

APLICAÇÃO DO ESCORE DE BOLOGNA NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL DE RISCO HABITUAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA

APPLICATION OF THE BOLOGNA SCORE IN THE EVALUATION OF THE ASSISTANCE TO NORMAL BIRTH OF USUAL RISK IN A PUBLIC MATERNITY

Jader Henriques de Alcântara Limeira

Ebserh-UFRN, Brasil
jader_med@hotmail.com

Victor de Alencar Moura

Ebserh-UFRN, Brasil
victordealencarmoura@hotmail.com

RESUMO

A maior expectativa da mulher gestante decai sobre a via final de parto, responsável pela vinda do seu conceito, tão desejado ao seio familiar. O que se vê desde a década de 70 é um aumento vertiginoso e indiscriminado no número de cesarianas e intervenções no trabalho de parto, nesse sentido, Chalmers e Porter¹ elaboraram uma ferramenta para avaliação da implementação das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), conhecidas como Escore de Bologna. O objetivo deste trabalho é avaliar a assistência prestada ao parto e nascimento, de risco habitual, no Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB), de acordo com os parâmetros do Escore de Bologna, recomendados pela OMS. As análises dos dados de 250 pacientes foram realizadas com o auxílio de planilhas eletrônicas. Os resultados mostraram que a presença do acompanhante foi garantida a totalidade das parturientes (100%). 70% dos partos avaliados possuíam o preenchimento do partograma. A frequência de partos que não sofreram interferências (indução ou utilização de instrumentais) foi da ordem de 45,6%. Avaliando-se a posição da parturiente, a não supina foi frequente em 96% das parturientes analisadas. O presente estudo quantificou a presença de hora ouro em 64,8%. Após aplicação do Escore de Bologna a pontuação média encontrada foi de 3,82 pontos. Através da pontuação média obtida, é notório que a

maternidade em questão está levando os critérios determinados pelo Escore de Bologna como norte de suas práticas, devendo-se cada vez mais estimular a disseminação de conhecimentos sobre a temática.

Palavras-chave: Escore de Bologna; saúde materna; parto humanizado.

ABSTRACT

The greatest expectation of pregnant women falls on the final route of delivery, responsible for the arrival of their child, so desired in the family. What has been seen since the 70s is a vertiginous and indiscriminate increase in the number of cesarean sections and interventions in labor. In this sense, Chalmers and Porter¹ developed a tool to assess the implementation of the World Health Organization recommendations, known as the Bologna Score. This work applied the Bologna Score parameters in order to evaluate the assistance provided to labor and birth, at usual risk, in the Ana Bezerra Maternity Hospital. The data analysis from 250 patients were performed with the aid of electronic spreadsheet. The results showed that the presence of a companion was guaranteed to all parturient (100%). The partogram had been completed in 70% of the births evaluated. The frequency of births that did not suffer interference (induction or use of instruments) was around 45.6%. Assessing the position of the parturient, non-supine was frequent in 96% of the parturients analyzed. The present study quantified the presence of golden hour in 64.8%. The Bologna Score was then applied and the average score found is 3.82 points. Through the average score obtained, it is clear that the maternity in question is taking the criteria determined by the Bologna Score as the north of its practices, and that the dissemination of knowledge on the subject should be increasingly encouraged.

Keywords: Bologna Score; maternal health; humanized birth.

INTRODUÇÃO

A gravidez é um momento único e excepcional na vida das mulheres. Portanto, durante o evoluir do processo gestacional, é fundamental a transmissão de informações por

parte da equipe que assiste o pré-natal, minimizando medos/ansiedades e quaisquer dúvidas da gestante quanto ao período gestatório e quanto à escolha da via de parto².

Esse processo é paulatino e necessita da implementação de uma assistência humanizada, que acolha a gestante desde o início, garantindo uma boa relação entre a paciente e a equipe. Dessa forma, irá permitir que a mulher tenha conhecimento do processo gestatório e, conseqüentemente, mais segurança sobre seu parto³.

A maior expectativa da mulher gestante decai sobre a via final de parto, responsável pela vinda do seu conceito, tão desejado ao seio familiar⁴. O que se vê desde o início da década de 70 é um aumento no uso da via cirúrgica (cesárea), que se tornou muito popular no modelo hospitalocêntrico implementado no Brasil⁵.

