



**GABRIELA FENGLER RODRIGUES**  
**JULIA YASMIM VANOLLI DE OLIVEIRA BARROS**  
**MARIÊ MENDES**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL DE ACORDO COM O  
ÍNDICE DE BOLOGNA EM UMA CIDADE DA QUINTA REGIONAL DE SAÚDE DO  
PARANÁ**

**GUARAPUAVA**

**2025**

**GABRIELA FENGLER RODRIGUES  
JULIA YASMIM VANOLLI DE OLIVEIRA BARROS  
MARIÊ MENDES**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL DE ACORDO COM O  
ÍNDICE DE BOLOGNA EM UMA CIDADE DA QUINTA REGIONAL DE SAÚDE DO  
PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Centro Universitário Campo Real, para  
obtenção do título de Bacharel(a) em Medicina.

**Orientador:** Prof. Me. Eros Uriel Rodrigues

**Coorientador:** Dr. Ricardo Ditzel Delle Donne

GUARAPUAVA

2025

## LISTA DE FIGURAS E TABELAS

| <b>FIGURA</b> |   | <b>PÁG</b> |
|---------------|---|------------|
| 1             | Idade das gestantes                     | 14         |
| 2             | Número de gestações das 63 parturientes | 16         |

| <b>TABELA</b> |   | <b>PÁG</b> |
|---------------|---|------------|
| 1             | Características obstétricas das pacientes                     | 17         |
| 2             | Condutas registradas durante o trabalho de parto              | 18         |
| 3             | Desfechos neonatais   | 19         |
| 4             | Variáveis do Índice de Bologna                                | 21         |
| 5             | Nota de cada parto incluso na pesquisa de acordo com o Índice | 22         |

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

|      |   |
|------|---|
| BCF  | Batimentos cardíacos fetais                       |
| DUM  | Data da última menstruação                        |
| IG   | Idade gestacional                                 |
| MS   | Ministério da Saúde                               |
| OMS  | Organização Mundial da Saúde                      |
| PC   | Parto Cesárea                                     |
| PR   | Paraná  |
| PN   | Parto Normal                                      |
| PNAR | Pré-Natal de Alto Risco                           |
| SPSS | Statistical Package for the Social Science        |
| TCC  | Trabalho de Conclusão de Curso                    |
| TP   | Trabalho de parto                                 |
| USG  | Ultrassonografia                                  |
| UTI  | Unidade de terapia intensiva                      |
| PNH  | Política Nacional de Humanização                  |
| PHPN | Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| 1.OBJETIVO                                    | 6         |
| 1.2 OBJETIVO GERAL                            | 6         |
| 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS                     | 6         |
| <b>2. RESUMO</b>                              | <b>7</b>  |
| 2.1 ABSTRACT                                  | 7         |
| <b>3. INTRODUÇÃO</b>                          | <b>8</b>  |
| <b>4. MATERIAL E MÉTODOS</b>                  | <b>9</b>  |
| 4.1 Ética                                     | 9         |
| 4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão          | 9         |
| 4.3 Riscos e Benefícios                       | 10        |
| 4.4 Caracterização Amostral                   | 11        |
| 4.4.1 Cálculo Amostral                        | 11        |
| 4.5 Local de Realização do Estudo             | 11        |
| 4.5.1 Instituição coparticipante              | 11        |
| 4.6 Delineamento experimental                 | 11        |
| 4.7 Análise Estatística                       | 11        |
| 4.8 Desenho de estudo                         | 12        |
| 4.9 Metodologia                               | 12        |
| <b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>              | <b>13</b> |
| 5.1 Perfil da Amostra                         | 13        |
| 5.2 Taxas de cesariana e implicações clínicas | 14        |
| 5.3 Práticas assistenciais observadas         | 16        |
| 5.4 Desfechos neonatais                       | 18        |
| 5.5 Aspectos de humanização                   | 19        |
| 5.6 Cálculo do Índice                         | 20        |
| <b>6. CONCLUSÃO</b>                           | <b>22</b> |
| <b>7. REFERÊNCIAS</b>                         | <b>23</b> |

## **1.OBJETIVO**

### **1.2 OBJETIVO GERAL**

Graduar o nível de assistência hospitalar prestado às gestantes na sala de parto, acompanhamento de seu período expulsivo e puerperal e a avaliação dos recém-nascidos pós-parto.

### **1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Comparar os métodos e procedimentos utilizados em um hospital de Guarapuava aos procedimentos recomendados pela OMS como padrão ouro.

Identificar na bibliografia as recomendações preconizadas pelos órgãos públicos para a assistência perinatal da mãe e do bebê.

Aplicar o Índice de Bologna no hospital, para avaliar a qualidade da assistência ao parto normal.

Averiguar a presença de pediatra e a aplicação da escala de APGAR dentro da sala de parto com as informações contidas em prontuário.

Analisar as informações contidas em prontuário a fim de avaliar seu preenchimento completo e sua fidedignidade em relação às informações obtidas com as parturientes.

# AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL DE ACORDO COM O ÍNDICE DE BOLOGNA EM UMA CIDADE DA QUINTA REGIONAL DE SAÚDE DO PARANÁ

## 2. RESUMO

O parto normal, quando conduzido de forma humanizada e baseada em evidências, representa um importante indicador da qualidade da assistência obstétrica. O presente estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da assistência hospitalar prestado às gestantes durante o parto normal, de acordo com o Índice de Bologna, em um hospital do município de Guarapuava, pertencente à Quinta Regional de Saúde do Paraná. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico, realizado entre maio e setembro de 2025, com 63 puérperas de baixo risco obstétrico atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados foram obtidos por meio de entrevistas e análise de prontuários eletrônicos, sendo avaliados conforme os cinco critérios do Índice de Bologna. A presença de acompanhante foi registrada em 98,4% dos partos, enquanto o contato pele a pele ocorreu em 69,2% dos casos, demonstrando avanços na humanização do cuidado hospitalar; contudo, houve ausência do relato do uso de partograma e escassez de registros sobre a posição da parturiente, além de alta taxa de induções medicamentosas. A média do Índice de Bologna foi de 3,2 pontos (em um máximo de 5), indicando nível intermediário de qualidade. Conclui-se que, embora haja boas práticas de humanização, ainda são necessárias melhorias estruturais, capacitação contínua das equipes e padronização dos registros obstétricos, de modo a assegurar uma atenção obstétrica mais segura, eficiente e alinhada às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

**Palavras-chave:** Assistência ao Parto. Humanização. Índice de Bologna. Parto Humanizado. Saúde da Mulher

### 2.1 ABSTRACT

Normal childbirth, when conducted in a humanized and evidence-based manner, represents an important indicator of the quality of obstetric care. This study aimed to evaluate the level of hospital assistance provided to women during normal labor, according to the Bologna Score, in a hospital located in Guarapuava, a city belonging to the Fifth Regional Health Division of Paraná, Brazil. This is a quantitative, cross-sectional, descriptive, and analytical study carried out between May and September 2025, including 63 low-risk postpartum women assisted by the Brazilian Unified Health System (SUS). Data were obtained through interviews and analysis of electronic medical records and evaluated according to the five criteria of the Bologna Score. The presence of a companion was observed in 98.4% of deliveries and skin-to-skin contact in 69.2% of cases, demonstrating advances in the humanization of care. However, there was no report of partograph use and a lack of records regarding the birthing position, as well as a high rate of medical inductions, were also noted. The Bologna Score was rated at 3,2 points (out of 5), indicating an intermediate level of quality. It is concluded that although there are good humanization practices, structural improvements, continuous staff training, and standardization of obstetric records are still necessary to ensure safer, more efficient care aligned with the recommendations of the World Health Organization.

**Keywords:** Bologna Score. Childbirth Assistance. Humanized Childbirth. Obstetric Delivery. Women's Health

### 3. INTRODUÇÃO

A atenção ao parto e nascimento representa um marco fundamental na consolidação de políticas públicas voltadas à saúde materno-infantil. Historicamente, o processo de parto passou por uma transição significativa: de um evento domiciliar e centrado na mulher, para um modelo hospitalocêntrico e medicalizado. Esse processo, que se intensificou a partir do século XX, resultou em importantes avanços, mas também desafios relacionados ao excesso de intervenções e à perda do protagonismo feminino durante o parto (AQUINO et al., 2023).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto foi acompanhado por um aumento expressivo nas taxas de cesariana, que ultrapassam os limites recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Segundo dados do DATASUS (2022), mais de 55% dos partos realizados no país são cesáreos, chegando a índices superiores a 80% na rede privada. Esse panorama evidencia uma cultura que nem sempre se baseia em evidências científicas, mas em rotinas hospitalares e preferências profissionais.

A OMS preconiza que o parto normal deve ser conduzido de forma respeitosa, segura e fisiológica, evitando intervenções desnecessárias e assegurando o direito da mulher a um ambiente acolhedor e livre de violência obstétrica. Nesse sentido, iniciativas como a Política Nacional de Humanização (PNH) e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criados pelo Ministério da Saúde, buscam resgatar a centralidade da mulher no processo de nascimento.

Apesar das políticas de humanização, observa-se baixa adesão ao Índice de Bologna em hospitais brasileiros, o que compromete a qualidade da assistência obstétrica. Enquanto países com políticas consolidadas de parto humanizado, como os Países Baixos e a Suécia, apresentam taxas de cesariana inferiores a 20% (OMS, 2023)

O Índice de Bologna constitui ferramenta validada internacionalmente para mensurar a qualidade da assistência ao parto normal, permitindo avaliar a adesão dos serviços de saúde às práticas obstétricas humanizadas e seguras (MENESES; SILVA, 2021).

Nesse contexto, o presente estudo teve como propósito avaliar a assistência ao parto normal em um hospital do município de Guarapuava, Paraná, segundo os critérios do Índice de Bologna, buscando identificar pontos fortes e fragilidades da prática assistencial, bem como fomentar reflexões sobre a necessidade de aprimoramento das condutas obstétricas e do registro clínico hospitalar em seus prontuários.

## **4. MATERIAL E MÉTODOS**

### **4.1 Ética**

Este Projeto de Pesquisa foi submetido à apreciação pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Campo Real e Hospital de Caridade São Vicente de Paulo. CAAE: 84998424.3.0000.8947.

O estudo foi conduzido respeitando as questões éticas descritas na resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde. As informações obtidas foram utilizadas com fins restritos à pesquisa a que se destina, garantindo a confidencialidade dos mesmos e anonimato dos participantes. Após a análise de dados eles serão deletados do banco de dados no prazo de 5 anos. Os pesquisadores se comprometeram a utilizar informações obtidas somente para fins acadêmicos e sua divulgação exclusivamente em eventos científicos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi aplicado nos moldes exigidos pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade, constando todas as informações necessárias para que o paciente livre e decididamente possa decidir participar ou não desse estudo.

### **4.2 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Foram incluídos no estudo as puérperas do Hospital São Vicente de Paulo do município de Guarapuava, que foram admitidas no período de maio a setembro de 2025, que pertençam ao sexo feminino, entre 18 a 39 anos 11 meses e 30 dias, com gestação classificada como baixo risco, que estiveram internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que tiveram parto normal e se dispuseram a participar do estudo. Foram analisados os prontuários eletrônicos somente das pacientes que assinaram o TCLE e responderam ao questionário.

