

Fagundes Lobo, Sheila; Junqueira Vasconcellos de Oliveira, Sonia Maria; Schneck, Camilla Alexsandra;
Barbosa da Silva, Flora Maria; Bonadio, Isabel Cristina; Gonzalez Riesco, Maria Luiza
Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 44, núm. 3, septiembre, 2010, pp. 812-818
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033305036>



Revista da Escola de Enfermagem da USP,
ISSN (Versão impressa): 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo, Brasil*

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES OF AN ALONGSIDE HOSPITAL BIRTH CENTER IN THE CITY OF SÃO PAULO, BRAZIL

RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN UN CENTRO DE PARTO NORMAL PERIHOSPITALARIO EN LA CIUDAD DE SÃO PAULO, BRASIL

Sheila Fagundes Lobo¹, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira², Camilla Alexsandra Schneck³, Flora Maria Barbosa da Silva⁴, Isabel Cristina Bonadio⁵, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁶

RESUMO

O objetivo foi descrever os resultados maternos e perinatais da assistência no Centro de Parto Normal Casa de Maria (CPN-CM), na cidade de São Paulo. A amostra probabilística foi de 991 parturientes e seus recém-nascidos, assistidos entre 2003 e 2006. Os resultados mostraram que 92,2% das parturientes tiveram um acompanhante de sua escolha e as práticas mais utilizadas no parto foram banho de aspersão ou imersão (92,9%), amniotomia (62,6%), deambulação (47,6%), massagem de conforto (29,8%) e episiotomia (25,7%). Com relação aos recém-nascidos, 99,9% apresentaram índice de Apgar = 7 no quinto minuto; 9,3% receberam aspiração das vias aéreas superiores; nenhum necessitou ser entubado; e 1,4% foram removidos para o hospital. O modelo de assistência praticado no CPN-CM apresenta resultados maternos e perinatais esperados para mulheres com baixo risco obstétrico, sendo alternativa segura e menos intervencionista no parto normal.

DESCRIPTORES

Parto.
Centros Independentes de Assistência a Gravidez e ao Parto.
Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

The aim of this study was to describe the maternal and perinatal results of care in the alongside hospital birth center Casa de Maria (CPN-CM), located in the city of São Paulo. The random sample included 991 women and their newborns, attended between 2003 and 2006. The results showed that 92.2% of women had a companion of her choice during childbirth and the practices commonly used were shower or immersion bath (92.9%), amniotomy (62.6%), walking (47.6%), massage comfort (29.8%) and episiotomy (25.7%). Regarding newborns, 99.9% of them had Apgar scores = 7 in the fifth minute, 9.3% received aspiration of the upper airway, no one needed to be intubated and 1.4% were removed to the hospital. The model of care in the CPN-CM provides maternal and perinatal outcomes expected for low obstetric risk women, and means a safe option and less interventionist model in normal childbirth.

KEY WORDS

Parturition.
Birthing Centers.
Obstetrical nursing.

RESUMEN

El objetivo fue describir los resultados de la atención materna y perinatal en el Centro de Parto Normal Casa de María (CPN-CM), en la ciudad de São Paulo, Brasil. La muestra probabilística se constituyó de 991 madres y sus recién nacidos, atendidos entre 2003 y 2006. Los resultados mostraron que 92,2% de las madres tenía un acompañante de su elección y las prácticas más utilizadas en el parto fueron el baño de aspersión o inmersión (92,9%), la amniotomía (62,6%), ambulancia (47,6%), masaje de confortación (29,8%) y episiotomía (25,7%). Con respecto a los recién nacidos, el 99,9% presentaba índice de Apgar = 7 en el minuto cinco, el 9,3% recibió aspiración de las vías aéreas superiores, ninguno necesitó ser entubado y el 1,4% fue trasladado a un hospital. El modelo de atención practicado en el CPN-CM presenta resultados maternos y perinatales esperados para mujeres con bajo riesgo obstétrico, demostrando ser una alternativa segura y menos invasiva en el parto normal.

DESCRIPTORES

Parto.
Centros Independientes de Asistencia al Embarazo y al Parto.
Enfermería obstétrica.

