos partos, respectivamente. Por outro lado, a realização do toque vaginal em metade dos casos foi realizada em intervalos menores que um por hora, contrariando ao preconizado de um toque a intervalos de duas horas.^{4,9} Outros estudos em nosso meio encontraram resultados semelhantes.^{12,13}

Da mesma forma, a baixa qualidade da assistência pôde ser documentada através baixa utilização de procedimentos da categoria A (OMS), práticas eficazes que devem ser incentivadas, associada à grande utilização de práticas da categoria B, C e D; ineficazes,

prejudiciais, para as quais não há evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada. Dentro dessas, ressalta-se a baixa utilização do partograma e a alta utilização de ocitocina durante o trabalho de parto, sendo que nenhum dos partos estudados foi monitorado por cardiocotografia, prática recomendada para acompanhamento dos partos induzidos ou conduzidos por ocitócicos.⁴

A presença de partograma em apenas 28,5% dos casos, com 13% desses sem qualquer anotação, demonstra a falta de reconhecimento dos serviços da importância desse instrumento. Vários estudos têm mostrado o valor do partograma tanto para o diagnóstico das alterações da evolução do trabalho de parto quanto para a realização de intervenções em tempo hábil, garantindo o bem estar materno-fetal.^{4,9,14}

A qualidade da assistência parece estar associada não só à presença do partograma, havendo necessidade de que as anotações correspondam a reais avaliações feitas, indicando que esse instrumento foi o fio condutor das intervenções realizadas.¹⁶ Em estudo realizado em maternidades da cidade do Rio de Janeiro, foi observada má qualidade de assistência ao parto, apesar do partograma ter sido encontrado em 92% dos prontuários, chamando atenção para que a falta de anotações refletiu melhor a falta de qualidade detectada.¹⁶

Se por um lado a ocitocina pode corrigir alterações da evolução do trabalho de parto, por outro lado podem ser graves as complicações materno-fetais desencadeadas pelo uso inadequado.⁴ Assim, a OMS recomenda que a utilização de ocitócicos seja realizada em serviços de saúde com condições adequadas, incluindo a presença do obstetra e do pediatra, para que intervenções de emergência possam ser realizadas, caso haja necessidade.⁴ A utilização de ocitócicos sem monitorização adequada do BCF também foi encontrada em outro estudo brasileiro.¹⁶

A utilização de ocitócicos e de soro no trabalho de parto e da manobra de Kristeller no período expulsivo (categoria C, OMS), em cerca da metade dos partos, evidencia o alto grau

de interferência na evolução do parto, contrariando as evidências científicas para que o esse transcorra com o mínimo de intervenções possíveis.⁴ A alta utilização de soro interfere na evolução natural do trabalho de parto por prejudicar a deambulação e limitar a parturiente ao leito.⁴

A utilização de ocitócicos por via parenteral no terceiro período do parto é medida recomendada para evitar a hemorragia pós-parto (categoria A, OMS),⁴ uma das principais causas de morte materna nos países em desenvolvimento.⁴ Nesse estudo, os ocitócicos foram utilizados nesse período em 56,7% dos casos. Contudo, em 34,3% desses foi usada metilergonovina por via oral, prática comprovadamente ineficaz (categoria B, OMS).⁴

Todos os partos estudados foram realizados em posição supina. Extensa revisão sobre a posição da parturiente no segundo período do trabalho de parto mostrou que qualquer posição, em comparação com a posição supina, se associou com diminuição da duração do período expulsivo, de episiotomia, de dor e BCF anormal.¹⁷ A par dessas considerações, a OMS orienta para que o parto seja realizado na posição que mais convenha à parturiente.⁴

A realização de episiotomia (categoria D, OMS)⁴ em cerca de 70% dos partos confirma a ampla realização desse procedimento, verificado também nos países desenvolvidos, apesar das evidências científicas sinalizarem cautela na sua utilização, para isso estimado pela OMS em não mais que 10%.⁴ Em estudo de metanálise, a episiotomia não rotineira mostrou ter mais benefícios que a rotineira, com menos trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. Por outro lado, houve menor risco de trauma perineal anterior com o uso rotineiro da episiotomia. Não houve diferenças entre os dois grupos em relação à dor, dispareunia, incontinência urinária e ao trauma perineal ou vaginal severo.¹⁸

A analgesia peridural (categoria D, OMS)⁴ foi realizada em apenas 7,7% dos partos, próxima dos 10% encontrados no estudo sueco. De fato, essa prática é considerada pela OMS

como uma das mais evidentes formas de medicalização dos partos de baixo risco.⁴ Contudo, em revisão de metanálise que inclui mais de 6.000 parturientes, foi encontrado que, apesar da analgesia peridural aumentar em 38% o risco de parto instrumental, essa não aumentou o risco de cesarianas, lombalgias e do índice Apgar 5<7, não ocorrendo nenhuma complicação grave.¹⁹

Nos países desenvolvidos com baixa utilização de analgesia farmacológica existem alternativas para controle da dor como o preparo psicoprofilático durante o pré-natal e o apoio próximo de familiares, obstetrites e doulas no parto.^{7,8,10} Avaliando que o medo da dor é importante causa do desejo de cesariana pela gestante e que a analgesia peridural pode diminuir as taxas dessas, o Ministério da Saúde do Brasil, através das portarias 2.815/1998 e 572/2000, passou a incluí-la na tabela de remuneração do SUS.⁹ Como em nenhum parto estudado foi encontrado métodos alternativos para o controle da dor, a baixa utilização da analgesia peridural demonstra negligência em lidar com a dor da parturiente.

O contato pele a pele da mãe com o recém nascido por pelo menos trinta minutos na primeira hora de vida, além de propiciar o envolvimento mãe-filho e o aleitamento materno, é um indicativo de que o parto transcorreu adequadamente.^{4,5} Neste estudo, apesar desse contato ter ocorrido em 76% dos partos, ele durou 30 minutos em apenas 11,6%, podendo refletir, entre outros aspectos, o baixo nível de envolvimento desses serviços com os aspectos psicológicos envolvidos no ato do nascimento. Contudo, quando se considera apenas a frequência do contato pele a pele, sem a duração do mesmo, esse foi superior ao encontrado em outros estudos brasileiros.²⁰

A presença do acompanhante familiar no parto é um direito garantido no Brasil pela Lei nº 11.108/2005, regulamentado pelo Ministério da Saúde pela portaria nº 2418/2005⁹. Estudos têm mostrado benefícios perinatais do apoio familiar no parto.^{4,21,22} Estudo de metanálise, envolvendo 15.060 mulheres, encontrou que a parturiente com acompanhante tem

trabalho de parto mais curto, maior frequência de parto transvaginal, menor utilização de analgesia e maior grau de satisfação.²¹ No presente estudo, a presença do acompanhante familiar foi pouco encontrada, demonstrando não só a negligência desse direito, mas também a falta de estrutura dos hospitais em acolher o acompanhante.

O índice Apgar tem sido utilizado em várias publicações para avaliar a qualidade de assistência ao parto.²³ Nesse estudo, a ocorrência de Apgar 1 <7 de 12,9% e de Apgar 5 <7 de 3% foram bem maiores que os encontrados no estudo sueco, porém semelhante a outros estudos brasileiros.^{16,24} Contudo, de forma geral, o índice de Apgar, provavelmente por ser um indicador de resultados, não refletiu tão bem a má qualidade encontrada na assistência aos partos estudados, justificando-se, assim, os esforços no sentido de se conseguir melhores indicadores para essa tarefa.

Nesse sentido, o *Bologna score* sumarizou muito bem a má qualidade encontrada, quando a maioria dos partos não atingiu nota 3, com média de 1 (1,04 – 1,12), IC a 95%. Esse aspecto fica mais bem evidenciado quando se compara a média da nota encontrada com a média do estudo sueco, que também utilizou o *Bologna score*, que foi de 3,81. Os resultados encontrados encorajam a utilização desse índice como indicador para análise do processo da assistência ao parto.

Outro aspecto importante do presente estudo foi a utilização dos dados provenientes da entrevista com as puérperas para a construção da maioria dos indicadores usados na análise, o que confere maior credibilidade aos resultados. Estudos têm mostrado alta confiabilidade das informações das puérperas e baixa qualidade das informações dos prontuários.^{25,26} Os resultados expostos indicam que a qualidade da assistência ao parto em Goiânia, no ano de 2007, esteve bastante inadequada. Isso pôde ser constatado pelas altas taxas de cesarianas eletivas e de urgência, alta ocorrência de intervenções consideradas prejudiciais, baixa frequência de intervenções consideradas benéficas e pelos baixos valores do *Bologna score*. A

partir dessas conclusões, algumas estratégias poderiam aprimorar a assistência ao parto no município, descritas a seguir:

1. Modificações no modelo assistencial hospitalar com integração de outros profissionais de saúde, em uma perspectiva multidisciplinar.
2. Exigência das entidades de saúde para que os profissionais realizem acompanhamento do trabalho de parto e parto com rigor científico.
3. Garantia de profissional capacitado para assistência ao RN na sala de parto.
4. Implementação de ações destinadas a dar suporte e apoio à parturiente e de medidas para controle da dor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. The World health report: 2005: Make every mother and child count. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2005.
2. Houweling TAJ, Ronsmans C, Campell OMR, Kunst A. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 2007.
3. Giglio MRP, Morais Neto O, Lamounier JA. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev. Saúde Pública*. 39(3):350-7, 2005.
4. 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.
5. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth*. Jun; 28(2):79-83, 2001.
6. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (5), 1999.
7. Welsh A. Intrapartum care care of healthy women and their babies during childbirth. Published by the RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2007. Obtido dia 22/10/2009, às 23:15 horas, em: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/IPCNICEGuidance.pdf>
8. Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada. Attendance at Labour and Delivery Guidelines for Obstetrical Care. SOGC Policy Statement, 89, 2000. Obtido dia 23/10/2009, às 23:00 horas, em: <http://www.sogc.org/guidelines/public/89E-PS-May2000.pdf>
9. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001.
10. Sandin-Böjo AK, Kvist LJ. Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth*, 35:4, 2008.
11. Betrán AP, Merialdi M, Lauer JÁ, Bing-Shun W, Thomas J, Look PV, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21,98–113, 2007.

12. Duarte G, Coltro PS, Bedone RB, Nogueira AA, Gelonezzi GM, Franco LJ. Tendência das formas de resolução da gravidez e sua influência sobre as taxas de mortalidade perinatal. *Revista de Saúde pública*, 38(3):379-84, 2004.
13. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de saúde publica*; 39(4):646-54, 2005.
14. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1):117-130, jan, 2006.
15. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Brietzke E. Assistência ao trabalho de parto. Projeto diretrizes-Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Obtido dia 20/10/09, às 23:00 horas, em: http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/093.pdf
16. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal, MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*, 42(5):895-902, 2008.
17. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2008.
18. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2008.
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm#mort>
19. Anim-Somuah M, Smyth R, Howell C. Analgesia epidural versus no epidural o ninguna analgesia para el trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2008.
20. 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, 9 (1):59-67, 2009.
21. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2008.
22. Brüggemann OM, Mary Angela Parpinelli A, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, 2005.
23. Hubner, ME; Juarez, ME. Test de Apgar: Después de medio siglo. sigue vigente? *Rev. méd. Chile*, 130(8):925-930, 2002.

24. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S20-S33, 2004.
25. Oliveira AF, Gadelha AMJ, Leal MC, Szwarcwald CL. Estudo da validação das informações de peso e estatura em gestantes atendidas em maternidades municipais no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S92-S100, 2004
26. Silva FG, Tavares Neto J. Avaliação dos Prontuários Médicos de Hospitais de Ensino do Brasil. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 31(2):113 – 126, 2007.

QUADRO E TABELAS:

Quadro 1. VARIÁVEIS COMPONENTES DO BOLOGNA SCORE (WHO,2000)

Bologna Score

1. Presença de companhia ao parto
 2. Uso do partograma
 3. Ausência de estimulação do trabalho de parto (uso de ocitocina, fórcepe, manobra de Kristeller) ou cesariana de urgência
 4. Parto na posição não supina
 5. Contacto pele-a-pele da mãe com o RN, pelo menos 30 minutos na primeira hora
-

Tabela 1 – CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL REALIZADOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS CONVENIADOS AO SUS, EM GOIÂNIA, ENTRE ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	n	%
1. Número de profissionais examinadores durante o trabalho de parto		
1	131	34,1
2 a 3	220	57,3
>= 4	33	8,6
2. Profissional que examinou durante o trabalho de parto ^b		
Nenhum	9	2,3
Obstetra	161	41,3
Obstetra + outros profissionais de saúde	198	50,8
Outros profissionais de saúde	22	5,6
3. Profissional que realizou o parto ^c		
Acadêmico de medicina/enfermagem	6	1,6
Obstetra	364	95,8
Profissional de enfermagem	7	1,9
Sem profissional de saúde	3	0,8
4. Profissional que deu assistência ao RN na sala de parto ^d		
Acadêmico de medicina/enfermagem	3	0,9
Obstetra	77	21,3
Profissional de enfermagem	172	47,6
Pediatra	109	30,2
5. Dilatação cervical na admissão ^e		
0 cm	4	1,1
1 a 3 cm	143	39,2
4 a 6 cm	150	41,1
7 a 9 cm	58	15,9
10 cm	10	2,7
6. Duração do trabalho de parto ^f		
<=1 hora	33	8,6
1 a 5 horas	207	54,2
6 a 12 horas	100	26,2
12 a 24 horas	37	9,7
>=24 horas	5	1,3
7. Apgar 1 ^g		
<7	52	12,9
>=7	351	87,1
8. Apgar 5 ^h		
<7	8	2,0
>=7	395	98

Excluídos s/informação: ^a 20 (5%), ^b 14 (3,4%), ^c 24 (5,9%), ^d 43 (10,6%), ^e 39 (9,6%), ^f 22 (5,4%), ^g 1 (0,2%), ^h 1 (0,2).

Tabela 2 – FREQUÊNCIAS DAS AVALIAÇÕES DO TRABALHO DE PARTO REALIZADOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS CONVENIADOS AO SUS, EM GOIÂNIA, ENTRE ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

	n	%
1. Toque vaginal ^a		
Nenhum	29	8,7
1 avaliação / 2 horas	153	45,7
1 avaliação / 1:30 horas	76	22,7
1 avaliação / hora	77	23,0
2. Ausculta do BCF ^b		
Nenhuma	101	29,1
1 avaliação / 2 horas	151	43,5
1 avaliação / 1:30 horas	46	13,3
1 avaliação / hora	49	14,1
3. Frequência cardíaca materna ^c		
Nenhuma	206	79,8
1 avaliação / 2 horas	37	14,3
1 avaliação / 1:30 horas	4	1,6
1 avaliação / hora	11	4,3
4. Pressão arterial materna ^d		
Nenhuma	202	56,9
1 avaliação / 2 horas	117	33,0
1 avaliação / 1:30 horas	14	3,9
1 avaliação / hora	22	6,2
5. Dinâmica uterina ^e		
Nenhuma	175	54,9
1 avaliação / 2 horas	69	21,6
1 avaliação / 1:30 horas	34	10,7
1 avaliação / hora	41	12,9

Excluídos s/informação: ^a 69 (17,1%), ^b 57 (14,1%), ^c 146 (36,1%), ^d 49 (12,1%), ^e 85 (21%)

Tabela 3 – FREQUÊNCIAS DAS PRÁTICAS EFICAZES QUE DEVEM SER INCENTIVADAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL (CATEGORIA A,OMS), DOS PARTOS REALIZADOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS CONVENIADOS AO SUS, EM GOIÂNIA, ENTRE ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	N	%
Categoria A: Práticas eficazes que devem ser incentivadas		
1. Presença de familiar durante o trabalho de parto ^a	78	19,5
2. Parto em posição não supina	0	0
3. Presença de partograma	115	28,5
4. Uso de ocitócicos no pós-parto ^b	220	56,7
5. Contato pele/pele da mãe com RN por ≥ 30 minutos ^c	46	11,6
Categoria B: práticas prejudiciais ou ineficazes que devem ser eliminadas		
1. Dieta zero	248	62,0
2. Prescrição de tricotomia ^d	156	41,1
3. Realização de enteroclise ^e	7	2,8
4. Soro parenteral durante trabalho de parto	226	55,9
5. Soro parenteral durante o parto ^f	240	65,2
6. Ocitocina durante trabalho de parto ^g	179	45,8
7. Ocitocina durante o parto ^h	198	53,5
8. Uso de metilergonovina no pós-parto ⁱ	133	34,3
9. Uso profilático de antibiótico no pós-parto	40	10
Categorias C e D: práticas para as quais não há evidência científica para utilização ou que são usadas de forma inadequada		
1. Pressão no fundo do útero no período expulsivo ^j	220	55,4
2. Uso de fórcepe ^k	12	3,0
3. Realização de episiotomia ^l	289	70,1
4. Analgesia durante TP (peridural ou raque) ^m	31	7,7

Excluídos s/informação: ^a3(0,7%), ^b 16 (3,9), ^c 3 (0,7%), ^d 24 (5,9%), ^e 5(1,2%), ^f 36 (8,9%), ^g 13 (3,2%), ^h 34 (8,9%), ⁱ 16(3,9), ^j7 (1,7%), ^k 7 (1,7%), ^l 6 (2,5%), ^m1 (0,2%)

Tabela 4 – BOLOGNA SCORE DOS PARTOS REALIZADOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS E PRIVADOS CONVENIADOS AO SUS, EM GOIÂNIA, ENTRE ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Notas	n	%*
0	111	28,2
1	170	43,3
2	98	24,9
3	14	3,6
4	0	0
5	0	0

Média (IC a 95%): 1,04 (0,96-1,12)

*Proporção calculada em relação a 393 partos.