Foram excluídos pacientes do sexo masculino, pacientes do sexo feminino que tiveram parto cesárea, de idade menor que 18 anos ou maior de 39 anos 11 meses e 30 dias, classificadas como risco intermediário ou alto risco, internadas por planos de saúde ou rede privada, ou que não quiseram participar do estudo.

### **4.3 Riscos e Benefícios**

O principal risco é a divulgação de dados confidenciais coletados nos prontuários e registrados em documento elaborado pelas autoras, seja por risco de invasão, roubo, extravio ou vazamento de dados. A fim de minimizar tais riscos não há registro de identificação dos pacientes além das siglas dos nomes, idade, profissão, estado civil e município. Os dispositivos utilizados para análise e armazenamento bem como o drive contendo os documentos foram resguardados com senhas individuais com letras maiúsculas e minúsculas, com números e símbolos, sob posse apenas dos pesquisadores. Após a análise de dados eles serão deletados do banco de dados no prazo de 5 anos.

Houve possibilidade da participante sentir desconforto, ansiedade, estresse, medo, constrangimento, quebra de sigilo e ou aborrecimento ao responder o questionário, além disso, houve possibilidade de ocorrer sensação de invasão de privacidade ao responder questões sensíveis. Estas possibilidades foram diminuídas pela própria abordagem das pesquisadoras na hora de aplicar os questionários, oferecendo empatia e dando espaço quando necessário para paciente, as perguntas foram feitas em linguagem acessível e de fácil entendimento, registradas digitalmente no computador ou tablet pessoal das pesquisadoras.

Não há benefício direto aos pacientes que terão os dados analisados na pesquisa. O benefício indireto é a análise do cuidado perinatal do hospital pesquisado com o intuito de elucidar para os órgãos competentes suas falhas para que a longo prazo sejam implantadas melhorias no cuidado de pacientes como um todo.

## **4.4 Caracterização Amostral**

### **4.4.1 Cálculo Amostral**

O cálculo amostral foi feito considerando um nível de significância de 5%, um poder estatístico de 95%, o tamanho da população utilizada no cálculo foi retirada de uma média feita dos dados do número de gestantes no município de Guarapuava dos meses de janeiro a abril de 2024 do Sistema de informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O resultado do cálculo foi de 126 pacientes necessários ao estudo.

Entretanto, durante o cálculo não foi considerada a proporção de gestantes submetidas à cesariana, o que repercutiu de forma significativa na aplicabilidade do questionário e na análise dos dados, bem como no número de pacientes classificados como de alto risco (PNAR). Outro fator que impactou a coleta de dados foi a demora na autorização institucional para o início do processo, que ocorreu apenas no final do mês de maio. A fim de maximizar o número de participantes, a coleta foi estendida até setembro, resultando em 107 entrevistas realizadas, das quais somente 63 atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos.

## **4.5 Local de Realização do Estudo**

### **4.5.1 Instituição coparticipante**

Hospital de Caridade São Vicente de Paulo

## **4.6 Delineamento experimental**

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico, utilizando dados secundários de prontuários e derivados de entrevistas com as pacientes. As pacientes foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão já descritos no período de maio a setembro de 2025.

## **4.7 Análise Estatística**

Os dados foram tabulados por meio do Microsoft Office-Excel® e analisados pelos autores

#### **4.8 Desenho de estudo**

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e analítico, utilizando dados secundários de prontuários e derivados de entrevistas com as pacientes, que foram selecionadas a partir dos critérios de inclusão e exclusão no período de maio a setembro de 2025. Estimou-se a participação de 126 pacientes, as quais somente tiveram seus dados coletados após a assinatura do TCLE, porém devido ao viés de porcentagem de cesáreas e PNAR foram coletadas 107 entrevistas, que destas somente 63 atendiam aos critérios do projeto. Foram coletadas informações por meio de questionário aplicado pelas pesquisadoras e das informações contidas nos prontuários eletrônicos com a finalidade da aplicação do Índice de Bologna para a avaliação do nível de assistência ao parto normal da instituição participante.

#### **4.9 Metodologia**

As variáveis foram analisadas a partir de entrevistas com as pacientes que aceitaram participar do estudo e de um questionário com dados coletados dos prontuários eletrônicos, contendo as iniciais do nome de cada paciente, dados de identificação como: idade, estado civil, profissão, município de origem e data de admissão da internação. Dados gestacionais: gestações, paridade, abortos, partos normais e cesáreas, realização de pré-natal, idade gestacional (IG) por data da última menstruação (DUM) e por ultrassonografia (USG). Além de dados da internação, trabalho de parto, parto e pós-parto, satisfação da paciente com o atendimento ao parto, morte materna e morte perinatal. Os demais dados coletados estão descritos na discussão deste artigo; esses dados foram utilizados para análise estatística e para avaliação de complexidade e fidedignidade dos prontuários eletrônicos avaliados, que foram coletados de acordo com o sistema operacional do hospital.