* Extraído de dissertação "Caracterização da assistência ao parto normal e nascimento em um Centro de Parto Normal do município de São Paulo", Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2009. ¹ Enfermeira. Docente da Universidade Braz Cubas, Mogi das Cruzes, SP, Brasil. sheilafagundeslobo@ig.com.br ² Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. soniaju@usp.br ³ Enfermeira Obstetra. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Departamento de Saúde da Universidade Nove de Julho. São Paulo, SP, Brasil. camilla_midwife@yahoo.com.br ⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira da Casa do Parto de Sapopemba. São Paulo, SP, Brasil. floramaria@usp.br ⁵ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ibonadio@usp.br ⁶ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. riesco@usp.br

INTRODUÇÃO

O cuidado obstétrico contemporâneo tem originado vários questionamentos sobre os efeitos da medicalização excessiva na assistência ao trabalho de parto e parto, principalmente, para as gestantes de baixo risco e seus bebês⁽¹⁾. A utilização inadequada da tecnologia na atenção ao parto tem apresentado resultados maternos e perinatais desfavoráveis e a assistência intervencionista tem sido uma fonte de insatisfação para as mulheres. Além disso, os procedimentos desnecessários adicionam maiores custos ao cuidado e têm efeitos potencialmente adversos. Não há evidências que apoiem o uso rotineiro de episiotomia, monitorização eletrônica fetal, analgesia peridural e ocitocina em mulheres de baixo risco⁽²⁾.

A realização do parto fora de ambientes com intensa medicalização é uma alternativa ao modelo intervencionista tradicionalmente empregado nas últimas décadas. Estes locais podem ser extra ou intra-hospitalares e se caracterizam por utilizar um modelo de cuidado que considera a fisiologia do parto como pressuposto.

Estudo realizado na Suécia entre 1989 e 2000, que comparou resultados de 3.256 partos ocorridos em um centro de parto peri-hospitalar com 126.818 partos hospitalares, apontou que o cuidado em centro de parto esteve associado a menores taxas de analgesia obstétrica, monitoração eletrônica fetal, indução e condução do trabalho de parto, sem diferenças nas taxas de partos operatórios ou mortalidade perinatal⁽³⁾.

A revisão sistemática atualizada da biblioteca Cochrane⁽⁴⁾, que analisou seis ensaios clínicos com 8.677 mulheres e comparou os resultados de cuidados em hospitais convencionais e em ambientes semelhantes ao domicílio (centros de parto), constatou menor uso de intervenções como analgesia e episiotomia; menos lacerações perineais; maiores taxas de parto vaginal espontâneo, aleitamento materno e satisfação com a assistência. A revisão não mostrou diferença entre a mortalidade perinatal nos dois modelos de assistência.

No final da década de 1990, foram adotadas políticas públicas no Brasil como estratégia para a melhoria dos índices de cesariana e de morbidade materna e perinatal. Uma destas estratégias foi a instituição de centros de parto normal, definidos como estabelecimentos que podem funcionar em instalações intra ou extra-hospitalares, com uso adequado de intervenções e presença de acompanhante escolhido pela mulher. Além disso, devem dispor de um hospital como referência, localizado a uma distância que permita remoções no período máximo de uma hora⁽⁵⁾.

Este modelo tem, como princípio norteador da assistência, o foco no nascimento como evento emocional, familiar e fisiológico, valorizando as escolhas e necessidades

da mulher no planejamento da assistência, além de proporcionar um ambiente favorável à continuidade do cuidado prestado pela enfermeira obstétrica ou obstetriz⁽⁶⁾.

Após uma década de funcionamento dos centros de parto normal extra-hospitalares e anexos ao hospital, no Brasil, poucos estudos foram realizados sobre os resultados maternos e neonatais deste modelo⁽⁷⁻⁹⁾. Nesse sentido, o conhecimento sobre os resultados deste modelo de cuidado ainda é limitado e são necessárias investigações e discussões sobre os resultados nacionais.

OBJETIVO

Descrever os resultados maternos e neonatais da assistência em centro de parto normal peri-hospitalar na cidade de São Paulo.