ARTIGO 2

**QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL SEGUNDO CATEGORIA
DE HOSPITAL EM GOIÂNIA**

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a qualidade da assistência ao parto entre os hospitais públicos (HP) e hospitais privados com atendimento ao SUS (HPS) em Goiânia, no ano de 2007.

METODOLOGIA: Estudo transversal analítico, onde foram avaliados 13 hospitais (10 HPS e 3 HP), e estudada uma amostra (precisão de 4% e IC de 95%) de 404 partos normais. Os dados foram obtidos em entrevistas com as puérperas e diretores de hospitais, consulta nos prontuários e observação da assistência. A qualidade de assistência entre as categorias de hospitais foi avaliada através das diferenças nas frequências das práticas utilizadas para assistência ao parto, nas formas de organização hospitalar e através dos indicadores porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde, taxas de cesarianas eletivas e de urgência, taxa de indução dos partos e o índice Bologna. As análises foram validadas pelo teste Qui quadrado e o *Odds ratio*, em análise univariada e de regressão logística.

RESULTADOS: Todos os partos foram assistidos por profissional de saúde. As taxas de cesarianas de urgência, foi de 19,5% nos HP e 11,5% HPS e as taxas de cesarianas eletivas de 21,9% nos HP e 34,1% nos HPS (15,8% para usuárias SUS e 91,5% para usuárias de convênios/particulares). O BCF não foi avaliado nenhuma vez durante o trabalho de parto em 33% e 23% nos HPS e HP, respectivamente. O índice Bologna nos HP foi 2 (0-3) e nos HPS foi 1 (0-2). A análise de regressão logística, com o índice Bologna como indicador síntese, mostrou que a chance da assistência de melhor qualidade ter sido encontrada nos HP foi 9,7 vezes maior do que nos HPS.

CONCLUSÕES: De forma geral, a qualidade de assistência ao parto foi muito ruim, um pouco melhor nos HP. A análise dos fatores associados à qualidade mostrou que essa assistência se encontra intimamente associada à categoria de hospital. Além disso, evidenciaram-se desigualdades e distorções na distribuição dos recursos técnicos e científicos disponíveis para a assistência ao parto, a depender do agente financiador.

DESCRITORES: Qualidade de assistência ao parto. Avaliação de serviços de saúde. Parto normal. Estudos Transversais

QUALITY OF THE ATTENDANCE TO THE CHILDBIRTH SECOND NORMAL CATEGORY OF HOSPITAL IN GOIÂNIA

ABSTRACT

OBJECTIVE: To evaluate the quality of the attendance to the childbirth among the public hospitals (HP) and private hospitals with service to SUS (HPS) in Goiânia, in the year of 2007.

METHODOLOGY: I study traverse analytical, where they were appraised 13 hospitals (10 HPS and 3 HP), and studied a sample (precision of 4% and IC of 95%) of 404 normal childbirths. The data were obtained in interviews with the puérperas and directors of hospitals, it consults in the handbooks and observation of the attendance. The quality of attendance among the categories of hospitals was evaluated through the differences in the frequencies of the practices used for attendance to the childbirth, in the forms of organization hospitalar and through the indicators percentage of childbirths attended by professional of health, taxes of elective Cesarians and of urgency, tax of induction of the childbirths and the index Bologna. The analyses were validated for the I test square Qui and the Odds ratio, in analysis univariada and of regression logistics.

RESULTS: All of the childbirths were attended by professional of health. The taxes of urgency Cesarians, it was of 19,5% in HP and 11,5% HPS and the taxes of elective Cesarians of 21,9% in HP and 34,1% in HPS (15,8% for users SUS and 91,5% for convênios/particulares users). BCF was not evaluated any time during the labor in 33% and 23% in HPS and HP, respectively. The index Bologna in HP was 2 (0-3) and in HPS it was 1 (0-2). the analysis of regression logistics, with the index Bologna as indicator synthesis, showed that the chance of the attendance of better quality it was found in HP was 9,7 times larger than in HPS.

CONCLUSIONS: In a general way, the quality of attendance to the childbirth was very bad, a little better in HP. The analysis of the factors associated to the quality showed that that attendance is intimately associated to the hospital category. Besides, inequalities and distortions were evidenced in the distribution of the technical and scientific resources available for the attendance to the childbirth, to depend on the agent backer.

Key words: Quality of attendance to the childbirth. Evaluation of services of health. Normal childbirth. Traverse studies

INTRODUÇÃO

As taxas de mortalidade materna e infantil estão entre os indicadores que melhor refletem as desigualdades socioeconômicas e de assistência à saúde entre os países e, dentro desses, entre regiões e grupos populacionais. Segundo a OMS, as maiores desigualdades na distribuição dos cuidados materno-infantis são observadas nos países em desenvolvimento, onde as populações mais pobres, com maior risco socioeconômico para morte, recebem assistência de pior qualidade.^{1,17,20,21,36,37,38} Em estudo comparativo entre 45 países em desenvolvimento sobre a distribuição de cuidados materno-infantil entre ricos e pobres, Houweling et al.¹³ mostraram que as desigualdades são muito maiores nos cuidados profissionais durante o parto do que na cobertura de atenção pré-natal, imunização e tratamento para infecções respiratórias agudas e diarreias na infância. No entanto, não tem sido suficientemente descrita a magnitude e os determinantes dessas desigualdades em uma perspectiva comparativa.¹³

A qualidade dos serviços de saúde está relacionada com várias áreas e com aspectos de natureza muito diversa. Esses serviços, se apoiados financeiramente, acompanham os avanços na área social, tecnológica e científica. Por outro lado, o seguimento de normas científicas acompanhadas de recursos humanos, materiais e financeiros, em quantidade e qualidade, tende a melhorar a assistência à saúde prestada a população.²⁸

As mais recentes discussões e publicações internacionais em saúde materno-infantil têm apontado para a necessidade de estratégias de saúde regionalizadas, com programas contendo não só intervenções técnicas, mas também intervenções sociais e na forma de estruturação da rede de assistência.^{13,36,37,38} Chamam atenção ainda para a necessidade de se buscar meios de avaliar constantemente estes programas e modificá-los constantemente, através das informações que os indicadores de processo vão revelando sobre quais aspectos podem ser melhorados.^{13,36,37,38}

São poucos os estudos em nosso meio que avaliaram a qualidade da assistência materno-infantil utilizando indicadores de processo.^{25,28} 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 resultados, como os coeficientes de mortalidade infantil, neonatal e materna.²⁵

A porcentagem de mulheres atendidas por profissional de saúde durante o parto e a porcentagem de partos que foram acompanhados com partograma são os principais indicadores de processo preconizados pela OMS para avaliar a qualidade dessa assistência.

^{35,37,38} No entanto, nos locais onde a maioria dos partos é acompanhada por profissional de saúde, esses indicadores são pouco precisos, não conseguindo discriminar a qualidade dessa assistência. Assim, a partir do ano 2000 a OMS passou a recomendar um novo indicador de processo denominado “Bologna score”, ou índice Bologna, com a finalidade de quantificar a qualidade de assistência ao parto e possibilitar a avaliação e comparação entre as diversas regiões do mundo.

O índice Bologna é constituído por cinco parâmetros, aos quais é dada uma nota: “0” ou “1”. A nota total máxima “5” corresponde à efetiva condução do parto e a nota “0” corresponde ao parto normal mal conduzido. Notas entre esses limites correspondem às variações da qualidade de assistência ao parto normal. Segundo a OMS, a qualidade de assistência ao parto é mais adequadamente avaliada quando se realiza essa análise utilizando-se três indicadores: “porcentagem de mulheres induzidas e/ou submetidas à cesariana eletiva” (indicador A), “porcentagem dos partos acompanhados por um profissional de saúde” (indicador B) e o índice Bologna (indicador C). Assim, a qualidade de assistência ao parto é máxima quando se encontra a associação de baixas taxas de cesarianas eletivas e/ou induções de parto, altas porcentagens de partos acompanhados por profissional de saúde e alto índice Bologna. ^{5,34}

Em Goiânia, as discrepâncias entre os coeficientes de mortalidade materna e neonatal para diferentes grupos populacionais e, ainda, entre categorias de hospitais que compõem a rede de assistência materno-infantil apontam para diferenças na qualidade desse atendimento. Em estudo da coorte de recém-nascidos desse município em 2000, as taxas de mortalidade neonatal foram 27/1000, 9/1000 e 6/1000 nascidos vivos, nos hospitais públicos (HP), hospitais privados não conveniados ao SUS (HPSS) e hospitais privados conveniados ao SUS (HPS), respectivamente. Nesse mesmo estudo, as taxas de cesarianas foram 38,1%, 84,9% e 50,1%, nos HP, HPSS e HPS, respectivamente, mostrando as grandes variações que esses coeficientes e taxas podem assumir em uma mesma região. ⁹ Contudo, não se conhece a real dimensão dessas diferenças uma vez que não há registro de nenhum estudo que tenha avaliado a qualidade da assistência ao parto utilizando indicadores de processo nesse município. Um melhor entendimento das disparidades na distribuição desses cuidados pode auxiliar a diminuição da mortalidade materna e infantil, duas metas a serem atingidas até o ano de 2015 pelos países integrantes da ONU, através do pacto realizado por esses no ano 2000 na Declaração do Milênio. ³⁶

Considerando a importância da promoção da equidade nas condições de saúde, o objetivo do presente estudo foi avaliar as diferenças na qualidade de assistência ao trabalho de

parto, parto e ao recém-nascido, entre as categorias de hospitais públicos (HP) e privados conveniados ao SUS (HPS) de Goiânia, durante o ano de 2007.

METODOLOGIA

Delineamento do estudo: estudo transversal analítico.

População de estudo: foram pesquisados treze hospitais (três públicos e dez privados conveniados ao SUS). Juntos, esses hospitais são responsáveis por cerca de 70% dos partos totais e 90% dos partos normais realizados em Goiânia. Os hospitais públicos foram representados pelas duas maternidades estaduais e uma municipal que eram referências para gestações de baixo risco no município e os hospitais privados conveniados ao SUS por dez dos onze hospitais que compõem essa categoria porque um deles se recusou a participar do estudo. Foram excluídas três maternidades que eram referência para gestação de alto risco: uma pública, uma filantrópica e a maternidade escola do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.

Amostra: Desses hospitais, foi estudada uma amostra de 404 puérperas de partos normais, selecionadas de forma consecutiva, sendo excluídos os partos que ocorreram no domicílio e os que resultaram em natimortos. Os partos estudados corresponderam a 93% (n=435) das puérperas submetidas ao parto normal nesses hospitais. Os demais partos (7%) não foram incluídos ou por recusa das puérperas ou pelo fato de que alguns casos receberam alta hospitalar com menos de 24 horas de pós-parto, impossibilitando o encontro pela equipe pesquisadora.

O número de partos estudados (404) cobriu o cálculo estimado para o tamanho amostral, baseado numa estimativa de prevalência de partos acompanhados por partograma de 20%, precisão de 4%, IC de 95% e perdas estimadas de 5%. O número de partos selecionados em cada hospital nessa amostra foi determinado por alocação proporcional ao número dos partos realizados em 2005, segundo dados do SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde. Foi considerado como parto normal todo parto ocorrido pela via transpélvica, com feto vivo, independente da idade gestacional, da apresentação fetal ou peso ao nascer.

Coleta de dados: A coleta de dados se deu durante o período de abril a dezembro de 2007, sendo que o tempo de permanência em cada hospital variou de acordo com o número de partos investigados em cada um desses.

Diariamente, a pesquisa hospitalar era iniciado com uma busca ativa nos livros de internação e de procedimentos do centro cirúrgico, para identificação do número de internações para parto, diagnóstico a internação, número de cesarianas eletivas e de induções, via de parto, agente financiador e identificação das puérperas de parto normal. Assim, essas eram convidadas a participar do estudo e, a partir da assinatura do consentimento informado, eram então entrevistadas.

Dados a respeito da organização interna de cada hospital foram obtidos pela pesquisadora principal, através da observação da rotina de assistência ao parto e de entrevista com o diretor do hospital ou com enfermeira chefe, quando por ele designada. Nessa entrevista utilizou-se um questionário estruturado e outro não estruturado. No primeiro foram obtidas as variáveis: número de médicos, de pediatras e categoria de médicos no plantão, fornecimento de vagas à central de internação e seleção das pacientes à admissão. No questionário não estruturado foram obtidos dados a respeito da integração do hospital na rede de assistência ao parto no município.

Cada parto foi pesquisado no período pós-parto, ainda durante a internação da puérpera, através de dois questionários estruturados, um preenchido por consulta ao prontuário, por médico obstetra ou residente de obstetrícia, e outro aplicado às mães, por investigadoras previamente treinadas. Apesar da maioria das perguntas a respeito dos dados sócio-demográficos, antecedentes obstétricos, assistência pré-natal e ao parto constar dos dois questionários, a maioria das variáveis utilizadas no estudo foi obtida dos questionários aplicados às puérperas, devido à falta de informação nos prontuários. Somente as seguintes variáveis foram obtidas dos prontuários: presença do partograma, presença de anotações no partograma, dilatação cervical, duração do trabalho de parto, analgesia de parto, uso de soro, medicação e ocitócico durante o parto, índice Apgar, peso ao nascer, uso de antibióticos e de ocitócicos no pós-parto.

Análise dos dados:

Para comparação da qualidade de assistência ao parto entre os hospitais foram criados dois grupamentos: hospitais privados conveniados ao SUS (HPS) e hospitais públicos (HP). Para essa comparação foram calculados os seguintes indicadores: porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde, porcentagem de cesarianas eletivas, porcentagem de partos induzidos, porcentagem de cesarianas de urgência e índice Bologna geral. A análise de associação entre as categorias de hospitais e as variáveis selecionadas indicadoras de qualidade da assistência foi realizada através do teste do qui quadrado, com nível de significância de 5%.

Para análise da qualidade de assistência aos partos normais foram determinadas as frequências de avaliações de batimentos cardíaco-fetais (BCF), dinâmica uterina, pressão arterial, frequência cardíaca materna e toque vaginal foram construídas considerando o número de avaliações realizadas durante o tempo de trabalho de parto, com o valor expresso em número de avaliações por hora. Foram calculados intervalos de confiança a 95% em torno da média para essas frequências.

Também foi calculado o índice Bologna para cada parto. As medidas usadas para o cálculo desse índice foram: 1) presença de acompanhante durante o trabalho de parto e/ou parto; 2) presença de partograma e/ou anotação da evolução do TP no prontuário; 3) ausência de estimulação do trabalho de parto (ocitocina, pressão externa do fundo uterino) ou cesariana de emergência ou uso de instrumental (fórcipe e/ou vácuo extrator); 4) parto em posição não supina e 5) contato pele a pele da mãe com o recém-nascido por pelo menos 30 minutos na primeira hora do nascimento. Para cada medida foi dada uma nota: “1” se presente e “0” se ausente. O valor do índice Bologna foi dado pela somatória das notas desses cinco parâmetros³⁴ e foi dicotomizado em duas categorias: pior qualidade (índice 0 e 1) e melhor qualidade (índice 2 e 3), pois nenhum parto atingiu nota 4.

Segundo orientações da OMS, em relação ao partograma foi considerado como presente (nota 1) a simples presença desse (com ou sem anotações) no prontuário e/ou a presença de pelo menos uma anotação da evolução do trabalho de parto (dinâmica uterina, BCF, dilatação e/ou toque vaginal) no prontuário.³⁴

O índice Bologna foi utilizado como variável síntese (variável dependente) na análise dos fatores associados à qualidade de assistência ao parto. A associação entre esse índice e as demais variáveis foi realizada pela medida do *odds ratio* (OR) e intervalos de confiança (IC) a 95%, utilizando-se o modelo de regressão logística. Foram excluídas dessa análise todas as variáveis componentes do índice Bologna. No modelo multivariado, inicialmente foram incluídas todas as variáveis que tiveram valor $p < 0,25$. A seguir, foi realizada a remoção, uma a uma, das variáveis menos significativas pelo método *backward elimination*.¹² Foram calculados os OR ajustados e IC a 95% para as variáveis que permaneceram no modelo final, com nível de significância de $p < 0,05$.

Para construção do banco de dados e análise estatística foi utilizado o programa SPSS 11.5 e SAS 9.0. Esse estudo teve o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, através do encaminhamento da equipe de pesquisa aos hospitais, e foi aprovado pelos Comitês de Ética e Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia e da Universidade Federal de Minas Gerais.

RESULTADOS

Durante o período de estudo, foram admitidas 637 gestantes para realização de parto nos hospitais pesquisados, 427 (67%) nos HPS e 210 (33%) nos HP. Dessas, 10 gestantes eram para induções do parto (todos em HP) e 192 para cesarianas eletivas (146 nos HPS e 46 nos HP). Assim, nos HP a porcentagem de partos induzidos foi de 4,8%, de cesarianas eletivas de 21,9% e de cesariana de urgência de 19,5%. Nos HPS as taxas de cesarianas eletivas e de urgência foram 34,1% e 11,4%, respectivamente. Contudo, nos HPS, quando se estratificou a via de parto segundo o agente financiador verificou-se uma grande diferença nas taxas de cesarianas eletivas, sendo de 15,8% (51 cesarianas em 323 partos) para gestantes usuárias SUS de e de 91,5% (95 cesarianas em 104 partos) para gestantes de convênios ou particulares (dados não apresentados em tabelas).

