



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

d'Orsi, Eleonora; Chor, Dóra; Giffin, Karen; Angulo-Tuesta, Antonia; Peixoto Barbosa, Gisele; de Souza Gama, Andrea; Reis, Ana Cristina; Hartz, Zulmira
Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro
Revista de Saúde Pública, vol. 39, núm. 4, agosto, 2005, pp. 646-654
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240148020>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro

Quality of birth care in maternity hospitals of Rio de Janeiro, Brazil

Eleonora d'Orsi^a, Dóra Chor^b, Karen Giffin^b, Antonia Angulo-Tuesta^c, Gisele Peixoto Barbosa^d, Andrea de Souza Gama^e, Ana Cristina Reis^d e Zulmira Hartz^f

^aFaculdade de Medicina. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, SC, Brasil. ^bEscola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ^cSecretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. ^dSecretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ^eFaculdade de Serviço Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ^fCoordenadoria Geral de Pós-graduação. Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Descritores

Saúde materno-infantil. Qualidade de serviços de saúde. Parto. Parto obstétrico. Parto normal. Pesquisa sobre serviços de saúde.

Resumo

Objetivo

Avaliar a qualidade da atenção durante o processo de trabalho de parto de acordo com normas da Organização Mundial de Saúde.

Métodos

Trata-se de estudo do tipo caso-controle, realizado em duas maternidades: pública e conveniada com o Sistema Único de Saúde, no Município do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por 461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e por 448 mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas). De outubro de 1998 a março de 1999, foram realizadas entrevistas com puérperas e revisão de prontuários. Foi construído escore sumarizador da qualidade do atendimento.

Resultados

Observou-se baixa frequência de algumas práticas que devem ser encorajadas, como presença de acompanhante (1% na maternidade conveniada, em ambos os tipos de parto), deambulação durante o trabalho de parto (9,6% das cesáreas na maternidade pública e 9,9% dos partos vaginais na conveniada) e aleitamento na sala de parto (6,9% das cesáreas na maternidade pública e 8,0% das cesáreas na conveniada). Práticas comprovadamente danosas e que devem ser eliminadas como uso de enema (38,4%), tricotomia, hidratação venosa de rotina (88,8%), uso rotineiro de ocitocina (64,4%), restrição ao leito durante o trabalho de parto (90,1%) e posição de litotomia (98,7%) para parto vaginal apresentaram alta frequência. Os melhores resultados do escore sumarizador foram obtidos na maternidade pública.

Conclusões

As duas maternidades apresentam frequência elevada de intervenções durante a assistência ao parto. A maternidade pública, apesar de atender clientela com maior risco gestacional, apresenta perfil menos intervencionista que maternidade conveniada. Procedimentos realizados de maneira rotineira merecem ser discutidos à luz de evidências de seus benefícios.

Correspondência para/ Correspondence to:

Eleonora d'Orsi
Rua das Acácias, 121 bloco B3 Apto 401
Carvoeira
88040-560 Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: eleonora.dorsi@terra.com.br

Baseado na tese de doutorado em Saúde Pública apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, em 2003.
Trabalho realizado no Núcleo de Gênero e Saúde do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, Brasil.
Financiado pela Fundação Ford (Processo n. 950-0546-1).
Recebido em 12/4/2004. Reapresentado em 18/11/2004. Aprovado em 26/1/2005.

Keywords

Maternal and child health. Quality of health care. Delivery. Delivery, obstetric. Natural childbirth. Health services research.

Abstract

Objective

To evaluate the quality of birth care based on the World Health Organization guidelines.

Methods

A case-control study was carried out in a public and a private maternity hospitals contracted by the Brazilian Health System in the city of Rio de Janeiro, Brazil, from October 1998 to March 1999. The sample comprised 461 women in the public maternity hospital (230 vaginal deliveries and 231 Cesarean sections) and 448 women in the private one (224 vaginal deliveries and 224 Cesarean sections). Data was collected through interviews with puerperal women and review of medical records. A summarization score of quality of delivery care was constructed.

Results

There was low frequency of practices that should be encouraged, such as having an accompanying person (1% in the private hospital for both vaginal delivery and C-sections), freedom of movements throughout labor (9.6% of C-sections in the public hospital and 9.9% of vaginal deliveries in the private hospital) and breastfeeding in the delivery room (6.9% of C-sections in the public hospital and 8.0% of C-sections in the private hospital). There was a high frequency of known harmful practices such as enema administration (38.4%); routine pubic shaving; routine intravenous infusion (88.8%); routine use of oxytocin (64.4%), strict bed rest throughout labor (90.1%) and routine supine position in labor (98.7%) in vaginal deliveries. The best summarizing scores were seen in the public maternity hospital.

