**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SHEILA FAGUNDES LOBO

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E
NASCIMENTO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

**SÃO PAULO
2009**

SHEILA FAGUNDES LOBO

**CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO E
NASCIMENTO EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL DO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Área de Concentração Enfermagem Obstétrica e Neonatal para obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Junqueira
Vasconcellos de Oliveira

**SÃO PAULO
2009**

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTA TRABALHO,
POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS
DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Assinatura: _____ **Data:** ____/____/____

**Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**

Lobo, Sheila Fagundes.

Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um
Centro de Parto Normal do município de São Paulo / Sheila
Fagundes Lobo. – São Paulo, 2009.

103 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de
Oliveira.

Nome: Sheila Fagundes Lobo

Título: Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - Área de Concentração Enfermagem Obstétrica e Neonatal para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em: ____/____/____

Prof. ^a Dr. ^a Sonia Maria Junqueira Instituição: EEUSP
Vasconcellos de Oliveira

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^a Dr. ^a Maria Luiza Gonzalez Instituição: EEUSP
Riesco

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. ^a Dr. ^a Carmen Simone Grilo Instituição: FSPUSP
Diniz

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Agradecimentos Especiais

*Todo meu amor a meus filhos Luca e Isabele, que sentiram minha
ausência em várias etapas desta caminhada.*

A Deus, por estar sempre a meu lado em todos os momentos e por permitir a conclusão de mais esta etapa de minha vida.

A meu esposo Hamilton, companheiro e amigo, pelo apoio e amor incondicional.

A meus pais Vera e Alvaro, pelo amor, estímulo constante e por acreditarem que sou capaz.

Agradecimentos

Ao Hospital Geral do Itaim Paulista – OSS Santa Marcelina, por ter permitido a realização deste estudo.

À Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, pela orientação deste trabalho.

Às docentes do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da EEUSP, Prof.^a Dr.^a Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Prof.^a Dr.^a Maria Alice Tsunechiro, Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Gonzalez Riesco, Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Bonadio, Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura, Prof.^a Dr.^a Emília Saito e Prof.^a Dr.^a Miriam Aparecida Barbosa Merighi, pelo conhecimento compartilhado, pelo respeito, receptividade e dedicação nas disciplinas ministradas.

Às Professoras Doutoras Maria Luiza Gonzalez Riesco e Carmen Simone Grilo Diniz, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação.

Agradeço pela valiosa contribuição a Regina Tomie Ivata Bernal na assessoria estatística, Daniela Bigueti Martins Lopes na coleta dos dados, Rafaela Junqueira de Oliveira e Ivone Borelli na correção da Língua Portuguesa, Camila Schneck, Flora Maria Barbosa da Silva e Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Bonadio, pelas contribuições na etapa do desenvolvimento desta pesquisa.

Aos meus sogros Gessy e Sebastião, pelo apoio e oportunas contribuições.

Às amigas que colaboraram direta ou indiretamente com este trabalho, em especial, Izabel Dutra Branco, pelo apoio e estímulo nos momentos difíceis.

Lobo SF. Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo. [dissertação] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2009.

RESUMO

A proposta de locais alternativos para assistência ao parto e nascimento, em nosso país, faz parte da abordagem deste evento como processos familiares e fisiológicos. Dentre esses locais destacam-se os Centros de Parto Normal, instituídos como uma política do Ministério da Saúde, desde 1999. Os objetivos deste estudo foram descrever as características sociodemográficas, as condições obstétricas na admissão, a prevalência das práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto, as condições maternas e neonatais no parto e a prevalência das práticas utilizadas nos recém-nascidos, em um centro de parto peri-hospitalar do Município de São Paulo. Trata-se de um estudo transversal com coleta retrospectiva de dados, entre 2003 e 2006, com amostra probabilística de 991 prontuários. A coleta dos dados foi realizada no período de junho a outubro de 2007, pela pesquisadora e duas enfermeiras obstétricas. Os dados foram armazenados em um banco de dados com auxílio do programa Epi-info versão 2.000, sendo realizada análise descritiva. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral do Itaim Paulista. Os resultados demonstram as seguintes características sociodemográficas: média de idade de 23,6 anos, com desvio-padrão de 5,6 anos e maioria de oito ou mais anos de estudo (75,4% das mulheres). Na admissão, 46,3% eram nulíparas e 77,2% estavam com membranas íntegras, 53,0%, com 5 a 9 cm de dilatação cervical e 4,3% foram internadas no período expulsivo. As práticas mais utilizadas no parto foram: banho de aspersão (71%), amniotomia (62,6%) e episiotomia (24,8%). Condições maternas no parto foram: períneo íntegro em 42,2%, laceração de primeiro grau em 22,4%; 92,2% tiveram acompanhante, sendo, mais frequentemente, o companheiro (51,7%). O peso médio do neonato foi 3.221,4 gramas, com desvio-padrão de 392,9 gramas; 7,9% apresentaram mecônio no período expulsivo e 98,6% tiveram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro minuto. Conclui-se que o modelo de assistência praticado no Centro de Parto Normal apresenta resultados maternos e perinatais esperados para mulheres com baixo risco obstétrico, sendo alternativa segura e um modelo menos intervencionista que pode auxiliar no resgate da fisiologia do parto e nascimento.

PALAVRAS-CHAVE: Centros independentes de assistência à gravidez e ao parto, parto, enfermagem obstétrica.

Lobo SF. Characterization of labor and birthing care in a normal birth center in the city of São Paulo. [dissertation] São Paulo: School of Nursing, University of Sao Paulo (USP); 2009.

ABSTRACT

The proposed alternative places for the delivery and childbirth care, in Brazil, is a part of the approach of these events as family and physiological processes. Among these services there are the Normal Birth Centers, instituted as a policy of the Ministry of Health, since 1999. This study aimed to describe the sociodemographic characteristics, obstetric conditions at admission, the prevalence of obstetric practices used in labor and delivery, maternal and neonatal conditions in labor and prevalence of practices used in newborns, in an alongside Normal Birth Center in São Paulo. It is a cross-sectional study with retrospective data collection, between 2003 and 2006 with random sample of 991 records. Data collection was conducted during June-October 2007, by the researcher and two obstetric nurses. The data were stored in a database using Epi-Info 2000 version, with descriptive analysis. This study was approved by the Research Ethics Committee of the General Hospital of Itaim Paulista. The results show the following sociodemographic characteristics: average age of 23.6 years, with a standard deviation of 5.6 years and majority of eight or more years of study (75.4% women). On admission, 46.3% were nulliparous and 77.2% were with intact membranes, 53.0% with 5 to 9 cm of cervical dilation and 4.3% were hospitalized during expulsion period. The most widely practices used during the labor were: shower bath (71%), artificial rupture of the membranes (62.6%) and episiotomy (24.8%). Maternal conditions during delivery were 42.2% with intact perineum, first-degree lacerations in 22.4%, 92.2% had birthing partner, most often the stable companion (51.7%). The average weight of newborns was 3221.4 grams, with standard deviation of 392.9 g, 7.9% had meconium during expulsion period and 98.6% had Apgar index of ≥ 7 in the first minute. The conclusion was that the model of care practiced at the Normal Birth Center presents maternal and perinatal outcomes expected for women with obstetric low risk, it is a safe alternative and a less interventionist model that can help in the ransom of the physiology of labor and birth.

Keywords: Birthing Centers, Birth, Obstetrical Nursing

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1- Distribuição do uso de ocitocina utilizada no primeiro e quarto períodos do parto, segundo o ano de internação das mulheres no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006.....	49
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da média mensal por ano dos partos das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo 2003-2006. (n=991)	33
Tabela 2 - Distribuição das mulheres atendidas no CPN-CM segundo as características sociodemográficas. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	42
Tabela 3 - Distribuição das mulheres atendidas no CPN-CM, segundo as condições obstétricas na admissão. São Paulo, 2003-2006. (n= 991)	44
Tabela 4 - Distribuição das práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	46
Tabela 5 - Condições maternas no parto das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	47
Tabela 6 - Distribuição por ano das práticas medicamentosas utilizadas no trabalho de parto e pós-parto das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2005.	48
Tabela 7 - Distribuição das práticas de conforto utilizadas nas mulheres atendidas no CPN-CM no ano de 2003 e 2004. São Paulo, 2003-2006.	50
Tabela 8 - Distribuição de acompanhantes das mulheres atendidas no CPN-CM, nos anos de 2003 e 2004. São Paulo, 2003-2006.	51
Tabela 9 - Distribuição do tipo de acompanhante das mulheres atendidas no CPN-CM, nos anos de 2003 e 2004. São Paulo, 2003-2006.	52
Tabela 10 - Distribuição das práticas utilizadas na assistência aos recém-nascidos das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	53
Tabela 11 - Distribuição das características do líquido amniótico no período expulsivo das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	54

Tabela 12 - Distribuição das condições dos recém-nascidos das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	55
Tabela 13 - Distribuição dos recém-nascidos de mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o Boletim de Apgar. São Paulo, 2003-2006. (n=991)	56
Tabela 14 - Distribuição dos recém-nascidos de mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o peso. São Paulo, 2003-2006. (n= 991)	56
Tabela 15 - Tempo médio de internação entre o dia do nascimento e o dia de alta das mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o ano de internação. São Paulo, 2003-2006.	57

LISTA DE SIGLAS

ALSO	Advanced Life Support in Obstetrics
CFM	Conselho Federal de Medicina
CPN	Centro de Parto Normal
CPN-CM	Centro de Parto Normal Casa de Maria
CRM	Conselho Regional de Medicina
EM	Episiotomia Mediana
EMLD	Episiotomia Médio Lateral Direita
EV	Endovenoso
FCF	Frequência Cardíaca Fetal
IM	Intramuscular
MEF	Monitorização Eletrônica Fetal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
HGIP	Hospital Geral do Itaim Paulista
REHUNA	Rede de Humanização do Nascimento
RN	Recém-nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
TP	Trabalho de Parto
VPP	Ventilação Pressão Positiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 OBJETIVO GERAL	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3 MÉTODO E CAUSUÍSTICA.....	30
3.1 TIPO DE ESTUDO	30
3.2 LOCAL DO ESTUDO	30
3.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA	31
3.3.1 Processo de amostragem	33
3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS.....	33
3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO	35
3.5.1 Sociodemográficas.....	35
3.5.2 Condições obstétricas na admissão.....	35
3.5.3 Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto	36
3.5.4 Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto classificadas por ano	37
3.5.5 Práticas utilizadas na assistência ao recém-nascido (RN).....	37
3.5.6 Condições perinatais no parto.....	38
3.5.8 Média de permanência.....	38
3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	38
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	39
4 RESULTADOS.....	41
4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	41

4.2 CONDIÇÕES OBSTÉTRICAS NA ADMISSÃO.....	43
4.3 PRÁTICAS UTILIZADAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO E CONDIÇÕES MATERNAS.....	45
4.4 PRÁTICAS MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NO TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO DISTRIBUÍDAS POR ANO	47
4.5 PRÁTICAS DE CONFORTO UTILIZADAS NO TRABALHO DE PARTO CLASSIFICADAS POR ANO	49
4.6 PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO.....	51
4.7 PRÁTICAS UTILIZADAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM- NASCIDO.....	52
4.8 CONDIÇÕES PERINATAIS NO PARTO.....	53
4.9 TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO	57
5 DISCUSSÃO.....	59
6 CONCLUSÕES.....	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS	88
APÊNDICE.....	96
ANEXOS.....	99

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

As práticas e os costumes que envolvem o nascimento e o parto têm variado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (Mott, 2002).

O questionamento do cuidado obstétrico contemporâneo levantou várias dúvidas sobre consequências da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e parto para as gestantes de baixo risco e seus bebês (Brasil, 2008). O aumento da hospitalização da assistência ao parto e nascimento teve como justificativa a conexão estabelecida entre tecnologia e segurança no parto (Riesco, 1999). Nesse sentido, com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência, muitas práticas foram, gradualmente, introduzidas no cuidado ao parto sem base nas evidências científicas.

A utilização inadequada da tecnologia na assistência ao parto tem evidenciado resultados maternos e perinatais desfavoráveis e a assistência intervencionista tem sido fonte de insatisfação das mulheres com a assistência recebida (OPAS, 2002).

Na formação dos profissionais de saúde, a gestação, o parto e puerpério são vistos como processos predominantemente biológicos, sendo enfatizadas as técnicas intervencionistas. Raramente há oportunidade para o acompanhamento de um parto fisiológico e muitas condutas são adotadas como práticas rotineiras. Ocorrem, assim, inúmeras intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (Brasil, 2001).

O exemplo de maior importância como intervenção no parto situa-se na via de parto. Entretanto, o aumento dos índices de cesarianas eletivas como fenômeno mundial não apontou impacto positivo na melhora da saúde materna e neonatal, mas, por outro lado, tem implicações nas próximas gestações e nos riscos maternos e neonatais (Bétran et al., 2007).

Em nosso país, no início dos anos 1980, no movimento feminista, ocorreram as primeiras iniciativas para desmedicalização e resgate da fisiologia na assistência durante o ciclo grávido-puerperal, presentes na Reforma Sanitária (Koiffman, 2006).

O Ministério da Saúde criou, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com o objetivo de propor um modelo de saúde, para propiciar o atendimento global das necessidades desse grupo e de aplicação ampla no sistema básico de saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1985, promoveu uma reunião com peritos em obstetrícia, em Fortaleza. Nesse evento, foram examinadas as evidências científicas disponíveis, favoráveis ou contrárias, em relação a algumas das práticas comuns na assistência ao parto normal. Foi recomendado considerar o parto como evento fisiológico e abolir as intervenções que interferem na sua evolução natural (OMS, 1996).

No início da década de 1990, o Ministério da Saúde (MS) publicou um manual sobre cuidados durante a assistência ao nascimento. O documento, de caráter técnico, continha algumas considerações importantes sobre o ciclo grávido-puerperal, no que diz respeito à possibilidade de construção de um novo modelo de assistência ao nascimento (Brasil, 1991).

Em 1993, foi organizada, de maneira autônoma e independente, uma rede para discutir a situação do nascer no País, que resultou na iniciativa da “Carta de Campinas”. Na mesma ocasião, foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), sendo o público alvo mulheres e homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e de educação, além de planejadores. Essa rede apontou o risco para a saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; a necessidade de resgatar o momento do nascimento como evento existencial e sociocultural crítico com profundas e extensas consequências pessoais; a importância de revalorizar o nascimento humanizado, as posturas e condutas em face ao parto e nascimento e de

aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado às práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (Osava, 1997, Schneck, 2004).

Em 1996, a OMS lançou uma publicação intitulada “Care in normal birth: a practical guide”, uma importante referência bibliográfica relativa aos cuidados de assistência prestada à mulher durante o trabalho de parto e parto. Nesse documento, a partir de um amplo levantamento bibliográfico, as mais variadas práticas obstétricas adotadas em todo mundo na assistência ao trabalho de parto de baixo risco foram avaliadas, com revisão das evidências a favor ou contra algumas das mais utilizadas (OMS, 1996).

Ocorreram, também, iniciativas para incentivar a humanização nos serviços públicos, como o projeto de premiação de maternidades com o prêmio Galba de Araújo, criado pelo MS em 1998, concedido às instituições que se destacam no atendimento à gestante e ao recém-nascido, considerando a qualidade da assistência prestada e inovações que visem à humanização (Brasil, 2001).