A cesariana é uma cirurgia originalmente concebida para reduzir as complicações maternas e/ou fetais de uma gravidez ou trabalho de parto com riscos detectáveis, e, como toda cirurgia, não está isenta de complicações⁵. O seu uso indiscriminado reflete um acompanhamento pré-natal inadequado ou indicações equivocadas em detrimento do parto vaginal, conforme a Agência Nacional de Saúde Suplementar⁶.

Dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) referentes aos nascimentos em 2017 apontam que 55,66% do total de nascidos vivos no Brasil o foram por meio de cesárea. Entre os estados campeões de suas regiões temos: Pará (46%), Bahia (21%), Goiás (39%), Paraná (40%) e Rio Grande do Sul (36%)⁷.

Dos partos realizados na rede pública de saúde, 40% ocorrem por meio de cesarianas. Já na rede particular esse índice chega a 84%, variando de acordo com a região. A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que taxas acima de 10% não estão associadas à redução da mortalidade materna e neonatal^{8,9}.

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) objetivando a adoção de medidas que garantissem melhorias no acompanhamento pré-natal e uma assistência de qualidade durante o parto, puerpério e período neonatal¹⁰.

Nesse panorama, em 2015, a ANS implementou a normativa nº 368 que visou a redução do número de cesarianas desnecessárias, através do acesso à informação em relação ao parto vaginal. O documento considerou o uso do partograma, entre outras medidas, necessário para o sucesso do parto normal^{11,12}.

O Projeto Parto Adequado (PPA) é uma iniciativa conjunta entre a ANS, Hospital Israelita Albert Einstein e *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), iniciado em 2015. A

função deste projeto é a criação, avaliação e disseminação de práticas, embasadas cientificamente, que possam implementar o parto vaginal e humanizado nos hospitais participantes¹².

Para que as boas práticas baseadas em evidências científicas possam ser efetivamente utilizadas, visando diminuir o número de cesarianas desnecessárias e aumentar a quantidade de partos vaginais, é de suma importância a implementação de uma reformulação na assistência ao parto e na estrutura das maternidades filiadas ao antigo método obstétrico intervencionista¹².

Nesse sentido, Chalmers e Porter¹ elaboraram uma ferramenta para avaliação da implementação das recomendações da OMS, conhecida como Escore de Bologna¹³. Esta ferramenta é baseada nas seguintes premissas: o parto normal deve ser minimamente intervencionista, a parturiente tem direito ao acompanhante de sua escolha e deve estar no comando de seu trabalho de parto. Nesse mesmo ano, foi proposto por Robson um sistema de classificação de gestantes em grupos distintos de complexidade, levando em consideração parâmetros da história clínica¹⁴.

O objetivo da assistência ao parto é, no fim do processo, se obter mulheres e recém-natos com saúde, seguindo as boas práticas instituídas pela OMS^{15,16}, que se baseiam no mínimo intervencionismo compatível com a segurança do binômio materno-fetal^{14,17}. Diante disso, foi levantado o seguinte questionamento: “A assistência ao trabalho de parto de risco habitual prestado pela Maternidade Ana Bezerra está seguindo os preceitos estabelecidos pela OMS?”.

Tendo em vista que o HUAB apresenta um número considerável de cesarianas, 46,4% em 2018, e que as boas práticas durante a assistência ao trabalho de parto influenciam significativamente na qualidade da evolução do mesmo, bem como, levando em consideração o fato da maternidade fazer a triagem das parturientes de risco habitual e classificá-las nos grupos I e III de Robson, se torna de fundamental importância o desenvolvimento desse estudo, uma vez que proporcionará um novo parâmetro a atual qualidade do serviço e dirá se as boas práticas de assistência ao parto e nascimento recomendados pela OMS estão sendo implementadas.

Este trabalho tem como objetivo avaliar a assistência prestada ao parto e nascimento, de risco habitual, no HUAB de acordo com os parâmetros do Escore de Bologna recomendados pela OMS. Atentando para se avaliar quais itens estão sendo cumpridos de acordo com o

Escore de Bologna nas pacientes selecionadas e relacionando a aplicação das boas práticas na via de parto vaginal de risco habitual.

METODOLOGIA

A pesquisa realizada foi do tipo quantitativo, avaliativo, transversal com pesquisa documental prospectiva, sendo desenvolvida no HUAB, localizado na cidade de Santa Cruz/RN. Inaugurado em 04 de fevereiro de 1952, na década de 60 passou a ser vinculado à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Atualmente a instituição é administrada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Possui um histórico de busca ativa pela humanização da assistência ao parto, sendo, inclusive, credenciado pelo Ministério da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como Hospital Amigo da Criança.