Os dados coletados foram tabulados de acordo com o Índice de Bologna, ele consiste em três indicadores: a) Investiga os critérios para um parto seguro e é definido pela porcentagem de mulheres que são atendidas por um profissional competente no parto; b) É usado para estimar o número de mulheres que tem o parto induzido ou fazem cesárea eletiva; c) Mensurar o manejo do parto normal e consiste em cinco medidas chaves - presença de acompanhante durante o parto;

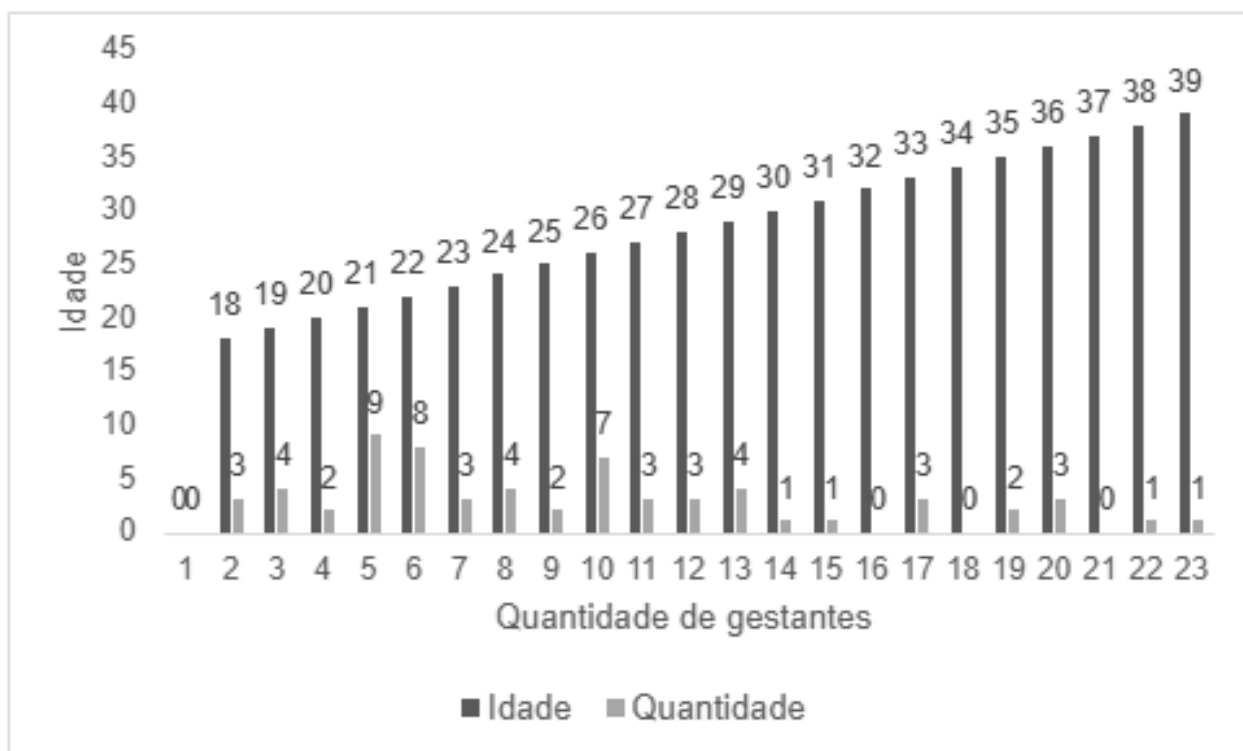
uso de partograma; ausência de estimulação ou indução (inclui a ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia) e uso de instrumental fórceps; parto em posição não supina; contato pele a pele por pelo menos 30 minutos. Tais dados foram deduzidos do questionário já especificado.

## **5. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **5.1 Perfil da Amostra**

Os dados foram coletados no período de maio a setembro de 2025, totalizando 107 coletas, destas somente 63 se enquadram nos critérios de inclusão. A faixa etária das pacientes entrevistadas variou entre 18 a 39 anos, 11 meses e 29 dias, o pico sendo 21 anos (9 pacientes), tal dado segue em conformação com a média nacional, onde 49,20% das gestantes se enquadram na faixa de 20-29 anos (IBGE, 2022).

**Figura 1** - Idade das gestantes



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Com relação ao estado civil, 71,00% das mulheres se identificaram como solteiras no momento da entrevista, seguido por 20,00% casadas, 5,00% em união estável, 3,00% divorciadas e 1,00% viúvas. Da mesma forma, quando questionadas sobre sua ocupação, 23,00% responderam serem “do lar”, 12,00% em vendas/comercial, 9,00% administração/escritório e por fim educação e agricultura/produção rural com 8,00% cada, ou outros 11,00% foram classificados como outras ocupações.

## 5.2 Taxas de cesariana e implicações clínicas

A elevada proporção de partos cesáreos no hospital configurou-se como uma variável de confusão relevante para a análise dos dados, correspondendo a 56,95% no total da maternidade e 48,61% na maternidade SUS, valores superiores ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (10–15%) (WHO, 2015).

De acordo com um artigo publicado pela BMC Pregnancy Childbirth em 2021 os PC estão fortemente relacionados com um aumento no número de internações neonatais em unidades de terapia intensiva, permanência prolongada no hospital, e um uso maior de assistência humana no hospital (NEGRINI, 2021). Além de

aumentar em 3,7 vezes a chance de morte materna, 5 vezes a chance de embolismo amniótico e também estar altamente associado à inserção anormal de placenta.

A mortalidade materna é considerada como os óbitos ocorridos no período gestacional ou até 42 dias após o parto, independente das intercorrências gestacionais que levaram a esse desfecho. No ano de 2022, houve 1.370 mortes maternas no Brasil (DATASUS, 2022), comprovando a importância da aplicação de metodologias que contribuam para uma saúde equitativa para todas as gestantes.

Práticas voltadas à humanização e condutas que visam combater as diversas formas de abusos obstétricos, desempenham um papel crucial na promoção da segurança e do bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo Ministério da Saúde em 2000 (BRASIL, 2000), garantindo às mulheres o direito de consultas pré-natais, exames, práticas educativas e atendimento qualificado em hospitais. Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, uma das metas é a redução para menos de 70 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos até o ano de 2030 (SOUZA, 2018).