MÉTODO

Estudo descritivo, com coleta retrospectiva dos dados, realizado no Centro de Parto Normal Casa de Maria (CPN-CM). O CPN-CM está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), localiza-se no bairro do Itaim Paulista, zona leste do município de São Paulo, e é gerenciado pela Organização Social Santa Marcelina. É considerado um CPN peri-hospitalar, por ser anexo ao Hospital Geral do Itaim Paulista (HGIP).

Em funcionamento desde março de 2002, o CPN-CM atende mulheres com gestação de baixo risco encaminhadas pelas unidades básicas de saúde (UBS) da região e de cidades vizinhas. Como critérios de admissão, a mulher deve ter gestação única, com feto em apresentação cefálica fletida, sem qualquer intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual ou anterior. A partir da 37ª semana, a gestante inicia o acompanhamento no CPN-CM, com a finalidade de conhecer o serviço, receber orientações, iniciar o plano de parto e estabelecer o vínculo com a equipe. A avaliação de risco é feita a cada atendimento e, se constatadas alterações, a gestante é encaminhada para avaliação no hospital. Esse acompanhamento não substitui o pré-natal na UBS.

O CPN-CM tem o HGIP como referência para remoções maternas e neonatais. Possui equipamentos para atendimento de emergências maternas e neonatais, para os quais a equipe recebe treinamento periódico. A assistência ao parto e nascimento é feita exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrizes. A partir de 2007, o recém-nascido (RN) tem sido rotineiramente avaliado por um médico neonatologista antes da alta.

Este estudo integra o projeto *Resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospi-*

tal (Projeto RMP), que compara os resultados da assistência a mulheres de baixo risco atendidas no CPN-CM e HGIP.

Para o cálculo do tamanho da amostra utilizou-se a fórmula para proporções em populações finitas, considerando dois desvios-padrão e a estimativa de prevalência de episiotomia de 25%. Esta prevalência foi obtida por meio de estudo piloto realizado com 60 mulheres atendidas no CPN-CM. A episiotomia foi escolhida como parâmetro por ser um procedimento significativo das práticas utilizadas. Assim, admitindo-se um erro de 2%, o tamanho estimado da amostra foi de 1.153.

O presente estudo foi realizado com amostra probabilística das mulheres e seus recém-nascidos atendidos no CPN-CM, considerando o total de 2.997 partos ocorridos entre 2003 e 2006. Os prontuários foram utilizados como fonte de dados e selecionados por meio de sorteio, a partir da listagem de mulheres atendidas, que constava no livro de partos do serviço. O sorteio da amostra foi estratificado, conforme o número de partos em cada ano. Em razão da não localização da totalidade dos prontuários sorteados, pelo Serviço de Prontuários e Pacientes da instituição, o tamanho final da amostra para este estudo foi de 991 mulheres, que corresponde a 33% dos partos ocorridos no período.

As variáveis analisadas foram: características sócio-demográficas (idade, escolaridade, situação conjugal, trabalho remunerado, procedência, acompanhante no parto, tabagismo, drogas ilícitas na gestação); condições obstétricas (número de partos anteriores, dilatação cervical e estado das membranas ovulares na admissão, sangramento pós-parto); práticas obstétricas [amniotomia, monitorização eletrônica fetal (MEF), administração de ocitocina no trabalho de parto, Buscopan® (butilbrometo de escopolamina), associado com Plasil® (metoclopramida) e glicose a 25%, ergometrina, analgésico pós-parto, episiotomia, dequitação manual]; práticas de conforto (banquinho, deambulação, massagem, bola suíça, banho de imersão e aspersão); práticas utilizadas na assistência ao RN (aspiração de vias aéreas superiores, aspiração gástrica, lavagem gástrica, uso de oxigênio) e condições do RN (índice de Apgar, fratura de clavícula, desconforto respiratório, internação em unidade neonatal).

O emprego das práticas de conforto foi analisado entre 2003 e 2004, pois após esse período estas práticas não foram mais incluídas como um item de registro sistemático no prontuário. Ainda, a partir de novembro de 2005, a administração de ocitocina no trabalho de parto e as medicações Buscopan® e Plasil® associadas à glicose, analgésico pós-parto e ergometrina foram excluídas da assistência, enquanto o uso de ocitocina, como medida de prevenção de hemorragia após o parto, tornou-se rotineiro. As mulheres que necessitassem de ocitocina no trabalho de parto, ou quaisquer outras medicações, deveriam ser transferidas para o HGIP.