A Tabela 1 apresenta as características da amostra constituída de 404 puérperas de partos normais, dos quais 249 (62%) foram realizados nos HPS e 155 (38%) nos HP. As populações atendidas nas duas categorias de hospitais foram semelhantes em relação ao local de residência, idade da mãe, estado civil, escolaridade e baixo peso ao nascer. Diferenças estatisticamente significantes foram encontradas somente em relação às variáveis raça, número de consultas pré-natais e prematuridade. A proporção de gestantes de raça negra nos HPS foi de 14% e nos HP de 26%. A proporção de gestantes que realizaram menos que 7 consultas pré-natais foi maior nos HP (57,4%) que nos HPS (41,7%) e a prevalência de prematuridade foi de 8,4% e 3,0% nos HP e HPS, respectivamente. A prevalência de baixo peso ao nascer foi relativamente baixa, 2,5% nos HPS e 6,1% nos HP. Todos os recém-nascidos prematuros e/ou de baixo peso eram limítrofes, fato justificado pela seleção para partos de baixo risco, realizada à internação em ambas as categorias de hospitais (dados não apresentados).

Importantes diferenças na organização hospitalar em relação à assistência ao parto foram observadas entre as categorias de hospitais. Na categoria HPS, a maioria dos hospitais tinha um médico de plantão para assistência ao parto havendo, contudo, um hospital em que o médico ficava alcançável e o acompanhamento do trabalho de parto era realizado por profissional de enfermagem. Nessa categoria, 50% dos hospitais (n=4) tinham obstetras nos plantões realizando outras atividades, não disponíveis exclusivamente para assistência ao parto. Na categoria HP todos os hospitais tinham dois ou mais obstetras no plantão, disponíveis exclusivamente para assistência ao parto. A presença de pediatra no plantão foi encontrada em todos os HP e em nenhum HPS. Todos os hospitais assumiram realizar triagem na admissão das parturientes, internando os casos de parto de baixo risco. Enquanto que nos

HPS o fornecimento das vagas à central de internação do SUS dependeu da disponibilidade de plantonista para o parto, nos HP dependeu principalmente da disponibilidade de infraestrutura adequada, como disponibilidade de leitos (dados não apresentados).

A Tabela 2 apresenta características da assistência durante o trabalho de parto. Observa-se que mais da metade das mulheres tanto nos HPS quanto nos HP foi examinada por mais de um profissional, sendo que em 93,9% dos HPS e 89% dos HP foram examinadas, em algum momento do trabalho de parto, por um obstetra. Todas as mulheres foram acompanhadas por um profissional durante o trabalho de parto, sendo que as nove pacientes (uma em HPS e oito em HP) que referiram não terem sido examinadas durante o trabalho de parto tinham sido admitidas em período expulsivo. Três pacientes tiveram o parto no leito (uma em HPS e duas em HP), sem assistência de profissional de saúde, contudo elas tiveram assistência desse profissional para ligadura do cordão umbilical e dequitação. Assim, a porcentagem de trabalho de parto e parto assistidos por profissional de saúde foi de 100%. A presença de familiar durante o trabalho de parto foi baixa nas duas categorias de hospitais, porém menor ainda (8,4%) nos HPS. A ocorrência de dieta zero foi muito maior nos HPS (72,3% dos partos). De forma geral, a realização de enteroclise foi baixa, semelhante entre as duas categorias hospitalares. O registro, nos prontuários, de tricotomia nos HPS foi de 61,6% e nos HP de 9,9%, contudo 85,1% das pacientes dos HPS e 70,8% das pacientes dos HP relataram ter realizado depilação no domicílio. Apesar da maioria das mulheres em ambas as categorias de hospitais terem sido admitidas na fase ativa do trabalho de parto (dilatação cervical acima de 3 cm); 36,2% dessas nos HPS e 45,6% nos HP se encontravam em fase latente (dilatação inferior a 3 cm). Também nas duas categorias, a frequência de utilização de soro parenteral e de ocitócicos foi alta. A analgesia de parto (peridural ou raque) foi pouco utilizada, sendo realizada em apenas um parto (0,4%) em HPS. Cinquenta e seis por cento dos partos nos HPS e 37% nos HP ocorreram entre uma a seis horas de trabalho de parto, sendo que a ocorrência de trabalho de parto com duração superior a doze horas foi semelhante nas duas categorias de hospitais.

As frequências das avaliações realizadas durante o trabalho de parto são mostradas na Tabela 3. A presença do partograma no prontuário foi encontrada em somente 14,9% dos partos ocorridos nos HPS e em 50,3% nos HP, sendo que 43,2% dos partogramas nos HPS e 52,6% desses nos HP não continham qualquer anotação. Quase metade (48%) das parturientes nos HPS e 41% dessas nos HP foram submetidas a um toque vaginal a cada 2 horas. A ausculta dos batimentos cardíaco-fetais foi realizada nos HPS em 47% dos partos e nos HP em 38% a cada 2 horas, sendo que em 33% e 23% dos casos nos HPS e HP, respectivamente, esta

avaliação não foi realizada nenhuma vez, apesar de apenas 3,7% das mulheres terem sido admitidas em período expulsivo. Durante o trabalho de parto, 64% das mulheres nos HPS e 43% dessas nos HP não tiveram a pressão arterial aferida. A frequência cardíaca e a dinâmica uterina não foram avaliadas em 81% e 63% das parturientes dos HPS e em 78% e 38% dos HP, respectivamente.

A Tabela 4 mostra as características da assistência ao parto. Essa assistência foi realizada por um profissional de saúde na quase totalidade das vezes, tanto nos HPS quanto nos HP, sendo que em 96% dos casos nos HPS e 91% nos HP ela foi realizado por obstetra. Houve relato de assistência ao recém-nascido na sala de parto pelo pediatra em 76,7% das vezes nos HP e em apenas em 3,8% dos partos dos HPS. A utilização de ocitocina no parto foi alta tanto nos HPS como nos HP; no pós-parto o uso foi de 54,1% e 28,3% nos HPS e nos HP, respectivamente. Também foi utilizada a metilergonovina parenteral no pós-parto imediato de 38,6% dos partos realizados nos HPS e em 6,9% nos HP (dados não apresentados). A utilização de fórcepe foi baixa nas duas categorias de hospitais, porém as frequências da pressão no fundo uterino no período expulsivo (manobra de Kristeller) e da episiotomia foram altas em ambas as categorias. A ocorrência do índice Apgar menor que sete no primeiro minuto foi de 12,9% nas duas categorias de hospitais e no quinto minuto de 1,6% e 2,6% nos HPS e HP, respectivamente. Apesar da maioria dos recém-nascidos, 68% nos HPS e 88,3% nos HP, terem sido colocados em contato pele a pele com a mãe, apenas 2,9% dos RN nos HPS e 25,5% nos HP tiveram este contato por período maior ou igual a 30 minutos. O uso de antibióticos profiláticos no pós-parto foi encontrado em 16,1% dos partos realizados em HPS, todos realizados exclusivamente em um hospital dessa categoria (dados não apresentados).

O índice Bologna por categoria de hospital é mostrado na Tabela 5. A maioria dos partos nos HPS obteve valor menor ou igual a 1 (90,2%), com média de 1, sendo que em 41,6% dos partos esse valor foi zero. Nos HP, 34,7% dos partos obtiveram valor 1 e 49,3% valor 2, com média de 2. Nota-se que nenhum parto atingiu valor maior que 3, sendo que em ambas as categorias a maior perda de pontos se deu nas variáveis “parto na posição não supina”, “contato pele/pele da mãe com o RN por pelo menos 30 minutos” e “uso de ocitócico/pressão do fundo uterino no período expulsivo, uso de fórcepe e/ou cesariana de urgência”.

A Tabela 6 mostra as variáveis referentes à qualidade da assistência que estiveram associadas ao índice Bologna. Observa-se que a categoria de hospital se associou significativamente a esse índice, tanto na análise univariada quanto após o controle das demais variáveis significativas no modelo final. A chance das parturientes internadas nos HPS

terem assistência ao parto de pior qualidade foi 9,7 vezes maior que as internadas nos HP no modelo multivariado.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam má qualidade da assistência ao parto em Goiânia como um todo, sendo essa qualidade um pouco melhor nos HP em relação aos HPS. Apesar de todas as gestantes terem sido atendidas em hospital, a maioria das vezes pelo obstetra, isso não garantiu que elas recebessem cuidados de saúde competentes e de qualidade. O achado de taxas de cesarianas eletivas nos HPS de 15,8% quando as pacientes eram usuárias do SUS, e de 91,4% quando essas eram de convênios ou particulares, evidencia as diferenças que a qualidade da assistência pode assumir dentro de uma mesma instituição a depender do agente financiador. Esses resultados justificam a preocupação com a qualidade de assistência ao parto também em locais oficialmente designados para essa assistência, onde a maioria dos partos é assistida por um profissional de saúde.^{11,13,16}

Em Goiânia não existe um modelo bem definido para assistência ao parto, sendo essa assistência realizada em quatro categorias de hospitais, na dependência do órgão financiador, se SUS ou não SUS (convênios e particulares). Dessa forma, os hospitais e maternidades estão agrupados em hospitais privados sem convênio com o SUS (HPSS), hospitais privados conveniados ao SUS (HPS), hospitais públicos (HP) e hospitais-escola e/ou filantrópicos (HEF). Enquanto os HP e HEF estão estruturados com obstetras e pediatras em esquemas regulares de plantão, nos HPSS não há médicos plantonistas, sendo os atendimentos de urgência e de assistência ao trabalho de parto e parto de exclusiva responsabilidade do médico assistente da gestante. Nos HPS, para o atendimento às usuárias SUS, a assistência ao parto segue o modelo dos HP com um médico plantonista e, para as usuárias não SUS segue o modelo dos HPSS, com essas sendo atendidas pelo médico assistente.

Enquanto nos HP os médicos são funcionários dos órgãos públicos e/ou filantrópicos que dirigem essas instituições, nos HPS os médicos plantonistas para assistência ao parto não têm vínculo empregatício com esses hospitais, sendo o pagamento dos procedimentos pelo SUS o único ganho pela assistência prestada.

Há certa integralização no atendimento entre as categorias HP e HEF, com os casos de alto risco sendo encaminhados para unidades mais complexas. Nas duas categorias de hospitais os diretores confirmaram haver seleção essa seleção. Contudo, como nos HP a admissão ocorre principalmente através de demanda espontânea, nem sempre era possível encaminhar todos os casos de alto risco para unidades públicas mais complexas. Já nos HPS,

como a admissão se dá quase exclusivamente através de encaminhamentos da central de internação, havia possibilidade de uma seleção mais efetiva.

Levando-se em conta a seleção para atendimento de partos de baixo risco nas duas categoria de hospitais, as porcentagens de cesarianas eletivas de 21,9% nos HP e de 34,1% nos HPS foram altas. A OMS preconiza 15%, proporção considerada suficiente para assistir às gestações de alto risco e complicações do trabalho de parto.³⁵ Da mesma forma, as taxas de cesarianas de urgência de 11,4% nos HPS e de 19,5% nos HP também foram altas, tendo em vista essas taxas em países desenvolvidos. Na Suécia, em estudo que avaliou a qualidade de assistência ao parto normal em 2007, as taxas de cesarianas eletivas foram de 7,9% e de urgência de 4,4%.³¹

As altas taxas de cesarianas de urgência encontradas neste estudo podem estar refletindo complicações decorrentes da grande utilização de ocitócicos no trabalho de parto, mas também a baixa utilização de fórcepe, observadas nas duas categorias de hospitais. No estudo suíço acima descrito, a taxa de utilização de fórcepe foi de 6,5%.³¹ Duarte et al.⁷ estudando as tendências das formas de resolução da gestação em Ribeirão Preto durante o período de 1991 a 2000, encontraram utilização de fórcepe em torno de 10%, com pouca variação entre os anos. Mostraram, contudo, que a diminuição de utilização de fórcepe verificada no último ano do estudo foi acompanhada por aumento das taxas de cesarianas.

A forma de organização da assistência ao parto e de atendimentos às urgências obstétricas em Goiânia pode explicar parte dos achados de taxas de cesarianas mais altas entre usuárias não SUS nos HPS. Tanto nesses hospitais quanto nos HPSS, a ausência de médico plantonista para acompanhar o trabalho de parto dessas gestantes, faz com que o médico assistente ao ter uma gestante em trabalho de parto, tenha que deixar todas suas outras atividades para prestar assistência a essa. Nos casos de parto normal, esse médico terá ainda que se dedicar exclusivamente, por várias horas, a essa única parturiente. Essa situação acaba por facilitar as cesarianas de hora marcada, sem a gestante entrar em trabalho de parto, além de tornar a assistência ao parto normal mais dispendiosa, por exigir um médico exclusivo para cada parturiente.

A relação entre a presença do médico no plantão e maior realização de parto normal tem sido documentada na literatura.^{9,26} Em estudo que avaliou os motivos das altas taxas de cesarianas no Chile, em 2000, foram encontradas taxas de cesarianas de 28% e 69% nos serviços públicos e privados, respectivamente. Nos hospitais públicos o acompanhamento do trabalho de parto e parto normal era realizado por enfermeiras obstétricas organizadas em forma de plantão e, na rede privada, pelo obstetra assistente da gestante, numa organização

semelhante à encontrada no presente estudo.²⁶ Nos países desenvolvidos com baixas taxas de cesarianas, como Suécia e Inglaterra, a assistência ao parto está organizada em níveis de complexidade interligados por um excelente esquema de referenciamento, com profissionais de saúde organizados em esquema de plantão em todos os níveis dessa assistência.^{29,30,31} Em Goiânia em 2000, foram observadas as mais altas taxas de cesarianas nos HPSS (84,5% dos partos) e as mais baixas nos HP (38,1%), possivelmente relacionadas com a ausência do médico plantonista nos primeiros hospitais e presença desse profissional nos últimos.⁹

No presente estudo, o parto de usuárias não SUS ocorreu quase que exclusivamente através da cesariana e o parto normal foi realizado quase que unicamente em gestantes usuárias SUS, pois apenas 8 partos normais, entre 404 estudados, eram de pacientes usuárias não SUS. Yazlle et al.³⁹ também encontraram resultados semelhantes quando as taxas de cesarianas foram estratificadas pelo agente financiador. Avaliando a tendência da via de parto em Ribeirão Preto de 1986 a 1995, esses autores verificaram diminuição dessas taxas na categoria SUS (38,7% para 32,1%) e aumento nas categorias particular (69,1% para 77,9%) e conveniada (68,3% para 81,8%), com aumento das taxas à medida que se elevou o nível social das pacientes.³⁹ Victora et al.³³ confirmaram essa relação, chamando atenção para o fato de que a escolha da mulher pela cesariana muitas vezes se encontra embasada em conceitos equivocados, deturpados por desigualdades sócio-econômicas, do que seria uma adequada assistência ao parto.

Nas entrevistas com os diretores dos hospitais de Goiânia, pôde-se constatar que as vagas fornecidas pelos HPS à central de internação do SUS dependem da disponibilidade do médico estar no plantão naquele dia, não sendo fornecidas de forma rotineira. Por outro lado, como os HP atendem as gestantes não só através de encaminhamentos dessa central mas também através de demanda espontânea, apresentaram problemas com superlotação por dificuldades no encaminhamento das parturientes através da rede, em alguns dias em que os HPS não ofereceram vagas. Os HP também apresentaram limitações no oferecimento de vagas, ligadas principalmente à falta de leitos e de material estrutural. A diferença na forma de admissão das parturientes nas duas categorias de hospitais pode ter sido responsável pela maior ocorrência de partos prematuros nos HP, apesar da prevalência de prematuridade nas duas categorias de hospitais ter sido abaixo da encontrada para o município de Goiânia (em torno de 10%).

Se a forma de organização da assistência ao parto em Goiânia pode explicar parte dos aspectos gerais da qualidade dessa assistência, algumas características da organização interna e da remuneração da assistência ao parto de cada hospital talvez possam explicar boa parte

das diferenças encontradas entre as categorias de hospitais. A falta de vínculo empregatício dos plantonistas (obstetra e pediatra) nos HPS, associada à baixa remuneração dos partos pagos pelo SUS, propicia o acompanhamento do trabalho de parto e parto de várias parturientes ao mesmo tempo por um único médico. De fato, nessa categoria de hospitais durante a coleta de dados, pôde-se observar a realização de até dez partos por um único médico, em um plantão de 24 horas.

No Reino Unido, a orientação do Royal College, seguindo padrões mínimos para segurança de assistência ao parto, é de que para cada parturiente haja uma parteira exclusiva acompanhando o trabalho de parto e parto, supervisionadas por uma enfermeira obstétrica. Para cada quatro enfermeiras obstétricas deve haver um obstetra supervisor.^{29,30} Assim, o encontro nos HPS de um único obstetra atendendo tantos partos ao mesmo tempo, associado ao fato de que em 50% dos hospitais dessa categoria esses profissionais se encontravam no plantão realizando outras atividades, talvez seja o motivo das taxas de avaliações terem sido menores que nos HP.

Da mesma forma, a falta de vínculo empregatício dos pediatras com os HPS e a baixa remuneração do SUS para assistência pediátrica na sala de parto explica a ausência desse profissional na maioria dos partos realizados nessa categoria de hospital. Na entrevista hospitalar foi relatado dificuldades em encontrar pediatras dispostos a realizar essa assistência nessas circunstâncias. Contudo, 23% dos partos nos HP também não tiveram pediatra na sala de parto, apesar desses profissionais nesses hospitais serem contratados para o trabalho em esquema de plantão.