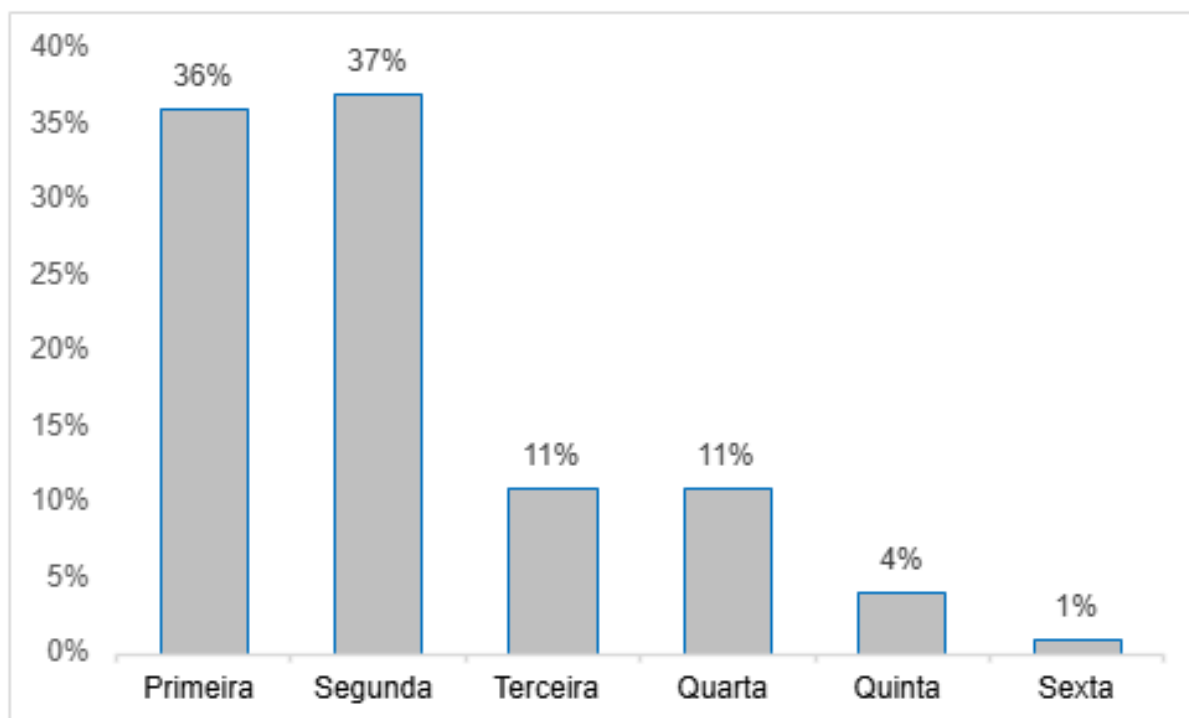
Apesar das iniciativas de humanização e das recomendações internacionais, a taxa de cesarianas no Brasil apresentou crescimento contínuo, passando de 40,00% em 1996 para aproximadamente 55,00% em 2011, com valores próximos a 80,00% no setor privado (DATASUS, 2020). Uma justificativa para tal é a conveniência do parto cesáreo, que por parte da mulher, provém em parte, do medo de vivenciar uma assistência desumanizada, esta é permeada de práticas inadequadas e/ou violentas categorizadas como violência obstétrica.

Entretanto um estudo revelou que mulheres que vivenciaram o parto cesáreo depois de ter parto vaginal, afirmaram não querer outro cesáreo em razão das dores do processo cirúrgico, bem como da cicatrização, além do risco de morte materna (MARTINS et al., 2018).

Em contraponto, as principais vantagens do parto normal incluem a rápida recuperação e a possibilidade de criar um vínculo quase que imediato com o bebê, outros pontos positivos incluem um menor risco de infecção hospitalar e puerperal

(consequentemente, um menor risco de morte materna), melhor prognóstico em gestações posteriores, promoção da maturidade do RN devido ao contato pele a pele com a mãe e a amamentação precoce (VALE, 2023).

**Figura 2-** Número de Gestações das 63 parturientes



**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Das 63 pacientes que tiveram seus dados coletados, 17,00% delas tiveram PC prévios (11 puérperas), os outros 83,00% tiveram somente PN ou estavam em sua primeira gestação, em relação a quantidade de pacientes com abortos prévios totalizaram também 17,00% (TABELA 2).

### **5.3 Práticas assistenciais observadas**

Dados descritivos sobre o parto inferem que 11,11% pacientes tiveram Ocitocina ou Misoprostol administrados durante o trabalho de parto, sendo destes todas para indução de TP; em 36,50% das pacientes não foi utilizada nenhuma medicação de indução de parto, tanto na internação quanto na progressão do TP, e em 17 pacientes não foi informado em prontuário eletrônico sobre o uso de medicações contando apenas “administrado medicações conforme prescrição médica” sem nenhuma especificação. Este é um dado importante para a aplicação da Escala de Bologna, o qual um dos critérios de avaliação é a ausência de

estimulação durante o TP (sendo por uso de medicação ou pressão externa), além de avaliar se teve o uso de instrumentais (fórceps ou vácuo-extrator).