Foi realizada análise descritiva dos dados. Para as variáveis contínuas, foram calculadas medidas de tendência central e dispersão. Para as variáveis qualitativas, foram calculadas frequências absolutas e relativas.

Este estudo teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa HIGP (processo nº 50).

RESULTADOS

Entre as 991 parturientes do estudo, 62% das mulheres tinham menos de 25 anos, com 27,3% de adolescentes e média de $23,6 \pm 5,6$ anos. Quanto à escolaridade, 75,4% tinham oito ou mais anos de estudo e 0,8% não receberam instrução formal. A maioria tinha companheiro (58,4%), não exercia atividade remunerada (74,6%) e morava fora da área de abrangência do Itaim Paulista (52,3%), 11,5% eram tabagistas e 0,8% faziam uso de drogas ilícitas.

Uma expressiva proporção de parturientes teve um acompanhante de sua escolha durante todo o parto (92,2%), principalmente o companheiro (51,7). Com relação à paridade 46,3% mulheres eram nulíparas. Entre as múltiparas, 12 (1,2%) tinham cesariana prévia. No momento da admissão, 53% das parturientes apresentaram dilatação cervical entre 5 e 9 cm, 4,3% estavam no período expulsivo do parto e 22% foram internadas com membranas ovulares rotas.

Dentre as práticas utilizadas no trabalho de parto, destacaram-se o banho de aspersão ou imersão (92,9%), a amniotomia (62,6%), a deambulação (47,6%) e a massagem de conforto (29,8%). A dequitação ocorreu espontaneamente em 99,5% dos casos (Tabela 1) e 5,1% das mulheres apresentaram sangramento pós-parto aumentado.

Tabela 1 - Práticas obstétricas e de conforto realizadas durante o trabalho de parto e parto das mulheres atendidas no CPN-CM - São Paulo - 2003/2006

Variável	N	%
Práticas obstétricas		
Amniotomia (dilatação cervical $\bar{x}=8,2$ cm) (n=765)	479	62,6
Infusão de ocitocina no trabalho de parto (n=668)	169	23,5
Analgésico pós-parto (n=990)	194	19,6
⁽¹⁾ MEF (dilatação cervical $\bar{x}=6,6$ cm) (n=988)	45	4,6
⁽²⁾ Administração de BGP (n=990)	27	2,7
Administração de ergometrina (n=989)	26	2,6
Dequitação manual (n=988)	5	0,5
Práticas de conforto		
Banho de aspersão (n=649)	461	71,0
Deambulação (n=643)	306	47,6
Massagem (n=638)	190	29,8
Banho de imersão (n=643)	141	21,9
Bola suíça (n=634)	115	18,1
Banquinho (n=639)	87	13,6

⁽¹⁾ MEF: monitorização eletrônica fetal; ⁽²⁾ BGP: Buscopan® + Glicose + Plasil®

As condições perineais no parto são apresentadas na Tabela 2, com destaque para a prevalência de 66,8% de mulheres com períneo íntegro ou laceração de primeiro

grau, que em geral não apresenta impacto negativo na morbidade puerperal.

Tabela 2 - Condição perineal das mulheres atendidas no CPN-CM - São Paulo - 2003/2006

Condições do períneo	N	%
Íntegro	418	43,6
⁽¹⁾ Episiotomia	246	25,7
Laceração de primeiro grau	222	23,2
Laceração de segundo grau	72	7,5
Total	958*	100

⁽¹⁾ Inclui episiotomia médio-lateral direita e mediana; *Excluídos 33 casos ignorados

Com relação às condições de nascimento, 99,6% e 99,9% dos RN apresentaram índice de Apgar ≥ 7 no primeiro e quinto minutos de vida, respectivamente. A média de peso dos recém-nascidos foi de 3.221 ± 392 gramas, com peso mínimo de 1.940 e máximo de 4.775 gramas. Nenhum bebê necessitou ser entubado e 14 (1,4%) foram removidos para a unidade neonatal do HGIP. A Tabela 3 mostra as práticas assistenciais utilizadas no cuidado imediato do RN.