Conclusions

The two maternity hospitals have a high frequency of interventions during birth care. In spite of providing care to higher risk pregnant women, the public maternity hospital has a less interventionist profile than the private one. Procedures carried out on a routine basis should be pondered based on evidence of their benefits.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é ter como resultado mulheres e bebês saudáveis, com o mínimo de intervenção médica compatível com a segurança. Disso decorre que sempre deverá haver uma razão válida para interferir no processo de trabalho de parto.¹⁴

O grau de intervenção está intimamente relacionado com o modelo de atenção à saúde. Segundo Wagner²⁰ (2001), existem atualmente três modelos de atenção ao parto: 1) o modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetras, encontrado nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil; 2) o modelo humanizado com maior participação de obstetras e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e 3) os modelos mistos, encontrados na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália.

O modelo de atenção ao parto no Brasil caracteriza-

se por altos índices de intervenção, destacando-se, do total de partos, 38% de cesáreas em 2000.* Em muitos casos, não há justificativa clínica nem evidências de benefícios para a mãe ou para o recém-nascido.¹⁴ O grau de intervenção sobre o parto também está relacionado com o nível socioeconômico, com maiores índices de analgesia peridural, ocitocina, episiotomia, fórceps e cesárea entre pacientes atendidas no setor privado do que no setor público.¹⁶

No Brasil, coexistem elevados índices de intervenção e alta mortalidade neonatal precoce 10,7 por 1.000 nascidos vivos.* O adequado acompanhamento do trabalho de parto e a correta indicação de cesárea podem contribuir para a redução dos óbitos entre os nascidos vivos.⁴ Em países como a Holanda, a frequência de intervenções médicas é bem menor, com excelentes resultados perinatais.^{18,**} Além disso, a maioria dos partos de baixo risco é domiciliar, a taxa estimada de mortalidade perinatal é de 1,3 por 1.000 nascimentos e a média de transferência para hospital é de apenas 16% dos partos. No Japão, existem cerca de 300 casas de parto dirigidas por obstetras, que fornecem atenção continuada, suporte físico e emo-

*Datusus. Sistema de informações sobre nascidos vivos. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000. Disponível em: <http://www.datusus.gov.br> [15 jul 2003]

**Domingues RMMS. O modelo de assistência ao parto e nascimento na Holanda. *Saúde em Foco-Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro* 1996;14:12-4.

cional durante o pré-natal, o parto e o puerpério. Em uma delas, cerca de mil partos ocorreram desde 1974 sem nenhum óbito materno ou fetal, com média de 14% de transferências para hospitais, e grau elevado de satisfação das usuárias.¹¹

O estudo da qualidade da assistência à saúde se enquadra na abordagem de avaliação de processo, na qual a estratégia de atendimento é comparada com um modelo considerado ideal. O processo de atendimento deve, teoricamente, levar ao resultado desejado em termos de melhoria da saúde, alívio da dor e sofrimento, além de satisfação da pessoa que está recebendo o cuidado.¹⁹

Nos estudos de avaliação em saúde, a comparação entre as ações realizadas e as normas e procedimentos recomendados tem sido utilizada para classificação da qualidade técnico-científica da atenção à saúde. Trata-se da qualidade definida a partir dos critérios e normas de atuação dos profissionais.⁵ O conjunto de normas e procedimentos básicos para atendimento ao parto estabelecido pela OMS tem se mostrado efetivo na promoção da saúde materna e perinatal nos países onde foram implementados.¹⁴

No presente estudo, o objetivo é avaliar a qualidade da atenção durante o processo de trabalho de parto e pós-parto imediato, com ênfase nos procedimentos obstétricos, utilizando as normas da OMS como padrão.

MÉTODOS

Foi realizado estudo caso-controle, com casos prevalentes, com objetivo de estudar fatores associados à realização de cesáreas.⁷ A pesquisa foi realizada em duas maternidades, sendo uma pública e a outra conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS), entre outubro de 1998 e março de 1999. Foram selecionados de forma sistemática 50% dos partos vaginais ocorridos no dia anterior à entrevista e todos os partos cirúrgicos, devido ao número de partos vaginais serem aproximadamente o dobro do número cirúrgicos. A amostra resultou em 461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e 448 mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas).¹³ Foram excluídos do estudo os partos de mulheres com menos de 16 anos de idade, gestações com menos de 28 semanas, fetos natimortos e partos realizados por enfermeiras obstétricas.

Os dados foram coletados por meio de formulário com perguntas fechadas e abertas, aplicado em entrevistas com puérperas, entre 24 e 48 horas após o par-

to. Os prontuários médicos das entrevistadas também foram revisados.