**Tabela 1** - Características obstétricas das pacientes

| <b>Métrica</b>                                    | <b>Contagem (N=63)</b> | <b>Porcentagem</b> |
|---|------------------------|--------------------|
| Parto Cesariana prévio                            | 11                     | 17,00%             |
| Uso de Ocitocina/Misoprostol no trabalho de parto | 7                      | 11,00%             |
| Anotação da Evolução do trabalho de parto         | 44                     | 69,00%             |
| Uso de Fórceps/Vácuo Extrator                     | 1                      | 1.50%              |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Observou-se que apenas 69,00% das pacientes tiveram a progressão do trabalho de parto registrada em prontuário, e em nenhum caso foi notificado o uso do partograma, instrumento essencial para monitorar a evolução do parto e orientar condutas obstétricas. Tal informação tem seu valor principalmente para avaliar o tempo e progressão de trabalho de parto, dificuldades de dilatação, posição fetal (para inferir sobre apresentação fetal) sofrimento fetal e muitas outras informações que podem interferir nos cuidados pós parto tanto da gestante quanto do RN.

Em relação à descrição de conduta foram analisadas as variáveis: ausculta de BCF, toque vaginal (TV), dinâmica uterina (DU), PA materna, e a porcentagem de prontuários nos quais foram anotados esses dados descritos na Tabela 2. Os dados citados são de extrema importância para o preenchimento do partograma, o qual já teve sua relevância defendida neste artigo.

**Tabela 2** - Condutas registradas durante o trabalho de parto

| Variável Monitorada                                    | Frequência de Monitoramento | Média de Registros por Parto |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Ausculça de Batimentos Cardíacos Fetais                | 69,00%                      | Média de 2,4 vezes           |
| Toques Vaginais  | 67,00%                      | Média de 2,1 vezes           |
| Dinâmica Uterina                                       | 52,00%                      | Média de 2,0 vezes           |
| Pressão Arterial Materna                               | 53,00%                      | Média de 2,0 vezes           |
| Anotação destes dados na evolução do trabalho de parto | 82,00%                      | N/A                          |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Como demonstrado na tabela acima, 18,00% dos prontuários não continham essas informações sobre os dados vitais da mãe e do bebê; portanto não conseguimos inferir se os dados foram coletados porém não registrados ou se simplesmente não houve tal coleta.

#### 5.4 Desfechos neonatais

A mesma situação dos dados vitais pode ser vista também na descrição sobre o pós-parto, onde somente 4 das 63 pacientes tiveram o APGAR de 1º minuto não informado e 2 pacientes tiveram o APGAR de seus RN <7, os outros dados podem ser vistos na Tabela 3. Outro dado relevante com relação ao profissional responsável pelo acolhimento do RN na sala de parto e que confirma uma das principais hipóteses do projeto é que do total de pacientes, 5 foram recepcionados por um profissional da enfermagem, 6 não foram informados em prontuário a pessoa responsável e o restante foram todos acolhidos por um pediatra.

**Tabela 3** - Desfechos neonatais

| <b>Métrica</b>            | <b>Contagem (N=63)</b> | <b>Porcentagem</b> |
|---------------------------|------------------------|--------------------|
| APGAR 1º minuto ≥7        | 57                     | 90,47%             |
| APGAR 5º minuto ≥9        | 58                     | 92,06%             |
| Contato Pele-a-Pele       | 38                     | 60,31%             |
| Intercorrências no Parto  | 4                      | 6,43%              |
| Intercorrências Pós-parto | 3                      | 4,76%              |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Com relação ao contato pele a pele somente 60,31% o tiveram na primeira hora, a golden hour é considerada de extrema importância pois acalma a mãe e o bebê ajudando a estabilizar o batimento cardíaco e a respiração do recém nascido, mantendo-o aquecido com o calor do corpo da mãe, auxilia a adaptação metabólica e a estabilização da glicose sanguínea do bebê, reduz o choro, reduzindo o estresse e o gasto de energia (MARLIN *et al.*, 2019). O contato pele a pele precoce na sala de parto é uma prática de atendimento humanizado, tanto que é um dos critérios do Índice de Bologna.

### **5.5 Aspectos de humanização**

No que tange à presença de acompanhantes durante o TP, somente 1 paciente não utilizou de tal direito, todas as outras 62 pacientes, tiveram pelo menos um acompanhante em todos os momentos, sendo 73,00% companheiro/pai do RN, 12,00% mãe da parturiente e 15,00% outros. A importância da presença do acompanhante contribui de forma positiva no momento do parto, deixando-o mais humanizado, e apresentando vários benefícios principalmente voltados ao suporte físico e emocional, reduzindo o estresse e ansiedade da mulher, encorajando-a e proporcionando conforto e segurança, como também na intermediação e advocação pelos direitos da gestante durante o parto, no auxílio à deambulação, uso de instrumentos como a bola suíça e na mudança de posição, apoio informacional,

quanto na realização dos primeiros cuidados com o recém-nascido, contribuindo com o fortalecimento da relação familiar (PAIVA, 2023)

Outro dado importante que não constou em nenhum dos prontuários eletrônicos analisados foi a posição da parturiente durante o trabalho de parto. A escolha da posição é um dado que reflete a humanização do TP, de acordo com a OMS gestantes não deveriam ser colocadas em posição ginecológica, pois ela é considerada ineficiente e violenta, portanto, toda mulher deve ser livre para escolher a maneira com a qual quer dar à luz.

Um estudo publicado pela Revista Latino-Americana de Enfermagem, afirma que o principal aspecto positivo da posição vertical durante o parto é o conforto, pois facilita a expulsão fetal e dá a impressão de um TP mais ativo, já em relação a posição horizontal, ou ginecológica, a revista afirma que ela faz esses aspectos difíceis, pois dificulta o movimento, aumenta o sofrimento, cansaço e aumenta o tempo do período expulsivo assim como de intervenções obstétricas (GAYESKI, 2009). Ainda em relação às posições verticais foi comprovado que ela diminui os índices de utilização de instrumentações para auxílio do parto vaginal, pois ela diminui o tempo do período expulsivo, assim como diminui o risco de trauma perineal e da necessidade de episiotomia.