Merece destacar, entre as portarias do MS, a Portaria n° 2815¹, publicada em 1998, que inclui o parto sem distocia realizado por enfermeira obstétrica, e a Portaria n° 163/98², que reafirma as atribuições da enfermeira obstétrica e cria o laudo de internação de enfermagem para emissão da Autorização para Internação Hospitalar no parto normal.

Em 2000, o governo instituiu o “Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN)³”, para qualificar e organizar a atenção à gestação, parto e pós-parto, que foi executado com articulação entre o MS e as secretarias estaduais e municipais de saúde.

O Ministério da Saúde, em 2001, por meio da publicação “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde”, adota as

1 Portaria n° 2.815 de 29/05/1998, do Ministério da Saúde.

2 Portaria n° 2.815 de 29/05/1998, do Ministério da Saúde.

3 Portaria n. 569, 570, 571 e 572 de 01/06/2000, do Ministério da Saúde.

recomendações da classificação das práticas no parto normal da OMS de 1996 integralmente, incorporando a discussão sobre a importância da humanização dessa assistência (Brasil, 2001).

Em 2008, a publicação do MS sobre “O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas” relata o processo de implantação da humanização ao parto no Brasil ao longo das décadas (Brasil, 2008).

Segundo Tornquist (2004), a capacidade de gestar e dar à luz é vista de modo positivo e os momentos cruciais na transformação da mulher em mãe são celebrados. O profissional que presta assistência deve ficar em segundo plano e, assim, perder parte de seu poder, que é recuperado pela mulher. Entende-se que outrora elas detiveram o poder de dar à luz sem a interferência da medicina e que essa capacidade repousa em sua fisiologia.

Assim, nesse contexto, o atendimento ao parto deve ser individualizado, com apoio emocional contínuo, de maneira a transmitir sensação de acolhimento. Para assegurar o papel ativo da mulher no processo do nascimento, decisões sobre a necessidade de intervenções devem ser compartilhadas entre o profissional e a parturiente.

Segundo Riesco, Fonseca (2002), a necessidade de atuação do não médico no processo do parto está associada à humanização, que promove o vínculo entre o profissional e a parturiente, com oportunidade de personalizar o cuidado e oferecer atenção e disponibilidade em tempo integral, fatores que auxiliam a conduzir o parto normal.

Levando em consideração as intervenções obstétricas desnecessárias e a tecnologia apropriada para o parto e nascimento, surgem questões relativas ao profissional mais adequado para seu acompanhamento e o melhor local para se dar à luz (Koiffman, 2006).

A proposta de locais alternativos para assistência ao parto e nascimento, em nosso país, faz parte do processo de resgate do parto e

nascimento como processos fisiológicos. Esse movimento já existe em outros países há décadas, porém apenas recentemente foi incorporado ao modelo de atenção à saúde materna e neonatal brasileiro.

Todas essas iniciativas acerca da tecnologia apropriada à atenção materna e neonatal foram importantes para a proposta de um local alternativo para o parto e nascimento. A discussão sobre a segurança da assistência à parturiente em modalidade não hospitalar veio à tona no Brasil com a edição da Portaria nº 985/1999⁴ do MS, que regulamentou o Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS.

O CPN é um estabelecimento que pode funcionar de maneira intra ou extra-hospitalar destinado à assistência ao parto normal e deve ter referência hospitalar a uma distância que permita remoções no período máximo de uma hora, com presença de acompanhante (Brasil, 1999).

A abertura desses locais, onde a enfermeira obstétrica é a profissional responsável pela assistência, foi essencial para o ressurgimento da atuação dessa profissional. Segundo Riesco, Fonseca (2002), desde 1998, o MS e várias secretarias estaduais e municipais de saúde vêm estabelecendo políticas e destinando recursos para qualificar enfermeiras obstétricas e inserir essas profissionais na assistência ao parto normal. Dentre as medidas, destacam-se o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais, para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamento do SUS.

Esse modelo tem características diferentes do ambiente hospitalar, enfoca o nascimento como um evento natural e familiar, criando uma estrutura que possibilita a adoção de um modelo menos intervencionista e que considera o parto como um processo fisiológico, além disso, propõe a enfermeira obstétrica como coordenadora da assistência (Schneck, 2004).

O CPN faz parte da política pública e está inserido no SUS. Vários

4 Portaria nº 985/1999, do Ministério da Saúde.

desses serviços foram implementados em todo o País por meio de uma linha de financiamento do MS.

Em setembro de 2005, ocorreu o Primeiro Encontro das Casas de Parto na cidade de São Paulo, que contou com a presença de representantes das casas de parto extra e intra-hospitalar da Região Sudeste, Ministério Público, Agência Nacional de Vigilância à Saúde (ANVISA) e do Movimento de Mulheres, além dos integrantes do Fórum Permanente das Casas de Parto de São Paulo. Os dados do Fórum Permanente de Casas de Parto da Região Sudeste mostram que existiam sete CPN extra-hospitalares na Região Sudeste brasileira⁵.

- Casa de Parto David Capistrano da Costa Filho - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (Realengo, Rio de Janeiro);
- Casa de Maria - Centro de Parto Normal - Hospital Santa Marcelina (Região Leste, Itaim Paulista, São Paulo, SP);
- Casa de Parto de Sapopemba - parceria Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Fundação Zerbini do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FZ-Incor/HC/FMUSP) a partir de março de 2007, a Fundação Zerbini saiu da administração dessa região e entrou a Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM);
- Casa de Parto David Capistrano da Costa Filho - parceria entre a Secretaria Municipal da Saúde de São Vicente e a ONG VIP (São Vicente-São Paulo);
- Casa de Parto de Juiz de Fora - parceria entre

5 Resumo da Apresentação das Experiências das Casas de Parto. In: I Encontro de Casas de Parto da Cidade de São Paulo. O Lugar do Parto: dentro e fora do Hospital; 2005 set. 29-30; São Paulo.

Universidade Federal de Juiz de Fora e o Ministério da Saúde (Juiz de Fora, Minas Gerais);

- Centro de Parto Normal David Capistrano da Costa Filho (Belo Horizonte, Minas Gerais);
- Casa Ângela - parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Associação Comunitária Monte Azul (Região Sul-Jardim São Luis, São Paulo - em fase de implantação).

Em muitos países, o CPN constitui uma estratégia de atenção à saúde materna para poupar as mulheres de intervenções desnecessárias, que podem ter repercussões graves em sua saúde e na capacidade de cuidar de seus recém-nascidos (Hodnett et al., 2008).

Estudo que comparou os resultados quanto à segurança em casa de parto e o cuidado tradicional de hospital em mulheres de baixo risco, os resultados apontaram que as taxas de partos cirúrgicos e de intervenções foram menores na casa de parto (Jackson et al., 2003).

Em outros países, diversos autores procuraram investigar o impacto da atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto em locais alternativos, como domicílio e casas de parto (Eakins, 1989; Rooks et al., 1989; Fullerton, Severino, 1992; David et al., 1999; Page et al., 1999; Hodnett, 2003; Jackson et al., 2003; Reddy et al., 2004).

Desde a fundação, em 1975, do primeiro CPN, pela Maternity Center Association em Nova York, Estados Unidos, observa-se um crescimento constante dessa modalidade assistencial no mundo inteiro. O discurso acerca das vantagens de um local de parto fora do hospital, acolhedor e similar ao domicílio, porém com equipamentos, infra-estrutura técnica e recursos humanos adequados para as mulheres com gestação de baixo risco, tornou-se um atrativo para muitas mulheres e profissionais (Spitzer, 1995; Campbell et al., 1999).

No Reino Unido, os nascimentos realizados por parteiras diminuíram de 13%, em 1970, para 3%, em 2000, e a taxa de cesariana aumentou de 9%, em 1980, para 20%, em 2000. Recentes estudos demonstraram aumento nas taxas de intervenções em parto normal, o que tem se tornado até uma preocupação governamental (Walsh, Downe, 2004).

Estudo de coorte prospectivo realizado na América do Norte teve como objetivo avaliar a segurança do nascimento no domicílio. Foi realizado com 5.418 gestantes, que tiveram o parto acompanhado por enfermeiras obstétricas, observando os seguintes resultados: 655 (12,1%) mulheres foram transferidas para o hospital com taxas de intervenções médicas que incluíram analgesia (4,7%), episiotomia (2,1%), fórcepe (1,0%), extração a vácuo (0,6%) e cesariana (3,7%); essas taxas foram substancialmente menores quando comparadas com as de mulheres de baixo risco que tiveram o parto no hospital (Johnson, Daviss, 2005).

Esse mesmo trabalho verificou que a mortalidade perinatal entre as mulheres de baixo risco, excluindo mortes por anomalias congênitas que ameaçam a vida, foi 1,7 mortes por 1.000 partos planejados no domicílio, resultado similar ao de outros estudos de nascimento em hospital e domicílio. Nessa investigação não foi encontrado nenhum caso de mortalidade materna. A conclusão é que o parto planejado em domicílio com mulheres de baixo risco, acompanhadas por enfermeiras obstétricas, foi associado a menores taxas de intervenção e mortalidade perinatal semelhante à das mulheres de baixo risco em hospital (Johnson, Daviss, 2005).

A experiência de CPN extra-hospitalares tem demonstrado satisfação das usuárias, redução de intervenções obstétricas, além de favorável tendência em relação aos resultados maternos e perinatais. São estratégias importantes adotadas pelas casas de parto no mundo inteiro (Eakins, 1989; Rooks et al., 1989; Fullerton, Severino, 1992; David et al., 1999; Page et al., 1999; Hodnett, 2003; Jackson et al., 2003; Reddy et al., 2004).

O estudo realizado por Högberg (2008) concluiu que: nascimentos em casa de parto são seguros para mulheres de baixo risco, desde que apoiadas por uma infra-estrutura adequada; ocorrem menos intervenções; as mulheres apresentam experiências positivas com o nascimento; autocontrole, autodeterminação; vantagem de estar em casa e de experimentar alegria e a intimidade do lar.

Nos últimos anos, as avaliações de maternidades em todo País demonstraram que é possível qualificar e também humanizar o serviço, encontrando soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo (Brasil, 2001).

Segundo Silva et al. (2008), enfrentar o desafio de reduzir as taxas de cesarianas não é, simplesmente, resolver uma questão numérica. Também é fundamental almejar uma assistência humanizada ao parto e nascimento e isso significa um tipo de assistência que, indo além de apenas buscar o parto normal a qualquer custo, procure resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento. Uma assistência que respeite a dignidade das mulheres, sua autonomia e autoria.

Embora inúmeras iniciativas tenham sido propostas para a redução dos índices de cesarianas no Brasil ao longo das duas últimas décadas, o MS não tem obtido o êxito almejado. Ao contrário, ao longo desse período, as taxas dessa cirurgia só aumentaram, principalmente, aquela verificada na saúde suplementar. Neste setor, os índices dessa cirurgia alcançam valores até três vezes maiores do que aqueles verificados no SUS (Brasil, 2008).

Considerando a existência, em nosso meio, de poucos estudos sobre a assistência realizada em CPN, fazem-se necessárias investigações que produzam evidências locais para subsidiar o direcionamento da política no contexto do SUS.

A Casa de Maria é um Centro de Parto Normal com característica Peri-Hospitalar, ou seja, está anexo ao Hospital Geral Itaim Paulista (HGIP). Foi inaugurada em março de 2002, e tem por finalidade oferecer atendimento de

qualidade, de acordo com a filosofia do parto humanizado e a valorização do parto e nascimento como processo fisiológico. Conta com uma estrutura de equipamentos, transporte e de recursos humanos do HGIP para os casos que necessitarem de remoção.

Com este estudo, pretende-se disponibilizar para os gestores de saúde do Estado de São Paulo e do MS, indicadores e parâmetros para a assistência ao parto e nascimento nos CPN extra-hospitalares, fornecendo bases para a implantação, ampliação e sistematização do modelo.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar a assistência ao parto e nascimento de baixo risco no Centro de Parto Normal Casa de Maria (CPN-CM).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever as características sociodemográficas das mulheres atendidas no CPN-CM;
2. Descrever as condições obstétricas das mulheres atendidas no CPN-CM no momento da admissão;
3. Verificar a prevalência das práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto no CPN-CM;
4. Descrever as condições maternas no parto das mulheres atendidas no CPN-CM;
5. Verificar a prevalência das práticas utilizadas nos recém-nascidos das mulheres atendidas no CPN-CM;
6. Descrever as condições neonatais dos recém-nascidos atendidos no CPN-CM.

MÉTODO E CASUÍSTICA

3 MÉTODO E CAUSUÍSTICA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, com coleta retrospectiva dos dados, sobre a caracterização da assistência ao parto e nascimento das mulheres atendidas no CPN-CM.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido no CPN-CM, instituição do governo do Estado de São Paulo que funciona no âmbito do SUS, sob a gestão da Organização Social de Saúde Santa Marcelina. O CPN-CM está localizado no bairro do Itaim Paulista, Zona Leste da cidade de São Paulo. O bairro do Itaim Paulista é composto por 400.000 habitantes, numa área aproximada de 12km² (Burgos, 2001). Grande parte da população é dependente do SUS, ou seja, não faz uso de serviço privado ou rede conveniada. É o único serviço no Estado de São Paulo considerado CPN de caráter *peri-hospitalar*, ou seja, funciona de maneira integrada ao hospital. Possui sete leitos de puerpério e quatro salas de parto.

O CPN-CM atende mulheres com gestação de baixo risco, encaminhadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando 16 unidades que fazem parte da área de abrangência do Itaim Paulista. Recebe também gestantes de cidade vizinhas, tais como, Itaquaquetuba, Poá e Suzano, além daquelas que buscam espontaneamente o serviço.

A assistência ao parto e nascimento é feita por enfermeiras obstétricas e/ou obstetrizes. A partir de 2007, o recém-nascido é rotineiramente avaliado por um médico neonatologista antes da alta. O

serviço possui equipamentos para atendimento de emergências maternas e neonatais e a equipe recebe treinamento periódico.

O atendimento inicial da gestante ocorre a partir da 37ª semana de gravidez. Na primeira consulta é realizada uma triagem, avaliação para verificar a possibilidade ou não de a mulher dar à luz no CPN-CM de acordo com os critérios estabelecidos pelo protocolo do serviço, bem como a apresentação do local e da filosofia do atendimento. As gestantes que atenderem aos critérios do protocolo e desejarem dar à luz no local iniciam um plano de parto e passam a ser atendida regularmente pelo serviço (Anexo 1). Nos casos de necessidade de remoção da parturiente ou do recém-nascido, a enfermeira obstétrica ou obstetriz faz contato via telefone com o médico plantonista e com o setor de transporte do HGIP para a transferência.

3.3 CÁLCULO DO TAMANHO DA AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelas mulheres atendidas no CPN-CM, no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2006.