Foram consideradas três fases do processo de assistência ao parto: assistência prestada no pré-parto, durante o parto e no pós-parto imediato. As normas para atendimento ao parto da OMS foram consideradas como padrão.¹⁴ Foram calculadas proporções para variáveis categóricas e médias para variáveis contínuas, segundo via de parto, para cada maternidade. Diferenças entre proporções foram testadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e as diferenças entre médias, pelo teste *t* de *Student* e análise de variância.¹³

A fim de facilitar comparações entre os subgrupos estudados, foi construído escore sumador da qualidade do atendimento a partir das frequências absolutas das práticas de assistência ao parto. Foram consideradas duas dimensões: o conjunto de práticas comprovadamente úteis, que devem ser encorajadas, e o conjunto de práticas comprovadamente danosas (que devem ser eliminadas ou com evidência insuficiente, ou que são frequentemente utilizadas de forma inadequada). Essas análises foram feitas da seguinte forma:

$$Y_i = \sum X_{ij}$$

Onde:

$$Y_i = \text{dimensão avaliada}$$

X_{ij} = indicador (j), na dimensão (i), por exemplo, “acompanhante durante o parto” na dimensão “práticas comprovadamente úteis que devem ser encorajadas”.

Primeiramente foi calculado o número médio de procedimentos comprovadamente úteis que devem ser encorajados, segundo a fórmula:⁶

$$\sum_{i=1}^n \left(\frac{Y_i(O)}{Y_i(E)} \right) \times 100$$

Onde:

$Y_i(O)$ = valor observado (número de respostas positivas para cada indicador)

$Y_i(E)$ = valor esperado para a dimensão (i=número de partos)

O mesmo procedimento foi realizado para os procedimentos comprovadamente danosos. Em seguida, o segundo valor foi subtraído do primeiro. Assim, foi possível obter um escore variando entre 100 (realiza-

das práticas comprovadamente úteis que devem ser encorajadas em todos os partos e não fossem realizadas práticas danosas ou com evidência insuficiente em nenhum parto) e -100 (realização de práticas danosas em todos os partos e ausência de realização de práticas úteis). Para algumas práticas (hidratação venosa, uso de ocitocina, amniotomia e episiotomia) foi estabelecido limite aceitável de realização em 10% do total de partos, segundo recomendações da OMS.¹⁴ Assim, os valores excedentes a esse limite foram computados para o escore.

O estudo foi complementado com entrevistas qualitativas semi-estruturadas realizadas em sub-amostra de 24 puérperas (12 na maternidade pública e 12 na maternidade conveniada). Nessas entrevistas foram abordados elementos da qualidade da assistência obstétrica, incluindo-se a possibilidade de escolha do tipo de parto pela gestante e nível de informação fornecido à mulher na hora do parto.

RESULTADOS

Em relação às práticas comprovadamente úteis, a frequência de acompanhante no pré-parto foi baixa na maternidade pública e praticamente inexistente na maternidade conveniada (Tabela 1). O partograma

foi preenchido na maioria dos partos, com exceção das cesáreas na maternidade pública, onde 23% dos prontuários não apresentavam partograma preenchido. Isso pode estar relacionado à decisão por cesárea anterior ao início do trabalho de parto (Tabela 1). Em mais de 90% dos prontuários, em ambas as maternidades, nos dois tipos de parto, havia registro de frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, dilatação e apagamento cervical, e altura da apresentação fetal (dados não apresentados). A maioria das mulheres foi informada sobre o motivo de cesárea (Tabela 1).

Ainda na Tabela 1, em relação ao contato com o recém-nascido na sala de parto, praticamente todas as mulheres nas duas maternidades, viram seus bebês logo após o parto, embora entre as mulheres submetidas à cesárea na maternidade pública esse percentual tenha sido um pouco menor (84%). O contato físico com o recém-nascido foi menos frequente do que o contato visual, exceto para as mulheres que fizeram parto vaginal na maternidade conveniada, onde 92% relataram haver tocado seus bebês. A prática de levar o bebê ao seio na sala de parto foi ainda menos frequente nas duas maternidades, especialmente entre as mulheres submetidas à cesárea. Mesmo entre as mulheres que fizeram parto vaginal, no máximo um terço das parturientes levou o recém-nascido ao seio (Tabela 1).