A última pergunta feita durante a entrevista com as pacientes foi com relação a satisfação delas com relação ao atendimento recebido durante o trabalho de parto, aferiu-se que, das 63 mulheres entrevistadas, quatro responderam que não estavam satisfeitas. Dentre os motivos citados estão: insegurança com a equipe; indução de parto contra a vontade da gestante; divergência de opiniões entre profissionais de uma mesma equipe; falta de medicações e suplementos negados para o RN no alojamento conjunto; falta de atenção da equipe, levando uma das parturientes a dar à luz fora da sala de parto.

## **5.6 Cálculo do Índice**

De acordo com esses dados apresentados, fizemos o cálculo do Índice de Bologna de acordo com a TABELA 4 e com a metodologia proposta. O Índice de Bologna, consiste em três indicadores: a) Investiga os critérios para um parto seguro e é definido pela porcentagem de mulheres que são atendidas por um profissional competente no parto; b) É usado para estimar o número de mulheres que tem o parto induzido ou fazem cesárea eletiva; c) Mensurar o manejo do parto normal e

consiste em cinco medidas chaves - presença de acompanhante durante o parto; uso de partograma; ausência de estimulação ou indução (inclui a ocitocina, manobra de Kristeller e episiotomia) e uso de instrumental fórceps; parto na posição não supina; contato pele a pele por pelo menos 30 minutos.

**Tabela 4** - Variáveis do Índice de Bologna

| <b>Variável</b>       | <b>Categoria</b> | <b>Frequência (n=64)</b> | <b>Percentual (%)</b> |
|-----------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Acompanhante          | Sim              | 9                        | 14,06%                |
|                       | Não              | 1                        | 1,56%                 |
|                       | Não Informado    | 54                       | 84,38%                |
| Uso de Ocitocina      | Sim              | 13                       | 20,31%                |
|                       | Não              | 51                       | 79,69%                |
| Uso de Manobras       | Sim              | 0                        | 0,00%                 |
|                       | Não              | 53                       | 82,81%                |
|                       | Não Informado    | 11                       | 17,19%                |
| Uso de Fórceps        | Sim              | 1                        | 1,56%                 |
|                       | Não              | 62                       | 96,88%                |
|                       | Não Informado    | 1                        | 1,56%                 |
| Uso de Vácuo Extrator | Sim              | 0                        | 0,00%                 |
|                       | Não              | 63                       | 98,44%                |
|                       | Não Informado    | 1                        | 1,56%                 |
| Contato Pele a Pele   | Sim              | 10                       | 15,63%                |
|                       | Não              | 54                       | 84,38%                |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

Além disso, também calculamos a nota de cada um dos partos das mulheres entrevistadas, destes, 17 obtiveram nota zero, 32 nota um, 13 nota dois e somente 2 partos obtiveram nota três, assim como mostra a TABELA 5. Com estes dados é importante ressaltar que duas das variáveis não puderam ser avaliadas, o partograma e a posição não supina, comprometendo a análise de maneira direta, diminuindo as notas automaticamente devido a falta destas informações em prontuário eletrônico, portanto a nota máxima que estes partos poderiam ganhar é a nota 3.

**Tabela 5** - Nota de cada parto incluso na pesquisa de acordo com o Índice

| <b>Índice de Bologna</b> | <b>Número de partos</b> |
|--------------------------|-------------------------|
| Nota 0                   | 17                      |
| Nota 1                   | 32                      |
| Nota 2                   | 13                      |
| Nota 3                   | 2                       |
| Nota 4                   | 0.01                    |
| Nota 5                   | 0.01                    |
| <b>Total</b>             | <b>64.02</b>            |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

A nota atribuída ao hospital foi extraída da média da nota dos partos avaliados, revelando uma média de 3,2/5 pontos.

## **6. CONCLUSÃO**

Este estudo avaliou o nível de assistência hospitalar prestado às gestantes durante todo o período do parto normal, puerpério imediato e avaliação neonatal, utilizando o Índice de Bologna como instrumento de análise. Os resultados evidenciaram um desempenho de intermediário a baixo na instituição estudada em relação às práticas obstétricas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelos protocolos nacionais de humanização do parto e nascimento.

Comparando os métodos e procedimentos adotados na casa hospitalar com os preconizados pela OMS, observou-se uma aderência parcial às práticas humanizadas, destacando-se positivamente a presença de acompanhantes em 98,40% dos partos e o contato pele a pele mãe-bebe em 69,23% dos casos, o que

demonstra avanços na valorização do protagonismo materno e na promoção do vínculo da mãe com o bebê. Entretanto, verificou-se importantes deficiências, como: a ausência de informações em prontuário eletrônico (informação do uso de partograma e registro sobre a posição da parturiente) e a ocorrência de induções medicamentosas em grande parte dos casos, violando diretrizes internacionais de respeito à fisiologia do parto.

A aplicação do Índice de Bologna revelou média de 3,2 pontos (em um total de 5), indicando a necessidade de aprimoramento das práticas assistenciais. Esse resultado se dá devido às informações já indicadas, reforçando a importância da implantação de protocolos que garantam o uso sistemático de instrumentos de monitoramento e o incentivo a posições não supinas durante o parto, bem como o registro detalhado das condutas nos prontuários eletrônicos.