O hospital conta com 35 leitos de enfermagem, 8 leitos de pré-parto, parto e pós-parto (PPP) e 07 leitos de pediatria. Ainda possui Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, com 10 leitos.

Além do seu papel assistencial, desenvolve ensino e pesquisa por meio de suas residências médica e multiprofissional, bem como, é campus de estágio obrigatório para alunos de medicina da UFRN.

Foram utilizados os dados dos prontuários das pacientes internadas para assistência na fase ativa do trabalho de parto a partir da data de início da pesquisa. Trata-se de uma amostra não probabilística do tipo consecutiva. Para o cálculo do tamanho da amostra (n), utilizou-se de técnicas de amostragem para populações finitas, através da Eq. 1:

$$n = \frac{Z^2 x P x Q x N}{e^2 x (N-1) + Z^2 x P x Q} \quad (1)$$

Onde Z expressa o nível de confiança (95%); P é a quantidade de acerto esperada, considerando 50%, o que expressa a máxima variabilidade amostral (%); Q é quantidade de erro esperada (%), conseqüentemente, 50%; N é a população total, considerando a média do número de partos normais de risco habitual dos Grupos I e III de Robson no HUAB no ano de 2019; e expressa o nível de precisão de 5%. Dessa forma, tendo $N = 493$, temos uma amostra de 232 pacientes.

Os critérios de seleção das pacientes e prontuários que foram pesquisados incluíram as seguintes características: mulheres com idade entre 17-35 anos, trabalho de parto normal de risco habitual (grupos I e III de Robson) internadas no PPP e com nascido vivo. Foram excluídos da pesquisa: prontuários de mulheres que se submeteram a outros tipos de parto, os partos de alto risco, os que deram entrada na maternidade para internação no setor de covid ou após o parto.

Foi feito o levantamento de informações contidas nos prontuários clínicos das pacientes internadas para assistência ao parto normal de risco habitual. O instrumento para a coleta foi elaborado pelos autores em consonância com o Escore proposto como instrumento para o estudo.

Com a formação do banco de dados, foram elaboradas tabelas que permitiram uma visualização mais clara dos dados coletados. Durante esta etapa, foram utilizados softwares para realizar as análises estatísticas, que incluíram: medidas de tendência central, distribuições de frequência, correlações e representações gráficas.

O projeto de pesquisa seguiu todos os preceitos éticos que regem as pesquisas em seres humanos, respeitando a portaria 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e só teve início após parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde (Facisa) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Parecer No 4.247.282).

Fora destacado como risco da pesquisa a possibilidade de expor informações das pacientes e do trabalho de parto durante a coleta em prontuário. Entretanto, no questionário proposto não utilizou nenhuma informação que identifique as pacientes estudadas. Como benefícios, obtiveram-se dados que nos permitirão contribuir na criação de rotinas e protocolos assistenciais as gestantes de baixo risco, reduzindo, com isso, o risco materno fetal de intervenções cirúrgicas desnecessárias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto de dados a serem apresentados refere-se a 250 pacientes que foram submetidas ao parto normal na Maternidade Escola Ana Bezerra, no período de novembro de 2020 a junho de 2021.

A amostra foi coletada por meio de questionário criado pelos autores, baseado no Escore de Bologna como método para avaliação.

Vale salientar que o Escore de Bologna mensura a qualidade de assistência ao parto normal e nascimento, e é medido seguindo critérios como: Presença de um acompanhante; Uso do Partograma; Interferência no Trabalho de parto; Parto na Posição não Supina; e Hora Ouro. A cada uma dessas variáveis é atribuída a nota “1”, caso o fato aconteça, e “0”, caso contrário. Logo, o índice é mensurado através do somatório dos resultados, cujo valor “0” indica a menor qualidade e “5” a maior qualidade de assistência.

Tabela 1 – Características das 250 pacientes atendidas na Maternidade Escola Ana Bezerra, Santa-Cruz-RN, de novembro/2020 a junho/2021

Características	n	%
Faixa Etária da Paciente		
17-22	102	40,8%
23-27	70	28,0%
28-32	47	18,8%
33-37	31	12,4%
Número de Gestações		
1	101	40,4%
2	77	30,8%
3	45	18,0%
4	14	5,6%
5	6	2,4%
6	2	0,8%
7	2	0,8%
8	1	0,4%
9	1	0,4%
14	1	0,4%
Número de Partos		
0	110	44,0%
1	81	32,4%
2	39	15,6%