Este estudo é parte de outro projeto que irá comparar os resultados da assistência a mulheres de baixo risco no HGIP e no CPN-CM. Nesse período (2003 a 2006), foram encontrados 15.511 e 2.977 partos no HGIP e no CPN-CM, respectivamente. As mulheres foram divididas em dois grupos mutuamente exclusivos, denominados como domínios 1 e 2. O domínio 1 foi composto pelas mulheres assistidas no HGIP e o 2 por aquelas atendidas no CPN-CM.⁶

Para o cálculo do tamanho da amostra, foi utilizada a diferença entre as taxas de episiotomia no HGIP (55%) e no CPN-CM (25%). Esse

6 Schneck CA. Resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. [projeto de pesquisa]. São Paulo: EEUSP; 2007. Apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP para o Exame de Qualificação do Curso de Doutorado.

parâmetro foi escolhido por ser um indicador significativo das práticas utilizadas nos dois serviços. Além disso, a episiotomia é um procedimento com registro definido no prontuário.

Para a estimativa dessa diferença foi tomado como base o estudo piloto realizado com 120 mulheres atendidas nos dois serviços, 60 do HGIP e 60 do CPN-CM, no período de junho de 2002 a dezembro de 2004.

Em estudos descritivos o valor populacional a ser estimado é expresso pela prevalência, usualmente calculada por proporção. Admitindo margem de erro de 4% para estimativas desses valores, verificou-se que o tamanho mínimo da amostra seria de $n=1.044$ (Lwanga, Lemeshow, 1991).

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 [P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)]}{d^2}$$

Onde:

Os parâmetros utilizados para obtenção do tamanho da amostra foram:

$$P_1 = 0,55$$

$$P_2 = 0,25$$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$$

$$d = 0,04 \text{ (margem de erro)}$$

$$\alpha = 0,05$$

No entanto, o tamanho da amostra final (n) deste estudo foi de 991 mulheres do CPN-CM, em razão das perdas por não localização do prontuário pelo Serviço de Prontuários e Pacientes da Instituição (SPP).

Os dados da Tabela 1 demonstram a média mensal do número de

partos por ano e foram obtidos da amostra das mulheres do estudo com Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

Tabela 1- Distribuição da média mensal por ano dos partos das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Ano	Média de partos	IC (95%)	
		Limite Inferior	Limite Superior
2003	28,5	25,2	31,8
2004	27,2	21,6	32,7
2005	14,3	11,7	17,0
2006	12,3	10,1	14,6

3.3.1 Processo de amostragem

A amostra de 991 prontuários foi obtida por meio do método de amostragem sistemática, conforme descrição de Silva (2001).

No livro de parto do CPN-CM, constam o nome, a data de internação, o número de registro e o número de ordem que identifica o número de partos ocorridos em cada mês.

Assim, para efeito de sorteio dos prontuários para compor a amostra do estudo, todos os partos registrados no livro foram numerados sequencialmente de 1 a 2.977, respeitando a ordem cronológica no período do estudo (2003 a 2006).

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Foi elaborada uma planilha para identificação dos prontuários sorteados, que continha os seguintes dados: número do sorteio, iniciais do nome da mulher, data de internação, número de registro e o número do

arquivo do prontuário.

Após o preenchimento, a planilha foi entregue ao Serviço de Prontuários e Pacientes (SPP) do HGIP, responsável pelo arquivamento dos prontuários do CPN-CM, separados a cada centena, (analisados semanalmente), conforme condição estabelecida pela Instituição.

A coleta dos dados foi realizada, no período de junho a outubro de 2007, pela autora e mais duas enfermeiras obstétricas treinadas. Os dados foram obtidos a partir dos registros dos prontuários das mulheres e dos recém-nascidos. Os coletadores examinaram os prontuários nas dependências do Hospital em horário comercial e preencheram o formulário para a coleta de dados (Apêndice 1).

O CPN-CM possuía, até dezembro de 2004, um instrumento denominado Ficha de Parto (Anexo 2) que, após esse período, foi excluído do prontuário. Por tal motivo, não foi possível analisar as práticas obstétricas nos dois últimos anos deste estudo. Esse instrumento era preenchido pela enfermeira obstétrica e continha as práticas de conforto utilizadas no trabalho de parto (banho, bola, massagem, deambulação, banquinho de parto), presença e o tipo de acompanhante.

A partir de janeiro de 2005, o serviço implantou a Ficha de Admissão, a mesma utilizada na HGIP, com o intuito de unificar os serviços. Além desses instrumentos, também foi utilizada como fonte de dados a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que consta do prontuário.

Em razão das mudanças no protocolo, as práticas medicamentosas (Buscopan®, Plasil® e glicose, ergometrina e analgésico pós-parto), foram analisadas somente de 2003 a outubro de 2005, por terem sido excluídas do protocolo de assistência.

Os dados foram armazenados em um banco de dados com auxílio do programa Epi-info versão 2000.

3.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO

3.5.1 Sociodemográficas

- Idade materna - em anos completos;
- Escolaridade - classificada em número de anos de estudo e classificada nos intervalos 0; 1 a 7; 8 a 11 e acima de 11;
- Situação conjugal – classificada em com e sem companheiro;
- Trabalho remunerado - classificado em sim e não;
- Tabagismo - classificado em sim e não;
- Uso de drogas ilícitas durante a gestação - classificada em sim e não;
- Área de abrangência - classificada em sim e não.

3.5.2 Condições obstétricas na admissão

- Número de parto anterior - classificados como nenhum, um, dois e três ou mais;
- Número de cesárea anterior - classificada como nenhum, um e dois;
- Número de fórcepe anterior - classificado como nenhum e um;
- Número de consultas de pré-natal - número de consultas de pré-natal durante a gestação, classificada nos intervalos 0; 1 a 3; 4 a 6; maior ou igual a 7;
- Número de atendimentos na casa de parto - número de

consultas realizadas no CPN-CM, classificada em nenhum, um, dois, três e quatro ou mais;

- Dilatação cervical - dilatação da cérvix uterina, em centímetros, classificada em 1 a 4, 5 a 9 e 10 no momento da internação;
- Estado das membranas ovulares - classificado como íntegras ou rotas na internação;
- Monitorização eletrônica fetal na admissão - classificada em sim ou não.

3.5.3 Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto

- Monitorização eletrônica fetal - classificada em sim e não;
- Amniotomia - classificada em sim e não;
- Exame vaginal - classificada em frequência de exames;
- Controle de batimentos cardíacos (BCF) - classificada em frequência de procedimentos;
- Alimentação - classificada em sem restrição e com restrição;
- Condições do períneo - classificadas em íntegro, laceração de primeiro grau, segundo grau e episiotomia;
- Dequitação - classificada em espontânea e manual;
- Sangramento pós-parto - classificado em aumentado e fisiológico.

3.5.4 Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto classificadas por ano

- Buscopan®, Plasil® e glicose - classificada em sim e não;
- Ergometrina Intramuscular - classificada em sim e não;
- Analgésico no pós-parto - classificado em sim e não;
- Ocitocina - classificada segundo o período clínico do parto em primeiro e quarto períodos;
- Banquinho de parto - classificado em sim e não;
- Deambulação - classificada em sim e não;
- Massagem - classificada em sim e não;
- Bola suíça - classificada em sim e não;
- Banho - classificado em sim e não e o tipo, em aspersão ou imersão;
- Presença de Acompanhante - classificada em com ou sem, e qual o acompanhante.

3.5.5 Práticas utilizadas na assistência ao recém-nascido (RN)

- Aspiração de vias aéreas superiores - classificada em sim e não;
- Aspiração gástrica - classificada em sim e não;
- Lavagem gástrica - classificada em sim e não;
- Uso de oxigênio - classificado como ventilação pressão positiva (VPP) e nasal, em sim e não;
- Entubação orotraqueal- classificada em sim e não.

3.5.6 Condições perinatais no parto

- Característica do líquido amniótico no período expulsivo- classificada em com e sem mecônio;
- Boletim de Apgar - avaliado no primeiro e quinto minuto de vida do recém-nascido;
- Peso - peso do recém-nascido classificado em gramas;
- Fratura de clavícula - classificada em sim e não;
- Desconforto respiratório - classificado em sim e não;
- Complemento alimentar - classificado em sim e não;
- Internação na unidade neonatal - classificada em sim e não.

3.5.8 Média de permanência

- Data do nascimento - classificada em dia, mês e ano;
- Horário do nascimento - classificada em horas;
- Data da alta - classificada em dia, mês e ano;
- Horário da alta - classificada em horas.

3.6 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi realizada análise descritiva dos dados, relativos às características sociodemográficas, condições obstétricas na admissão, condições maternas

e perinatais no parto e as práticas utilizadas na assistência à mulher e ao recém-nascido. Para as variáveis contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. Para variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absolutas e relativas.

Foram calculados os intervalos de confiança de 95% para as variáveis tempo, entre o dia e hora de nascimento e da alta, média de partos por ano e dilatação cervical.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Em observância às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HGIP, registrado com protocolo nº 50 (Anexo 3).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

Os resultados apresentados referem-se a 991 prontuários de mulheres atendidas no CPN-CM, entre 2003 e 2006.

A análise descritiva apresenta as características sociodemográficas, condições obstétricas na admissão, condições maternas e perinatais no parto e as práticas utilizadas na assistência à mulher e ao recém-nascido.

4.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A Tabela 2 apresenta os dados referentes às características sociodemográficas das mulheres.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres atendidas no CPN-CM, segundo as características sociodemográficas. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Características sociodemográficas		
Faixa Etária (em anos)	n	%
<19	269	27,2
20 –25	345	34,8
25 –30	204	20,6
30 – 35	122	12,3
>35	45	4,5
Ignorado	6	0,6
Escolaridade (em anos)		
Nenhuma	8	0,8
1 a 7	220	22,2
8 a 11	714	72,1
>11	33	3,3
Ignorado	16	1,6
Situação conjugal		
Com companheiro	579	58,4
Sem companheiro	399	40,3
Ignorado	13	1,3
Trabalho remunerado		
Não	731	73,8
Sim	252	25,4
Ignorado	8	0,8
Tabagismo		
Não	874	88,2
Sim	114	11,5
Ignorado	3	0,3
Drogas ilícitas durante a gestação		
Não	978	98,7
Sim	8	0,8
Ignorado	5	0,5
Área de abrangência		
Não	505	51,0
Sim	474	47,8
Ignorado	12	1,2
Total	991	100

A classificação segundo as faixas de idade permitiu observar que o grupo predominante foi o de mulheres entre 20 e 29 anos, com 549 (55,4%) integrantes. É importante destacar que 269 (27,2%) mulheres tinham menos de 19 anos, ou seja, estavam no período de adolescência; e, entre estas, 2 (0,2%) tinham 14 anos. Menos de um quinto das mulheres possuía idade superior a 30 anos (167 ou 16,8% do total). A média de idade encontrada foi de 23,6 anos, com desvio-padrão de 5,6 anos, mínimo de 14 anos e máximo de 42 anos.

Quanto ao grau de escolaridade, a maioria, 714 (72,1%), tinha entre 8 e 11 anos de estudos. O número de mulheres sem nenhum ano de estudo foi de 8 (0,8%).

Os dados demonstraram que 114 (11,5%) mulheres eram tabagistas. Em relação às drogas ilícitas, constatou-se que 8 (0,8%) mulheres fizeram uso durante a gestação.

Merece comentar que 505 (51,0%) mulheres não eram da área de abrangência do CPN-CM.

4.2 CONDIÇÕES OBSTÉTRICAS NA ADMISSÃO

Os dados referentes às condições obstétricas das mulheres na admissão estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das mulheres atendidas no CPN-CM, segundo as condições obstétricas na admissão. São Paulo, 2003-2006. (n= 991)

Condições obstétricas na admissão		
Número de partos anteriores	n	%
0	459	46,3
1	273	27,5
2	150	15,2
≥3	108	10,9
Ignorado	1	0,1
Número de cesarianas anteriores		
0	978	98,7
1	11	1,1
2	1	0,1
Ignorado	1	0,1
Número de fórceps anteriores		
0	974	98,3
1	16	1,6
Ignorado	1	0,1
Número de consultas pré-natal		
0	2	0,2
1 a 3	65	6,6
4 a 6	739	74,6
≥ 7	158	15,9
Ignorado	27	2,7
Número de consultas no CPN-CM		
0	1	0,1
1	361	36,4
2	221	22,3
3	183	18,5
≥4	225	22,7
Dilatação (em cm)		
1 a 4	402	40,6
5 a 9	525	53,0
10	43	4,3
Ignorada	21	2,1
Estado das membranas ovulares		
Integras	765	77,2
Rota	218	22,0
Ignorado	8	0,8
Monitorização eletrônica fetal		
Não	164	16,5
Sim	825	83,3
Ignorada	2	0,2
Total	991	100

Quanto à paridade, os dados apontaram que 459 (46,3%) mulheres eram nulíparas e o número de parturientes com um ou mais partos anteriores somavam 531 (53,6%), destas, 12 (1,2%) tinham cesariana anterior.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, a maior parte das mulheres, 739 (74,6%), realizou entre 4 e 6 consultas. Do total da amostra, observou-se que 2 (0,2%) mulheres não tiveram nenhuma consulta de pré-natal.

No momento da admissão, a maioria das parturientes, 525 (53,0%), apresentava dilatação entre 5 e 9 cm, enquanto 43 (4,3%) foram internadas no período expulsivo.

Quanto à condição das membranas amnióticas na admissão, observou-se que 765 (77,2%) mulheres apresentavam membranas ovulares íntegras e 218 (22,0%), rotas. Com relação à monitorização eletrônica fetal, verificou-se que o procedimento foi realizado em 825 (83,3%) mulheres no momento da internação.

4.3 PRÁTICAS UTILIZADAS NO TRABALHO DE PARTO E PARTO E CONDIÇÕES MATERNAS

Os dados da Tabela 4 e 5 apresentam as práticas obstétricas e as condições maternas das mulheres atendidas no CPN-CM.

Tabela 4 - Distribuição das práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto e parto das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto	n	%
Monitorização eletrônica fetal durante o trabalho de parto		
Não	946	95,5
Sim	45	4,5
média= 6,6cm (IC 95% 6,0-7,2)		
⁽¹⁾ Amniotomia (dilatação cervical $\bar{x}$ =8,2 cm) (n=765)		
Não	286	37,4
Sim	479	62,6
Número de exames vaginais (mediana = 2)		
0	13	1,3
1 a 3	837	84,5
4 a 7	133	13,4
≥ 8	4	0,4
Ignorado	4	0,4
Número de controle de BCF (média = 4,5; mediana = 3)		
0	12	1,2
1 a 3	492	49,7
4 a 7	301	30,3
≥ 8	183	18,5
Ignorado	3	0,3
Total	991	100

⁽¹⁾ 226 mulheres tiveram as membranas ovulares rotas espontaneamente ou foram admitidas com membranas rotas.

A monitorização eletrônica fetal foi realizada em 45 (4,5%) mulheres durante o trabalho de parto, sendo que a dilatação cervical média era de 6,6 cm.

A rotura artificial das membranas ovulares ocorreu em 479 (62,6%) das mulheres, sendo que a dilatação cervical média foi de 8,2 cm.

Em relação ao número de exames vaginais, foi realizado entre uma e três vezes em 837 (84,5%) parturientes, com mediana de 2 para esse procedimento.

Quanto ao controle de BCF durante o trabalho de parto das mulheres do estudo, a média encontrada foi de 4,5 e a mediana, de 3 controles.

Os dados da Tabela 5 apresentam as condições maternas das mulheres do estudo.