Tabela 1 - Práticas comprovadamente úteis na atenção ao parto em maternidades. Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade pública				Maternidade conveniada			
	Partos vaginais N	%	Cesáreas N	%	Partos vaginais N	%	Cesáreas N	%
Acompanhante no pré-parto**								
Sim	43	19,2	38	16,7	2	0,9	2	0,9
Não	181	80,8	189	83,3	222	99,1	220	99,1
Total	224	100,0	227	100,0	224	100,0	222	100,0
Partograma preenchido*								
Sim	213	93,4	174	76,7	222	99,1	212	94,6
Não	15	6,6	53	23,4	2	0,9	12	5,3
Total	228	100,0	227	100,0	224	100,0	224	100,0
Ausculat batimentos cardíofetais								
Sim	205	91,9	213	93,8	215	96,4	207	93,7
Não	18	8,1	14	6,2	8	3,6	14	6,3
Total	223	100,0	227	100,0	223	100,0	221	100,0
Foi informada sobre o motivo da cesárea								
Sim			219	95,2			211	94,2
Não			11	4,7			13	5,8
Total			230	100,0			224	100,0
Viu o recém-nascido na sala de parto*								
Sim	218	94,8	195	84,4	222	99,1	208	92,9
Não	12	5,2	36	15,6	2	0,9	16	7,1
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Tocou o recém-nascido na sala de parto*								
Sim	180	78,3	110	47,6	207	92,4	152	67,9
Não	50	21,7	121	52,4	17	7,6	72	32,1
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Levou recém-nascido ao seio na sala de parto*								
Sim	76	33,0	16	6,9	53	23,7	18	8,0
Não	154	67,0	215	93,1	171	76,3	206	92,0
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Orientação sobre alimentação do recém-nascido								
dar somente leite materno	159	69,1	140	60,6	123	54,9	103	46,0
dar leite materno, sucos ou água	1	0,4	1	0,4	3	1,3	3	1,3
dar outros leites	1	0,4	2	0,9	1	0,4	-	-
não recebeu orientação	69	30,0	88	38,1	97	43,3	118	52,7
Total	230	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0

*p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, nas duas maternidades

**p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, somente na maternidade pública

A proporção de mulheres que relatou não ter recebido orientação sobre a alimentação de seu filho variou entre 30% e 53%. A orientação de dar somente leite materno foi fornecida para apenas 55% das mulheres que fizeram parto vaginal e 46% das mulheres submetidas à cesárea na maternidade conveniada. Na maternidade pública, essa proporção foi maior (Tabela 1).

Algumas práticas comprovadamente danosas ou inefetivas foram freqüentemente realizadas em ambas as maternidades (Tabela 2). O enema foi aplicado em mais de um terço das mulheres que fizeram parto vaginal na maternidade conveniada, sendo bem menos aplicado na maternidade pública. A tricotomia foi um procedimento praticamente universal nas duas maternidades, sendo, em grande parte, realizada pela própria mulher em sua residência. A hidratação venosa foi amplamente utilizada, mais freqüente na maternidade conveniada do que na maternidade pública. Além disso, a posição supina foi adotada durante todo o período do trabalho de parto para quase todas as mulheres na maternidade conveniada, e também para as mulheres submetidas

à cesárea na maternidade pública. O subgrupo de parto vaginal, na maternidade pública, foi o único no qual 20% das mulheres deambularam durante o trabalho de parto. A posição de litotomia foi rotineiramente adotada para o parto vaginal, nas duas maternidades. O uso de ocitocina no pré-parto foi muito freqüente na maternidade conveniada, especialmente no grupo de parto vaginal (64%), também utilizada em 40% dos partos vaginais na maternidade pública.

Algumas práticas com evidência insuficiente e que devem ser utilizadas com cautela até que pesquisas adicionais esclareçam seus benefícios estão listadas na Tabela 2. A amniotomia foi mais utilizada na maternidade conveniada do que na maternidade pública, e também mais freqüente no grupo de parto vaginal do que no grupo de cesárea. Essa prática foi realizada em mais de um terço das mulheres que fizeram parto vaginal nas duas maternidades. Foi observada alta proporção de amniotomias realizadas precocemente (com 7 cm ou menos de dilatação). A Manobra de Kristeller também foi amplamente utilizada.