Tanto a falta do pediatra na sala de parto, que em nosso meio é o profissional mais capacitado para essa assistência, quanto o encontro de profissionais não capacitados realizando essa assistência deve ser interpretado como falha no atendimento e má qualidade de assistência.

Neste estudo, as avaliações durante o trabalho de parto e os partos realizados por profissionais não médicos devem ter interpretações diferentes para cada categoria de hospital. Enquanto nos HP esses procedimentos realizados por acadêmicos de medicina, de enfermagem e enfermeiras obstétricas fazem parte de programas de treinamentos supervisionados para formação desses profissionais, nos HPS eles revelam ausência do médico em vários momentos dessa assistência. Em metade dos HPS não havia médico exclusivo para assistência ao parto, sendo que em um hospital o médico ficava alcançável, fora do hospital. Essas circunstâncias propiciam que a função do acompanhamento do trabalho de parto e parto seja realizada por profissionais não habilitados, o que pode ser

considerado como negligência no atendimento hospitalar. Ressalta-se ainda que em nenhum hospital dessa categoria havia enfermeiras obstétricas oficialmente contratadas para essa assistência. Em nosso país, esses são os únicos profissionais não médicos regulamentados pelo Ministério de Saúde para assistência ao parto de baixo risco.²⁴

A qualidade da assistência ao parto está diretamente relacionada à capacidade técnica dos profissionais de saúde.^{11,35} Estudo que avaliou os conhecimentos dos profissionais que prestam assistência ao parto (obstetras, residentes, internos, parteiras, enfermeiras obstétricas, enfermeiras e atendentes de enfermagem) em cinco países em desenvolvimento, mostrou baixo conhecimento desses em questões simples desta assistência, como preenchimento do partograma, prevenção de infecções, atitude ativa no terceiro período do parto, assistência ao recém-nascido, prevenção da hemorragia, entre outros. As notas da avaliação foram baixas em todas as categorias profissionais, sendo melhores entre obstetras, residentes e estudantes de medicina.¹¹

Neste estudo, houve diferenças significativas entre as categorias de hospitais nos procedimentos considerados pela OMS como benéficos e que devem ser estimulados (categoria A) como o uso de ocitócicos pós-parto, presença de partograma, avaliações dos parâmetros para diagnóstico de possíveis complicações materno-fetais, presença de acompanhante familiar e contato pele a pele da mãe com o RN. Sabe-se que aproximadamente 45% dos óbitos maternos ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto, decorrendo principalmente de hemorragia.³⁵ O uso da ocitocina no pós-parto imediato é uma importante medida para diminuição desses óbitos. Por isso, a OMS preconiza a utilização rotineira desse medicamento no terceiro período do parto de mulheres com alto risco para hemorragia pós-parto.³⁵ Já o uso da metilergonovina parenteral com essa finalidade ou, ainda, sob via oral no pós-parto, é classificada como prática danosa que deve ser abandonada (categoria B). A metilergonovina sob via oral no pós-parto foi encontrada em 46,6% e 11,0% dos partos realizados nos HPS e HP, respectivamente.

A OMS tem chamado bastante atenção para o valor do partograma tanto para o diagnóstico das alterações da evolução do trabalho de parto, através da linha de alerta, quanto para a realização de intervenções em tempo hábil para que se possa garantir o bem estar materno-fetal, através da linha de ação.³⁵ Estudo realizado em Belo Horizonte, em 1999, encontrou associação entre partograma e mortalidade perinatal, sendo essa mortalidade 2,76 vezes maior na ausência do partograma.^{18,19} Neste estudo, a presença do partograma em 50,3% dos partos realizados nos HP e em apenas 14,9% nos HPS, associada à baixa frequência de anotações da evolução do trabalho de parto nos prontuários, indica a falta de

reconhecimento dos serviços e dos profissionais de saúde da importância dessas anotações para adequado acompanhamento do trabalho de parto. Pôde-se observar que, em alguns hospitais HPS, o partograma passou a ser anexado aos prontuários em resposta ao início da coleta de dados. Este fato pode explicar porque 43,2% dos partogramas não se encontravam preenchidos nesses hospitais. Também se pôde presenciar nessa categoria de hospital partogramas e evoluções sendo preenchidos após a ocorrência dos partos.

Se a ausência do partograma e/ou de anotações da evolução do trabalho de parto nesses ou nos prontuários sugerem má qualidade de assistência aos partos estudados, a confirmação desse fato se dá através das baixas frequências de avaliações dos parâmetros mínimos necessários para uma adequada assistência ao parto. Ressalta-se que só foi possível determinar essas frequências através das informações obtidas nas entrevistas com as puerpéras, uma vez que 65,1% dos prontuários dos HPS e 32,3% dos HP não continham qualquer anotação referente ao trabalho de parto. As frequências do BCF, toque vaginal, dinâmica uterina, pressão arterial e frequência cardíaca materna foram baixas nas duas categorias de hospitais, porém piores nos HPS. Cerca de 30% dos partos realizados nos HPS e 22,5% nos HP não tiveram nenhuma avaliação do BCF durante todo o trabalho de parto, sendo que apenas 4% desses partos se encontravam em período expulsivo. As avaliações do BCF e do toque vaginal na frequência de pelo menos uma por hora ocorreram em apenas 11% e 21,3% dos partos realizados nos HPS e em 20% e 26,1% nos HP, respectivamente, apesar da média de duração do trabalho de parto ter sido em torno de seis horas. Esses achados apontam para a necessidade de indicadores mais sensíveis que a presença do partograma ou de algumas anotações dispostas no prontuário para avaliação da qualidade de assistência ao parto, como recomendado pela OMS. Para isso é importante que as anotações correspondam às reais avaliações realizadas durante o trabalho de parto, indicando que esse instrumento foi o fio condutor das intervenções. Em estudo realizado no Rio de Janeiro, Oliveira et al.²⁷ chamam atenção para a falta de anotações nos partogramas como possível indicador para a má qualidade detectada no estudo, uma vez que esses estavam presentes em 92% dos prontuários.

A presença de acompanhante familiar fornecendo apoio e suporte à gestante durante o trabalho de parto e parto tem sido descrito como importante fator para melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.^{3,8} Essex & Pickett³, em 2008, em estudo de coorte de 16.610 recém-nascidos de quatro países do Reino Unido, mostraram que mães desacompanhadas ao parto apresentaram maior risco para parto pré-termo, cesariana de urgência e utilização de analgesia.³ Leal et al.²⁰, em 2004, encontraram diferenças na frequência de presença do acompanhante familiar entre categorias de hospitais do Rio de

Janeiro, com presença em 67,7% dos partos nos hospitais privados, 40,4% nos hospitais municipais e federais e apenas 6,1%, na categoria que agrupou os hospitais privados conveniados ao SUS, militares, estaduais e filantrópicos. Neste estudo, verificou-se presença de acompanhante durante o trabalho de parto em apenas 8,4% dos partos realizados nos HPS e em 37,4% nos HP, declinando durante o parto para 1,2% e 35,5% nos HPS e HP, respectivamente.²⁰ A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente é um direito regulamentado em nosso país pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que sujeita os prestadores de serviços ao SUS, da rede pública e conveniada.²⁴ A evidente negligência desse direito nos hospitais estudados de Goiânia direciona para problemas estruturais que dificultam o acolhimento do acompanhante. Verificou-se que, com exceção de uma maternidade pública municipal em que as parturientes permaneceram durante toda a assistência ao parto em quartos privativos, em todos os demais hospitais as gestantes e puérperas se encontravam alojadas em quartos de pré-partos e alojamentos coletivos, impossibilitando a presença do acompanhante, principalmente se esse fosse do sexo masculino.

O contato pele a pele da mãe com o recém nascido por pelo menos trinta minutos na primeira hora de vida tem sido estimulado pela OMS.³⁵ Esse contato favorece o envolvimento psicológico mãe-filho, estimulando o aleitamento materno, além de ser um indicador indireto de que mãe e RN se encontram em boas condições após o parto.³⁵ Esse contato ocorreu na maioria dos partos realizados nos HP e HPS, apesar de ter apresentado duração de trinta minutos em apenas 25,5% dos partos realizados nos HP e 2,9% nos HPS.

Práticas ineficazes ou claramente danosas que devem ser eliminadas (categoria B) foram encontradas em ambas as categorias de hospitais. As freqüências de utilização de soro parenteral e ocitocina durante o trabalho de parto e parto, posição supina para o parto e realização de enteroclise foram semelhantes entre as categorias de hospitais. Por outro lado, foram estatisticamente significantes as diferenças em relação à prescrição de tricotomia e uso de antibióticos profiláticos no pós-parto. Neste último caso, o encontro de prescrição de antibióticos pós-parto de forma rotineira em um dos HPS e de tricotomia nas duas categorias de hospitais é uma constatação da utilização de práticas definidas como ineficazes na prevenção de infecção. Porém, a ocorrência bem menor dessas práticas nos HP pode estar indicando uma tendência desses serviços em incorporar técnicas baseadas em evidências científicas, atitude esperada pelo fato de que em alguns hospitais dessa categoria funcionam programas de treinamento para profissionais da área de saúde. Da mesma forma, a baixa ocorrência de enteroclise pode estar indicando essa tendência nas duas categorias de hospitais.

A elevada utilização de ocitócicos durante o trabalho de parto verificada nas duas categorias de hospitais confirma o alto grau de medicalização dos partos de baixo risco, fenômeno observado em vários países, incluindo os desenvolvidos.^{15,22,35} Apesar da utilização de ocitócicos nessas condições ter sido semelhante entre as duas categorias de hospitais, alguns estudos têm mostrado amplas variações na utilização desses medicamentos entre os vários serviços de uma região. D'Orsi et al.⁶ encontraram uso de ocitócicos durante o trabalho de parto em 39,3 % dos partos realizados nas maternidades públicas e 64,4% nas maternidades conveniadas ao SUS na cidade do Rio de Janeiro.⁶

Um aspecto mais preocupante relativo aos resultados encontrados, entretanto, é o fato de que nenhum dos partos foi monitorado por cardiotocografia, prática recomendada pela OMS para acompanhamento dos partos induzidos ou conduzidos por ocitócicos. Se por um lado o uso de ocitócicos pode corrigir diversas alterações da evolução do trabalho de parto, por outro lado podem ser graves as complicações materno-fetais desencadeadas pelo seu uso. A recomendação da OMS é de que esses medicamentos sejam utilizados em serviços de saúde estruturados em boas condições, incluindo a presença do obstetra e do pediatra, para que intervenções de emergência possam ser realizadas caso haja necessidade.³⁵ O uso de ocitócicos sem monitorização adequada dos batimentos cardíaco-fetais (BCF) também foi observado no Rio de Janeiro, com frequência de utilização de ocitocina de 61,3% e de avaliação dos BCF de 50%, portanto inferior à preconizada para adequada monitorização do trabalho de parto.³⁷ Neste estudo, a ocitocina foi o principal ocitócico usado e, por requerer acesso venoso, também foi alta a utilização de soro parenteral nas duas categorias de hospitais. Há evidências científicas de que o cateterismo venoso interfere na evolução natural do trabalho de parto por prejudicar a deambulação e limitar a parturiente ao leito.³⁵

Vários estudos têm mostrado que a posição não supina durante o segundo estágio do parto diminui a duração desse período, a ocorrência do índice Apgar 5 menor que sete e a dor do parto, sendo percebida como mais confortável pela parturiente.^{10,35} Assim, a OMS orienta para que, sempre que possível, o parto seja realizado na posição que mais convenha à parturiente.³⁵ A ocorrência de todos os partos estudados em posição supina confirma outros estudos que têm mostrado que a maioria dos partos realizados nessa forma se dá principalmente por conveniência do profissional de saúde, muitas vezes não preparado para realizar o parto em outras posições.^{10,35} De fato, em nosso meio, a maioria dos programas de residência médica em obstetrícia não incluem treinamento para realização dos partos em outras posições.

A proporção de partos com utilização da manobra de Kristeller, pressão exercida no fundo uterino durante o período expulsivo, foi alta nas duas categorias de hospitais. Não existem evidências claras para indicar a utilização desse procedimento de forma rotineira (categoria C), e este achado também confirma o alto grau de intervenção na evolução do trabalho de parto, contrariando todas as evidências científicas que orientam para que o parto normal de baixo risco transcorra com o mínimo de intervenções possíveis.³⁵

A prescrição de dieta zero e realização de analgesia de parto (peridural ou raque), práticas que são frequentemente utilizadas de forma inapropriada (categoria D), foram estatisticamente diferentes entre as categorias de hospitais. Por outro lado, a frequência de episiotomia, prática também classificada na categoria D, apesar de mais alta nos HPS, não apresentou diferença com significância estatística entre os hospitais. A frequência de dieta zero foi alta, apesar de menor nos HP, embora a OMS chame atenção para a não necessidade da parturiente permanecer durante todo o trabalho de parto sem alimentação e dos possíveis efeitos nocivos disso.³⁵ Contudo, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Conselho Federal de Medicina e Associação Médica Brasileira, através do Projeto Diretrizes, orientam essa conduta, tendo em vista a possibilidade de intervenções cirúrgicas que possam surgir em decorrência de complicações durante o trabalho de parto.²³

Quase todos partos realizados com analgesia foram encontrados nos HP, sendo que apenas um parto realizado em HPS teve essa assistência. De fato, a analgesia de parto tem sido considerada pela OMS como uma das mais evidentes formas de medicalização dos partos de baixo risco, verificado principalmente em países como Estados Unidos e Inglaterra.³⁵ Contudo, nos países desenvolvidos que possuem baixa frequência de utilização de analgesia medicamentosa em partos de baixo risco, existem alternativas não farmacológicas para a dor, incluindo preparo psicofilático durante o pré-natal, acompanhamento de familiar durante o trabalho de parto e parto, bem como o apoio próximo de enfermeiras obstétricas e doulas.^{29,30,32} Essas últimas são mulheres muitas vezes da própria comunidade, sem nível formal de instrução, que auxiliam no apoio as parturientes durante o trabalho de parto. Com exceção de uma maternidade pública municipal onde se documentou alguns partos com assistência não farmacológica para dor, em todos os outros hospitais estudados não se encontrou utilização de nenhum método alternativo nesse sentido. A baixa utilização da analgesia de parto, bem como de outros métodos alternativos e de apoio à parturiente, aponta para certa negligência dos serviços de saúde em lidar com a dor da parturiente. Essa atitude não encontra justificativa nem mesmo nos custos da analgesia de parto, como se poderia supor. Entendendo que o medo da dor é uma das principais causas do desejo de cesariana pela

gestante e de que a analgesia de parto pode diminuir as taxas de cesariana em nosso meio, o Ministério da Saúde do Brasil, através das portarias 2.815 de 1998 e 572 de 2000, passou a incluir este procedimento na tabela de remuneração do SUS.²⁴

Apesar das entidades de saúde materno-infantil em nosso país orientarem para que a episiotomia seja utilizada seletivamente,^{23,24} a alta frequência desse procedimento nos HP e nos HPS indica sua utilização de forma quase rotineira. Existem várias evidências científicas que sinalizam para que este procedimento seja utilizado com cautela, não devendo ultrapassar 10% segundo a OMS.^{2,4,35} Contudo, faltam definições claras sobre quais seriam as indicações precisas para realização da episiotomia. O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia recomenda a episiotomia para se evitar lacerações perineais graves e facilitar partos difíceis.² Em estudo de revisão Cochrane (2008) sobre os efeitos da episiotomia rotineira em relação a não rotineira, os autores questionam as atuais indicações de episiotomia descritas na literatura: parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrosomia fetal ou ameaça de ruptura perineal grave. Concluem que esse assunto necessita ser mais estudado através de ensaios clínicos randomizados, para que se possa definir uma clara recomendação. Ainda nesta revisão, na episiotomia não rotineira houve menos trauma perineal posterior, menor necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. Por outro lado, houve menor risco de trauma perineal anterior com o uso rotineiro da episiotomia e não foram encontradas diferenças entre os dois grupos em relação à dor, dispareunia, incontinência urinária e ao trauma perineal ou vaginal severo.⁴

O índice Apgar tem sido usado em vários estudos como indicador de resultado da qualidade de assistência ao parto e ao recém-nascido.¹⁴ O valor desse índice no primeiro minuto é o que melhor reflete a influência no recém-nascido das práticas anestésicas e obstétricas utilizadas durante a assistência ao parto, e o valor no quinto minuto a eficácia das manobras de reanimação neonatal.¹⁴ A ocorrência de Apgar 5 menor que sete se encontra em torno de 0,5% em países desenvolvidos que têm excelentes sistemas de assistência materno-infantil, como na Suécia.³¹ No Rio de Janeiro, a ocorrência de índice Apgar 5 menor que sete foi de 3,3% entre 1999-2001²⁰ e de 15,2% em hospitais SUS, em 2008.³⁷ Neste estudo, a ocorrência do índice Apgar 1 menor que sete de 12,9% nas duas categorias de hospitais, e as proporções do índice Apgar 5 menor que sete nos HPS (1,6% dos partos) e HP (2,6%), podem estar refletindo falhas na assistência ao parto e ao RN. Entretanto, a menor ocorrência de Apgar 1 menor que sete nos HPS pode não indicar melhor qualidade de assistência nesses hospitais em relação aos HP. O fato das notas do Apgar nos HPS terem sido dadas pelos obstetras e nos HP pelo pediatra pode ter interferido nesses resultados. Pôde-se observar, na

categoria de HPS, recém-nascidos com complicações pós-parto com notas do índice Apgar 1 maiores que sete. A referência ao sofrimento fetal se encontrava apenas nos relatórios dos pediatras que atenderam esses recém-nascidos mais tarde no berçário, ou em relatórios de encaminhamento desses para a UTI. Por entender que esse índice reflete a qualidade de assistência ao parto, é possível que o obstetra tenha atribuído uma nota maior, não correspondente às reais condições do recém-nascido. Provavelmente, o mesmo não aconteceria se a nota tivesse sido dada pelo pediatra, que teria mais interesse em mostrar a real condição do recém-nascido que lhe foi entregue imediatamente após o parto.