Tabela 5 - Condições maternas no parto das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Condições maternas no parto	n	%
Condições do períneo		
Íntegro	418	42,2
Laceração de primeiro grau	222	22,4
Laceração de segundo grau	72	7,3
⁽¹⁾ Episiotomia	246	24,8
Ignorado	33	3,3
Dequitação		
Manual	5	0,5
Espontânea	983	99,2
Ignorada	3	0,3
Sangramento pós-parto		
Aumentado	50	5,1
Fisiológico	939	94,7
Ignorado	2	0,2
Total	991	100

(1) Inclui episiotomia médio-lateral direita e mediana.

Os dados indicam que 418 (42,2%) das puérperas apresentaram períneo íntegro, 222 (22,4%) lacerações espontâneas de primeiro grau e 72 (7,3%), de segundo grau.

Em cinco (0,5%) puérperas houve necessidade de realizar a dequitação manual e 50 (5,1%) delas apresentaram sangramento pós-parto aumentado.

4.4 PRÁTICAS MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS NO TRABALHO DE PARTO E PÓS-PARTO DISTRIBUÍDAS POR ANO

Os dados da Tabela 6 apresentam a distribuição das práticas

medicamentosas utilizadas no trabalho de parto e pós-parto das mulheres atendidas no CPN-CM.

Tabela 6 - Distribuição por ano das práticas medicamentosas utilizadas no trabalho de parto e pós-parto das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2005.

*Práticas Medicamentosas	Ano de Internação							
	2003		2004		2005		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buscopan®/ plasil®/ glicose								
Não	333	97,1	309	95,1	171	99,4	963	97,3
Sim	10	2,9	16	4,9	1	0,6	27	2,7
Total	343	100	325	100	172	100	990[¢]	100
Ergometrina								
Não	322	93,9	320	98,5	171	100,0	963	97,4
Sim	21	6,1	5	1,5	-	-	26	2,6
Total	343	100	325	100	171	100	989[¥]	100
Analgésico pós-parto								
Não	266	77,6	252	77,5	129	75,0	796	80,4
Sim	77	22,4	73	22,5	43	25,0	194	19,6
Total	343	100	325	100	172	100	990[¢]	100

*No ano de 2006 estas práticas foram abolidas, em razão da mudança de protocolo

[¢]Um caso sem registro

[¥]Dois casos sem registros

Os dados demonstraram que as medicações Buscopan®, Plasil® e glicose e ergometrina foram pouco utilizadas, enquanto que o uso do analgésico manteve-se praticamente constante, em cerca de um quarto das mulheres, durante o período de três anos.

Os dados do Gráfico 1 indicam a distribuição do emprego de ocitocina nas mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o ano de internação.

Gráfico 1- Distribuição do uso de ocitocina utilizada no primeiro e quarto períodos do parto, segundo o ano de internação das mulheres no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006.

Nesse gráfico, optou-se por não demonstrar a utilização de ocitocina no segundo período clínico do parto, pois essa informação, apesar de constar do prontuário, é muito inconsistente.

Os dados demonstraram que houve uma queda gradativa no emprego da ocitocina no primeiro período clínico do parto e um aumento significativo no quarto período, em razão das mudanças no protocolo do serviço.

4.5 PRÁTICAS DE CONFORTO UTILIZADAS NO TRABALHO DE PARTO CLASSIFICADAS POR ANO

A seguir, os dados da Tabela 7 apresentam as práticas de conforto

utilizadas durante o trabalho de parto, nos dois primeiros anos do estudo.

Tabela 7 - Distribuição das práticas de conforto utilizadas nas mulheres atendidas no CPN-CM nos anos de 2003 e 2004. São Paulo, 2003-2006.

Práticas*	Ano de internação					
	2003		2004		Total	
	n	%	n	%	n	%
Banquinho de parto						
Não	279	85,6	273	87,2	552	86,4
Sim	47	14,4	40	12,8	87	13,6
Total	326	100	313	100	639	100
Deambulação						
Não	163	49,5	174	55,4	337	52,4
Sim	166	50,5	140	44,6	306	47,6
Total	329	100	314	100	643	100
Massagem						
Não	222	69,2	226	71,3	448	70,2
Sim	99	30,8	91	28,7	190	29,8
Total	321	100	317	100	638	100
Bola suíça						
Não	266	82,9	253	80,8	519	81,9
Sim	55	17,1	60	19,2	115	18,1
Total	321	100	313	100	634	100
Banho de imersão						
Não	227	68,8	275	87,9	502	78,1
Sim	103	31,2	38	12,1	141	21,9
Total	330	100	313	100	643	100
Banho de aspersão						
Não	115	34,5	73	23,1	188	29,0
Sim	218	65,5	243	76,9	461	71,0
Total	333	100	316	100	649	100

*Os dados de 2005 e 2006 não foram analisados, devido à falta dessas informações nos prontuários.

Constatou-se que as práticas mais utilizadas foram o banho de chuveiro, em 461 (71,0%) mulheres, seguido pela deambulação, 306 (47,6%), enquanto o banquinho de parto foi o menos empregado, em 87 (13,6%) casos. Verificou-se menor proporção do emprego das práticas de conforto no ano de 2004, exceto para a bola suíça e o banho de aspersão.

4.6 PRESENÇA DE ACOMPANHANTE NO TRABALHO DE PARTO E PARTO

A seguir, as Tabelas 8 e 9 indicam a presença e o tipo de acompanhante nos dois primeiros anos do estudo.

Tabela 8 - Distribuição de acompanhantes das mulheres atendidas no CPN-CM, nos anos de 2003 e 2004. São Paulo, 2003-2006.

Acompanhante	Ano de internação					
	2003		2004		Total	
	n	%	n	%	n	%
Não	18	5,2	18	5,5	36	5,4
Sim	315	91,8	301	92,6	616	92,2
Ignorado	10	2,9	6	1,8	16	2,4
Total	343	100	325	100	668*	100

*Dados coletados em 2003 e 2004

Tabela 9 - Distribuição do tipo de acompanhante das mulheres atendidas no CPN-CM, nos anos de 2003 e 2004. São Paulo, 2003-2006.

Tipo de acompanhante	Ano de internação					
	2003		2004		Total	
	n	%	n	%	n	%
Companheiro	178	54,6	149	48,5	327	51,7
Irmã	21	6,4	21	6,8	42	6,6
Mãe	60	18,4	63	20,5	123	19,4
Amiga	9	2,8	18	5,9	27	4,3
Sogra	6	1,8	5	1,6	11	1,7
Outro	38	11,7	42	13,7	80	12,6
Ignorado	13	4,0	9	2,9	22	3,5
Total	326	100	307	100	633*	100

*Dados coletados em 2003 e 2004

Os dados da Tabela 8 e 9 demonstram que as mulheres permaneceram com acompanhantes de sua escolha em 616 (92,2%) casos, sendo, na maioria das vezes, o companheiro 327 (51,7%).

4.7 PRÁTICAS UTILIZADAS NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

A seguir, os dados da Tabela 10 apresentam as práticas utilizadas na assistência aos recém-nascidos das mulheres que deram à luz no CPN-CM.

Tabela 10 - Distribuição das práticas utilizadas na assistência aos recém-nascidos das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Práticas utilizadas nos RN	n	%
Aspiração de vias aéreas superiores		
Não	895	90,3
Sim	92	9,3
Ignorada	4	0,4
Aspiração gástrica		
Não	969	97,8
Sim	18	1,8
Ignorada	4	0,4
Lavagem gástrica		
Não	957	96,6
Sim	30	3,0
Ignorada	4	0,4
Oxigênio nasal		
Não	953	96,2
Sim	34	3,4
Ignorado	4	0,4
Oxigênio VPP		
Não	983	99,2
Sim	1	0,1
Ignorado	7	0,7
Entubação orotraqueal		
Não	985	99,4
Ignorada	6	0,6
Total	991	100

Os dados da Tabela acima demonstram que 92 (9,3%) recém-nascidos tiveram as vias aéreas superiores aspiradas, enquanto que a aspiração gástrica ocorreu em 18 (1,8%) deles e a lavagem gástrica, em 30 (3,0%). A prevalência da utilização do oxigênio nasal foi em 34 (3,4%) neonatos. O uso de oxigênio com ventilação por pressão positiva foi de um (0,1%) caso e nenhum bebê necessitou de entubação orotraqueal.

4.8 CONDIÇÕES PERINATAIS NO PARTO

A seguir, os dados das Tabelas 11 e 12 apresentam as condições

perinatais das 991 mulheres do estudo.

Tabela 11 - Distribuição das características do líquido amniótico no período expulsivo das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Líquido amniótico	n	%
Sem mecônio	911	92,0
Com mecônio	79	7,9
Ignorado	1	0,1
Total	991	100

Os dados da Tabela 11 indicam que 79 (7,9%) mulheres apresentaram mecônio no período expulsivo.

A seguir, a Tabela 12 apresenta os dados referentes às condições perinatais dos recém-nascidos atendidos no CPN-CM.

Tabela 12 - Distribuição das condições dos recém-nascidos das mulheres atendidas no CPN-CM. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Condições dos recém-nascidos	n	%
Bossa serosanguínea		
Não	917	92,5
Sim	74	7,5
Complemento alimentar		
Não	953	96,2
Sim	35	3,5
Ignorado	3	0,3
Desconforto respiratório		
Não	974	98,3
Sim	15	1,5
Ignorado	2	0,2
Fratura de clavícula		
Não	989	99,8
Sim	1	0,1
Ignorada	1	0,1
Internação em unidade neonatal		
Não	976	98,5
Sim	14	1,4
Ignorada	1	0,1
Total	991	100

Observou-se um (0,1%) caso de fratura de clavícula, 15 (1,5%) recém-nascidos com desconforto respiratório e 14 (1,4%) que necessitaram de internação na Unidade Neonatal.

A seguir, os dados das Tabelas 13 e 14 apontam o Boletim de Apgar e o peso dos recém-nascidos das mulheres atendidas no CPN-CM.

Tabela 13 - Distribuição dos recém-nascidos de mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o Boletim de Apgar. São Paulo, 2003-2006. (n=991)

Boletim de Apgar	Tempo decorrido após o nascimento			
	1º minuto		5º minuto	
	n	%	n	%
1 a 6	4	0,4	1	0,1
≥ 7	977	98,6	980	98,9
Ignorado	10	1,0	10	1,0
Total	991	100	991	100

Com relação ao Boletim de Apgar, os recém-nascidos apresentaram índice maior ou igual a sete em proporção acima de 98%, tanto no primeiro quanto no quinto minuto de vida.

Tabela 14 - Distribuição dos recém-nascidos de mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o peso. São Paulo, 2003-2006. (n= 991)

Peso RN	N	%
1500 – 2000	1	0,1
2000 – 2500	24	2,4
2500 – 3000	246	24,8
3000 – 3500	474	47,9
3500 – 4000	198	20,0
4000 – 5000	28	2,8
Ignorado	20	2,0
Total	991	100

A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.221,4 gramas e desvio-padrão de 392,9 gramas, com 28 (2,8%) acima de 4.000 gramas, peso mínimo de 1.940 gramas e máximo de 4.775 gramas. A faixa de peso entre 2.500 g e 3.500 g totalizou 720 (72,7%) neonatos.

4.9 TEMPO MÉDIO DE INTERNAÇÃO

A Tabela 15 aponta o tempo médio de internação das mulheres atendidas no CPN-CM.

Tabela 15 - Tempo médio de internação entre o dia do nascimento e o dia de alta das mulheres atendidas no CPN-CM, segundo o ano de internação. São Paulo, 2003-2006.

Ano de Internação	n	Média	IC (95%)	
			Limite Inferior	Limite Superior
2003	309	20,5	19,8	21,3
2004	304	22,4	21,6	23,2
2005	151	30,9	30,0	31,9
2006	134	30,0	28,8	31,2
Total	898*	24,3	23,8	24,8

*Noventa e três casos sem informação

Ao longo do tempo, percebeu-se que houve um aumento do tempo médio de internação, estabilizando-se em torno de 30 horas. Considerando o tempo médio de 30 horas, foram encontradas 209 mulheres com tempo superior a essa média. Vale ressaltar que foram excluídos os casos em que os recém-nascidos foram removidos.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados, apresentados a seguir, tem como foco a prática baseada em evidências científicas, sendo um fator importante na caracterização da assistência ao parto.

Na publicação “Assistência ao parto normal: um guia prático”, a OMS indica a enfermeira obstétrica como a profissional mais adequada para a assistência à gestante e ao parto normal, em razão de menor custo, ser menos intervencionista e ter a capacidade de reconhecer e avaliar os riscos para o binômio mãe-filho (OMS, 1996). O acompanhamento contínuo do trabalho de parto de baixo risco por enfermeiras obstétricas reduz as taxas de cesarianas, aproximando-se do índice de 15% preconizado pela OMS (Brasil, 2008).

Por outro lado, o contexto mundial da assistência obstétrica impulsiona o movimento de reflexão crítica, questionando o modelo intervencionista. Alguns eventos ocorreram, no Brasil e em outros países, com o objetivo de melhorar a qualidade da assistência ao parto e os indicadores de saúde materna e perinatal e, também, promover um cuidado centrado no protagonismo das mulheres e suas famílias (Diniz, 2005).

No período de 2000 a 2002, a experiência positiva da Casa de Parto de Sapopemba (CPS) forneceu subsídio à política do Ministério da Saúde para ampliar o modelo de Casas de Parto no Brasil. A ampliação desse modelo de assistência gerou um posicionamento contrário do profissional médico quanto a essa política governamental (Koiffman, 2006).

A inserção do profissional não médico na assistência ao parto e nascimento em ambiente extra-hospitalar gerou grande polêmica em nosso País, envolvendo os Conselhos Regional (CRM) e Federal de Medicina (CFM), que se mostraram contrários a esse tipo de assistência no Brasil

(Costa, Teixeira, 2004).

Esse movimento contrário às Casas de Parto no País culminou, em novembro de 2004, na Resolução do CFM que proibia médicos de prestar assistência em CPN extra-hospitalar e encaminhar mulheres para esses locais e exigia a notificação dos casos de remoção desses serviços (Koiffman, 2006).

Diante desse contexto, em dezembro de 2004, houve a mobilização de alguns profissionais da Casa de Parto de Sapopemba (CPS), aliados à Coordenadora Técnica do Programa da Saúde da Família (PSF) da Fundação Zerbini-Incor/HC/FMUSP, representantes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Seção São Paulo, Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo, CPN-CM e Casa Ângela, que constituíram o Fórum Permanente das Casas de Parto de São Paulo (Koiffman, 2006).

Em setembro de 2005, conforme referido na Introdução, ocorreu o Primeiro Encontro das Casas de Parto na cidade de São Paulo, que teve como objetivo promover a discussão a respeito desse local de assistência ao parto, entre os representantes das Casas de Parto, Ministério Público, ANVISA e Movimento de Mulheres.

No ano seguinte, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), no uso de suas atribuições legais e regimentais, normatizou a Resolução nº 305/2006⁷, que dispõe sobre a Regulamentação do Enfermeiro em CPN (Casas de Parto), levando em consideração o Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e utilizações estratégicas para qualificar e humanizar a atenção ao parto e nascimento.