Tabela 2 - Práticas comprovadamente danosas ou inefetivas na atenção ao parto e práticas com evidência insuficiente em maternidades. Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade pública				Maternidade conveniada			
	Partos vaginais N	%	Cesáreas N	%	Partos vaginais N	%	Cesáreas N	%
Práticas comprovadamente danosas ou inefetivas que devem ser eliminadas								
Enema*								
Sim	38	17,0	23	10,2	86	38,4	59	26,6
Não	186	83,0	203	89,8	138	61,6	163	73,4
Total	224	100,0	226	100,0	224	100,0	222	100,0
Tricotomia								
Sim	145	63,3	154	66,7	92	41,1	88	39,3
Não	5	2,2	4	1,7	3	1,3	3	1,3
Feita em casa	79	34,5	73	31,6	129	57,6	133	59,4
Total	229	100,0	231	100,0	224	100,0	224	100,0
Hidratação Venosa***								
Sim	133	59,4	135	59,5	199	88,8	160	72,1
Não	91	40,6	92	40,5	25	11,2	62	27,9
Total	224	100,0	227	100,0	224	100,0	222	100,0
Posição no Trabalho de Parto**								
Ficou o tempo todo em decúbito dorsal	176	79,6	170	90,4	201	90,1	171	88,6
Pôde se levantar e caminhar	45	20,4	18	9,6	22	9,9	22	11,4
Total	221	100,0	188	100,0	223	100,0	193	100,0
Uso de ocitocina no pré-parto*								
Sim	88	39,3	32	14,0	143	64,4	72	32,3
Não	136	60,7	196	86,0	79	35,6	151	67,7
Total	224	100,0	228	100,0	222	100,0	223	100,0
Posição no parto vaginal								
Litotomia	225	98,3			221	98,7		
Sentada ou de cócoras	2	0,9			2	0,9		
No leito	2	0,9			1	0,4		
Total	229	100,0			224	100,0		
Práticas com evidência insuficiente que devem ser utilizadas com cautela								
Amniotomia**								
Realizada precocemente (<7 cm dilatação)	32	40,5	17	54,8	70	76,9	36	87,8
Realizada com >8 cm de dilatação	40	50,6	3	9,7	20	22,0	5	12,2
Realizada sem informação sobre dilatação	7	8,9	11	35,5	1	1,1	0	0
Não foi realizada	139	63,8	183	85,5	130	58,8	182	81,6
Total	218	100,0	214	100,0	221	100,0	223	100,0
Manobra de Kristeller								
Sim	105	46,1			120	53,6		
Não	123	56,9			104	46,4		
Total	228	100,0			224	100,0		

*p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, nas duas maternidades

**p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, somente na maternidade pública

***p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, somente na maternidade conveniada

Tabela 3 - Práticas freqüentemente utilizadas de forma inadequada em maternidades. Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade pública				Maternidade conveniada			
	Partos vaginais N	%	Cesáreas N	%	Partos vaginais N	%	Cesáreas N	%
Número de toques vaginais por hora*								
1 a cada 4 horas	14	8,3	35	20,8	1	0,5	25	11,5
1 a cada 2 horas	38	22,6	54	32,1	13	6,3	45	20,7
1 a cada hora	60	35,7	48	28,6	66	32,2	79	36,4
Mais de 1 a cada hora	56	33,3	31	18,5	125	61,0	68	31,3
Total	168	100,0	168	100,0	205	100,0	217	100,0
Episiotomia								
Sim	178	77,7	-	-	190	85,2	-	-
Não	45	19,7	-	-	30	13,5	-	-
Não sabe	6	2,6	-	-	3	1,3	-	-
Total	229	100,0	-	-	223	100,0	-	-
Tipo de anestesia								
Bloqueio loco-regional	170	74,6	-	-	180	80,3	-	-
Peridural	10	4,4	116	51,1	7	3,1	67	29,9
Raque	-	-	103	45,4	-	-	155	69,3
Geral	-	-	2	0,9	-	-	1	0,4
Nenhuma	34	14,9	-	-	30	13,4	-	-
Sem informação	14	6,1	6	2,6	7	3,1	1	0,4
Total	228	100,0	227	100,0	224	100,0	224	100,0

*p<0,05, diferenças entre proporções nos partos vaginais e cesáreas, nas duas maternidades

Entre as práticas que são freqüentemente utilizadas de forma inadequada observou-se número excessivo de exames vaginais e episiotomias nas duas maternidades (Tabela 3). O manejo da dor no pré-parto, por meio de métodos farmacológicos (analgesia peridural) foi pouco utilizado nas duas maternidades. Nos partos vaginais, utilizou-se bloqueio loco-regional para episiotomia e episiorrafia em mais de 70% dos partos, e cerca de 15% das mulheres, em ambas as maternidades, tiveram seus filhos sem nenhuma anestesia (Tabela 3).

Os resultados do escore sumarizador (Tabela 4) foram melhores na maternidade pública do que na conveniada. O escore mais baixo foi encontrado no sub-grupo de parto vaginal na maternidade conveniada (10,7) e o mais alto, no sub-grupo de cesáreas na maternidade pública (26,5). O escore mais baixo encontrado no sub-grupo de parto vaginal na maternidade conveniada resultou principalmente da maior freqüência de algumas práticas comprovadamente danosas ou com evidência insuficiente. Entre elas, especialmente uso de enema, hidratação venosa, ocitocina, amniotomia, realização de mais de um exame vaginal por hora e episiotomia.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou elevada ocorrência de práticas danosas que devem ser eliminadas, e alta freqüência de práticas usadas de forma inadequada.