3	8	3,2%
4	7	2,8%
5	3	1,2%
7	1	0,4%
11	1	0,4%
Número de Abortos		
0	213	85,2%
1	33	13,2%
2	3	1,2%
3	1	0,4%
Presença de Acompanhante		
Sim	250	100,0%
Interferência no trabalho de parto		
Sim	136	54,4%
Não	114	45,6%
Tipo de Interferência		
Ocitocina	135	54,0%
Misoprostol	1	0,4%
Presença de Partograma		
Sim	175	70,0%
Não	75	30,0%
Hora Ouro		
Sim	162	64,8%
Rn em observação	49	19,6%
Não	39	15,6%
Parto em Posição Não Supina		
Sim	240	96,0%
Não	10	4,0%
Indicador (Escore de Bologna)		
1	6	2,4%
2	12	4,8%
3	60	24,0%
4	107	42,8%
5	65	26,0%

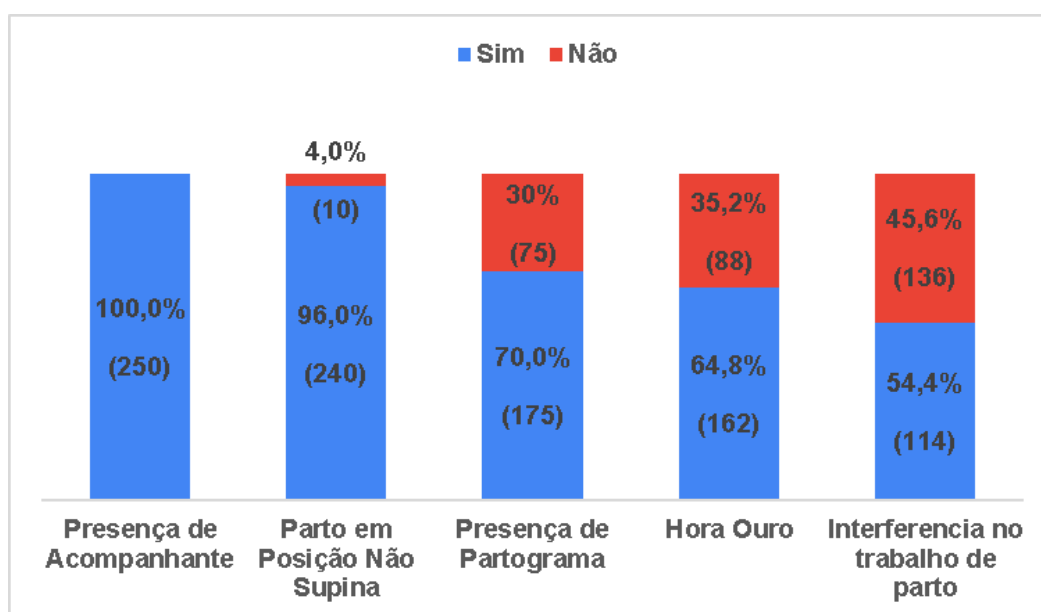
De acordo com a Tabela 1, observa-se que a faixa etária de 17 a 22 anos (40,8%) foi a mais prevalente. Pode-se notar que a quantidade de primigestas e primíparas foram de 40,4% e 44,0%, respectivamente, o que corrobora para a média nacional, que se situa nos 21 anos de idade para o primeiro filho ¹⁸.

A garantia à escolha da mulher sobre seu acompanhante durante o trabalho de parto e parto está prevista em lei, além de compor na categoria de práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas. Observou-se que a presença do acompanhante foi garantida a totalidade das parturientes (100%). A presença de um acompanhante de escolha da mulher – seja marido, familiar ou qualquer pessoa de confiança – representa um modo de minimizar a ansiedade frente às dificuldades relacionadas ao momento do trabalho de parto e parto¹³. Verificou-se que a presença do acompanhante também auxilia na oferta de alimentos e atenção às necessidades da parturiente, além de ocasionar a diminuição das intervenções desnecessárias e aumentar o estímulo ao contato pele a pele¹⁹.

Além disso, pesquisas recentes em parturientes que estavam acompanhadas por pessoas do ciclo íntimo/familiar, revelou que a presença destes acompanhantes melhorou a percepção sobre o trabalho de parto, diminuíram sentimentos como medo e solidão além de gerar confiança para o enfrentamento do mesmo²⁰.