A OMS refere que o local do parto deve ocorrer onde a mulher sinta

7 Resolução nº 305 de 25/04/2006, do Conselho Federal de Enfermagem.

segurança e no nível mais periférico, com assistência adequada, viável e segura (OMS, 1996).

O CPN-CM foi a segunda instituição no Brasil a implantar o modelo peri-hospitalar no âmbito do SUS, com o objetivo de fornecer atendimento a parturientes de baixo risco sob a responsabilidade de profissionais não médicos.

Ao longo do seu funcionamento, o CPN-CM passou por uma série de mudanças. Ao ser inaugurado, em 8 de março de 2002, a finalidade do serviço era que funcionasse como Casa de Parto “Casa de Maria”. Em setembro de 2005, a diretoria decidiu unificar o serviço com o HGIP. Assim, a Casa de Parto recebeu a denominação de CPN-CM e, a partir de então, ocorreram mudanças no protocolo de atendimento.

O diretor técnico do HGIP solicitou que a triagem das mulheres admitidas no CPN-CM fosse feita pelos ginecologistas em plantão no hospital. Nesse mesmo ano de 2005, também, ocorreu uma forte pressão do CRM e CFM, um pequeno número de médicos encaminhava as mulheres de baixo risco para o CPN-CM. Por isso, o CPN-CM continuou a atender às mulheres que procuravam diretamente o serviço.

Além disso, houve mudança no protocolo de medicação. A ocitocina somente poderia ser utilizada no quarto período clínico do parto e foi solicitado para não se utilizar Buscopan®, Plasil® e glicose, analgésico e ergometrina, todavia, as mulheres que precisassem dessas medicações deveriam ser transferidas para o centro de parto do HGIP.

Coincidentemente, no mesmo período, o berçário de alto risco do HGIP permaneceu com sua capacidade lotada, em razão da grande demanda da região e de cidades vizinhas, por isso a internação das mulheres em trabalho de parto diminuiu de forma acentuada, ao mesmo tempo em que acontecia a transferência das mesmas para outras instituições.

Por essas razões, houve uma queda gradativa do número de internação no CPN-CM nos anos de 2005 e 2006, conforme se observa nos dados da Tabela 1. Merece destacar que esse fato pode ser constatado pelos resultados encontrados, segundo os quais a maioria das mulheres, 505 (51,0%), não eram da área de abrangência do serviço (Tabela 2).

No início do funcionamento do CPN-CM, o tempo de internação da mulher era menor, pois a alta poderia ocorrer até 12 horas após o nascimento. Por esse motivo, era agendado um retorno para a coleta do exame de triagem neonatal, “teste do pezinho”, após 72h de vida. Em razão da mudança no protocolo de atendimento, a alta do binômio passou a ocorrer somente após a coleta do exame, ou seja, 48h de vida, o que levou ao aumento da permanência das mulheres no CPN-CM, sendo o tempo médio de internação de 30 horas (Tabela 15).

Ao mesmo tempo, houve uma diminuição do vínculo dessas mulheres com o CPN-CM. O retorno para coleta do PKU era importante, para verificar as condições da mulher e do recém-nascido no período pós-parto com relação à amamentação, icterícia, retorno à UBS e cuidado com o bebê, entre outros. Assim, houve a perda de um aspecto importante que diferenciava a Casa de Parto do hospital – a continuidade do cuidado no período puerperal.

Para Basile (2000), a política de alta precoce ainda não é muito difundida, apesar de apresentar algumas vantagens, como maior disponibilidade de leitos para a comunidade, menor risco de infecção por não se tratar de ambiente hospitalar e maior conforto por retornar para casa. Entretanto, os hospitais que adotam essa prática, necessitam certificar-se de que o papel educativo do alojamento conjunto foi cumprido (grupo de preparo para alta), sendo importante que a mulher e o recém-nascido tenham fácil acesso ao serviço e à consulta de retorno ambulatorial no hospital.

O presente estudo demonstrou que, de acordo com as características

sociodemográficas da população, esta é predominantemente jovem, com idade média de 23,6 anos; 269 (27,2%) têm até 19 anos, ou seja, encontram-se no período de adolescência (Tabela 2), e a maioria é nulípara, 459 (46,3%) (Tabela 3). Estes dados coincidem com outros estudos, (Rooks et al., 1989; Schneck, Riesco, 2006; Campos, Lana, 2007; Silva et al., 2008; Koiffman et al., 2009).

Estudo realizado por Yazaki (2003) verificou que, entre 1960 e 1980, a fecundidade no Estado de São Paulo, no grupo de 15 a 19 anos diminuiu de 93 para 74 nascimentos para cada mil mulheres desse grupo etário. Por outro lado, nos anos seguintes, a fecundidade das adolescentes apresentou um aumento, chegando a 86 por mil no final da década. A partir de 2000, as taxas vêm mostrando sinais de redução, registrando inclusive taxas inferiores às da década de 1980, chegando aproximadamente a 65 por mil, uma diminuição superior a 20% em menos 5 anos. O autor afirma, ainda, que o fenômeno da fecundidade elevada entre as adolescentes é característico de algumas realidades, sobretudo, da América Latina pois nos países da Europa ou da Ásia ele é bastante reduzido.

Para que ocorra o controle da fecundidade, faz-se necessário que o planejamento familiar seja integrante do atendimento à saúde, com ações preventivas e educativas, acesso às informações e meios de anticoncepção cientificamente aceitos. Desde 1988, o planejamento familiar no Brasil passou a ser um direito do cidadão (Vieira et al., 2005).

Quanto à escolaridade, a maioria 714 (72,1%) das mulheres deste estudo tinha entre 8 e 11 anos. Esta percentagem é muito superior aos achados de Schneck, Riesco (2006), de 46,5% e aos de Campos, Lana (2007), de 45,2%.

Estudo realizado por Nascimento, Gotlieb (2001) sobre os fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Guaratinguetá, SP, no ano de 1998, revelou que o grau de instrução materna tem associação estatisticamente significativa ($p < 0,01$),

com maior risco de baixo peso do recém-nascido nas camadas com menor nível de escolaridade.

Quanto à ocupação, embora grande parte das mulheres tivesse 8 ou mais anos de estudo, apenas 25,4% tinham trabalho remunerado. Esse resultado assemelha-se a outro estudo (Schneck, Riesco, 2006).

A gravidez na adolescência pode gerar problemas sociais como o desemprego, levar ao abandono dos estudos e, conseqüentemente, ao aumento do índice de pobreza. Esses agravos podem trazer conseqüências psicológicas e sócioeconômicas à mulher.

Lopes (2006) refere que a Constituição de 1988, ao estabelecer pela primeira vez, que os deveres e responsabilidades decorrentes da sociedade conjugal são igualmente de ambos os cônjuges, indicou uma mudança de paradigma do Direito do Trabalho que, antes, destinava-se a manter o lar como o lugar da mulher e, agora, destina-se a garantir a possibilidade efetiva de trabalhar fora do ambiente doméstico.

Os dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística apontam que, em 2000, o Brasil tinha 86,3 milhões de mulheres, que representavam boa parte da força de trabalho no País que acumulavam tarefas e passaram a chefiar um maior número de domicílios. O aumento da chefia entre as mulheres refletiu-se diretamente no rendimento familiar, para o qual a contribuição feminina cresceu quase 56% no último Censo. Na comparação com os homens, as mulheres chefiavam domicílios com melhores condições de saneamento básico; eram mais escolarizadas; viviam mais e representavam a maior parcela entre a população idosa no País (IBGE, 2006).

Neste estudo, foi encontrado que 114 (11,5%) mulheres são tabagistas e 8 (0,8%) utilizaram drogas ilícitas durante a gestação. Essa condição não foi considerada como fator potencial para prejuízo durante o parto pelas enfermeiras obstétricas que realizaram a triagem, embora seja referido como um fator de risco para complicações maternas e neonatais por

alguns autores (Neme, 2000a; Rezende, 2005a).

Por outro lado, Leal et al. (2004) encontraram uma porcentagem alta de gestantes tabagistas entre as usuárias do SUS (19,2%), quando comparadas às mulheres atendidas no setor privado (5,2%). Nesse mesmo estudo, as mulheres que consumiram drogas ilícitas durante a gestação corresponderam a 0,5%.

Estudo citado anteriormente detectou que o hábito de fumar durante a gestação foi um fator de risco para a remoção neonatal. Do ponto de vista assistencial, aponta a necessidade de um olhar cuidadoso para gestantes nessa situação; pois o tabagismo pode ser considerado um marcador de outras condições desfavoráveis que comprometem a segurança do atendimento, como por exemplo, o uso de álcool e drogas ilícitas (Koiffman et al., 2009).

Na Suécia, estudo realizado por Winbo et al. (2001), sobre fatores de risco maternos para natimorto e morte neonatal com causas específicas, verificou que o tabagismo materno parece agravar o descolamento prematuro da placenta (DPP) e o risco de morte na presença de (DPP) aumenta quando a mãe é fumante (OR=1,74; 95% IC 1,45-2,08). Os autores citam, ainda, que o tabagismo durante a gravidez pode acarretar complicações perinatais, como restrição de crescimento intrauterino.

Em relação ao número de consultas de pré-natal, a maioria das mulheres, 739 (74,6%), realizou entre 4 e 6 consultas, atendendo ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). Merece comentar que 2 (0,2%) mulheres não realizaram nenhuma consulta de pré-natal. Esses dados assemelham-se ao estudo de Leal et al. (2004).

Para Koiffman, Bonadio (2005), a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para redução da mortalidade materna e perinatal. Garantir assistência adequada significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação visando ao bem-estar da gestante e seu conceito, além de orientar para evitar problemas específicos do parto ou mesmo

determinados cuidados imediatos ao recém-nascido.

Quando as gestantes frequentam serviços de assistência pré-natal, seus filhos apresentam melhor crescimento intrauterino, menos doenças e menor índice de mortalidade perinatal e infantil (Halpern et al., 1998).

Em relação às condições obstétricas na admissão, a maioria das mulheres, 525 (53,0%), apresentava dilatação entre 5 e 9 cm e 43 (4,3%) delas foram internadas no período expulsivo. Essa procura pelo serviço em fase adiantada do trabalho de parto pode refletir o desejo da mulher por segurança, ao ter o local definido para dar à luz, sem precisar procurar várias maternidades, pela falta de vagas no momento da internação. Além disso, as mulheres recebem orientação do serviço, durante as consultas de acompanhamento, que lhes permite reconhecer os sinais e sintomas do trabalho de parto. Também, após a abertura do plano de parto, as gestantes podem fazer contato telefônico com o CPN-CM, para esclarecer suas dúvidas.

O manual do MS (2001) cita que “não existe um momento ideal” para internar a gestante em trabalho de parto. Apesar disso, é desejável a internação na fase ativa, ainda que algumas gestantes possam se beneficiar da internação mais precoce, ainda na fase latente, como aquelas que têm dificuldade de acesso ao local do parto. Por outro lado, existem mulheres que não dispõem de apoio familiar para permanecer em casa durante essa fase do trabalho de parto e que, também, não desejam permanecer sozinhas nesse momento.

A internação precoce da gestante traz riscos à mãe e ao bebê, pois resulta em intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, como a rotura precoce das membranas ovulares, o uso de ocitocina, a estafa materna, podendo, ao final, levar à cesariana, para corrigir tudo o que foi iniciado de modo inadequado (Silva et al., 2008).

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane com 209 mulheres, cujo objetivo foi avaliar o momento da admissão na sala de parto, concluiu que as

mulheres que são internadas na fase ativa do trabalho de parto, permaneceram menos tempo na sala de parto, receberam menos ocitocina (*Odds Ratio* 0,45; 95% IC 0,25-0,80) e analgesia intraparto (*Odds Ratio* 0,36; 95% IC 0,16-0,78) do que as mulheres que foram internadas na fase latente. A conclusão dos autores é que a admissão das mulheres na fase ativa do trabalho de parto pode beneficiar a gravidez a termo (Lauzon, Hodnett, 2008).

Neste estudo, os resultados apontaram que a amniotomia foi realizada em 479 (62,6%) das parturientes e, para indicar esse procedimento, a dilatação cervical média foi de 8,2 cm (Tabela 4). Em outros estudos, a frequência de amniotomia foi de 32,4% em ambiente extra-hospitalar e de 75,1% em centro de parto intra-hospitalar, onde os cuidados são realizados por enfermeiras obstétricas (Rooks et al., 1989; Schneck, Riesco, 2006).

A amniotomia é um procedimento utilizado na prática moderna da obstetrícia com o objetivo de acelerar as contrações uterinas e reduzir a duração do período de dilatação. É recomendada por algumas escolas médicas como parte da abordagem do manejo ativo do trabalho de parto, que consiste em realizar esse procedimento e, também, na administração da ocitocina. No entanto, existem dúvidas quanto a seus efeitos adversos sobre as mulheres e recém-nascidos (Smyth, Alldred, Markham, 2008).

Na revisão da Biblioteca Cochrane sobre amniotomia para redução do tempo em trabalho de parto que envolveu 4.983 mulheres, constatou-se que essa prática não diminui a duração do trabalho de parto (diferença média ponderada 20,43 minutos; 95% IC 95,93-55,06 minutos), que não houve diferença no Boletim de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida [Risco Relativo (RR) 0,55; 95% IC 0,29-1,05] e que a prática está associada ao maior risco de cesariana, embora sem diferença significativa (RR 1,26; 95% IC 0,98 a 1,62) (Smyth, Alldred, Markham, 2008).

A amniotomia é justificada apenas quando não há outro meio de se

averiguar o comprometimento da vitalidade fetal (por exemplo, pela visualização da coloração do líquido amniótico, que pode estar claro ou tinto de mecônio) ou quando a ruptura das membranas não ocorre espontaneamente, isto é, quando a dilatação é maior que 8 centímetros e o colo apresenta espessura média ou fina (Neme, 2000b).

Merece comentar que uma possibilidade para avaliar a coloração do líquido amniótico é através da amnioscopia, que é feita na CPN-CM quando a gestante é avaliada na consulta ou durante o trabalho de parto, se tiver indicação.

Segundo a OMS (1996), não se pode concluir que a amniotomia resulte em vantagem em relação ao manejo expectante ou o contrário, contudo, no trabalho de parto normal deveria existir um motivo claro para justificar esse procedimento.

No atual estudo, durante o trabalho de parto, o exame vaginal foi realizado entre uma e três vezes em 84,5% das mulheres com mediana de dois. Para OMS (1996), este procedimento, deve ser limitado ao estritamente necessário; durante o primeiro estágio do trabalho de parto, um toque vaginal a cada 4 horas, em geral, é suficiente. Se o trabalho de parto ocorrer sem problemas, será possível, eventualmente, fazer um único exame, que confirmaria a presença efetiva de dilatação cervical.

Segundo Neme (2000b) e Rezende (2003), o número de toques vaginais deve ser reduzido ao mínimo necessário, sendo esse procedimento uma das causas de infecção puerperal. Há outras maneiras de se avaliar a evolução da dilatação cervical, como aspecto das secreções vaginais e queixas da parturiente.

Com relação à monitorização eletrônica fetal, foi observado que 825 (83,3%) mulheres realizaram esse controle no momento da admissão. Essa prática foi utilizada rotineiramente no momento da admissão, e, caso fosse detectada qualquer anormalidade nos batimentos cardíofetais, a parturiente era transferida para o HGIP.