Quanto às práticas que devem ser encorajadas, ocorreram, com maior freqüência, na maternidade pública do que na conveniada, e devem ser estimuladas em ambas as maternidades. O baixo resultado do escore sumarizador, em ambas as maternidades, evidencia um modelo de atenção altamente medicalizado, com uso excessivo de intervenções durante o parto.

Verificou-se que, em muitos aspectos, as normas da OMS não estavam sendo seguidas. Esse foi o ponto essencial do trabalho de Gomes⁹ (1995), que observou a distância entre o preconizado e a realidade do serviço em duas maternidades públicas do Município do Rio de Janeiro. Em avaliação da assistência perinatal na região metropolitana do Rio de Janeiro, Carvalho⁴ (2003) observou falta de acompanhamento adequado do trabalho de parto, elevado percentual de intervenções desnecessárias e óbitos infantis passíveis de redução pela atenção adequada ao pré-natal e ao parto.

Em relação às práticas que devem ser encorajadas, a presença de acompanhante durante o pré-parto e parto tem sido preconizada como uma das medidas importantes para humanização do nascimento.¹⁴ Verificou-se pelas entrevistas qualitativas, que a maioria das mulheres deseja ter um acompanhante no momento do parto que representa segurança, auxílio, suporte psicológico e ajuda para cuidar do bebê nos casos de cesárea.¹²

Em maternidades com grande número de leitos, difi-

Tabela 4 - Escore sumarizador da qualidade do atendimento em maternidades. Município do Rio de Janeiro, 1998-1999.

	Maternidade pública		Maternidade conveniada	
	Partos vaginais	Cesáreas	Partos vaginais	Cesáreas
Práticas comprovadamente úteis que devem ser encorajadas (A)	68,6	60,2	66,6	62,3
Práticas danosas ou com evidência insuficiente que devem ser utilizadas com cautela (B)	45,2	33,7	55,9	38,4
Escore (A-B)	23,4	26,5	10,7	23,9

almente existe um profissional (como uma doula), que forneça suporte emocional e físico durante todo o pré-parto. Entretanto, a falta de privacidade nas enfermarias de pré-parto tem levado algumas maternidades a permitir somente acompanhantes do sexo feminino, o que restringe as possibilidades de escolha e exclui a presença do pai da criança. Além disso, Dias⁸ (2001) relatou que os obstetras “têm restrições à presença dos acompanhantes, seja porque questionam os profissionais solicitando maior atenção, ou porque se sentem vigiados pelos acompanhantes, que passam a ser testemunhas do atendimento que é prestado”.

A prática universal de ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais nas duas maternidades e a presença de partograma preenchido em quase todos os prontuários mostra bom padrão de qualidade da assistência e está de acordo com as normas da OMS. Nesses aspectos, as maternidades estudadas apresentaram padrão superior à maioria das maternidades na região metropolitana do Rio de Janeiro,⁴ Curitiba* e São Luís do Maranhão.**

O contato físico entre mãe e filho e a prática de levar o bebê ao seio ainda na sala de parto foram mais incentivados na maternidade pública do que na conveniada. Os resultados encontrados são semelhantes aos de Gomes⁹ no Rio de Janeiro, onde 78% das entrevistadas relataram contato visual com o recém-nascido. Porém apenas uma mulher levou o recém-nascido ao seio na sala de parto, sendo, na maior parte das vezes, um contato rápido e sempre precedido e intermediado por procedimentos técnicos realizados com o recém-nascido.

O leite materno é reconhecidamente o melhor alimento para o recém-nascido e a existência de pessoal treinado para fornecer orientações para as mães, antes da alta, é importante para o aleitamento bem sucedido.¹² Essa prática pode ser considerada aquém do ideal nas duas maternidades estudadas e não parece depender do tipo de parto.

O enema foi utilizado com restrições na maternidade pública, mas foi muito freqüente na maternidade conveniada. Em São Luís do Maranhão, o enema foi realizado em 47% das mulheres.** Em estudo experimental, o uso de enema não reduziu a duração do trabalho de parto nem o risco de infecção, além de não ter reduzido a chance de eliminação de fezes no momento expulsivo.¹⁰

A tricotomia está amplamente incorporada à cultu-

ra do País, como foi verificado aqui e também no estudo de Alves & Silva, (2000),** no qual 43% das mulheres fizeram tricotomia em casa. Esse é um exemplo claro de incorporação pela população de uma intervenção obstétrica, sem evidência de benefícios.