Tabela 3 - Condições e práticas realizadas na assistência aos recém-nascidos atendidos no CPN-CM - São Paulo - 2003/2006

Condições e práticas com RN	N	%
Aspiração de vias aéreas superiores (n=987)	92	9,3
Uso de oxigênio nasal (n=987)	34	3,4
Lavagem gástrica (n=987)	30	3,0
Aspiração gástrica (n=987)	18	1,8
Desconforto respiratório (n=989)	15	1,5
Uso de oxigênio sob ventilação pressão positiva (n=984)	1	0,1
Fratura de clavícula (n=990)	1	0,1

DISCUSSÃO

A discussão dos resultados tem como foco a prática baseada em evidências científicas, como um elemento importante na caracterização da assistência ao parto e nascimento. No contexto mundial da atenção obstétrica, essa prática impulsiona o movimento de reflexão crítica e o questionamento do modelo intervencionista. A experiência de partos em ambientes semelhantes ao domicílio tem mostrado satisfação das usuárias e redução de intervenções obstétricas, sem resultados desfavoráveis em relação à mortalidade perinatal⁽⁴⁾. Nesse sentido, descrever os resultados da assistência nestes serviços, em nosso país, pode subsidiar a discussão sobre a qualidade e a segurança da assistência em ambiente fora do hospital.

Deve-se considerar, na análise dos resultados, que estes podem ter sido influenciados pelo fato do estudo incluir dados relativos ao período imediatamente após a implantação do serviço. A experiência era inédita, tanto para os profissionais do hospital ao qual o CPN-CM é anexo, quanto para as próprias enfermeiras obstétricas e obstetrizes do serviço. 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.

Merece comentar que esta modalidade de assistência não era encontrada em nosso meio até então. Pode-se supor que isto tenha atraído clientes de outras áreas da cidade de São Paulo, uma vez que a maioria não era proveniente da área de abrangência do Itaim Paulista e que este bairro encontra-se na extrema zona leste de São Paulo, região de difícil acesso.

A baixa escolaridade, associada a pouca idade, favorece o desemprego e a dependência econômica e social das mulheres. Pouco mais da metade das mulheres deste estudo tinham companheiro e, embora a proporção de mulheres com oito ou mais anos de educação formal na atual pesquisa seja superior à encontrada em outros trabalhos realizados em CPN, em nosso meio⁽⁶⁻⁸⁾, apenas 25,4% exerciam trabalho remunerado.

De maneira geral, a idade das mulheres revela uma população jovem, com proporção de adolescentes e nulíparas similar a outros estudos^(6,8,10). A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, de 2006, indicou que o número de nascidos vivos para mulheres até 19 anos, em domicílio urbano, era de 0,2, enquanto que o percentual, entre o total de primigestas nas áreas urbanas da região sudeste, era de 7,7%⁽¹¹⁾.

Entre as múltiparas do CPN-CM, 1,2% tinham cesariana prévia, proporção dez vezes menor que entre as mulheres atendidas em CPN intra-hospitalar^(6,10). Consta do protocolo do serviço não admitir mulheres que tenham cesariana em gestação anterior, exceto quando houve parto vaginal na gestação seguinte. Esta precaução justifica-se pelo risco de rotura uterina intraparto.

Constatou-se que 11,5% das mulheres eram tabagistas, enquanto 0,8% utilizaram drogas ilícitas na gestação; portanto, esses hábitos não constituíram motivo para remoção anteparto das gestantes no CPN-CM. Estudo realizado em um CPN extra-hospitalar identificou que o hábito de fumar durante a gestação foi um fator de risco para a remoção neonatal. Do ponto de vista assistencial, as autoras apontam 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⁽⁹⁾.

A internação precoce da gestante pode levar à estafa materna e traz riscos para a mãe e o bebê, pois resulta em intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, como a rotura precoce das membranas ovulares e a infusão endovenosa de ocitocina. Essa série de intervenções, como tentativa de corrigir uma distocia iatrogênica, pode aumentar as taxas de cesariana⁽¹⁰⁾.