A MEF foi realizada em 45 (4,5%) mulheres durante o trabalho de parto, com dilatação cervical média para esse procedimento de 6,6 cm (95% IC 6,0-7,2).

A cardiotocografia fetal conhecida também por monitorização eletrônica fetal registra as variações da frequência cardíaca fetal e sua relação temporal com contrações uterinas, com o objetivo de identificar hipoxia fetal. O batimento cardíaco do bebê pode ser controlado também, de modo intermitente, usando o estetoscópio fetal de Pinard ou o Sonnar Doppler. A cardiotocografia restringe as mulheres de se movimentarem durante o trabalho de parto, impossibilitando posições alternativas ou mesmo práticas de conforto como o banho (Zarko, Declan, Gillian, 2008).

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane que envolveu 18.561 mulheres com gestação de baixo e alto risco na Europa e Austrália verificou uma diminuição estatisticamente significativa de convulsões neonatais associada com a MEF de rotina (RR 0,51; 95% IC 0,32-0,82). No entanto, não foram observadas diferenças significativas nos escores de Apgar, taxa de admissões em unidades de terapia intensiva neonatal, mortes perinatais ou paralisia cerebral. Um aumento associado à utilização da MEF foi observado na taxa de cesariana (RR 1,41; 95% IC 1,23-1,61) e no parto vaginal operatório (RR 1,20; 95% IC 1,11-1,30) (Thacker, Stroup, Chand, 2008).

Estudos que compararam a ausculta e o monitoramento fetal eletrônico, verificaram que tanto a taxa de cesarianas como a de partos vaginais operatórios, foram mais elevadas nos grupos com monitoramento eletrônico. Concluem que existem poucas evidências de que o grande número de intervenções nas mulheres submetidas a MEF tenha resultado em benefícios para os recém-nascidos (OMS, 1996).

Quanto ao controle da frequência cardíaca fetal (FCF) durante o trabalho de parto, este estudo encontrou mediana de 3. O controle rigoroso da FCF durante o trabalho de parto assegura a adoção de medidas

apropriadas para garantir o nascimento de uma criança em boas condições. Na fase latente do trabalho de parto e no início da fase ativa, esse cuidado pode se feito a cada 60 minutos, reduzindo-se esse intervalo para 30 minutos, conforme progride a fase ativa do trabalho de parto (Brasil, 2001).

As investigações referentes às taxas de episiotomia apontam variações, dependendo do local da assistência, paridade e política institucional. Neste estudo, a condição perineal observada com maior frequência foi períneo íntegro 418 (42,2%), seguida de episiotomia 246 (24,8%), laceração espontânea de primeiro grau 222 (22,4%) e de segundo grau 72 (7,3%). Não foi encontrado nenhum caso de laceração de terceiro e quarto graus.

Trabalho citado anteriormente constatou menor proporção de períneo íntegro (25,5%), maiores índices de lacerações de primeiro grau (35,8%) e segundo grau (12,2%) e resultados semelhantes de episiotomia (26,5%), em um CPN intra-hospitalar (Schneck, 2006). Estudo realizado por Basile (2000) nessa mesma maternidade, encontrou taxa de 33,6% de episiotomia entre as primigestas.

Com base na classificação das práticas relacionadas ao parto normal da OMS, o uso rotineiro da episiotomia está classificado como *claramente prejudicial ou ineficaz e deve ser eliminada* (OMS, 1996).

Em três diferentes países, foram realizados quatro estudos no intervalo de 14 anos, as taxas de parto vaginal foram maiores nas Casas de Parto. As porcentagens de episiotomia em CPN foram menores comparadas aos hospitais, com 5% versus 18,9% no Reino Unido, 15,7% versus 54,8% nos Estados Unidos da América e de 47,2% versus 78,1% na Alemanha, respectivamente (Walsh, Downe, 2004).

O estudo de Jackson et al. (2003), que comparou mulheres atendidas em CPN e de maternidade tradicional, observou menores índices de episiotomia no CPN (13,1% contra 37,8%).

Pesquisa realizada, em Estocolmo (Suécia), por Waldenström, Nilsson (1997) que comparou o cuidado prestado entre o CPN e uma maternidade-padrão durante o trabalho de parto, observou-se que as mulheres do CPN utilizaram mais posições alternativas, tiveram trabalho de parto mais longo e não apresentaram diferenças nas taxas de lacerações perineais. Os resultados indicam que o cuidado prestado no CPN é tão seguro quanto à assistência oferecida na maternidade.

Estudo descritivo, realizado em um CPN na cidade de São Paulo, verificou taxa de episiotomia de 58,4% entre as mulheres sem partos vaginais anteriores, em contraposição à taxa de 18,6% entre aquelas com partos vaginais anteriores, concluindo que o parto vaginal prévio protege o períneo desta intervenção (Silva et al., 2008).

Em revisão sistemática da Biblioteca Cochrane sobre episiotomia no parto vaginal, observou-se que o uso restrito de episiotomia resultou em menos trauma perineal (RR 0,67; 95% IC 0,49-0,91), menos sutura (RR 0,71; 95% IC 0,61-0,81) e menos complicações na cicatrização (RR 0,69; 95% IC 0,56-0,85). Não houve diferença no que diz respeito à dor perineal, dispareunia (RR 1,02; 95% IC 0,90-1,16) e incontinência urinária (RR 0,98; 95% IC 0,79-1,20). No entanto, a restrição da utilização aumentou o risco de trauma perineal anterior (Carolli, Belizán, 2008).

Os profissionais devem buscar práticas alternativas para prevenir o trauma perineal, considerando a magnitude da morbidade nessa região. Dentre as práticas empregadas com a finalidade de proteção do períneo, estão incluídas: puxo espontâneo, compressa quente na região perineal, massagem perineal com lubrificante, conduta expectante no desprendimento do polo cefálico e posições vertical e lateral durante o expulsivo (Sampselle, Hines, 1999; Albers et al., 2005; Albers, Borders, 2007; Gupta, Hofmeyr, Smyth, 2008).

Os dados da Tabela 6 demonstram que entre as práticas medicamentosas mais utilizadas, foi o analgésico pós-parto, totalizando 194

(19,6%) casos nos 3 anos. A administração endovenosa de Buscopan® (butilbrometo de escopolamina), associado ao Plasil® (metoclopramida) e à Glicose foi empregada em poucas mulheres deste estudo 27 (2,7%). Embora essa prática nunca estivesse incluída no protocolo de assistência do CPN-CM, seu uso, provavelmente, deve-se ao fato de as enfermeiras terem como hábito empregá-lo no atendimento da parturiente intra-hospitalar, mesmo sem evidência sobre seus benefícios; pois esse procedimento é relativamente comum nas maternidades que o utilizam para facilitar o esvaecimento do colo uterino.

Por outro lado, no período pós-parto, observou-se que 26 (2,6%) das mulheres fizeram uso de ergometrina. Esses dados podem estar relacionados ao fato de que cinco puérperas necessitaram de extração manual da placenta e de que 50 (5,1%) apresentaram sangramento aumentado após o parto (Tabela 5).

Os achados do presente estudo demonstraram que houve uma queda gradativa no uso da ocitocina no primeiro período clínico do parto e um aumento significativo no quarto período, ao longo dos 4 anos analisados. O aumento do uso da ocitocina no quarto período do parto deveu-se à incorporação do protocolo de emergências obstétricas do *Advanced Life Support in Obstetrics* (ALSO), no CPN-CM, que preconiza a administração intramuscular de dez unidades de ocitocina, após o desprendimento do ombro anterior do neonato. É uma medida para prevenção de hemorragia no quarto período do parto.

A infusão endovenosa de ocitocina pode ocasionar taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação uterina e até rotura uterina, com consequente redução da perfusão sanguínea e sofrimento fetal agudo, além de restringir o movimento da parturiente (Brasil, 2001).

A utilização rotineira, além de interferir no curso natural do parto, foi relacionada, por alguns estudos, a uma experiência mais dolorosa durante o trabalho de parto (OMS, 1996).

Estudo randomizado realizado na Inglaterra com o objetivo de avaliar o uso precoce da ocitocina e o índice de cesariana, concluiu que entre as nulíparas com trabalho de parto disfuncional, o uso precoce da ocitocina não reduziu a cesariana, mas diminuiu consideravelmente os partos vaginais operatórios (Hinshaw et al., 2008).

Estudos conduzidos em CPN intra-hospitalar no Brasil, citados anteriormente, encontraram prevalências duas vezes maior (46,4% e 44,5%) ao observado na atual pesquisa (Rocha, 2005; Schneck, Riesco, 2006, respectivamente).

Os dados das Tabelas 8 e 9 indicaram que as mulheres permaneceram com acompanhantes de sua escolha em (616) 92,2% dos casos, sendo a maioria o companheiro 327 (51,7%).

A presença do acompanhante pode proporcionar bem-estar físico e emocional à mulher. Os efeitos do suporte à mulher estão associados à redução da cesariana, uso de ocitocina, duração do trabalho de parto, diminuindo, também, a utilização de analgesia e medicação para dor e aumento da satisfação materna (Brüggemann, Osis, Parpinelli, 2007).

A OMS recomenda o livre acesso de um acompanhante, de escolha da parturiente, no parto e puerpério (OMS, 1996). Essa foi umas das recomendações baseadas da revisão do conhecimento para a prática de bem-estar da parturiente (Rede Feminista de Saúde, 2004).

O estudo brasileiro sobre “Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate” verificou que a presença do acompanhante foi um fator que contribuiu para a satisfação da assistência recebida durante o trabalho de parto e parto (Domingues, Santos, Leal, 2004).

A Lei Estadual nº 10.241/1999⁸ concede o direito à presença de um

8 Lei Estadual nº 10.241/1999 permite a presença de acompanhante.

acompanhante de sua escolha no momento do parto. Mais recentemente, a Lei Federal nº 11.108⁹ garantiu às parturientes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) aponta que o acompanhante esteve presente em menos de 10% dos partos no SUS e em 35% no sistema privado (Berquó, Garcia, Lago, 2009).

Segundo o Guia Prático de Assistência ao Parto Normal da OMS, entre os métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto para reduzir a sensação dolorosa estão: o banho de chuveiro ou de imersão, a movimentação, a mudança de posição e a deambulação, além de outras intervenções (OMS, 1996).

Ao Analisar a Tabela 7, verificou-se que a prática de conforto mais utilizada durante o trabalho de parto foi o banho de chuveiro com 461 (71,0%), seguido pela deambulação com 306 (47,6%), massagem 190 (29,8%) e o banho de imersão 141 (21,9%).

Os estudos que avaliaram práticas durante o trabalho de parto não fazem referência sobre a prevalência do emprego de banho de chuveiro, movimentação e deambulação no trabalho de parto. Acredita-se que isto provavelmente ocorra, pois essas práticas já estão incorporadas nos países onde o modelo assistencial preserva a fisiologia do parto e evita outras intervenções desnecessárias (Rocha, 2005).

A revisão sobre as características da assistência em centros de parto extra-hospitalares de países desenvolvidos, realizada pelo National Epidemiology Perinatal Unit, no Reino Unido, não apresentou dados em relação a tais práticas (Stewart et al., 2004).

9 Lei Federal nº 11.108 /2005 permite a presença de acompanhante

Os resultados do atual estudo, considerando o somatório dos dois tipos de banho (92,9%), foram similares aos apresentados por Basile (2000), que encontrou o banho de aspersão, sendo empregado em 98,1% e a deambulação em 92,3% das parturientes. Dados praticamente semelhantes, também, foram observados na pesquisa sobre práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto, segundo o partograma com linhas de alerta e ação, constatando que 88,0% das mulheres fizeram uso do banho e 88,0% de deambulação (Rocha, 2005).

Para Silva, Oliveira, Nobre (2007), há necessidade de aliviar a dor e a ansiedade da parturiente, uma vez que estes mecanismos podem prejudicar o feto e afetar a progressão fisiológica do trabalho de parto. Para os autores, o uso de métodos não farmacológicos, como o banho de imersão, no alívio da dor durante o trabalho de parto tem as vantagens de reduzir e postergar o emprego de fármacos no controle da dor, proporcionar condições para a colaboração ativa da parturiente e permitir maior participação do acompanhante.

Gardosi (2000) realizou um estudo com o objetivo de analisar a influência da posição da mulher durante a evolução do trabalho de parto e o grau de bem-estar do feto. Observou-se que, quando a mulher deambula durante o período de dilatação, ocorre diminuição da duração do trabalho de parto. A contratilidade uterina torna-se mais eficiente, provavelmente, dado à descompressão de grandes vasos abdominais o que favorece a oxigenação adequada da musculatura uterina. Neste sentido, a contração uterina eficiente pode diminuir o uso da ocitocina. A deambulação tem ainda um efeito benéfico para o feto, pois foi verificada maior porcentagem de registros de FCF normais no grupo de mulheres que deambulou.

Assim, essas práticas promovem a oportunidade de tirar a mulher da inércia do leito e estimulá-la a deambular, banhar-se ou movimentar-se e isto pode ser uma estratégia aos serviços que buscam a mudança das características da assistência (Rocha, 2005).

A justificativa da deambulação e da movimentação da mulher é que são estímulos ao trabalho de parto e ambos favorecem a descompressão dos grandes vasos – aorta abdominal e veia cava inferior, aumentando o fluxo sanguíneo uterino e promovendo contrações uterinas mais eficazes (OMS, 1996; Rezende, 2005b).

No CPN-CM, procura-se oferecer as práticas de conforto à mulher, como alternativas para amenizar a dor, mas sem a imposição das mesmas. Não é um protocolo a ser seguido, e sim práticas que são oferecidas como medida de conforto, sendo de sua livre escolha realizá-las ou não.

O achado dessa pesquisa quanto à média de peso do recém-nascido foi de 3.221,4 gramas, valores equivalentes às médias observadas nos trabalhos de Schneck (2004) e Rocha (2005) que foram 3.152 gramas e 3.225 gramas, respectivamente.

Quanto ao desconforto respiratório, encontrou-se 15 (1,5%) casos e 14 (1,4%) recém-nascidos foram internados na Unidade Neonatal. Em relação ao mecônio visualizado no momento da expulsão, constatou-se índice de 79 (7,9%).

Com relação ao Boletim de Apgar, tanto no primeiro como no quinto minuto, os recém-nascidos apresentaram índice maior ou igual a sete em proporção acima de 95%, estes dados foram semelhantes aos de outros estudos (Schneck, Riesco, 2006; Campos, Lana, 2007; Silva et al., 2008).

Estudo realizado por Roberts, Sward (2000), com o objetivo de descrever os resultados clínicos de um centro de parto, na cidade de Salt Lake, detectou 1 (0,5%) caso de aspiração meconial, 3 (1,5%) casos de taquipneia transitória e 5 (2,5%) de desconforto respiratório. Houve 4% (8/220) de transferências de recém-nascidos para o hospital. Quatro dos neonatos transferidos apresentaram Apgar de quinto minuto igual ou inferior a sete.

Estudo citado anteriormente encontrou taxa de remoção e mortalidade

neonatal similar ou inferior aos estudos internacionais, sendo um importante indicador da qualidade do atendimento nesse modelo de assistência (Koiffman et al., 2009).