Com relação aos cuidados neonatais, a presença do pediatra na sala de parto prevaleceu, assegurando um atendimento imediato e seguro aos recém-nascidos. A escala de APGAR foi aplicada na maioria dos casos, reforçando a atenção ao estado clínico do neonato logo após o nascimento. Estes dados mostram o comprometimento da equipe com a avaliação pós-parto, embora falte padronização dos registros, evidenciando uma necessidade de maior atenção ao preenchimento dos prontuários.

Sendo assim, o estudo cumpriu seus objetivos ao identificar pontos fortes e fragilidades da assistência obstétrica oferecida, apesar de o hospital apresentar boas práticas de humanização, são necessárias reformas estruturais e capacitação para alcançar o padrão-ouro de assistência proposto pela OMS. A implementação de treinamentos contínuos na humanização do atendimento obstétrico e o aprimoramento do registro clínico são medidas fundamentais para elevar o Índice de Bologna institucional e, conseqüentemente, promover um parto mais seguro, humanizado e de qualidade para mães e recém-nascidos.

## **7. REFERÊNCIAS**

**AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS).** Ficha técnica dos indicadores do Programa de Qualificação de Operadoras: 2024 (ano-base 2023).

Atualizado em abril de 2024. Rio de Janeiro: ANS, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/ans>. Acesso em: 3 nov. 2025.

**AQUINO, A. G.; LIMA, J. de S. M.; LIMA, L. S. V. et al.** Medicalização da assistência ao parto normal: perfil de gestantes atendidas em uma maternidade de risco habitual. *Enfermería Actual de Costa Rica*, n. 44, art. 54252, 2023. San José (Costa Rica). ISSN 1409-4568. Disponível em: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682023000100001](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682023000100001). Acesso em: 31 out. 2025. \*\*doi:\*\*10.15517/enferm.actual.cr.i44.46727.

**BRASIL.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: O Conselho, 2012. Disponível em:

<https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view> . Acesso em: 30 jan. 2025.

**BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DATASUS.** Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>. Acesso em: 31 out. 2025.

**DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS (DATASUS).** Informação de saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados, 2022. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/mat10pr.def>. Acesso em: 31 out. 2025.

**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO).** Alta taxa de cesáreas no Brasil é tema de audiência pública. São Paulo, 20 dez. 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/728-alta-taxa-de-cesareas-no-brasil-e-te-ma-de-audiencia-publica>. Acesso em: 31 out. 2025.

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

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.** *Estatísticas do Registro Civil – 2022*. Rio de Janeiro: IBGE, 2024. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9110-estatisticas-do-registro-civil.html>>. Acesso em: 1 nov. 2025.

**LORD, L. G.; HARDING, J. E.; CROWTHER, C. A.; et al.** Skin-to-skin contact for the prevention of neonatal hypoglycaemia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 23, art. 744, 2023. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-023-06057-8>. Acesso em: 31 out. 2025.

**MARTINS, A. P. de C. et al.** Aspectos que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre o tipo de parto. *Rev Baiana Enferm*, v. 32, e25025, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25025/15809>. Acesso em: 31 out. 2025.

**MENESES, M. de O.; SILVA, G. B. da.** ESCORE DE BOLOGNA NA AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.. In: Anais do II Congresso Nacional de Inovações em Saúde (CONAIS) - Fortaleza - Ceará, 2021. Disponível em: <<https://doity.com.br/anais/conais/trabalho/198463>>. Acesso em: 6 out. 2025.

**NEGRINI, R.; SILVA FERREIRA, R. D. da; GUIMARÃES, D. Z.** Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 21, n. 1, p. 333, 26 abr. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03798-2>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33902486/>. Acesso em: 31 out. 2025.

**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. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 36, n. esp., p. 177-184, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/kxCD6zdw69cTs6tLzHPfDDj/?lang=pt> . Acesso em: 31 out. 2025.

**PAIVA, T. G. S.; LEAL, M. S. M.; SILVA, V. V.; SANTOS E SILVA, Y. M. R.** O papel do acompanhante no trabalho de parto. *Research, Society and Development*, v. 12,

n. 5, p. e9712541547, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i5.41547. Disponível em: <https://www.rsdjournal.org/rsd/article/view/41547>. Acesso em: 31 out. 2025.

**SANTOS, F. J. F.; MATOS, L. R. O.; SILVA, L. S. R. da et al.** Fatores associados às vias de partos em puérperas assistidas pela Atenção Primária à Saúde em município no norte de Minas Gerais. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 33, p. 1–10, 2023. ISSN: 0103-880X (impresso) e 2238-3182 (on-line). Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/4023>. Acesso em: 05 out. 2025.

**SILVA, R. M. R.; ARAÚJO, V. S.; FASSARELLA, B. P. A.; et al.** Valorização do contato pele a pele entre mãe e filho na primeira hora de vida: contribuições da enfermagem. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e6711225467, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25467/22300>. Acesso em: 31 out. 2025.

**SOUZA, J. P.** Maternal mortality and the new objectives of sustainable development (2016–2030). *Rev Bras Ginecol Obstet*, v. 37, n. 12, p. 549-551, 2018.

**VALE, L. de S.; ARAÚJO, A. H. I. M. de.** A escolha do tipo de parto e as vantagens do parto vaginal à parturiente. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, v. 6, n. 13, p. 2001–2015, 2023. DOI: 10.55892/jrg.v6i13.806. Disponível em: <https://revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/806>. Acesso em: 31 out. 2025.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO/FRH/MSM, 1996.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION.** WHO statement on caesarean section rates. Geneva: WHO, 2015. (WHO Reference Number: WHO/RHR/15.02). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>. Acesso em: 03 out. 2025.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>. Acesso em: 07 nov. 2025.