A análise da qualidade de assistência tendo o índice Bologna como variável síntese mostrou que não só existiram diferenças significativas entre as categorias de hospitais, mas que, de uma forma geral, essa assistência foi bastante precária. Nenhum dos hospitais atingiu nota 4 no índice Bologna, com média de 1 para os HPS e 2 para os HP, confirmando a baixa qualidade encontrada pelos demais parâmetros de qualidade avaliados no presente estudo. A análise dos fatores associados ao índice Bologna como variável dependente, através da análise de regressão logística, mostrou que o fator de maior impacto nessa associação foi a categoria de hospital. A chance de assistência de melhor qualidade ter sido encontrada nos HP foi 12,9 vezes maior nos HP em relação aos HPS na análise univariada e 9,7 vezes maior na análise multivariada. Por outro lado, os outros fatores encontrados associados de forma independente à qualidade de assistência, a analgesia de parto e o número de profissionais que examinaram durante o trabalho de parto, tiveram frequência maior na categoria de hospital público. Este fato confirma a categoria de hospital como principal fator independente associado à qualidade de assistência ao parto em Goiânia.

Do nosso conhecimento, não há nenhum registro de outro estudo no Brasil que tenha utilizado o índice Bologna como indicador síntese da qualidade de assistência ao parto. O único estudo descrito na literatura internacional foi realizado na Suécia em 2007.³¹ Por ter sido realizado em um país com um excelente sistema de saúde materno-infantil, e com baixíssimos coeficientes de mortalidade neonatal (2/1000 nascidos vivos) e materna (3/100.000 nascidos vivos), esse estudo constitui bom parâmetro para avaliar o desempenho desse indicador, em condições muito próximas ao que se pode considerar como sendo uma adequada assistência ao parto. O índice Bologna avaliado no estudo sueco teve média de 3,81. A porcentagem de partos assistidos por profissional de saúde foi de 99,9% (indicador A) e a porcentagem de cesariana eletiva e de indução do parto foi de 7,9% e de 8,6% , respectivamente (indicador B). Assim, a qualidade da assistência ao parto nesse país, avaliada pelo índice Bologna e os indicadores A e B foi considerada muito boa. Os autores chamam

atenção para o fato de que a maioria dos partos perdeu pontos na variável “parto em posição não supina” e que em boa parcela desses, essa posição se deu devido à utilização de fórceps ou vácuo extrator. Ainda assim, a qualidade da assistência ao parto parece não ter sofrido grande influência dessa posição, uma vez que apenas nove recém-nascidos, em 2254 partos avaliados no estudo, tiveram índice de Apgar 5 menor que sete.³¹

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitem concluir que a assistência ao parto em Goiânia, nas categorias HP e HPS, esteve bem inferior ao definido como adequada pelas atuais evidências científicas, embora tenha sido um pouco melhor nos primeiros hospitais. A análise dos fatores associados à qualidade de assistência medida pelo índice Bologna mostrou que essa qualidade encontra-se intimamente associada à categoria de hospital, chamando atenção para as formas de estruturação interna desses hospitais como possíveis causas da má qualidade encontrada. Além disso, os resultados encontrados tornaram evidentes as desigualdades e distorções na distribuição dos recursos técnicos e científicos disponíveis para a assistência adequada nos HPS, a depender do agente financiador.

Há, portanto, urgente necessidade de estruturação de uma efetiva rede de assistência ao parto em Goiânia, da mesma forma que há necessidade de modificações no modelo da assistência hospitalar, com integração de outros profissionais de saúde nessa assistência, dentro de uma perspectiva multidisciplinar. É fundamental que os profissionais que prestam essa assistência, em especial o obstetra, se sensibilizem sobre a importância do adequado acompanhamento do trabalho de parto, do registro desse acompanhamento no partograma (ou anotações das avaliações no prontuário) e do emprego de intervenções baseadas em evidências científicas, sempre que possíveis. Também é essencial que se garanta a presença do pediatra na sala de parto que, em nosso meio, é o profissional mais capacitado para realizar esse atendimento de forma integral. Por outro lado, há ainda que se considerar a implementação de ações destinadas a dar suporte e apoio à parturiente durante o trabalho de parto e parto, como medidas destinadas à diminuição da dor, que facilitem a inter-relação mãe/RN, estimulem a amamentação precoce e, ainda, incentivem a presença do acompanhante familiar. Acredita-se que a implementação de medidas desta ordem poderá culminar com redução da mortalidade materna e neonatal, atribuídas à qualidade de assistência ao parto nesse município.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MFB, Guinsburg R, Costa JO, Anchieta LM, Freire LMS. Ensino da reanimação neonatal em maternidades públicas das capitais brasileiras. *J Pediatr.* 81(3):233-9, 2005.
2. Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Fêmina*, 36(31), 2008.
3. Brüggemann OM, Mary Angela Parpinelli A, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21(5):1316-1327, 2005.
4. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2008.
5. Chalmers B, Porter R. Assessing effective care in normal labor: the Bologna score. *Birth*. Jun; 28(2):79-83, 2001.
6. D’Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de saúde pública*; 39(4):646-54, 2005.
7. Duarte G, Coltro PS, Bedone RB, Nogueira AA, Gelonezzi GM, Franco LJ- Tendência das formas de resolução da gravidez e sua influência sobre as taxas de mortalidade perinatal. *Revista de Saúde pública*, 38(3):379-84, 2004.
8. Essex HN, Pickett, KE. Mothers without Companionship during Childbirth: An Analysis within the Millennium Cohort Study. *Birth*, 35:4, 2008.
9. Giglio MRP, Morais Neto O, Lamounier JA. Via de parto e risco para mortalidade neonatal em Goiânia no ano de 2000. *Rev. Saúde Pública.* 39(3):350-7, 2005.
10. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2, 2008.
11. Harvey SA, Blandón YCW, McCaw-Binns A, Sandino I, Urbina L, Rodríguez C, Gómez I, Ayabaca P, Djibrina S. Are skilled birth attendants really skilled? A measurement method, some disturbing results and a potential way forward. *Bulletin of the World Health Organization*, 85:783–790, 2007.
12. Hosmer DW, Lemeshow, S. *Applied logistic regression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.; 1989.

13. Houweling TAJ, Ronsmans C, Campell OMR, Kunst A. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 2007.
14. Hubner, ME; Juarez, ME. Test de Apgar: Después de medio siglo. sigue vigente? *Rev. méd. Chile*, 130(8);925-930, 2002.
15. Khalil K, Elnoury A, Cherine M, Sholkamy H, Hassanein N, Mohsen L, Breebaart M, Shoubary AA. Hospital Practice Versus Evidence-Based Obstetrics: Categorizing Practices for Normal Birth in an Egyptian Teaching Hospital. *BIRTH* 32:4 December, 2005.
16. Koblinsky MA, Campbell O, Heichelheim J. Organizing delivery care: what works for safe motherhood? *Bulletin of the World Health Organization*, 77 (5), 1999.
17. Lale S, Raine R. A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 2007.
18. Lansky S, Franca E, Leal M do C. Avoidable perinatal deaths in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil, 1999. *Cad Saude Pública*, 18(5):1389-400, 2002.
19. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal MC. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(1):117-130, jan, 2006.
20. Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S20-S33, 2004.
21. Lu MC, Halfon N. Racial and Ethnic Disparities in Birth Outcomes: A Life-Course Perspective. *Maternal and Child Health Journal*, 7(1), 2003.
22. 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, 9 (1):59-67, 2009.
23. Martins-Costa SH, Ramos JGL, Brietzke E. Assistência ao trabalho de parto. Projeto diretrizes-Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2001. Obtido dia 20/10/09, às 23:00 horas, em: http://projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/093.pdf

24. Ministério da Saúde do Brasil. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília, 2001.
25. Ministério da Saúde do Brasil. Indicadores de Saúde no Brasil: conceitos e operação. PAHO-RIPSA, 2004. Obtido dia 14/01/2009, às 22:32 horas, em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2004/public.htm>
26. Murray SF. Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: qualitative and quantitative Study. *BMJ* 321(16), 1501-5, 2000.
27. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal, MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*, 42(5):895-902, 2008.
28. Pereira, MG. Qualidade dos Serviços de Saúde. In: *Epidemiologia Teoria e Prática*. Ed. Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 6ª reimpressão, 538-57, 2002.
29. Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health. Safer Childbirth: Minimum Standards for the Organisation and Delivery of Care in Labour, 2007. Obtido dia 14/10/2009, às 23:50 horas, em: <http://www.rcog.org.uk/files/rcogcorp/uploadedfiles/WPRSaferChildbirthReport2007.pdf>
30. Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health. Standards for Maternity Care Report of a Working Party, 2008. Obtido dia 14/10/2009, às 23:30 horas, em: <http://www.rcog.org.uk/catalog/book/standards-maternity-care-report-working-party>
31. Sandin-Böjo AK, Kvist LJ. Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth*, 35:4, 2008.
32. Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada. Executive Committee of the Society of Obstetrician and Gynaecologists of Canada. Attendance at Labour and Delivery Guidelines for Obstetrical Care. SOGC Policy Statement, 89, 2000. Obtido dia 23/10/2009, às 23:00 horas, em: <http://www.sogc.org/guidelines/public/89E-PS-May2000.pdf>
33. Victora CG, Béhague DP, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population

- based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 324(20), 2002.
34. World Health Organization. Second Meeting of The Perinatal Care Taskforce. Report on a WHO Meeting Bologna, Italy 26–29 January 2000. *WHO European Health*, 2001.
 35. 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.
 36. World Health Organization. Skilled attendant at birth. 2005 estimates. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. 2005. Maternal and newborn health. 2005.
 37. World Health Organization. Annex table 8 Selected Indicators Related to Reproductive, Maternal and Newborn Health. *World Health Report 2005*. Obtido dia 14/01/2006 em: http://www.who.int/whr/2005/annex/annexe8_en.pdf
 38. World Health Organization. The World health report: 2005: Make every mother and child count. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, 2005.
 39. Yazlle MEHD, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD. Incidência de cesarianas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev. Saúde Pública*, 35(2):202-206, 2001.

TABELAS

Tabela 1 - CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO SUBMETIDA AO PARTO NORMAL SEGUNDO CATEGORIA DE HOSPITAL. GOIÂNIA, ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	Categoria de hospital				Valor p
	Privado com SUS		Público		
	n	%	n	%	
1. Local de residência ^a					0,072
Goiânia	192	77,7	133	85,8	
Outras cidades	55	22,3	22	14,2	
2. Idade da mãe					0,518
<=15	8	3,2	2	1,3	
16-19	63	25,3	36	23,2	
20-34	173	69,5	112	72,3	
>=35	5	2,0	5	3,2	
3. Estado civil					0,319
Solteira	52	20,9	34	21,9	
Casada	75	30,1	47	30,3	
Viúva	2	,8			
Separada	2	,8	5	3,2	
Ajuntada	118	47,4	69	44,5	
4. Raça ^b					0,004
Branca	95	44,0	36	29,8	
Negra	30	13,9	31	25,6	
Mulata	88	40,7	51	42,1	
Índia	3	1,4	3	2,5	
5. Escolaridade ^c					0,286
1 a 3	8	3,2	4	2,6	
4 a 8	110	44,2	75	49,0	
9 a 11	126	50,6	69	45,1	
>=12	5	2,0	5	3,3	
6. Número de consultas pré-natais ^d					0,013
Nenhuma	2	0,8	5	3,2	
1-3	19	7,7	16	10,3	
4-6	82	33,2	68	43,9	
>=7	144	58,3	66	42,6	
7. Baixo peso ao nascer ^e					0,187
Sim	6	2,5	9	6,1	
Não	234	97,5	139	93,9	
8. Prematuridade ^f					0,000
Sim (< 37 semanas)	7	3,0	13	8,4	
Não (>37 semanas)	223	97,0	141	91,6	

Excluídos: ^a 2 (0,5%), ^b 67 (16,5%), ^c 2 (0,5%), ^d 2 (0,5%), ^e 16 (3,9%), ^f 20 (4,95)

Tabela 2 - VARIÁVEIS SELECIONADAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO SEGUNDO CATEGORIA DE HOSPITAL. GOIÂNIA, ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	Categoria de hospital				Valor p
	Privado com SUS		Público		
	n	%	n	%	
1. Numero de profissionais que examinou durante TP^a					0,000
1 profissional	96	39,7	35	24,6	
2 a 3 profissionais	140	57,8	80	56,4	
>= 4 profissionais	6	2,5	27	19,0	
2. Profissional que examinou durante TP^b					0,006
Nenhum	1	0,4	8	5,5	
Obstetra	104	42,6	57	39,0	
Obstetra + outros profissionais	125	51,3	73	50,0	
Outros profissionais	14	5,7	8	5,5	
3. Presença de familiar durante TP^c					0,000
Sim	21	8,4	58	37,4	
Não	227	91,6	97	62,6	
4. Dieta zero					0,000
Sim	180	72,3	68	43,9	
Não	69	27,6	87	56,1	
5. Prescrição de tricotomia^d					0,000
Sim	141	61,6	15	9,9	
Não	88	38,4	136	90,1	
6. Realização de enteroclise^e					0,523
Sim	7	2,8	3	2,0	
Não	240	97,2	149	98,0	
7. Dilatação cervical na internação^f					0,000
0 cm	1	0,5	3	2,0	
1 a 3 cm	78	36,2	65	43,6	
4 a 6 cm	103	47,6	47	31,6	
7 a 9 cm	32	14,8	26	17,4	
10 cm	2	0,9	8	5,4	
8. Soro durante TP					0,167
Sim	146	58,6	80	51,6	
Não	103	41,4	75	48,4	
9. Ocitocina durante TP^g					0,490
Sim	120	49,2	59	40,1	
Não	124	50,8	88	59,9	
10. Misoprostol durante TP					0,004
Sim	1	0,4	7	4,5	
Não	248	99,6	148	95,5	
11. Analgesia durante TP^h					0,000
Sim	1	0,4	32	21,1	
Não	236	99,6	120	78,9	
12. Duração do TPⁱ					0,003
<=1 hora	14	5,9	19	13,1	
1 a <6 horas	133	56,1	53	36,6	
6 a <12 horas	59	24,9	55	37,9	
12 a < 24 horas	27	11,4	15	10,3	
>=24 horas	4	1,7	3	2,1	

Excluídos s/informação: ^a 20(4,9%), ^b 14(3,4%), ^c 1(0,2%), ^d 24(5,9%), ^e 5(1,2%), ^f 39(9,6%), ^g 13(3,2%), ^h 15(3,7%), ⁱ 22(5,4%)

Tabela 3 - FREQUÊNCIA DAS AVALIAÇÕES REALIZADAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO SEGUNDO CATEGORIA DE HOSPITAL. GOIÂNIA, ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	Categoria de hospital				p
	Privado com SUS		Público		
	n	%	n	%	
1. Presença de partograma					0,000
Sim	37	14,9	78	50,3	
Não	212	85,1	77	49,7	
2. Anotações no partograma *					0,000
Nenhuma	16	43,2	41	52,6	
1 ou mais	21	56,8	37	47,4	
3. Toque vaginal ^a					0,008
Nenhuma	13	6,0	16	13,4	
1 avaliação / 2 horas	104	48,1	49	41,2	
1 avaliação / 1:30 horas	53	24,5	23	19,3	
1 avaliação / hora	46	21,3	31	26,1	
4. Ausculta do BCF ^b					0,000
Nenhuma	74	32,6	27	22,5	
1 avaliação / 2 horas	106	46,7	45	37,5	
1 avaliação / 1:30 horas	22	9,7	24	20,0	
1 avaliação / hora	25	11,0	24	20,0	
5. Frequência cardíaca materna ^c					0,620
Nenhuma	127	80,9	79	78,2	
1 avaliação / 2 horas	23	14,6	14	13,9	
1 avaliação / 1:30 horas	1	0,6	3	3,0	
1 avaliação / hora	6	3,8	5	5,0	
6. Pressão arterial materna ^d					0,000
Nenhuma	149	64,5	53	42,7	
1 avaliação / 2 horas	66	28,6	51	41,1	
1 avaliação / 1:30 horas	5	2,2	9	7,3	
1 avaliação / hora	11	4,8	11	8,9	
7. Dinâmica uterina					0,000
Nenhuma	135	63,1	40	38,1	
1 avaliação / 2 horas	40	18,7	29	27,6	
1 avaliação / 1:30 horas	15	7,0	19	18,1	
1 avaliação / hora	24	11,2	17	16,2	

Excluídos s/informação: ^a 69(17%), ^b 57(14,1%), ^c 146(36,1%), ^d 49 (12,1%), ^e 85 (21%).

* Proporções referentes ao numero de partogramas.