Revisão sistemática que avaliou o momento da admissão de parturientes, concluiu que aquelas internadas na fase ativa do trabalho de parto permaneceram menos tempo na sala de parto, receberam menos ocitocina e analgesia intraparto, em comparação às mulheres que foram in-

ternadas na fase latente. A conclusão dos autores é que a admissão das parturientes na fase ativa do parto pode trazer benefícios, quando a gravidez é a termo⁽¹²⁾.

A procura pelo serviço em fase adiantada do trabalho de parto pode refletir a segurança da mulher em reconhecer os sinais e sintomas desta fase, decorrente da orientação recebida nas consultas de acompanhamento no CPN-CM. Após a abertura do plano de parto, as gestantes podem fazer contato telefônico com esse serviço, para esclarecer suas dúvidas.

Este contato com o CPN-CM favorece que as gestantes procurem o serviço em ocasião oportuna, ou seja, 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 período, dado que pouco mais da metade foram admitidas com dilatação cervical entre 5 e 9 cm.

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 essa prática e também a infusão de ocitocina. No entanto, existem dúvidas quanto aos seus efeitos sobre as mulheres e os recém-nascidos⁽¹³⁾. Neste estudo, os resultados apontaram que a amniotomia foi realizada em 62,6% das parturientes internadas com as membranas ovulares íntegras e, ao indicar esse procedimento, a dilatação cervical média era de 8,2 cm. Dados de CPN intra e extra-hospitalares indicam taxas de 75,1% e 30,6%, respectivamente⁽⁶⁻⁷⁾. Não se pode concluir que a amniotomia resulte em vantagem ou malefício em relação ao manejo expectante do parto, contudo, no trabalho de parto normal deveria existir um motivo claro para justificar esse procedimento⁽¹⁴⁾.

O uso indiscriminado da ocitocina no trabalho de parto pode produzir resultados maternos e perinatais desfavoráveis, incluindo taquissístolia e alterações na perfusão útero-placentária, podendo culminar em uma cesariana iatrogênica. A utilização rotineira, além de interferir no curso natural do parto e interferir na movimentação da parturiente, está relacionada a uma experiência mais dolorosa durante o trabalho de parto⁽¹⁴⁾.

Os resultados mostraram que a medicação mais frequentemente administrada no trabalho de parto e parto foi a ocitocina endovenosa, em 23,5% das mulheres. Segundo referido no Método, seu uso no trabalho de parto foi abolido no CPN-CM, a partir de novembro de 2005, passando a ser utilizada, rotineiramente, após o desprendimento do ombro anterior do feto, como medida de prevenção de hemorragia. É administrada a dose de 10 UI, via intramuscular, conforme recomendação da American Academy of Family Physicians para emergências obstétricas, difundida no Brasil pelo ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics).

Segundo a OMS⁽¹⁴⁾, o uso de ocitocina na prevenção do sangramento vaginal pós-parto parece ser mais vantajoso que o uso de derivados do ergot, tanto por via oral como parenteral. Esta prática é classificada na Categoria B - *prática claramente prejudicial ou ineficaz e que deve ser eliminada*.

Verificou-se uso limitado de ergometrina, relacionado ao sangramento aumentado após o parto e a extração manual da placenta, que ocorreram, respectivamente, em 5,1% e 0,1% das mulheres do presente estudo. Essas situações podem configurar emergência, merecendo atenção especial e medidas de correção imediata.

A retenção placentária mostra variação de 0,1%, em países menos desenvolvidos, com uma taxa de mortalidade associada superior a 10%, enquanto em países desenvolvidos é observada em cerca de 3% dos partos vaginais, porém raramente associada ao óbito materno⁽¹⁵⁾.

A administração endovenosa de Buscopan®, associado com Plasil® e glicose, embora não fizesse parte do protocolo de assistência do CPN-CM, foi realizada em 2,7% das mulheres, provavelmente, pela ampla difusão de seu uso no parto hospitalar, com a finalidade de favorecer o esvaziamento e dilatação do colo uterino, mesmo sem evidências sobre os seus benefícios.

Rotineiramente, a MEF é realizada apenas na admissão da parturiente no CPN-CM, durante 20 minutos, para avaliar a vitalidade fetal. Durante o trabalho de parto, seu uso foi restrito a 4,5% das mulheres, com dilatação cervical média de 6,6 cm, pois em caso de suspeita de comprometimento da vitalidade fetal, existe indicação de remoção para o hospital.