No CPN Dr. David Capistrano da Costa Filho, em Belo Horizonte, foi realizado um estudo por Campos, Lana (2007), com 2.117 mulheres que encontrou taxa de transferência para Centro de Tratamento Intensivo Neonatal (CTI) de 1,2% e índice de Apgar abaixo de sete no quinto minuto de 1%. O desconforto respiratório foi a principal causa para admissão dos bebês no CTI. A mortalidade neonatal corrigida foi de 2:1.000 nascidos vivos.

Resultados semelhantes foram observados neste estudo que constatou 14 (1,4%) neonatos que necessitaram de internação na Unidade Neonatal.

Estudo retrospectivo realizado em CPN com gestantes de baixo risco para avaliar a morbidade neonatal grave, encontrou 29,8% de desconforto respiratório e 15,3% de sofrimento fetal agudo (Gay et al., 2007).

Na assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de enxugar, aquecer, avaliar e entregá-lo à mãe para um contato íntimo e precoce. Todos os procedimentos habituais como pesar, aplicação intramuscular de Vitamina K e de colírio de nitrato de prata, entre outros, devem ser realizados após contato da mãe com seu filho. As recomendações para evitar intervenções desnecessárias com os cuidados dos recém-nascidos de baixo risco são observadas no CPN-CM, o que justifica as baixas taxas de manipulação dos bebês imediatamente após o nascimento (Brasil, 2001).

O método de Credé deve ser realizado na primeira hora de vida do recém-nascido, conforme Decreto nº 9.713⁹. O contato físico precoce entre mãe e filho tem extrema importância na visão humanizada de cuidados ao

9- Decreto nº 9713 de 19/04/1977 que institui a aplicação do Nitrato de Prata a 1% no Estado de São Paulo para a profilaxia da oftalmia neonatal gonocócica.

bebê ainda na sala de parto. A separação desnecessária entre mãe e filho pode prejudicar o aleitamento materno e o vínculo com o bebê (Cruz, Sumam, Spíndola, 2007).

Na última revisão da Biblioteca Cochrane sobre assistência realizada em centros de parto anexos ou intra-hospitalares, que incluiu seis estudos aleatorizados ou quase-randomizados com 8.677 mulheres, foram observadas menores taxas de intervenções, tais como, analgesia e anestesia (RR 1,03), episiotomia (RR 0,85), infusão de ocitocina (RR 0,81), cesariana (RR 0,85) e maior satisfação das mulheres quando comparadas com aquelas atendidas nos hospitais. No entanto, houve uma tendência ao aumento da mortalidade perinatal (RR 1,83). Concluem que os cuidadores e clientes devem estar atentos a quaisquer sinais de complicação (Hodnett et al., 2008).

CONCLUSÕES

6 CONCLUSÕES

Esse estudo, realizado com 991 prontuários de mulheres atendidas no CPN-CM, no período de 2003 a 2006, permitiu as conclusões que se seguem.

Características sociodemográficas:

- 55,4% das mulheres tinham entre 20 e 29 anos e 27,2% menos de 19 anos, com média de 23,6 anos e desvio-padrão de 5,6 anos;
- 72,1% das mulheres tinham entre 8 e 11 anos de estudos;
- 58,4% das mulheres vivem com o companheiro;
- 73,8% das mulheres não exerciam atividade remunerada;
- 11,5% das mulheres eram tabagistas e 0,8% fizeram uso de drogas ilícitas durante a gestação;
- 51,0% das mulheres não faziam parte da área de abrangência.

Condições obstétricas na admissão

- 46,3% eram nulíparas e 53,6% tinham um ou mais partos anteriores;
- 74,6% das mulheres realizaram entre quatro e seis consultas de pré-natal e 0,2% não tiveram assistência pré-natal;
- 22,7% das mulheres realizaram quatro ou mais consultas no CPN-CM;

- 53,0% das mulheres estavam com dilatação entre 5 e 9 cm no momento da admissão e 4,3% internaram no período expulsivo;
- 77,2% das mulheres internaram com membranas ovulares íntegras;
- 83,3% das mulheres realizaram monitorização eletrônica fetal, no momento da admissão.

Práticas utilizadas no trabalho de parto e parto

- 4,5% das mulheres realizaram monitorização eletrônica fetal durante o trabalho de parto;
- A amniotomia foi realizada em 62,6% das 765 mulheres admitidas com membranas íntegras;
- O exame vaginal teve uma mediana de dois procedimentos por mulher;
- A mediana do controle de BCF durante o trabalho de parto foi de três controles por mulher.

Condições maternas no parto

- 42,2% das mulheres apresentaram períneo íntegro, 24,8% de episiotomia, laceração de primeiro grau 22,4% e de segundo grau 7,3%;
- 0,5% das mulheres tiveram dequitação manual da placenta;
- 5,0% das mulheres apresentaram sangramento aumentado no pós-parto.

Práticas medicamentosas utilizadas no trabalho de parto e pós-parto

- 2,7% das mulheres utilizaram Buscopan®, Plasil® e glicose durante o trabalho de parto;
- 2,6% das mulheres utilizaram ergometrina;
- 19,6% das mulheres utilizaram analgésico.
- Houve uma queda gradativa no uso da ocitocina no primeiro período clínico do parto e um aumento no quarto período.

Práticas de conforto utilizadas no trabalho de parto classificadas

- 13,6% das mulheres utilizaram banquinho de parto;
- 47,6% realizaram a deambulação;
- 29,8% receberam a massagem;
- 18,1% utilizaram a bola suíça;
- 21,9% das mulheres utilizaram o banho de imersão;
- 71,0% das mulheres utilizaram o banho de aspersão.

Presença de acompanhante no trabalho de parto e parto

- 92,2% das mulheres tinham um acompanhante durante o trabalho de parto, sendo, na maioria das vezes, o companheiro 51,7%.

Práticas utilizadas na assistência ao recém-nascido

- 9,3% dos recém-nascidos tiveram aspiração das vias aéreas superiores;
- 1,8% tiveram aspiração gástrica;
- 3,0% tiveram lavagem gástrica;
- 3,4 % utilizaram oxigênio;
- 0,1% utilizou O₂ por ventilação por pressão positiva;
- Nenhum recém-nascido necessitou de entubação orotraqueal.

Condições perinatais no parto

- 7,9% apresentaram mecônio no período expulsivo;
- 7,5% apresentaram bossa serossanguínea;
- 0,1% apresentou fratura de clavícula;
- 1,5% apresentaram desconforto respiratório;
- 3,5% receberam complemento alimentar;
- 1,4% foram transferidos à Unidade Neonatal;
- Boletim de Apgar, maior ou igual a sete no primeiro minuto de vida 98,6% e 98,9% no quinto minuto;
- O peso médio foi de 3.221,4 gramas, desvio-padrão de 392,9 gramas, com peso mínimo de 1.940g e o máximo de 4.775g.

Tempo médio de internação

- O tempo médio de internação de internação foi de 30 horas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como finalidade apresentar a caracterização da assistência ao parto e nascimento em Centro de Parto Normal Peri-Hospitalar. É um modelo de assistência que tem apresentado bons resultados maternos e neonatais, sendo uma alternativa segura e um modelo menos intervencionista que pode auxiliar no resgate da fisiologia do parto e nascimento.

O emprego de algumas medicações foi abandonado, segundo orientação da coordenação técnica no decorrer do funcionamento do serviço. Antes da exclusão desta prática, seu uso já era muito baixo. O fato de o parto ser assistido em ambiente fora do hospital (extra-hospitalar) requer a promoção da fisiologia, como pressuposto da assistência e a definição de protocolos restritos à admissão das mulheres. Estes dois aspectos funcionam como fatores importantes para garantir a segurança de mulheres e bebês atendido em ambientes fora do hospital.

A enfermeira obstétrica ou obstetriz como profissional responsável pela assistência ao parto de baixo risco é condição importante para que a assistência ao parto esteja sujeita a menos intervenções e seja feito o uso adequado da tecnologia. A prática deste profissional tem como pressuposto o respeito à fisiologia.

Os investimentos realizados pelo Ministério da Saúde no financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, para capacitar novos profissionais e na formação da primeira turma do curso de Obstetriz da Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH – USP-Leste), são meios que irão contribuir e colaborar para a transformação do atual modelo de assistência.

A proximidade do CPN-CM com o hospital oferece vantagens, tais

como a rapidez com que os recursos podem ser utilizados. Outro fato importante é a facilidade com que as remoções podem ser feitas.

No entanto, esta mesma proximidade faz com que o serviço tenha de se adequar a protocolos hospitalares, como alta 48 horas após o parto e a exclusão do retorno da puérpera e do recém-nascido para avaliação e orientação.

As instalações e a equipe permanecem também subutilizadas, visto que haveria capacidade para atendimento de, pelo menos, o dobro do número de partos que o CPN-CM atende atualmente. Um contato maior entre a equipe de obstetras e neonatologistas do hospital com as enfermeiras do CPN-CM poderia facilitar o encaminhamento das gestantes de baixo risco que procuram o HGIP e são encaminhadas para outros hospitais a mais de 50 quilômetros de distância.

A questão da cooperação entre as diferentes categorias profissionais e um maior esclarecimento das mulheres a respeito dos atendimentos prestados no CPN-CM são essenciais para a utilização do serviço, como estratégia de saúde pública, para diminuição das taxas de cesariana e maior satisfação das mulheres e suas famílias com o parto e nascimento.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Albers L, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):246-53.

Albers L, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50(5):365-72.

Basile ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquada [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2000.

Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [texto na Internet]. Brasília: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2009. [citado 2009 fev. 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf

Bétran AP, Merialdi M, Lauer JA, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P, Wagner M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2007;21(2):98-113.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM, de 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal - CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde [legislação na Internet]. Brasília; 1999. [citado 2007 ago. 17]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília; 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil. Assistência institucional ao parto, puerpério e ao recém-nascido. Brasília; 1991.

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41(1):44-52.

Burgos R. Itaim Paulista: 20, 50 ou 400 anos? *Jornal do Bairro do Itaim*

Paulista [periódico na Internet]. [citado 2009 fev. 9]. Disponível em: <http://www.itaimpaulista.com.br/portal/index.php?secao=historia>

Campbell R, Macfarlane A, Hemsall V, Hatchard K. Evaluation of midwife-led care provided at the Royal Bournemouth Hospital. *Midwifery*. 1999;15(3):183-93.

Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho. *Cad Saúde Pública*. 2007 23(6):1349-59.

Carrolli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane). En: *La Cochrane Plus*, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software.

Costa SHAM, Teixeira GL. Casas de Parto: polêmica entre médicos e enfermeiros. *Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo*. 2004;1:4-7.

Cruz DCS, Sumam NSS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao Recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4):690-7.

David M, Schwarzenfeld HK, Dimer JAS, Kentenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *Int J Gynecol Obstet*. 1999;65(2):149-56.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37.

Domingues RMSM, Santos SEM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Suppl 1:S52-S62.

Eakins PS. Free-standing birth centers in California: Program and Medical Outcome. *J Reprod Med*. 1989;34(2):960-70.

Fullerton JT, Jackson D, Snell BJ, Besser M, Dickinson C, Garite T. Transfer rates from free-standing birth centers: a comparison with the National Birth Center Study. *J Nurse Midwifery*. 1997;42(1):9-16.

Fullerton JT, Severino R. In-hospital care for low-risk childbirth: comparison with results from the National Birth Center Study. *J Nurse Midwifery*. 1992;37(5):331-40.

Gay S, Ferdinus C, Sagot P, Gouyon JB. What are the neonatal risks in low risk pregnancies: place of paediatric organisation in birth centers development? *Arch Pediatr*. 2007;14(10):1174-7.

Gordosi J. Posição materna no segundo estágio do parto. In: Sabatino H,

Dunn PM, Caldeyro-Barcia R. Parto humanizado: formas alternativas. Campinas: UNICAMP; 2000. p. 115-38.

Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. Cad Saúde Pública. 1998;14(3):487-92.

Hinshaw K, Simpson S, Cummings S, Hildreth A, Thornton J. A randomized controlled trial of early versus delayed oxytocin augmentation to treat primary dysfunctional labour in nulliparous women. BJOG. 2008;115(10):1289-96.

Hodnett ED. Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Centros de obstetricia con características familiares versus centros de obstetricia institucionales convencionales (Cochrane Review). In: La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

Högborg U. Homebirths in a modern setting: a cautionary tale. Acta Obstet Gynecol. 2008;87(8):797-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). As mulheres no alvo das Políticas Públicas Brasileiras [texto na Internet]. [citado 2008 dez. 20]. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=605&id_pagina=1

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@ [texto na Internet]. [citado 2009 fev. 9]. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?>

Jackson DJ, Lang JM, Swartz WH, Ganiats TG, Fullerton J, Ecker J, et al. Outcomes, safety and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. Am J Public Health. 2003;93(6):999-1006.

Johnson KC, Daviss B. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North América. BMJ. 2005;330(7505):1416-22.

Koiffman MD, Bonadio IC. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005;5 Supl 1:S23-32.

Koiffman MD, Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC. Risk factors for neonatal transfers from the Sapopemba free-standing birth centre to a hospital in São Paulo, Brazil. *Midwifery*. 2009; doi:10.1016/j.midw.2009.02.004

Koiffman MD. Fatores de risco para remoção neonatal na Casa de Parto de Sapopemba-São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Lauzon L, Hodnett E. Programas de valoración del trabajo de parto para demorar el ingreso a las salas de parto (Cochrane Revisión). In: *La Cochrane Library*, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software.

Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies. A practical manual. WHO Geneva. 1991.

Leal MC, Gama SGN, Campos MR, Cavalini LT, Garbayo LS, Brasil CLP, et al. Fatores associados a morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 1:S20-33.

Lopes CMS. Direito do trabalho da mulher: da proteção à promoção. *Cad Pagu*. 2006;(26):405-30.

Mott ML. As parteiras e a assistência ao parto em São Paulo nas primeiras décadas do século XX. *Estudos Feministas*. 2002;10(2):67-84.

Nascimento LFC, Gotlieb SLD. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da Declaração de Nascido Vivo em Guaratinguetá, SP no Ano de 1998. *Inf Epidemiol SUS* 2001;10(3):113-20.

Neme B. Obstetrícia básica. 2º ed. São Paulo: Sarvier; 2000a. Intoxicações; p. 662-673.

Neme B. Obstetrícia básica. 2º ed. São Paulo: Sarvier; 2000b. Parto-assistência;p.190-213.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24).

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). 54ª Sessão do Comitê Regional. Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna [texto na Internet]. Washington; 2002. [citado 2007 out. 10]. Disponível em: <http://www.who.org>

Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médicos [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.

Page L, McCourt C, Beake S, Vail A, Hewison J. Clinical interventions and

outcomes of One-to-One midwife practice. J Public Health Med. 1999;21(3):243-8.

Politt DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Reddy K, Reginald PW, Spring JE, Nunn L, Mishra N. A free-standing low-risk maternity unit in the United Kingdom: does it have a role? J Obstet Gynaecol. 2004;24(4):360-6.

Rede Feminista de Saúde. Adolescentes, saúde sexual saúde reprodutiva: Dossiê. Belo Horizonte; 2004.

Rezende J. Obstetrícia fundamental. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. O parto. Estudo clínico e assistência;p. 182-205.

Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005a. Efeitos iatrogênicos de medicamentos. Farmacodependência. Intoxicações. Acidentes. Infortunística; p. 652-88.