Tabela 4 – VARIÁVEIS SELECIONADAS RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA AO PARTO SEGUNDO CATEGORIA DE HOSPITAL. GOIÂNIA, ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	Categoria De Hospital				Valor p
	Privado com SUS		Público		
	n	%	n	%	
1. Profissional que realizou o parto ^a					0,006
Acadêmico de medicina/enfermagem	3	1,2	10	6,9	
Obstetra	232	95,9	132	91,0	
Profissional de enfermagem	6	2,5	1	0,7	
Sem profissional	1	0,4	2	1,4	
2. Profissional que deu assistência ao RN na sala de parto ^b					0,000
Acadêmico de medicina/enfermagem	2	0,8	1	0,8	
Obstetra	78	33,1	5	3,8	
Profissional de enfermagem	147	62,3	25	18,8	
Pediatra	9	3,8	102	76,7	
3. Acompanhante familiar na sala de parto					0,000
Sim	3	1,2	55	35,5	
Não	246	98,8	100	64,5	
4. Soro durante parto ^c					0,056
Sim	157	69,8	83	58,0	
Não	68	30,2	60	42,0	
5. Ocitocina durante parto ^d					0,114
Sim	130	57,5	68	47,2	
Não	96	42,5	76	52,8	
6. Pressão no fundo do útero no período expulsivo ^e					0,630
Sim	139	57,0	81	52,9	
Não	105	43,0	72	47,1	
7. Uso de fórcepe ^f					0,400
Sim	6	2,4	6	4,0	
Não	240	97,6	145	96,0	
8. Realização de episiotomia ^g					0,750
Sim	181	73,3	98	64,9	
Não	66	26,7	53	35,1	
19. Contato pele a pele mãe/RN após nascimento ^h					0,000
Sim	168	68,0	136	88,3	
Não	79	32,0	18	11,7	
10. Apgar 1 ⁱ					0,730
<7	32	12,9	20	12,9	
>=7	216	87,1	135	87,1	
11. Apgar 5 ^j					0,580
<7	4	1,6	4	2,6	
>=7	244	98,4	151	97,4	
12. Uso de ocitocícos no pós-parto					0,000
Ocitocina	11	4,4	24	15,5	
metilergonovina	116	46,6	17	11,0	
Não	122	49,0	114	73,5	
13. Uso de antibióticos no pós-parto					0,000
Sim	40	16,1	0	0	
Não	209	83,9	155	100	

Excluídos s/informação: ^a 17(4,2%), ^b 38(9,4%), ^c 36(8,9%), ^d 34(8,4%), ^e 7(1,7%), ^f 7 (1,7%), ^g 6(1,5%), ^h 3(0,7%), ⁱ 1 (0,24%), ^j 1 (0,24%).

Tabela 5 - ÍNDICE BOLOGNA DOS PARTOS REALIZADOS SEGUNDO CATEGORIA DE HOSPITAL. GOIÂNIA, ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Valor	Categoria de hospital				p
	Privado com SUS		Público		
	n	%	n	%	
0	101	41,6	10	6,7	
1	118	48,6	52	34,7	
2	24	9,8	74	49,3	
3	0	0	14	9,3	
Total *	243	100	150	100	0,000
Valor médio	1	IC a 95%(0-2)	2	IC a 95% (0-3)	

Excluídos s/informação: * 11 (2,7%).

Tabela 6 – FATORES ASSOCIADOS AO ÍNDICE BOLOGNA NA ANÁLISE MULTIVARIADA. GOIÂNIA, ABRIL A DEZEMBRO DE 2007.

Variáveis	Índice Bologna								
	Categorias do índice				OR		OR ajustado*		
	2 a 3		0 a 1		(IC a 95%)		(IC a 95%)		
	N	%	N	%					
1. Categoria de hospital									
Público	88	78,6	62	22,1	12,9	(7,61-22)	9,7	(5,4-17,3)	
Privado conveniado SUS	24	21,4	219	77,9					
2. Analgesia de parto									
Sim	26	23,9	6	2,2	13,7	(5,49-34,6)	3,8	(1,4-10)	
Não	83	76,1	264	97,8					
3. Número de profissionais que examinou durante trabalho parto									
2 ou mais	84	79,2	163	61,0	2,44	(1,43-4,14)	2,0	(1,0-3,8)	
1 profissional	22	20,8	104	39,0					

* Ajustado pelas demais variáveis listadas na tabela.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As atuais evidências científicas demonstram que a adequada assistência ao parto deve incluir suporte psicológico a parturiente e sua família, monitoramento rigoroso da evolução do trabalho de parto/parto, assistência adequada ao RN imediatamente após o parto, profilaxia da hemorragia pós-parto e estimulação da amamentação, utilizando-se para isso, o mínimo de intervenções possíveis e sempre com justificativas claras. Assim, com base nos resultados deste estudo, pode-se concluir que a qualidade de assistência ao trabalho de parto e parto em Goiânia, de uma forma geral, encontra-se muito aquém da preconizada pela comunidade científica, estando um pouco melhor na categoria de hospitais públicos, apesar de 100% dos partos terem sido acompanhados por profissional de saúde. Isso pôde ser evidenciado através do encontro neste estudo de:

- 1) Baixos valores do índice Bologna para os partos normais (indicador C)
- 2) Altas frequências de cesarianas eletivas e de urgência (indicador B)
- 3) Baixas taxas de avaliações dos parâmetros fundamentais para acompanhamento do trabalho de parto.
- 4) Alta frequência do emprego de procedimentos considerados ineficientes e danosos.
- 5) Baixa frequência de utilização de procedimentos eficazes e benéficos.
- 6) Presença de desigualdades e distorções na distribuição dos recursos técnicos e científicos disponíveis para essa assistência, a depender do agente financiador.

Embora este estudo não pudesse identificar as causas da baixa qualidade encontrada, ele aponta para estratégias que podem melhorar a assistência ao parto neste município. É imperativo que se estruture uma efetiva rede de assistência ao parto, da mesma forma que há necessidade de modificações no modelo da assistência hospitalar, com integração de outros profissionais de saúde nessa assistência, dentro de uma perspectiva multidisciplinar. É fundamental que sensibilize os profissionais que prestam essa assistência, em especial o obstetra, da importância do adequado acompanhamento do trabalho de parto, do registro desse acompanhamento no partograma (ou anotações das avaliações no prontuário) e do emprego de intervenções baseadas em evidências científicas, sempre que possíveis. Também é essencial que se garanta a presença do pediatra em sala de parto que, em nosso meio, é o profissional mais capacitado para prestar assistência integral ao RN na sala de parto. Há, ainda, que se considerar a implementação de ações destinadas a dar suporte e apoio à parturiente durante o trabalho de parto e parto, como medidas destinadas a diminuição da dor do parto, que facilitem a inter-relação mãe/RN, estimule à amamentação precoce e, ainda, que propicie a presença do acompanhante familiar. Acredita-se que estas medidas sejam fundamentais

quando se pretende melhorar a qualidade da assistência ao parto e, dessa forma, diminuir a mortalidade materna e neonatal em Goiânia, atribuídas a essa assistência.

7- ANEXOS

ANEXO 1:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (HOSPITAIS)

Este termo de consentimento pode não explicitar claramente o estudo que está sendo proposto. Peça ao pesquisador que explique as informações não compreendidas completamente.

Este hospital foi selecionado pela Secretarias Estadual e Municipal de Saúde para participar de uma pesquisa intitulada “*Avaliação da qualidade de assistência prestada ao parto normal de baixo risco, pelos hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS, em Goiânia, no ano de 2006*”. Como diretor geral deste hospital, se decidir participar desta pesquisa, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Este hospital está sendo convidado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as referidas secretarias de saúde. É preciso entender a natureza de sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

O objetivo principal do presente projeto de estudo é avaliar a qualidade de assistência prestada ao parto normal de baixo risco, pelos hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS, em Goiânia, no ano de 2006, como uma das medidas para se reduzir a mortalidade perinatal e materna nesse município. Não haverá nenhum risco ou compromissos para o hospital em relação à responsabilidade junto ao paciente, uma vez que o objetivo desse estudo é apenas colher dados a respeito do parto já ocorrido.

O conhecimento que esse hospital e as referidas secretarias obterão, a partir da participação do seu hospital na pesquisa, poderá beneficiar tanto o próprio hospital quanto as secretarias, uma vez que possibilitarão maiores conhecimentos a respeito de como as mulheres estão sendo atendidas durante o parto na rede de hospitais pública e privada com atendimento ao SUS. Essa informação será de fundamental importância para melhorar a qualidade desse tipo de assistência na cidade de Goiânia.

O hospital não receberá nenhum valor monetário ou gratificações por participar desse estudo e algumas informações obtidas a partir de sua participação não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão realizando a coleta de dados e pesquisa, agências governamentais locais e dos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e Materno Infantil de Goiânia podem precisar consultar os dados. Contudo, o hospital não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você também autoriza as inspeções em seus registros por parte dessas referidas instituições.

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que o hospital poderá recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de alguma forma. Em caso do hospital decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão em seu relacionamento com as secretarias de saúde supracitadas.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento com Dr^a Margareth R.P.Giglio nos telefones 3291-4900, 3093-9663 ou 8437-6585. Se você tiver perguntas com relação aos direitos do hospital como sujeito

participante desse estudo, você também poderá contatar Dr. Marco Aurélio Albernaz no telefone 3291-4900, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia.

Li as informações contidas neste documento antes de assinar esse termo de consentimento e declaro que fui informado sobre a pesquisa.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima, que a descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Como diretor geral desse do Hospital _____ dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como sujeito deste estudo.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

NOME: _____

Assinatura: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Médico pesquisador

Goiânia, ___/___/___

Coordenadora da pesquisa: Dr^a. Margareth Rocha Peixoto Giglio
Hospital Materno Infantil de Goiânia
Av. Perimetral esquina com E7,s/ número,
Setor Oeste. Goiânia-Goiás.
Telefones: 3291- 4900 / Ramal: 206 / Celular: 8437-6585

ANEXO 2:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PACIENTE)

Este termo de consentimento pode conter palavras que você não entenda. Peça ao pesquisador que explique as palavras ou informações não compreendidas completamente.

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada “*Avaliação da qualidade de assistência prestada ao parto normal de baixo risco, pelos hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS, em Goiânia, no ano de 2006*”. Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre o estudo e o seu papel nesta pesquisa.

Você está sendo convidado e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o seu tratamento no hospital. É preciso entender a natureza de sua participação e dar o seu consentimento livre e esclarecido por escrito.

O objetivo principal do presente projeto de estudo é avaliar a qualidade de assistência prestada ao parto normal de baixo risco, pelos hospitais públicos e hospitais privados conveniados ao SUS, em Goiânia, no ano de 2006. Não haverá nenhum risco para você ou para o seu filho, uma vez que o objetivo desse estudo é apenas relatar o ocorrido e o grau da sua satisfação com o atendimento prestado a você e seu filho durante a sua internação para o parto.

O conhecimento que você e nós adquirirmos, a partir da sua participação na pesquisa, não irá beneficiá-lo com informações e orientações futuras em relação ao seu tratamento e situação de vida. Contudo, esses conhecimentos irão possibilitar maiores conhecimentos à respeito de como as mulheres estão sendo atendidas durante o parto na rede de hospitais pública e privada com atendimento ao SUS. Essa informação será de fundamental importância para melhorar a qualidade desse tipo de assistência na cidade de Goiânia.

Você não receberá nenhum valor monetário ou gratificações por participar desse estudo e algumas informações obtidas a partir de sua participação neste estudo não poderão ser mantidas estritamente confidenciais. Além dos profissionais de saúde que estarão cuidando de você, agências governamentais locais e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e Materno Infantil de Goiânia podem precisar consultar seus registros. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa. Ao assinar este consentimento informado, você também autoriza as inspeções em seus registros.

É importante que você esteja consciente de que a participação neste estudo de pesquisa é completamente voluntária e de que você pode recusar-se a participar ou sair do estudo a qualquer momento sem penalidades ou perda de benefícios aos quais você tenha direito de outra forma. Em caso de você decidir retirar-se do estudo, deverá notificar ao profissional e/ou pesquisador que esteja atendendo-o. A recusa em participar ou a saída do estudo não influenciarão seus cuidados neste hospital.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o estudo e sua participação, agora ou a qualquer momento com Dr^a Margareth R.P.Giglio nos telefones 3291-4900, 3093-9663 ou 8437-6585. Se você tiver perguntas com relação a seus direitos como participante desse estudo, você também poderá contatar Dr. Marco Aurélio Albernaz no telefone 3291-4900, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil de Goiânia.

Li ou alguém leu para mim as informações contidas neste documento antes de assinar esse termo de consentimento. Declaro que fui informado sobre a pesquisa que consiste no relato do meu caso clínico.

Declaro que tive tempo suficiente para ler e entender as informações acima. Declaro também que toda a linguagem técnica utilizada na descrição deste estudo de pesquisa foi satisfatoriamente explicada e que recebi respostas para todas as minhas dúvidas. Confirmando também que recebi uma cópia deste formulário de consentimento. Compreendo que sou livre para me retirar do estudo em qualquer momento, sem perda de benefícios ou qualquer outra penalidade.

Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade e sem reservas para participar como paciente deste estudo.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

NOME: _____

Assinatura: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante e/ou seu representante autorizado. Acredito que o participante e/ou seu representante recebeu todas as informações necessárias, que foram fornecidas em uma linguagem adequada e compreensível e que ela compreendeu essa explicação.

Goiânia, _____ de _____ de _____.

Médico pesquisador

Goiânia, ___/___/___

Coordenadora da pesquisa: Dr^a. Margareth Rocha Peixoto Giglio
Hospital Materno Infantil de Goiânia
Av. Perimetral esquina com E7,s/ número,
Setor Oeste. Goiânia-Goiás.
Telefones: 3291- 4900 / Ramal: 206

QUESTIONARIO 1

ANEXO 3:

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO EM GOIANIA.

QUESTIONARIO MÃE

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
POS-GRADUAÇÃO
SAUDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

“ESTA FOLHA NÃO SERA DIGITADA”

CONFIDENCIAL

HOSPITAL: _____
CODIGO HOSPITAL: _____

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____
TELEFONE: _____

Data entrevista: ____/____/____

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

QUESTIONARIO

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

CODIGO
()

CODIGO HOSPITAL: _____

HOSP
()

I-IDENTIFICAÇÃO:

- Qual a sua idade? _____ anos

IDADE
()

- Qual a sua profissão? _____

PROF
()

- Você se considera de que raça?
 - (1) branca
 - (2) negra
 - (3) mulata
 - (4) índia
 - (99) não sabe

RAÇA
()

- Qual a sua escolaridade?
 - (1) nenhuma
 - (2) ensino fundamental. Serie _____
 - (3) ensino médio. Serie _____
 - (4) superior.
 - (5) outros. Especificar _____
 - (99) não sabe informar

ESCOL
()
SERIE
()
OUTRESP
()

Se fez ou faz curso superior qual é o curso? _____

CURSO
()

- Qual o seu estado civil?
 - (1) solteira
 - (2) casada
 - (3) viúva
 - (4) separada
 - (5) ajuntada
 - (99) não sabe informar

ESTCIV
()

II- PERIODO PRE-INTERNAÇÃO

- Quantas horas levaram entre os primeiros sintomas de trabalho de parto e a sua internação neste hospital? _____ horas.

HORACES

()

- Você foi atendida no primeiro serviço de saúde que chegou?

- (1) sim
- (2) não
- (99) não sabe informar

PRIATEN

()

- Quantos locais você procurou até ser internada aqui neste hospital?

- (1) já veio direto para este hospital
- (2) passou por _____ locais
- (99) não sabe informar

LOCPROC

()

Se passou por outros locais, especificar quais? _____

LOCPAS

()

Se passou por outros locais, como foi transferida para este hospital?

- (1) de ambulância
- (2) de carro próprio
- (3) outros. Especifique: _____
- (99) não sabe informar

TRANSF

()

ESPTRAN

()

III-INFORMAÇÕES OBSTETRICAS

- Você sabe quando foi a sua ultima menstruação?

- (1) sim.
- (2) não

Se sim, quando foi a sua ultima menstruação? ____/____/____

SDUM

()

DUM

()

- Você sabe de quanto tempo está grávida?

- (1) sim.
- (2) não

Se sim, de quanto tempo você esta grávida? _____

TEMPGES

()

QTEMPGES

()

- Você fez ultrassonografia nesta gravidez?