Revisão sistemática que incluiu 12 estudos constatou que tanto as taxas de cesariana como as de partos vaginais operatórios foram mais altas nos grupos com monitoramento eletrônico contínuo. Verificou-se, também, uma diminuição significativa de convulsões neonatais, associada com a rotina de MEF contínua. No entanto, não foram observadas diferenças estatísticas nos valores de Apgar, taxas de admissão em unidade de terapia intensiva neonatal, mortes perinatais ou paralisia cerebral⁽¹⁶⁾.

Quanto às condições do períneo, a proporção de 25,7% de episiotomia é semelhante aos resultados obtidos em outros estudos conduzidos em CPN, em nosso meio⁽⁶⁻⁷⁾. O único dado disponível sobre a taxa global de episiotomia, no Brasil, mostra que esse procedimento foi realizado em 70% dos partos normais, com proporções inferiores apenas em mulheres com mais de três filhos⁽¹¹⁾.

Vale destacar o elevado percentual de mulheres com períneo íntegro, principalmente, se incluídas as lacerações de primeiro grau, pois os estudos costumam agrupar esse tipo de laceração ao períneo íntegro, pelo seu caráter benigno em relação à morbidade pós-parto.

Revisão sistemática sobre episiotomia no parto vaginal, que incluiu 5.541 mulheres em oito ensaios clínicos, verificou que o uso restrito de episiotomia resultou em menos trauma perineal, menos sutura e menos complicações na cicatriza-

ção. Não houve diferença quanto à ocorrência de trauma vaginal severo, dor perineal, dispareunia e incontinência urinária. A restrição do emprego aumentou o risco de trauma perineal anterior⁽¹⁷⁾, que normalmente são lacerações superficiais.

A OMS recomenda o livre acesso de um acompanhante, de escolha da parturiente, no parto e no puerpério⁽¹⁴⁾. Esta recomendação é corroborada pelos achados da revisão sistemática, que constatou maior probabilidade de parto vaginal espontâneo, duração menor do trabalho de parto, menor uso de analgesia intraparto ou menos relatos de insatisfação com a experiência do nascimento, entre as mulheres com apoio contínuo durante o parto⁽¹⁸⁾.

No Brasil, a Lei Federal nº 11.108⁽¹⁹⁾ garantiu a todas as parturientes o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. A PNDS (2006) aponta que o acompanhante esteve presente em menos de 10% dos partos no SUS e em 35% no sistema privado⁽¹¹⁾. No CPN-CM esse direito é respeitado e quase a totalidade das mulheres teve acompanhante no parto.

No trabalho de parto, existem opções para o alívio da dor, como métodos não invasivos e não farmacológicos, como o banho de aspersão ou imersão, massagens e outros cuidados⁽¹⁴⁾. No CPN-CM, são oferecidas práticas de conforto à mulher para amenizar a dor. Não é um protocolo rígido a ser seguido, pois existe liberdade de escolha para a mulher, que poderá ou não segui-lo, de acordo com sua preferência. As práticas mais utilizadas pelas mulheres deste estudo foram o banho (de chuveiro ou imersão), seguido pela deambulação e a massagem realizada pelo acompanhante.

Ensaio clínico randomizado realizado em nosso meio concluiu que o banho de imersão é uma opção para o conforto da parturiente, oferecendo alívio, sem interferir na progressão do trabalho de parto e sem prejuízos para o neonato⁽²⁰⁾. Revisão sistemática sobre o banho de imersão durante o trabalho de parto, com 3.146 mulheres, sugere que essa prática reduz o emprego de analgesia peridural e não houve relato de efeitos adversos para a mãe e o feto⁽²¹⁾.

Outras práticas de conforto utilizadas foram a bola suíça e o banquinho, que são alternativas para as mudanças de posição e a postura vertical ativa da mulher durante o trabalho de parto. A bola suíça consiste em uma bola de borracha inflável, usada em fisioterapia para exercícios de correção postural e no tratamento de problemas neurológicos. Permite que a mulher realize um discreto balanceio pélvico enquanto está sentada, movimento este que pode auxiliar na descida e rotação do feto, além de proporcionar sensação de relaxamento. O banquinho tem apoio em três pés e o assento almofadado; permite que a parturiente sente-se, apoie os pés no chão e os braços na cama, enquanto o acompanhante ou a enfermeira obstétrica massageia suas costas. Pode também servir de apoio durante os esforços expulsivos.