Rezende J. Obstetrícia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005b. O parto. Estudo clínico e assistência; pte. A, p. 337-54.

Riesco MLG. Que parteira é essa ?[tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Riesco MLG, Fonseca RMGS. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não-médicos na assistência ao parto. Cad Saúde Pública. 2002;18(3):685-98.

Roberts L, Sward K. Birth center outcomes reported through automated technology. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2000;30(1):110-20.

Rocha IMS. Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com as linhas de alerta e ação. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rosen D, Rosenfield A. Outcomes of care in Birth Centers. N Engl J Med. 1989;321(26):1804-11.

Sampselle CM, Hines S. Spontaneous pushing during birth relationship to perineal outcomes. J Nurse Midwifery. 1999;44(1):36-9.

Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. REME Rev Min Enferm. 2006;10(3):240-6.

Schneck CA. Intervenções obstétricas no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra SECONCI-OSS [dissertação]. São

Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Silva FMB, Koiffman MD, Osava RH, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Centro de Parto Normal como estratégia de incentivo Del parto normal: estudo descritivo. *Enferm Global* [periódico na Internet]. 2008 [citado 2008 nov. 16];(14):[cerca de 11 p.]. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35921/34941>

Silva NN. Amostragem probabilística: um curso introdutório. 2ª ed. São Paulo: Edusp; 2001. Amostragem casual simples; p.35-52.

Silva, FMB, Oliveira SMJV, Cuce Nobre MRC. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*. 2007; 04.006 : 1-9.

Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo (Cochrane revisión). En: *La Cochrane Plus*, Issue 2, 2008. Oxford: Update Software.

Spitzer MC. Birth centers: economy, safety, and empowerment. *J Nurse Midwifery*. 1995;40(4):371-95.

Stewart M, McCandish R, Henderson J, Brocklehurst P. Review of the evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth-centre, and outcomes for their babies. National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, 2004. Disponível em: <http://www.npeu.ox.ac.uk/birthcentrereview/>

Thacker SB, Stroup D, Chang M. Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

Tornquist CS. O movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.

Vieira EM, Fábio SV, Gueleri W, Picado MP, Yoshinaga E, Souza L. Características dos candidatos à esterilização cirúrgica e os fatores associados ao tipo de procedimento. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(6):1785-91.

Waldenström U, Nilson CA. A randomized controlled study of birth center care versus standard maternity care: effects on women's health. *Birth*. 1997;24(1):17-26.

Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing, midwife-led birth centers: a structured review. *Birth*. 2004;31(3):222-9.

Winbo I, Serenius F, Dahlquist G, Källén B. Maternal risk factors for cause-

specific stillbirth and neonatal death. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80(3):235-44.

Yazaki LM. 2003. Fecundidade da mulher paulista abaixo do nível de reposição. *Estudos Avançados*. 2003;17(49):65-86.

Zarko A, Declan D, Gillian MLG. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software.

APÊNDICE

APÊNDICE

Apêndice 1

Ficha de Coleta de Dados

Resultados Maternos e Perinatais em Centro de Parto Normal e Hospital

Número do formulário	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	24. Horário da Admissão	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. Local do atendimento		25. Dilatação (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Casa de Maria	1 <input type="text"/>	26. Estado das membranas	
Hospital Geral do Itaim Paulista	2 <input type="text"/>	Íntegras	0 <input type="text"/>
Hospital Geral Jesus Teixeira da Costa	3 <input type="text"/>	Rota	1 <input type="text"/>
2. Registro	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	26a. Tempo de bolsa rota	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Arquivo	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	27. Monitorização eletrônica fetal na admissão	
4. Número da FIA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
5. Iniciais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sim	1 <input type="text"/>
6. Data internação	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ignorado	9 <input type="text"/>
8. Idade	<input type="text"/> <input type="text"/>	28. Monitorização eletrônica fetal no trabalho de parto	
9. Escolaridade (em anos)		Não	0 <input type="text"/>
Nenhuma	0 <input type="text"/>	Sim	1 <input type="text"/>
1 a 7	1 <input type="text"/>	Ignorado	9 <input type="text"/>
8 a 11	2 <input type="text"/>	28a. Se sim dilatação	<input type="text"/> <input type="text"/>
Mais que 11	3 <input type="text"/>	29. Uso de ocitocina	
Ignorado	9 <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
10. Situação conjugal		Sim	1 <input type="text"/>
Com companheiro	0 <input type="text"/>	29. Dilatação (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sem companheiro	1 <input type="text"/>	Período do uso da ocitocina	
Ignorado	9 <input type="text"/>	30a. Primeiro período	
11. Trabalho remunerado		Não	0 <input type="text"/>
Não	0 <input type="text"/>	Sim	1 <input type="text"/>
Sim	1 <input type="text"/>	30ab. Segundo período	
Ignorado	9 <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
12. Tabagista		Sim	1 <input type="text"/>
Não	0 <input type="text"/>	31ac. Quarto período	
Sim	1 <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
Ignorado	9 <input type="text"/>	Sim	1 <input type="text"/>
13. Drogas durante a gestação		32. Rotura das membranas	
Não	0 <input type="text"/>	Espontânea	0 <input type="text"/>
Sim	1 <input type="text"/>	Artificial	1 <input type="text"/>
Ignorado	<input type="text"/>	Bolsa rota na internação	3 <input type="text"/>
14. Área de abrangência (ver lista das UBS em anexo)		Ignorado	9 <input type="text"/>
Não	0 <input type="text"/>	32a. Dilatação (cm)	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sim	1 <input type="text"/>	(utilize 99 para não informado)	
Ignorado	9 <input type="text"/>	33. Alimentação no TP	
15. Número de gestações	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dieta geral	0 <input type="text"/>
16. Número de partos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Dieta com restrição	1 <input type="text"/>
17. Número de abortos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ignorado	9 <input type="text"/>
(se nulípara preencher os seguintes com zero)		34. Banho de chuveiro	
18. Partos normais	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
19. Fórcepe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Sim	1 <input type="text"/>
20. Cesariana	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ignorado	9 <input type="text"/>
21. Consultas pré-natal		35. Banho de imersão	
1 a 3	1 <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
4 a 6	2 <input type="text"/>	Sim	1 <input type="text"/>
7 e mais	3 <input type="text"/>	Ignorado	9 <input type="text"/>
Ignorado	9 <input type="text"/>	36. Bola	
22. Atendimento na Casa do Parto	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Não	0 <input type="text"/>
23. Intercorrência no pré-natal		Sim	1 <input type="text"/>
Não	0 <input type="text"/>	Ignorado	9 <input type="text"/>
Sim	1 <input type="text"/>		

37. Massagem

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐
 Ignorado 9 ☐

38. Deambulação

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐
 Ignorado 9 ☐

39. Banquinho

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐
 Ignorado 9 ☐

40. Número de controles de BCF**41. Número de exames vaginais****42. Data do nascimento**

/ /

43. Hora do nascimento

:

44. Tipo de parto

Normal 1 ☐
 Fórceps 2 ☐
 Cesariana 3 ☐

45. Analgesia peridural

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

46. Condições do períneo

Íntegro 1 ☐
 I Grau 2 ☐
 II Grau 3 ☐
 III Grau 4 ☐
 IV Grau 5 ☐
 Episiotomia médio lateral 6 ☐
 Episiotomia mediana 7 ☐
 Ignorado 9 ☐

47. Dequitação

Espontânea 0 ☐
 Manual 1 ☐

48. Sangramento

Fisiológico 0 ☐
 Aumentado 1 ☐

49. Mecônio intraparto

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

50. Uso de analgésico pós parto

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

51. Uso de ergometrina

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

52. Uso de Buscopan®/plasil®/glicose

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

53. Acompanhante

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐
 Ignorado 9 ☐

54. Tipo de acompanhante

Companheiro 1 ☐
 Irmã 2 ☐
 Mãe 3 ☐
 Amiga 5 ☐
 Sogra 6 ☐
 Outro 7 ☐
 Ignorado 9 ☐

55. Outro acompanhante**Assistência ao recém-nascido****56. Aspiração de vias aéreas superiores**

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

57. Aspiração gástrica

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

58. Lavagem gástrica

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

59. Uso O₂ nasal

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

60. Uso de O₂ com pressão positiva

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

61. Entubação orotraqueal

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

62. Apgar Primeiro minuto**63. Apgar Quinto minuto****64. Peso****65. Bossa serosanguínea**

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

66. Fratura de clavícula

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

67. Desconforto respiratório

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

68. Internação em unidade neonatal

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

69. Complemento alimentar

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

70) Caso de remoção Materna

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

71) Momento da remoção

Primeiro período 1 ☐
 Segundo Período 2 ☐
 Terceiro período 3 ☐
 Quarto Período 4 ☐
 Pós parto 5 ☐

72) Se remoção no pós-parto com quantas horas

:

73) Motivo da remoção**74) Caso de remoção do Recém-nascido**

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

Se remoção com quantas horas

:

75) Motivo da remoção**76) Data da alta**

/ /

77) Hora da alta

:

78) Alguma informação relevante que conste no prontuário**Nome do coletador****Data da Coleta**

/ /

Houve dúvida na coleta/sugere revisão

Não 0 ☐
 Sim 1 ☐

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1

PROTOCOLO DE ADMISSÃO

As gestantes serão encaminhadas ao Centro de Parto Normal (CPN) provenientes dos Postos de Saúde do Programa de Saúde da Família e postos da região pelos profissionais que as acompanham, será aberto um Plano de Parto, respeitando-se os seguintes critérios:

- Gestação única
- Idade gestacional igual ou superior a 37 semanas e inferior a 41 semanas.
- Ausência de intercorrências clínicas pregressas e atuais (cardiopatias, hipertensão, diabetes, anemias e outras hemoglobinopatias, sífilis, HIV positivo, hepatites e outras doenças infecto-contagiosas, colagenoses, nefropatias)
- Ausência de intercorrências obstétricas pregressas entre outras,(por exemplo, eclâmpsia, hemorragias graves, descolamento prematuro da placenta, anormalidades de implantação placentária e de líquido amniótico, cirurgias uterinas prévias)
- Realização prévia de todos os exames laboratoriais (citologia oncótica vaginal, urina I, cultura, antibiograma, PPF, glicemia com triagem adequada de duas amostras, tipagem sanguínea e Rh, sorologias para sífilis, hepatites B e C, HIV, citomegalovírus, toxoplasmose e rubéola) e

de ultrassom

- Ausência de intercorrências obstétricas atuais (apresentação anômala, anormalidades de líquido amniótico, macrosomia, retardo de crescimento intra-uterino, alterações de vitalidade fetal, anormalidades de implantação placentária, entre outras)

Uma vez aberto o Plano de Parto, a mulher fará consultas subsequentes para que ela e sua família recebam informações sobre o processo fisiológico do nascimento, reconhecimento de sinais e sintomas do início do trabalho de parto, posições e ações que favorecem a boa evolução do parto, preparo para a amamentação e cuidados com o bebê.

Cabe frisar que este acompanhamento não substitui o pré-natal, que deverá continuar a ser realizado pela gestante em sua unidade de saúde de origem.

Na abertura do plano e consultas subsequentes serão feitos os exames clínico e obstétrico da gestante, anamnese e histórico.

Estes dados constarão de um prontuário que será utilizado na admissão da gestante na ocasião do parto.

É importante que a gestante e seu acompanhante realizem visitas prévias ao Centro de Parto Normal, pois o contato prévio com os profissionais que irão atendê-la minimiza a ansiedade, permitindo que a mulher sinta-se em um ambiente seguro e acolhedor por ocasião do parto e evitando a internação precoce.

Anexo 2

FICHA DE PARTO

Hora de registro																		
10																	AM	
																		-3
																		-2
																		-1
																		ZERO
																		+1
																		+2
																		+3
																		+4
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		

L.A.																
Moldagem (Bossa)																
CTB-BCF																

Dinâmica Uterina																

Ocitocina gts/min																
Banquinho																
Bola chuveiro																
Deambulação																
Hidroterapia																
Massagem																

Rubrica

Anexo 2

FICHA DO PARTO

Parto Vaginal às _____ h de ____/____/____ **Assistido** _____

- ☐ Bloqueio do Pudendo ☐ Infiltração Local ☐ Antes do parto ☐ Depois do Parto
- ☐ Períneo íntegro ☐ Perineotomia ☐ EMLD
- ☐ Laceração de mucosa ☐ Laceração de I grau ☐ Laceração de II grau ☐ Laceração de III grau
- ☐ Edema _____ ☐ Hematoma _____

Assistido na: ☐ Cadeira ☐ Cama de parto ☐ Mesa ginecológica ☐ Outros _____

Posição do parto: ☐ DDH ☐ Sims ☐ Cócoras ☐ outros -----

☐ RN colocado sobre o ventre materno imediatamente após o parto

☐ Secção do cordão umbilical antes de cessar os batimentos

☐ Secção do cordão umbilical após cessar os batimentos

Participação familiar: ☐ Não ☐ Sim Grau de parentesco

☐ Fez massagem ☐ Cortou o cordão ☐ Deu o primeiro banho do RN

Dequitação: ☐ Espontânea ☐ Manual ☐ Membranas íntegras ☐ Laceradas

Cotilédones : ☐ Íntegros ☐ Fragmentados ☐ Feito revisão de canal de parto

Loquiação: ☐ Fisiológica ☐ Aumentado

Intervenção : ☐ massagem uterina ☐ Ocitócitos _____ ☐ Expansores de volume

Descrição do Parto

Enfermeira Obstetra: _____

COREN-SP: _____

Anexo 3

São Paulo, 19 de abril de 2006.

PARECER CONSUBSTÂNCIADO

I – Identificação:

Número do Protocolo: 50

Data de Apresentação ao CEP: 18/01/2005

Título do projeto: Estudo Comparativo dos resultados Maternos e Perinatais em Centro de Parto Normal anexo e no Hospital.

Pesquisador Responsável: Maria Luiza Gonzáles Riesco
Canilla Alexandra Schneck
Sonia Maria Junqueira Vasconcelos de Oliveira
Sheila Fagundes Lobo

Co-autor: Drº Marcos Roberto Ymayo

Isabel Cristina Bonadio

Emília Saito

Julio Litvoc

Márcia Duarte Koiffman

Instituição onde se realizará:

OSS Santa Marcelina do Itaim Paulista – Casa de Maria.

II – Objetivo

Comparar os resultados maternos e perinatais da assistência ao parto e nascimento, realizado em centro de parto normal anexo (CPN) e Hospital.

III – Sumário do projeto:

A pesquisa é de tipo transversal; será realizada em um Hospital localizado na região Leste de São Paulo. Os dados serão coletados de 6.300 prontuários de partos ocorridos entre julho de 2002 a junho de 2005, sendo 3.150 prontuários de cada serviço. Os dados serão analisados de forma descritiva, inferencial e a análise conjunta será feita pelo modelo de Regressão logística múltipla. As informações obtidas fornecerão dados sobre a segurança deste modelo de atenção em nosso meio.

IV – Comentários do relator:

As mudanças foram realizadas conforme solicitado, portanto a pesquisa poderá ser realizada.

V – Parecer do CEP:

O trabalho está aprovado sendo assim, poderá ser dada continuidade no processo de pesquisa.

Avaliador 00894451