- (1) sim.
- (2) não
- (99) não sabe informar

Se sim, quantas ultrassonografias você fez nesta gravidez? _____

USGEST

()

QUSGEST

()

- Quantas vezes você esteve grávida contando com esta última gravidez? _____

GESTA

()

- Você já teve aborto?
 (1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar
 Se já teve aborto, quantos? _____

ABORT
 ()
 QTABORT
 ()

- Você já teve recém-nascido prematuro?
 (1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar
 Se sim, quantos recém-nascidos prematuros você já teve? _____

PREMAT
 ()
 QTPREM
 ()

- Você já teve filho que morreu no primeiro mês de vida?
 (1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar
 Se sim, quantos filhos morreram no primeiro mês de vida? _____

MORTNEO
 ()
 QTMORT
 ()

- Você já fez parto normal?
 (1) sim
 (2) não
 Se sim, quantos partos normais (incluindo o ultimo parto)? _____

PN
 ()
 QTPN
 ()

- Você já fez cesariana?
 (1) sim
 (2) não
 Se sim, quantas cesarianas você fez (incluindo o ultimo parto)? _____

CESAR
 ()
 QTCESAR
 ()

- Você fez pré-natal?
 (1) sim
 (2) não
 Se sim,
 quantas consultas você fez durante todo o pré-natal? _____
 quantas consultas você fez nas ultimas 4 semanas? _____

PRENAT
 ()
 NCONS
 ()
 NCONSM
 ()

- Você realizou as consultas pré-natais em mais de um serviço de saúde?
 (1) sim
 (2) não
 Se sim, em quantos serviços de saúde você fez as consultas durante todo o pré-natal? _____

LOCPRE
 ()
 QTLOC
 ()

- Quando foi que a sua bolsa das águas rompeu?
 - (1) antes de começar as contrações
 - (2) após começar as contrações
 - (99) não sabe informar

BOLSA
()
TBOLSA
()

Se a bolsa das águas rompeu antes das contrações, quanto tempo ela ocorreu antes das contrações? _____

- Você sabe que cor estava o líquido que escorreu com a ruptura da bolsa das águas?
 - (1) sim
 - (2) não

LA
()
TIPLA
()
TIPLAE
()

Se sim, que cor ele estava?

- (1) branco tipo água de rocha
- (2) branco tipo água de coco maduro
- (3) esverdeado claro
- (4) esverdeado escuro
- (5) esverdeado tipo sopa de ervilha
- (6) sanguinolento
- (7) outros. Especificar: _____
- (99) não sabe informar

IV- NA INTERNAÇÃO:

- Qual foi o diagnóstico médico quando você internou?
 - (1) o bebê já estava nascendo (período expulsivo)
 - (2) você estava com contrações (trabalho de parto)
 - (3) você internou para colocar medicação para induzir o parto
 - (4) você internou para cesariana. Motivo: _____
 - (5) você internou para tratamento clínico. Qual? _____
 - (6) outros. Especificar: _____
 - (99) não sabe informar

DIAGINTER
()
MOTCES
()
TRATCLIN
()
ESPECIF
()

- Você foi depilada quando foi internada?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (3) depilou-se em casa
 - (99) não sabe informar

TRICOT
()

- Foi realizada lavagem intestinal em você quando foi internada?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

ENTEROC
()

- A partir da internação qual foi a sua dieta:
 - (1) não mais se alimentou
 - (2) só bebeu água
 - (3) se alimentou só de líquido (chá, leite, suco, etc..)
 - (4) se alimentou de sopa e líquido
 - (5) se alimentou de comida normal
 - (6) outros. Especificar: _____
 - (99) não sabe informar

DIET
 ()
 DIETESP
 ()

- A sua pressão arterial foi medida quando você internou?
 - (1) sim.
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

PA
 ()

- Os batimentos do seu coração foram medidos quando você internou?
 - (1) sim.
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

FC
 ()

- As contrações foram medidas quando você internou?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

DU
 ()

- Foi feito toque vaginal em você quando foi internada?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

TVAGINAL
 ()

- Foi auscultado os batimentos cardíacos do feto quando você internou ?
 - (1) sim.
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

BCF
 ()

- Foi colocado soro em você quando internou?
 - (1) sim.
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

SORO
 ()

- Foi colocada medicação no soro para iniciar ou aumentar as contrações quando você internou
 - (1) sim.
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

OCITOC
 ()

- Foi colocado algum medicamento na sua vagina para iniciar ou aumentar as contrações?
 - (1) sim.
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

MISOP
 ()

- Foi dado a você algum outro medicamento?
 (1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

OUTMED
()
QOUTMED
()

Se sim, quais outros medicamentos? _____ (99) não sabe

V- TRABALHO DE PARTO

O TRABALHO DE PARTO É O PERÍODO QUE VAI DESDE O INÍCIO DAS CONTRAÇÕES ATÉ O NASCIMENTO DO FETO. CONSIDERANDO ISSO:

- Você foi examinada durante o período que ficou em trabalho de parto?
 (1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar

AVALCLIN
()
QAVAL
()

Se sim, quantas vezes você foi examinada durante o trabalho de parto? _____

- Foram auscultados os batimentos cardíacos do feto durante o trabalho de parto?
 (1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

AUSCBCF
()
FREQBCF
()

Se sim, quantas vezes os batimentos cardíacos do feto foram auscultados durante o trabalho de parto? _____

- Foram feitos toques vaginais durante o trabalho de parto?
 (1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

TVAGIN
()
FTVAGIN
()

Se sim, quantas vezes foram feitos toques vaginais durante o trabalho de parto? _____

- Foram avaliadas as contrações uterinas durante o trabalho de parto?
 (1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

AVALDU
()
FAVALDU
()

Se sim, quantas vezes foram avaliadas as contrações uterinas durante o trabalho de parto? _____

- Sua pressão arterial foi medida durante o trabalho de parto?
 (1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

EVOLPA
()
FREVOLPA
()

Se sim, quantas vezes a sua pressão arterial foi medida? _____

- Seus batimentos cardíacos foram medidos durante o trabalho de parto?
 (1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar
 Se sim, quantas vezes os seus batimentos cardíacos foram medidos? _____

FCTP
 ()
 FFCTP
 ()

- Quantos profissionais a examinou durante o trabalho de parto?
 (1) 1 profissional
 (2) mais de 1 profissional.
 (99) não sabe informar
 Se mais de um profissional a examinou, quantos foram? _____

ACOMPTP
 ()
 QACOMPTP
 ()

- Quais foram os profissionais que a examinaram durante o trabalho de parto?
 (1) acadêmico de enfermagem
 (2) acadêmico de medicina
 (3) médico residente de GO
 (4) médico obstetra
 (5) enfermeiro obstetiz
 (6) enfermeiro geral
 (7) outros. Especificar: _____
 (99) não sabe informar

QUALPROF
 ()
 OUTROPROF
 ()

- você teve algum acompanhante da família durante o trabalho de parto?
 (1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar

FAMILTP
 ()
 QFAMILTP
 ()

- Em que local você ficou internada durante o trabalho de parto?
 (1) em quarto com outras mulheres que também iam dar a luz
 (2) em quarto com mulheres gestantes ou que deram a luz
 (3) em quarto sozinha
 (4) outro. Especificar: _____
 (99) não sabe informar

LOCTP
 ()
 ELOCTP
 ()

- Foi colocado soro em você durante o trabalho de parto?
 (1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar

SOROTP
 ()

- Foi colocado medicamento no soro para aumentar as contrações durante o trabalho parto ?

(1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar

OCITOTP ()

- Foi colocado algum medicamento na sua vagina para aumentar as contrações durante o trabalho de parto?

(1) sim
 (2) não
 (99) não sabe informar

MISOTP ()

- Foi dado algum outro medicamento para você durante o trabalho de parto?

(1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

Se sim, que outros medicamentos foram dados? _____
 (99) não sabe informar

OUTMEDTP ()
QOUTMEDTP ()

- Foi aplicado anestesia na sua coluna para que não sentisse dor das contrações durante o trabalho de parto?

(1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

ANALTP ()
CENTANA ()

Se foi aplicado esse tipo de anestesia você estava com quantos centímetros de dilatação? _____ cm (99) não sabe informar

- Aconteceu algum problema durante o trabalho de parto?

(1) sim.
 (2) não
 (99) não sabe informar

INTERTP ()

Se sim, qual (is) problemas? _____

PROBLEM ()

VI-PARTO:

- Que profissional realizou o parto?
 (1) acadêmico de enfermagem
 (2) acadêmico de medicina
 (3) médico residente de GO
 (4) médico obstetra

PARTO ()
PARTESP ()

- (5) enfermeiro obstetriz
- (6) enfermeiro geral
- (7) outros. Especificar: _____
- (99) não sabe informar

- O profissional que realizou o parto foi o mesmo que realizou o pré-natal?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

PROFPART ()

- Que profissional deu assistência ao RN na sala de parto?
 - (1) acadêmico de enfermagem
 - (2) acadêmico de medicina
 - (3) médico residente de GO
 - (4) médico obstetra
 - (5) enfermeiro obstetriz
 - (6) enfermeiro geral
 - (7) medico residente em pediatria
 - (8) pediatra
 - (10) outros. Especificar: _____
 - (99) não sabe informar

SALPARTO () ESALPARTO ()

- Em que local foi realizado o parto?
 - (1) triagem
 - (2) pré-parto
 - (3) quarto
 - (4) sala de parto
 - (5) sala de cesariana
 - (6) outros. Especificar: _____
 - (99) não sabe informar

LOCPARTO () ELOCPARTO ()

- Você teve acompanhante (familiar) na sala de parto?
 - (1) sim. Quem? _____ (99) não sabe informar
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

ACOMPART () QACOMP ()

- Foi aplicado anestesia na sua coluna para que não sentisse dor das contrações durante o parto?

- (1) sim.
- (2) não
- (99) não sabe informar

ANALPART ()

- Foi aplicado soro em você durante o parto?
 - (1) sim
 - (2) não
 - (99) não sabe informar

SOROPART ()

- Foi colocada medicação no soro para aumentar as contrações durante o parto?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

OCITOTP
()

- Foi aplicado outros medicamentos durante o parto?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

MEDPART
()
MEDPARTE
()

Se uso de outros medicamentos, especificar: _____

- Foi feita alguma pressão na sua barriga para ajudar o nascimento do bebe?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

MANOPART
()

- Foi usado ferro (fórcipe) para ajudar o nascimento do bebe?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

FORCEPS
()

- Foi usado um aparelho com pressão (vacuoextrator) para ajudar o nascimento do bebe?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

VACUOEST
()

- Foi realizado um corte na vagina (pique) para facilitar o nascimento do bebe?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

EPISIO
()

- Ocorreu alguma laceração no seu períneo durante o parto?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

LACPERIN
()

- O recém-nascido foi colocado em contato com você (pele a pele) na sala de parto?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

RNMAE
()

Se sim, por quanto tempo?
(1) < 30 minutos
(2) > 30 minutos
(99) não sabe informar

MINRNMAE
()

- Aconteceu algum problema durante o parto?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

INTERPART
()
TINTERPART
()

Se ocorreu, qual foi o problema? _____

- O seu bebe nasceu com alguma malformação?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

MALFETAL
()
TPMALFOR
()

Se sim, que tipo de malformação? _____

- Após o nascimento, para onde foi o seu bebe?:
(1) berçário
(2) UTI
(3) Para o seu quarto
(4) Outros. Especificar: _____
(99) não sabe informar

RNPOSPART
()

VII. POS-PARTO

- Depois do parto onde seu bebe ficou o maior tempo?
(1) no quarto com você
(2) no berçário
(3) na UTI
(4) em outro lugar. Qual? _____
(99) não sabe informar

ALOJCOM
()
QALOJCOM
()

- Você teve acompanhante (familiar) durante a internação?
(1) sim.
(2) não
(99) não sabe informar

ACPINTERN
()

- Quando você iniciou a amamentação?
(1) Na sala de parto
(2) No quarto
(99) não sabe informar

IMAMENT
()

- Aconteceu algum problema com você depois do parto?

- (1) sim
- (2) não
- (99) não sabe informar

INTPOSPART
()

Se sim, que tipo de problema ocorreu? _____

PROBPPA
()

- Você está satisfeita com o atendimento que teve durante o trabalho de parto e parto?

- (1) sim, muito satisfeita
- (2) sim, pouco satisfeita
- (3) não
- (99) não sabe informar

SATISF
()
PSATISF
()

Porquê _____

QUESTIONARIO 2

ANEXO 4:

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

**ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO EM GOIANIA NO ANO
DE 2006.**

FORMULARIO HOSPITALAR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
POS-GRADUAÇÃO
SAUDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

“ESTA FOLHA NÃO SERA DIGITADA”

CONFIDENCIAL

HOSPITAL: _____
CODIGO HOSPITAL: _____

NOME: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____
TELEFONE: _____

Data entrevista: ____/____/____

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

FORMULARIO HOSPITALAR

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

CODIGO
()

CODIGO HOSPITAL: _____

HOSP
()

ORGÃO FINANCIADOR:

- (1) SUS-PRIVADO
- (2) SUS-PUBLICO
- (3) IPASGO
- (4) UNIMED
- (5) OUTRO CONVÊNIO. QUAL? _____
- (99) SEM INFORMAÇÃO

FINANC
()
QUAL
()

Data internação: ____/____/____ (99)s/informação

Hora internação: ____ horas ____ minutos () Am ()Pm (99)s/informação

Data parto: ____/____/____ (99)s/informação

Hora parto: ____ horas ____ minutos () Am ()Pm (99)s/informação

Duração trabalho de parto: ____ horas ____ minutos (99)s/informação

DTI
()
HORAI
()
HOPARTO
()
DURAPART
()

I-IDENTIFICAÇÃO:

Idade: _____ anos (99) s/ informação

Profissão: _____ (99) s/ informação

Raça:

- (5) branca
- (6) negra
- (7) mulata
- (8) índia
- (99)s/ informação

Escolaridade:

- (2) nenhuma
- (2) ensino fundamental. Serie _____
- (3) ensino médio. Serie _____
- (4) superior. Curso _____
- (5) outros. Especificar _____
- (99) s/ informação

IDADE
()
PROF
()
RAÇA
()
ESCOL
()
SERIE
()
CURSO
()
OUTRESP
()

Estado civil:

- (1) solteira
- (2) casada
- (3) viúva
- (4) separado
- (5) união consensual
- (99) s/ informação

ESTCIV
()

II-INFORMAÇÕES OBSTETRICAS

DUM: _____/_____/_____(99)s/informação
IG (pela DUM): _____/_____/_____(99)s/informação
IG (pela USG 1º trimestre): _____/_____/_____(99)s/informação
Gestações: _____ (99)s/informação
Paridade: _____ (99)s/informação
Aborto: _____ (99)s/informação
Partos normais: _____ (99)s/informação
Cesarianas: _____ (99)s/informação

DUM
()
IGDUM
()
IGUSG
()
GEST
()
PARA
()
ABOR
()
PN
()
PC
()

Realização de pré-natal: (1) sim
(2) não
(99)s/informação

PRENAT
()

Intercorrências no pré-natal : (1) sim
(2) não
(99)s/informação

INTPRENT
()

Se sim, que tipo de intercorrência: _____

TIPINTER
()

Número total de consultas pré-natal: _____(99) s/informação
Número de consultas pré-natal nas ultimas 4 semanas gestação: _____(99)s/informação
Numero de locais de realização das consultas pré-natais: _____(99)s/informação

NCONS
()
NCONS4
()
NLOCON
()

Ruptura das membranas amnióticas: (1) antes do TP. Tempo: _____(99)s/informação
(2) durante TP
(99)s/informação

ROPREMA
()
TEMPRO
()

Características do L. Amniótico: (1) claro
(2) meconial +
(3) meconial ++
(4) meconial espesso
(5) outros. Especificar: _____
(99)s/informação

LA
()
LAESP
()

III- NA INTERNAÇÃO:

Diagnóstico na internação:

(1) período expulsivo
(2) trabalho de parto
(3) indução parto
(4) cesariana eletiva. Motivo: _____
(5) tratamento clinico. Qual? _____
(6) outros. Especificar: _____
(99)s/informação

DIAGINTER
()
MOTCES
()
TRATCLIN
()
ESPECIF
()

Realização de tricotomia: (1) sim
(2) não
(99)s/informação

TRICOT
()

Realização de enteroclise: (1) sim
(2) não
(99)s/informação

ENTEROC
()

Dieta: (1) zero
(2) líquida
(3) branda
(4) livre
(99)s/informação

DIET
()

Verificação de PA: (1) sim. Valor: _____(99)s/informação
(2) não
(99)s/informação

PA
()
VALORPA
()

Verificação da FC: (1) sim. Valor: _____(99)s/informação
(2) não
(99)s/informação

FC
()
VALORFC
()

Verificação da dinâmica uterina: (1) sim. Nº vezes_____ (99)s/informação
(2) não
(99)s/informação

DU
()
FREQDU
()

Verificação da dilatação do colo: (1) sim. dilatação:_____cm (99)s/informação
(2) não
(99)s/informação

DILATCOL
()
CMCOLO
()

Verificação apagamento do colo: (1) sim. :apagamento_____% (99)s/informação
(2) não
(99)s/informação

APAGCOL
()
PAPAGCOL
()

Ausculda do BCF: (1) sim. frequência:_____ (99)s/informação
(2) não
(99)s/informação

BCF
()
FREQBCF
()

Soro à internação: (1) sim. Tipo de soro:_____ (99) s/informação
(2) não
(99)s/informação

SORO
()
TIPOSORO
()

Uso de ocitocina à internação: (1) sim. dose:_____ (99) s/informação
(2) não
(99)s/informação

OCITOC
()
DOSEOCIT
()

Uso de misoprostol: (1) sim. dose:_____ (99) s/informação
(2) não
(99)s/informação

MISOP
()
DMISOP
()

Uso de outros medicamentos: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

OUTMED
()
OUTMEDE
()

Se uso de outros medicamentos, especificar:_____

IV- TRABALHO DE PARTO

Partograma: (1) presente
(2) ausente
(99)s/informação

Se presente, quantas avaliações: _____

PARTOGRA () QTAVAL ()

Anotação da evolução do TP: (1) presente. Nº de vezes: _____(99)s/informação
(2) ausente
(99)s/informação

EVOLTP () FREVOLTP ()

• PERIODICIDADE DA AVALIAÇÃO DURANTE O TRABALHO DE PARTO:

Ausulta do BCF: (1) presente. Nº de vezes: _____(99) s/informação
(2) ausente
(99)s/informação

AUSCBCF () FREQBCF ()

Toques vaginais: (1) presente. Nº de vezes: _____(99)s/informação
(2) ausente
(99)s/informação

TVAGIN () FTVAGIN ()

Dinâmica uterina: (1) presente. Nº de vezes: _____(99)s/informação
(2) ausente
(99)s/informação

AVALDU () FAVALDU ()

Pressão arterial: (1) presente. Nº de vezes: _____(99)s/informação
(2) ausente
(99)s/informação

EVOLPA () FREVOLPA ()

Frequência cardíaca: (1) presente. Nº de vezes: _____(99)s/informação
(2) ausente
(99)s/informação

EVOLFC () FREVOLFC ()

Quantos profissionais acompanharam o trabalho de parto:

(8) 1 profissional

(9) mais de 1 profissional. Quantos? _____(99)s/informação

(99)s/informação

ACOMPTP () QACOMPTP ()

Quais foram os profissionais que acompanharam o trabalho de parto:

(8) acadêmico de enfermagem

(9) acadêmico de medicina

(10) médico residente de GO

(11) médico obstetra

(12) enfermeiro obstetriz

(13) enfermeiro geral

(14) outros. Especificar: _____

(99)s/informação

QUALPROF

()

OUTROPROF

()

Teve acompanhante (familiar) durante TP?