O partograma é a representação gráfica em tempo real do trabalho de parto. Trata-se de um documento de fundamental importância para o acompanhamento evolutivo da parturiente. No presente estudo, 70% dos partos avaliados possuíam o preenchimento do partograma, o que demonstra o reconhecimento e utilização desta indispensável ferramenta por parte do serviço avaliado. Ele é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde desde 1994 e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) desde 1998, além de ser um dos qualificadores do Escore de Bologna ¹³, como mostra a Figura 1.

O preenchimento correto do partograma garante à gestante uma assistência completa em seu trabalho de parto e à equipe um instrumento de avaliação contínua, além de resguardo jurídico ¹⁹.



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A frequência de partos que não sofreram interferências (indução ou utilização de instrumentais) foi da ordem de 45,6%, com relação a esta variável, o estudo difere do que está relatado na literatura.

Algumas condutas podem ser tomadas pela equipe assistencial quando se detecta algum risco para a mãe ou para o feto, essas interferências visam encurtar o tempo para o nascimento ou evitar danos á mãe, dentre elas, o uso de medicamentos, como a ocitocina, que aumentam o número/intensidade das contrações, uso de fórceps/ vácuo extrator ou episiotomia.

Santos, Freitas e Santos²¹, em seu estudo realizado no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), com a avaliação de 608 pacientes, observou que em 62,3% dos partos não houve interferências. Novo *et al.*²² realizou um estudo prospectivo com 100 puérperas, em um hospital público de Sorocaba. O percentual atingido nesse estudo foi consideravelmente menor, com apenas 7% dos partos sem indução. Em Curitiba, o resultado obtido com uma amostra de 406 puérperas demonstrou que 78,7% não sofreram interferência de algum método de indução²³.

O parto normal de risco habitual nem sempre transcorre sem intercorrências e, para isso, a parturiente deve ser acompanhada pela equipe obstétrica. Quando existe a indicação de encurtar o trabalho de parto, pode-se lançar mão dos meios de indução farmacológicos ou por via instrumental²⁴. No presente trabalho, todos os partos que sofreram interferência (54,4%) foram com utilização de indução farmacológica (Figura 2).

Figura 2 – Interferência no trabalho de parto de baixo risco da população avaliada na Maternidade Escola Ana Bezerra, Santa-Cruz-RN, de novembro/2020 a junho/2021



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

É recomendada a realização de uma avaliação precisa da progressão do trabalho de parto, utilizando-se do partograma como ferramenta principal a fim de garantir o uso cauteloso e monitorado da ocitocina, com vistas a minimizar a morbidade materna e neonatal.

A posição que a gestante adota no parto tem fundamental importância no que diz respeito ao conforto e a sua autonomia perante aquele momento. Gupta *et al.*²⁵ evidenciaram que a adoção de posições não supinas, no primeiro estágio do trabalho de parto reduzem a duração do parto. Posições verticalizadas podem favorecer o relaxamento do osso pélvico e suavizar as sensações dolorosas inerentes ao período expulsivo do trabalho de parto. Por isso, a OMS e o MS, sugerem aos profissionais de saúde que façam o encorajamento as parturientes à adoção de posições variadas^{16,26}.

Neste estudo a posição não supina foi frequente em 96% das parturientes analisadas, demonstrando uma profunda dedicação da equipe na assistência de qualidade ao trabalho de parto.

No último item do questionário, que serviu de base para a realização deste trabalho, se encontra a principal atitude que humaniza os cuidados pós-parto, o contato pele a pele.

O contato pele a pele se baseia em colocar o bebê seco e nu, de bruços, sobre o peito nu da mãe, geralmente recoberto com um cobertor aquecido. Conforme já demonstrado pela neurociência dos mamíferos, o contato íntimo neste cenário (habitat) provoca comportamentos neurais que garantem o preenchimento de necessidades biológicas

básicas. Estuda-se que esse momento logo após o parto pode ser um “período sensível” para a programação da fisiologia e do comportamento futuro do bebê²⁷. Além disso, foi demonstrado que o contato pele a pele imediatamente após o período expulsivo diminui os casos de hemorragia materna por atonia uterina, além de encurtar o período de apojadura²⁸.

"Hora Ouro" recebe esse nome por ser o primeiro e melhor momento imediatamente após a expulsão fetal de se estabelecer a conexão (contato pele a pele) entre mãe e filho, trazendo as inúmeras benesses ao binômio materno-infantil além de fortificar os laços de amor e proteção.