O uso rotineiro de hidratação venosa é mais uma prática que deveria ser revista nas maternidades estudadas. Em termos de nutrição, não existem vantagens desse procedimento em relação à oferta de líquidos. Além de não oferecer benefícios, a hidratação venosa de rotina dificulta a livre movimentação da mulher no leito e inviabiliza a deambulação. Nas entrevistas qualitativas, as mulheres se queixaram da ausência de alimentos e água durante o trabalho de parto, o que trazia sensação de fraqueza durante o período expulsivo.***

Outra intervenção muito utilizada nas maternidades estudadas foi o uso de ocitocina no pré-parto, muitas vezes associada à amniotomia precoce, embora não existam evidências definitivas da vantagem dessa prática em comparação à conduta expectante.¹⁷ Em análise da qualidade do uso de ocitocina em maternidades públicas do Rio de Janeiro, Reis¹⁵ (2005) verificou que seu uso não seguia nenhum dos modelos preconizados para a correção de anomalias na progressão do trabalho de parto. Não existem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais importantes como hiperestimulação uterina e aumento da dor.¹⁷ A percepção das mulheres quanto ao uso de ocitocina é de um aumento impressionante das dores, conforme verificado nas entrevistas qualitativas.*** Além disso, nas maternidades estudadas na atual pesquisa, praticamente não existia incentivo à deambulação, que poderia substituir a ocitocina em muitos casos, nem práticas alternativas de analgesia como caminhar, técnicas de respiração, compressas e mudanças de posição. O uso de ocitocina é mais um procedimento obstétrico cuja utilização extrapola as indicações clínicas e se relaciona com a forma de organização da prática obstétrica. Aí se inclui a pressão da demanda hospitalar por novas internações e a conveniência da equipe, que tenta “resolver todos os casos” antes do próximo plantão.¹⁰

Em relação ao número de toques vaginais, a OMS recomenda um exame vaginal a cada quatro horas, durante o primeiro estágio do trabalho de parto, até dilatação completa.¹⁴ O número excessivo de exames vaginais, principalmente na maternidade conveniada, provavelmente está relacionado ao fato dessa

*Maluf EMCP, Carvalho DS, Silva KRL, Soares SHS, Kishida GSN, Cruz E, et al. Valorizando a Dignidade Materna. Prefeitura Municipal de Curitiba; 1996.

**Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades. São Luís: Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão; 2000.

***Gama AS, Giffin K, Angulo-Tuesta A, d'Orsi E, Barbosa GP, Reis ACGV. Mulheres e formas de parir: um estudo das representações e experiências quanto ao parto vaginal e cesáreo. In: Giffin K et al. Rio de Janeiro: Fundação Ford; 2000. [Relatório de pesquisa]

maternidade oferecer estágio para acadêmicos de medicina. Esse procedimento deveria ser feito com critérios restritos e após obter o consentimento da parturiente. As mulheres reportaram grande incômodo com o excesso de toques vaginais e sentiram-se invadidas na sua privacidade, na medida em que diferentes médicos o realizaram.*

Em relação à manobra de Kristeller, não existe evidência da utilidade desse procedimento¹⁴ que, além de aumentar o desconforto materno, pode causar danos ao útero, períneo ou feto. Essa manobra, referida por quase metade das mulheres nas duas maternidades, deveria ser abolida, principalmente devido ao contexto no qual é praticada, onde o estresse pode levar a obstetra a querer “resolver logo a situação”.

A OMS¹⁴ considera o uso de analgesia peridural como um dos exemplos mais marcantes de medicalização do parto normal. Seu uso praticamente não ocorreu nas maternidades estudadas, pois o SUS não financiava esse procedimento para partos vaginais. Entretanto, a ausência de métodos alternativos de analgesia durante o trabalho de parto pode contribuir para o aumento de cesáreas.¹⁴

Dentre as práticas que são frequentemente utilizadas de forma inadequada, sem evidência a seu favor,^{16,**} uma das mais comuns no País é a episiotomia. Os resultados encontrados são consistentes com os da literatura disponível, que reportou episiotomias em mais de 90% dos partos em 14 países latino-americanos.¹ Na Austrália, foi verificado padrão menos intervencionista, sendo realizadas episiotomias em 47% das pacientes nos hospitais privados e em 29% das pacientes em hospitais públicos.¹⁶ Devido a seus riscos potenciais, recomenda-se o uso restrito dessa intervenção, em cerca de 10% dos partos.¹⁴

Entre as limitações do presente estudo, destaca-se que as informações oriundas do prontuário médico dependem da qualidade do seu preenchimento. Outro ponto importante se refere à qualidade das infor-

mações fornecidas pelas mulheres entrevistadas, que depende de suas recordações sobre os eventos, fato minimizado pela realização da entrevista no pós-parto imediato. Entretanto, algumas informações são especialmente sujeitas à forma de percepção das mulheres como, por exemplo, a frequência de exames vaginais no pré-parto que, por se tratar de exame incômodo e doloroso, pode ter sido recordado com frequência acima do ocorrido. De qualquer forma, é importante valorizar a percepção das mulheres sobre esse fato.