(1) sim.

(2) não

(99)s/informação

FAMILTP

()

Local onde ficou internada durante o TP:

(5) pré-parto

(6) alojamento coletivo

(7) alojamento individual

(8) outro. Especificar: _____

(99)s/informação

LOCTP

()

ELOCTP

()

Soro durante o TP: (1) sim. Tipo de soro: _____(99) s/informação

(2) não

(99)s/informação

SOROTP

()

TIPSOROTP

()

Uso de ocitocina durante TP: (1) sim. dose: _____(99) s/informação

(2) não

(99)s/informação

OCITOTP

()

DOCITOTP

()

Uso de misoprostol durante TP: (1) sim. dose: _____(99) s/informação

(2) não

(99)s/informação

MISOTP

()

DMISOTP

()

Uso de outros medicamentos: (1) sim.

(2) não

(99)s/informação

OUTMEDTP

()

OUTMEDTPE

()

Se uso de outros medicamentos, especificar: _____

Intercorrências durante TP: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

INTERTP
()
TIPOINTER
()

Se sim, qual (is) intercorrências? _____

V-PARTO:

Que profissional realizou o parto:

- (3) acadêmico de enfermagem
- (4) acadêmico de medicina
- (10) médico residente de GO
- (11) médico obstetra
- (12) enfermeiro obstetriz
- (13) enfermeiro geral
- (14) outros. Especificar: _____
- (99)s/informação

PARTO
()
EPARTO
()

O profissional que realizou o parto foi o mesmo que realizou o pré-natal:

- (1) sim
- (2) não
- (99) s/informação

PROFPART
()

Que profissional deu assistência ao RN na sala de parto:

- (9) acadêmico de enfermagem
- (10) acadêmico de medicina
- (11) médico residente de GO
- (12) médico obstetra
- (13) enfermeiro obstetriz
- (14) enfermeiro geral
- (15) médico residente em pediatria
- (16) pediatra
- (17) outros. Especificar: _____
- (99)s/informação

SALPARTO
()
ESALPARTO
()

Local onde foi realizado o parto:

- (7) triagem
- (8) pré-parto
- (9) quarto
- (10) sala de parto
- (11) sala de cesariana
- (12) outros. Especificar: _____
- (99) s/informação

LOCPARTO
()
ELOCPARTO
()

Acompanhante na sala de parto: (1) sim.
(2) não
(99) s/informação

ACOMPART
()
QACOMP
()

Realização de analgesia de parto: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

ANALPART
()

Se sim, a partir de que momento do trabalho de parto?
_____ horas de internação
_____ cm de dilatação.

HORANALG
()
CMANALG
()

Se sim que tipo de anestésico foi usado para analgesia?

(1) xilocaina
(2) pubivacaina
(3) ropivacaina
(4) outros. Especificar: _____
(99)s/informação

ANEST
()
EANEST
()
DOSANEST
()

Dose: _____ (99)s/informação

Uso de fentanil: (1) sim. Dose: _____ (99) s/informação
(2) não
(99) s/informação

FENTANIL
()
DOSEFENT
()

Tipo de anestesia realizada para analgesia de parto:

(1) raque
(2) peridural
(3) peridural continua com cateter
(4) geral
(5) outros. Especificar: _____
(99) s/informação

TIPANEST
()
ETIPANEST
()

Soro durante o Parto: (1) sim. Tipo de soro: _____(99) s/informação
(2) não
(99)s/informação

SOROPART
()
TSOROPART

Uso de ocitocina durante Parto: (1) sim. dose: _____(99) s/informação
(2) não
(99)s/informação

OCITOTP
()
DOCITOTP
()

Uso de outros medicamentos durante o parto: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

MEDPART
()
EMEDPART
()

Se uso de outros medicamentos, especificar: _____

Uso de manobras de pressão externa: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

MANOPART
()

Uso de fórceps: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

FORCEPS
()

Uso de vacuoextrator: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

VACUOEST
()

Realização de episiotomia: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

EPISIO
()

Se sim, que tipo de episiotomia:
(1) media lateral direita
(2) mediana
(99)s/informação

TIPEPISIO
()

Ocorrência de laceração perineal: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

LACPERIN
()
TIPO LAC
()

Se ocorreu laceração, especificar tipo: _____

Extração da placenta:
(1) espontânea
(2) manual
(99)s/informação

PLACENT
()

Realização de curagem ou curetagem: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

CURETA
()

O recém-nascido foi colocado pele a pele com a mãe na sala de parto:

- (1) sim.
- (2) não
- (99)s/informação

RNMAE
()

Se sim, por quanto tempo:

- (3) < 30 minutos
- (4) > 30 minutos
- (99)s/informação

MINRNMAE
()

Intercorrências durante o parto: (1) sim.

- (2) não
- (99)s/informação

INTERPART
()
TINTERPAR
()

Se sim, especificar: _____

Parto traumático do ponto de vista do RN: (1) sim.

- (2) não
- (99)s/informação

TRAUMARN
()
TTRAUMAR
()

Se sim, especificar: _____

APGAR 1: _____ (99)s/informação
APGAR 5: _____ (99)s/informação
PESO AO NASCER: _____ (99)s/informação

APGAR1
()
APGAR5
()
PESO
()

Presença de malformação fetal: (1) sim.

- (2) não
- (99)s/informação

MALFETAL
()
TIPMALF
()

Se sim, especificar: _____

Recém-nascido encaminhado para:

- (5) berçário de baixo risco
- (6) berçário de alto risco
- (7) UTI
- (8) Alojamento conjunto
- (9) Outros. Especificar: _____
- (99) s/informação

RNPOSPART
()
ERNPOSPAR
()

VI. POS-PARTO:

Alojamento conjunto: (1) sim
(2) não
(99)s/informação

ALOJCOM ()

Acompanhante durante a internação: (1) sim.
(2) não
(99)s/informação

ACPINTERN () QACPINTERN ()

Uso de ocitócico no pós-parto: (1) sim
(2) não
(99)s/informação

OCSIPOSPART ()

Se sim, qual: (1) metilergonovina
(2) ocitocina
(99) s/informação

TOCITPART ()

Início da amamentação:
(3) sala de parto
(4) quarto
(99) s/informação

IMAMENT ()

Tempo de internação: _____ horas

Intercorrências pos-parto: (1) sim
(2) não
(99)s/informação

INTPOSPART () EINTERPPART ()

Se sim, especificar: _____

PESQUISADOR: _____

QUESTIONARIO 3

ANEXO 5:

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

**ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO EM GOIANIA NO ANO
DE 2006.**

QUESTIONARIO DIRETOR
HOSPITAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
POS-GRADUAÇÃO
SAUDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

“ESTA FOLHA NÃO SERA DIGITADA”

CONFIDENCIAL

HOSPITAL: _____
CODIGO HOSPITAL: _____
ENDEREÇO HOSPITAL: _____
TELEFONE: _____

NOME DIRETOR: _____
CRM: _____ ESPECIALIDADE: _____

Data entrevista: ____/____/____

CODIGO
()
DATA
()
ATHOSP
()

CODIGO IDENTIFICAÇÃO HOSPITAL: _____ **Data:** __/__/__
Atendimento hospitalar: (1) maternidade (2) hospital geral (3) materno-infantil

NLEIT
()
NOBST
()
NPED
()
NAENF
()
NENF
()
NENFO
()

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA MÉDICA

Número de leitos: _____ N° de obstetras: _____ N° de pediatras: _____
N° de auxiliares/técnicos de enfermagem: _____ N° enfermeiros: _____
N° Enfermeiras obstetrizes: _____

Quem acompanha o trabalho de parto e parto:

- (1) acadêmicos de medicina
- (2) acadêmicos de enfermagem
- (3) médicos residentes em obstetrícia
- (4) médicos especialistas em obstetrícia
- (5) médicos não especialistas
- (6) outros. Especificar: _____

ACOMPTP
()
EACOMPTP]
()

Esquema de organização dos obstetras:

- (1) plantão 12 horas
- (2) plantão 6 horas
- (3) plantão 4 horas
- (4) plantão alcançável
- (5) outro. Especificar: _____

POBST
()
EOBST
()

Número de obstetras no plantão:

- (1) Nenhum (alcançável)
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3
- (5) > 3

NOBST
()

Quem assiste o RN na sala de parto:

- (1) quem fez o parto
- (2) acadêmicos de medicina
- (3) acadêmicos de enfermagem
- (4) residente em pediatria
- (5) pediatra
- (6) outros. Especificar: _____

ARN
()
EARN
()

Quanto ao pediatra:

- (1) permanece no plantão
- (2) fica alcançável

QPEDIAT
()

Número de pediatras no plantão:

- (1) Nenhum (alcançável)
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3

NPEDIAT
()

(5) > 3

Realização de teste rápido para HIV?

(1) sim (2) não

TESTHIV

()

QUESTIONARIO 4

ANEXO 6:

CODIGO IDENTIFICAÇÃO: _____

**ASSISTENCIA AO PARTO NORMAL DE BAIXO RISCO EM GOIANIA NO ANO
DE 2006.**

CHECK-LIST

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
POS-GRADUAÇÃO
SAUDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

“ESTA FOLHA NÃO SERA DIGITADA”

CONFIDENCIAL

HOSPITAL: _____
CODIGO HOSPITAL: _____
ENDEREÇO HOSPITAL: _____
TELEFONE: _____
DATA: ____/____/____

CODIGO
()
DATA
()

CODIGO IDENTIFICAÇÃO HOSPITAL: _____ **Data:** __/__/__

ESTRUTURA HOSPITALAR

SONNARD: (1) presente (2)ausente

PINNARD: (1) presente (2)ausente

Aparelhos de PA: (1) presente (2)ausente

Estetoscópios: (1) presente (2)ausente

Luvas de toque: (1) descartáveis (2) reesterilizadas

Luvas de procedimento: (1) descartável (2) reesterilizadas

Partograma impresso: (1) presente (2)ausente

Pré-parto: (1) presente (2)ausente.

Se presente, quantos leitos:_____

Cardiotocógrafo: (1) presente (2)ausente.

Se presente, quantos:_____

Alojamento conjunto: (1) sim (2) não

QUANTO A SALA DE PARTO

Sala de parto: (1) separada do centro cirúrgico (2) integrada ao centro cirúrgico

Paramentação para entrar na sala de parto: (1) presente (2)ausente

Número de mesa de parto na sala de parto: _____

Berço aquecido: (1) presente (2)ausente

Fórcipe: (1) presente (2)ausente

Vácuo-estrator: (1) presente (2)ausente

Monitor cardíaco: (1) presente (2)ausente

Aspirador mecânico: (1) presente (2)ausente

SONNARD
()
PINNARD
()
APA
()
ESTET
()
LUVT
()
LUVP
()
PARTOG
()
PREPART
()
LEIT
()
CTG
()
QCTG
()
ALOJAM
()

SALPART
()
PARASAL
()
NMESA
()
BERÇO
()
FORCEPS
()
VACUO
()
MONIT
()
ASPIR
()

Seringas: (1) descartáveis (2) reesterelizadas
 Luvas: (1) descartáveis (2) reesterelizadas
 Laringoscópio adulto: (1) presente (2)ausente
 Laringoscópio neonatal: (1) presente (2)ausente
 Cânulas endotraqueais adulto: (1) presente (2)ausente
 Cânulas endotraqueais neonatais: (1) presente (2)ausente
 Ambu adulto: (1) presente (2)ausente
 Ambu neonatal: (1) presente (2)ausente
 Cateter para peridural continua: (1) presente (2)ausente
 Oxímetro: (1) presente (2)ausente
 Agulha para raque: (1) descartável (2) não descartável
 Agulha para peridural: (1) descartável (2) não descartável

SERING
 ()
 LUVAS
 ()
 LARADUL
 ()
 LARANEO
 ()
 CANADUL
 ()
 CANANEO
 ()
 AMBUADU
 ()
 AMBUNEO
 ()
 CATER
 ()
 OXIM
 ()
 ARQUE
 ()
 APERI
 ()

MEDICAMENTOS:

Adrenalina: (1) presente (2)ausente
 Atropina: (1) presente (2) ausente
 Bicarbonato de sódio: (1) presente (2) ausente
 Cloreto de potássio: (1) presente (2) ausente
 Cloreto de sódio: (1) presente (2) ausente
 Dexametasona: (1) presente (2) ausente
 Efedrina: (1) presente (2) ausente
 Furosemida: (1) presente (2) ausente
 Hidrocortisona: (1) presente (2) ausente
 Marcaina: (1) presente (2) ausente
 Metilergonovina: (1) presente (2) ausente
 Naloxona: (1) presente (2) ausente
 Neostigmina: (1) presente (2) ausente
 Prometazina: (1) presente (2) ausente
 Ropivacaina: (1) presente (2) ausente
 Sol. Ringer: (1) presente (2) ausente

ADREN
 ()
 ATROP
 ()
 BICARB
 ()
 KCL
 ()
 NAACL
 ()
 DEXA
 ()
 EFED
 ()
 FUIROS
 ()
 HIDRO
 ()
 MARCA
 ()
 METERGO
 ()
 NALOX
 ()
 NEOST
 ()
 PROMET
 ()
 ROPI
 ()
 RINGER
 ()

Soro fisiológico: (1) presente (2) ausente
Soro glicosado: (1) presente (2) ausente
Sol. Ringer lactato: (1) presente (2) ausente
Ocitocina: (1) presente (2) ausente
Xilocaina s/ adrenalina: (1) presente (2) ausente
Xilocaina c/ adrenalina: (1) presente (2) ausente
Oxigênio: (1) presente (2) ausente

SFISIOI () SGLIC () RINGERL () OCITOC () XILOSA () XILOCA () O2 ()
--



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409 9641 FAX: (31) 3409.9640
cpg@medicina.ufmg.br



UFMG

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO de **MARGARETH ROCHA PEIXOTO GIGLIO**, nº de registro 2006218659. Às quatorze horas, do dia trinta e um de março de dois mil e dez, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de tese indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM GOIÂNIA EM 2007”**, requisito final para a obtenção do Grau de Doutora em Ciências da Saúde: Saúde da Criança e do Adolescente, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Elizabeth Barboza França, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a argüição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Elizabeth Barboza França/ Orientadora ✓	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Prof. Washington Cançado Amorim ✓	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Maria Albertina Santiago Rêgo ✓	Instituição: UFMG	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Daphne Rattner ✓	Instituição: UNB	Indicação: <u>Aprovada</u>
Profa. Sônia Lansky ✓	Instituição: SMS/BH	Indicação: <u>Aprovada</u>

Pelas indicações a candidata foi considerada Aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 31 de março de 2010.

Profa. Elizabeth Barboza França/ Orientadora Elizabeth Franca

Prof. Washington Cançado Amorim Washington Amorim

Profa. Maria Albertina Santiago Rêgo Maria Albertina Santiago Rêgo

Profa. Daphne Rattner Daphne Rattner

Profa. Sônia Lansky Sônia Lansky

Prof. Joel Alves Lamounier/Coordenador Joel Alves Lamounier

Obs.: Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

Prof. Joel Alves Lamounier
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Saúde da Criança e do Adolescente
Faculdade de Medicina - UFMG

CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Av. Prof. Alfredo Balena 130 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640
cpe@medicina.ufmg.br



UFMG

DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos Professores Doutores: Elizabeth Barboza França, Washington Cançado Amorim, Maria Albertina Santiago Rêgo, Daphne Rattner e Sônia Lansky, aprovou a defesa da dissertação intitulada: **“ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL EM GOIÂNIA EM 2007”**, apresentada pela doutoranda **MARGARETH ROCHA PEIXOTO GIGLIO**, para obtenção do título de Doutora, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 31 de março de 2010.

Profa. Elizabeth Barboza França
Orientadora

Prof. Washington Cançado Amorim

Profa. Maria Albertina Santiago Rêgo

Profa. Daphne Rattner

Profa. Sônia Lansky

RELATÓRIO HOSPITALAR

ANEXO 7:

NOME DO HOSPITAL:

MÊS:

	DIA																															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
INTERNAÇÕES																																
CESARIANAS ELETIVAS																																
CESARIANAS URGENCIA																																
INDUÇÃO ELETIVA																																

Nome do pesquisador: _____