O presente estudo quantificou a presença de hora ouro em 64,8% das pacientes estudadas, resultado similar ao obtido em um estudo realizado em no sul do país, com uma amostra de 406 puérperas, que obteve 65,3%²⁹. Contudo, outros estudos apontam que a frequência da sua realização logo após o parto é baixa. Em uma pesquisa realizada em uma maternidade pública em São Luís/MA, esse indicador foi de 39,48%³⁰. Siqueira³¹, também encontrou uma baixa frequência em seu estudo realizado em São Paulo, onde houve contato imediato entre mãe e bebê em 38,8%, inferior ao esperado, uma vez que se trata de uma prática de fácil realização, e que não requer a participação de um profissional de saúde permanente³².

Por meio de testes de associação, como mostra a Tabela 2, foi observada uma correlação significativa entre o uso de ocitocina com a realização de partograma, o que corrobora para a contínua utilização dessa ferramenta como meio de coordenar o trabalho de parto e tecer os momentos de necessária intervenção.

Tabela 2 – Teste de associação das 250 pacientes atendidas na Maternidade Escola Ana Bezerra, Santa-Cruz-RN, de novembro/2020 a junho/2021

Características	Presença de Partograma		p-valor
	Sim	Não	
Uso de Ocitocina			0,004
Sim	n	105	30
	%	77,8%	22,2%
Não	n	70	45
	%	60,9%	39,1%
Rn em Observação			0,554
Sim	n	36	13

	%	73,5%	26,5%
Não	n	139	62
	%	69,2%	30,8%

* Teste Qui quadrado.

Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

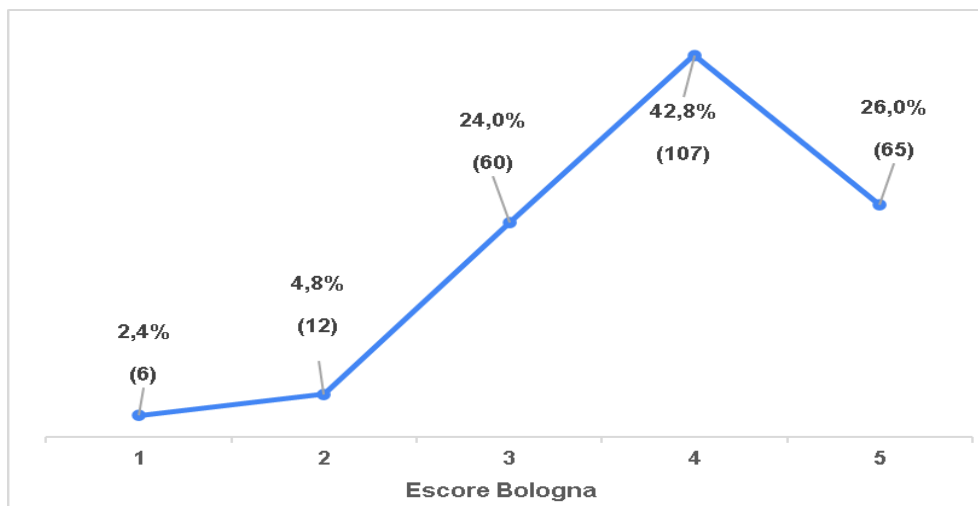
O Escore de Bologna foi, então, aplicado aos partos da população pesquisada na instituição, observando-se resultados que variaram do 1 ao 5 na amostra analisada, com os seguintes percentuais: 1 (6,0%), 2 (4,8%), 3 (24,0%), 4 (42,8%) e 5 (26,0%). A pontuação média encontrada é de 3,82 pontos. (Figura 3).

Oliveira *et al.*²⁹, em seu estudo avaliando três maternidades no sul do país, obteve resultados bastante desanimadores no tocante à pontuação adquirida após o uso do Escore de Bologna como qualificador da assistência prestada, sendo a média em torno de 2,22 pontos.

A aplicação desse escore visa policiar os princípios da medicalização do parto normal de baixo risco que ferem a fisiologia natural do parto, aumentam morbidade e distorcem a percepção da gestante quanto ao processo natural de parir.

Visto isso, é de fundamental importância que as parturientes sejam empoderadas de seu processo de concepção, que sejam respeitadas suas particularidades socioculturais e que elas vejam a equipe assistencial como apoiadores, cuidadores e guardiões do seu direito natural de parir³³.

Figura 3 – Pontuações no Escore de Bologna, das 250 pacientes atendidas na Maternidade Escola Ana Bezerra, Santa-Cruz-RN, de novembro/2020 a junho/2021



Fonte: Elaborada pelo autor (2021).