Um dos pontos positivos da presente pesquisa foi a construção do escore sumador, que apresenta como principal vantagem a comparação entre os subgrupos estudados, podendo ser replicado em outras maternidades. Além disso, é possível incluir outros indicadores na composição do escore, referentes a aspectos da atenção ao parto que não foram estudados. Entretanto, deve ser ressaltado que, por representar uma “nota” para a qual foram atribuídos pesos iguais aos componentes, deve-se manter a análise da contribuição de cada indicador, pois cada um diz respeito a aspecto único da atenção ao parto.

Para que ocorram mudanças na assistência ao parto, é necessário rever a forma de organização da prática obstétrica que, nas maternidades gratuitas de grande porte, nem sempre respeita a fisiologia da mulher. Nesse sentido, estão sendo implementadas alternativas, incluindo-se a participação de enfermeiras obstétricas, que ainda provoca muitos conflitos.² O papel das escolas médicas também é fundamental na revisão de conceitos sobre assistência ao parto, considerando as normas da OMS e as evidências que devem embasar o uso de intervenções. A busca por um modelo de atenção que devolva à mulher seu papel de protagonista no parto, respeitando a fisiologia do trabalho de parto e fornecendo suporte clínico e emocional adequado, parece ser o caminho para a assistência que terá melhores resultados perinatais e maior satisfação das mulheres e dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous woman in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002;321:945-6.
2. Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, d'Orsi E, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad Saúde Pública* 2003;19:1425-36.
3. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4 2002. Oxford: Update Software.
4. Carvalho ML. Mortalidade neonatal e aspectos da qualidade da atenção à saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro em 1986/87 [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1993.

*Gama AS, Giffin K, Angulo-Tuesta A, d'Orsi E, Barbosa GP, Reis ACGV. Mulheres e formas de parir: um estudo das representações e experiências quanto ao parto vaginal e cesáreo. In: Giffin K et al. Rio de Janeiro: Fundação Ford; 2000. [Relatório de pesquisa]

**Alves MTSSB, Silva AAM. Avaliação de qualidade de maternidades. São Luís: Núcleo de Pesquisa em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão (UFMA); 2000.

5. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde, dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 29-47.
6. Cosendey MAE, Hartz ZMA, Bermudez JAZ. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cad Saúde Pública* 2003;19:395-406.
7. d'Orsi E. Fatores associados à realização de cesáreas e qualidade da atenção ao parto no Município do Rio de Janeiro [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: ENSP/ Fiocruz; 2003.
8. Dias MAB. Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
9. Gomes MASM. Aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
10. Lopes MHBM, Silva MAS, Christóforo FFM, Andrade DCJ, Bellini NR, Cervi RC et al. O uso do enteroclima no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. *Rev Lat Am Enfermagem* 2001; 9(6):49-55.
11. Misago C, Kendall C, Freitas P, Haneda K, Silveira D, Onuki D et al. From "culture of dehumanization of childbirth" to "childbirth as a transformative experience": changes in five municipalities in north-east Brazil. *Int J Gynecol Obstet*, 2001;75:S67-S72.
12. Ministério da Saúde. Iniciativa Hospital Amigo da Criança. Dez passos para promover o aleitamento materno, 2003. Disponível em <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/scrianca/aleitamento/iniciativa/dez.htm> [20 ago 2003]
13. Norman GR, Streiner DL. Biostatistics: the bare essentials. London: BC Decker Inc.; 2000.
14. Organização Mundial da Saúde (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra; 1996.
15. Reis LGC. Avaliação da qualidade do uso da ocitocina no trabalho de parto em maternidades públicas do município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
16. Roberts CL, Tracy S, Peat B. Rates of obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. *BMJ* 2000;321:137-41.
17. Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. *BMJ* 1994;309:366-9.
18. Treffers PE, Laan R. Regional perinatal mortality and regional hospitalization at delivery in The Netherlands. *Br J Obstet Gynaecol* 1986;93:690-3.
19. Vuori H. A qualidade da saúde. *Saúde em Debate* 1991;5:17-25.
20. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynecol Obstet* 1989;75:S25-S37.