A equipe e o corpo hospitalar devem estar prontos para atender todas as necessidades da paciente e prestar uma assistência baseada em evidências científicas que norteiem suas ações.

O Escore de Bologna deve ser visto como um instrumento de defesa da qualidade à assistência prestada ao trabalho de parto, para que o mesmo seja minimamente intervencionista, a parturiente tenha direito ao acompanhante de sua escolha e que deva estar no comando de seu trabalho de parto, momento tão especial e único na vida da mulher.

CONCLUSÃO

O Escore de Bologna que foi utilizado para a avaliação dos partos na maternidade pública alvo deste trabalho, continua sendo a melhor forma de se poder qualificar um serviço quanto à qualidade da assistência prestada à parturiente. Esse escore possibilita a visualização das boas práticas realizadas pelo serviço. Visto isso, fica clara a necessidade da aplicação do mesmo para que, cada vez mais, a maternidade esteja próximo do que preconiza a OMS.

A introdução de práticas que não interfiram na fisiologia do parto, está no escopo das metas estabelecidas pela OMS, o uso das técnicas não-farmacológicas para alívio da dor, melhora da posição da parturiente, presença do acompanhante além das práticas humanizadas para o acolhimento do recém-nascido, estão no ápice das condutas que melhoram a experiência da paciente na evolução do trabalho de parto.

Atualmente, a humanização da assistência à saúde, de uma forma em geral, tem sido a vertente seguida por todos os protocolos e *guidelines* das mais diversas sociedades pelo mundo, e aplicar esse escore de fácil utilização pode melhorar em muito a qualidade do serviço prestado.

Através dos resultados obtidos (Pontuação média de 3,82 pontos), percebeu-se que a instituição avaliada está no caminho certo para atingir as metas estabelecidas pelo Escore de Bologna em consonância com as evidências científicas mais atualizadas e defendidas pela OMS.

Ainda que exista um longo caminho a ser percorrido para alcançar uma assistência obstétrica de excelência, é notório que a maternidade em questão está levando os critérios determinados pelo Escore de Bologna como norte de suas práticas, devendo-se cada vez mais estimular as boas práticas e a disseminação de conhecimentos sobre a temática.

REFERÊNCIAS

1. Chalmers B, Porter R. Assessing Effective Care in Normal Labor: The Bologna Score. *Birth*. 2001 Jun;28(2):79–83.
2. Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL de, Bourroul GM, et al. Fatores determinantes para as expectativas de primigestas acerca da via de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* [Internet]. 2004 Dec 1 [cited 2022 Oct 25];26:791–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbgo/a/4HV8NSpRQXsqrm8cFHX64WG/?lang=pt>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 43 p
4. Campos AS, Almeida ACCH de, Santos RP dos. Crenças, mitos e tabus de gestantes acerca do parto normal. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 2014 Aug 27;4(2).
5. Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2011 Feb 1 [cited 2021 Dec 4];45:185–94. Available from: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/rMnhFmBRjDPQhksV3HBqQYH/?lang=pt>
6. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Taxa de parto cesáreo. [Brasília, DF, 2004]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_saude_sup/pdf/Atenc_saude2fase.pdf. Acesso em: 27 out. 2019.
7. TabNet Win32 3.0: Nascidos vivos - Brasil [Internet]. Datasus.gov.br. 2020. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil [Internet]. Senado Federal. Available from: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Senado Federal (Brasil). Especialistas apontam epidemia de cesarianas no Brasil. Brasília, DF:
8. Agência Senado, 2018. Texto de: Aline Guedes. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/especial-cidadania/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas/especialistas-apontam-epidemia-de-cesarianas>. Acesso em: 25 out. 2019.
9. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acesso em: 25 out. 2019.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 27 p.
11. ANS - LEGISLAÇÃO [Internet]. www.ans.gov.br. [cited 2023 Jul 23]. Available from: <https://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>.
12. Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde: projeto parto adequado - fase 1. Rio de Janeiro: ANS, 2016.
13. Sandin-Bojö AK, Kvist LJ. Care in Labor: A Swedish Survey Using the Bologna Score. *Birth*. 2008 Dec;35(4):321–8.
14. Robson M. Classification of caesarean sections. *Fetal and Maternal Medicine Review*. 2001 Jan 17;12(1):23–39.
15. Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B, et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine*. 2010 Nov 10;8(1).

16. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018.
17. Lansky S, França E, César CC, Monteiro Neto LC, Leal M do C. Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006 Jan;22(1):117–30.
18. Miranda-Ribeiro, A.; Garcia, R. A.; Faria, T. C. A. B. Baixa fecundidade e adiamento do primeiro filho no Brasil. *Rev. bras. estud. popul.*, v. 36, p. 1-18, 2019. DOI 10.20947/S0102-3098a0080.
19. Gaiva, M. A. M.; Palmeira, E. W. M.; Mufato, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. *Esc Anna Nery*, v. 21, n. 4, e20170018, 2017. DOI 10.1590/2177-9465 EAN-2017-0018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/m3mXdKmQfQrBPFRRpyTvkXt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 jun. 2021.
20. Dodou, H. D.; Rodrigues, D. P.; Guerreiro, E. M.; Guedes, M. V. C.; Lago, P.; Mesquita, N. S. A contribuição do acompanhante para a humanização do parto e nascimento: percepções de puérperas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 262-69, abr./jun. 2014. DOI 10.5935/1414-8145.20140038.
21. Santos, R. B. L.; Freitas, K. S. L.; Santos, A. A. Estratégia do parto humanizado em uma maternidade de referência do Recife: indicadores de qualidade e desfechos. Orientador: Maria Ines Bezerra de Melo. Coorientadora: Maria Cristina dos Santos Figueira. 2019. 38 f. Projeto de Pesquisa (Iniciação científica) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2019.
22. Novo, J. L. V. G.; Piantino, D. G.; Filogônio, O. S.; Novo, N. F. Análise de procedimentos assistenciais ao parto normal em primíparas. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 18, n. 1, p. 30-35, abr. 2016. DOI 10.5327/Z1984-4840201624276. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/24276>. Acesso em: 1 jun. 2021.
23. Carvalho, I. S. Avaliação da qualidade da assistência à mulher e ao filho durante o parto normal. 2014. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/19437>. Acesso em: 8 jun. 2021.
24. Scapin, S. Q.; Gregório, V. R. P.; Collaço, V. S.; Knobel, R. Indução de parto em um hospital universitário: métodos e desfechos. *Texto Contexto Enferm.*, v. 27, n. 1, e0710016, 2018. DOI 10.1590/0104-07072018000710016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cCpfS7xth6BTZK5h4cRdwqv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2021.
25. Gupta, J. K.; Sood, A.; Hofmeyr, G. J.; Vogel, J. P. Posição no segundo estágio do trabalho de parto para mulheres sem anestesia peridural. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 25, n. 5, maio 2017. DOI 10.1002/14651858.CD002006.pub4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28539008>. Acesso em: 15 jun. 2021.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 569/2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2000. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 18 jun. 2021.
27. Moore, E. R.; Bergman, N.; Anderson, G. C.; Medley, N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 11, n. 11, nov. 2016. DOI 10.1002/14651858.CD003519.pub4.
28. Moreira, M. E. L.; Gama, S. G. N.; Pereira, A. P. E.; Silva, A. A. M.; Lansky, S.; Pinheiro, R. S.; Gonçalves, A. C.; Leal, M. C. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. *Cad Saúde Pública*, v. 30, n. suppl 1, p. 128-39 ago. 2014. DOI 10.1590/0102-311X00145213. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014001300019&lng=pt&nrm=iso&tng=pt. Acesso em: 15 fev. 2014.
29. Oliveira, F. A. M.; Leal, G. C. G.; Wolff, L. D. G.; Gonçalves, L. S. O uso do Escore de Bologna na avaliação da assistência a partos normais em maternidades. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 36, p. 177-184, 2015. DOI 10.1590/1983-1447.2015.esp.56940.
30. Serra, L. S. Avaliação da assistência ao parto normal em uma maternidade escola de São Luís-MA. Orientadora: Paula Cristina Alves da Silva. 2018. 63 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

31. Siqueira, R. J. Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – “Nascer no Brasil”. 2017. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17042017-093732/pt-br.php>. Acesso em: 16 jun. 2021.
32. Organização Mundial da Saúde (OMS). Care in normal birth: a practical guide. Genebra: WHO; 1996. Disponível em: <http://helid.digicollection.org/en/p/printable.html>. Acesso em: 10 jun. 2021.
33. Santos, L. M.; Silva, J. C. R.; Carvalho, E. S. S.; Carneiro, A. J. S.; Santana, R. C. B.; Fonseca, M. C. C. Vivenciando o contato pele a pele com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico. Rev Bras Enferm., v. 67, n. 2, p. 202-7, mar./abr. 2014. DOI 10.5935/0034-7167.20140026.