Conforme mencionado no Método, algumas práticas utilizadas (uso do banquinho, deambulação, massagem, bola suíça, banho de imersão e aspersão), além da posição no parto, deixaram de ser sistematicamente anotadas, a partir

de 2005. Sob o argumento de uniformização dos prontuários do CPN-CM e do HGIP, não existe mais um local específico para seu registro. Lamentavelmente, práticas essenciais no cuidado de enfermagem, que fazem parte do âmago da profissão e podem trazer benefícios à mulher no parto são desprezadas, por decisões burocráticas. Ainda assim, devem ser realizadas pesquisas para mostrar seus efeitos no parto e na satisfação das mulheres que recebem esses cuidados.

Em relação às condições do neonato, o Apgar indicou a boa vitalidade, com valor igual ou maior que sete, no primeiro e quinto minutos de vida, em mais de 99% dos bebês, coincidindo com outros estudos realizados em CPN, no Brasil^(6,8,10).

Em quase todas as situações, a assistência ao RN normal, consiste apenas em enxugá-lo, aquecê-lo, avaliá-lo e entregá-lo à mãe para o contato pele-a-pele precoce. Todos os procedimentos habituais, como realizar medidas antropométricas, administrar vitamina K, colírio de nitrato de prata, entre outros, devem ser realizados após contato da mãe com seu filho⁽¹⁴⁾. As recomendações para evitar intervenções desnecessárias nos cuidados ao RN de baixo risco são adotadas no CPN-CM, o que justifica as baixas taxas de manipulação dos bebês imediatamente após o nascimento.

A existência de baixas taxas de intercorrência com os neonatos, como desconforto respiratório (1,5%), internação em unidade neonatal (1,4%) e fratura de clavícula (0,1%), pode refletir os critérios restritos de admissão das mulheres no CPN-CM. Proporções mais elevadas de desconforto respiratório (36,3%) e internação em unidade neonatal (3,8%) foram apontadas em estudo conduzido no CPN peri-hospitalar, em Belo Horizonte (MG)⁽⁸⁾.

Por fim, observa-se que o modelo de assistência coordenado por enfermeiras obstétricas ou obstetrizes para o atendimento a mulheres de baixo risco apresenta resultados satisfatórios, consoante com as recomendações da OMS de que esta profissional é o provedor de cuidados primários de saúde mais adequado para assistir o parto normal. Isto vai ao encontro dos achados da revisão sistemática, que incluiu 11 ensaios clínicos e demonstrou que mulheres atendidas em serviços com modelo de cuidado liderado pela enfermeira obstétrica, quando comparados com aquelas atendidas em outros modelos de atenção, apresentaram menor probabilidade de serem hospitalizadas durante a gravidez e de serem submetidas a episiotomia, fórceps ou vácuo extração e maior probabilidade de não receberem anestesia ou analgesia, terem parto vaginal espontâneo, sentirem-se no controle durante o nascimento e iniciarem a amamentação. Não houve diferença entre os grupos quanto à frequência de cesariana. Os revisores concluem que este modelo de cuidado deveria ser oferecido às mulheres sem complicações médicas ou obstétricas⁽²²⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O CPN-CM representa um modelo de assistência com desfechos maternos e neonatais favoráveis para população de baixo risco, conforme as recomendações da OMS, em convergência com outros centros de parto normal.

Nesse local, a enfermeira obstétrica ou obstetriz é responsável por todas as decisões relativas ao cuidado da mulher e do recém-nascido, com o respaldo em protocolos assistenciais. Esta é uma condição importante para que a assistência ao parto ocorra com menos intervenções e uso adequado da tecnologia, visto que o local e o modelo de assistência ao parto, no qual a enfermeira obstétrica atua,

tem um impacto em sua habilidade para incorporar, em sua prática, as mudanças decorrentes de pesquisas. Enfim, esse ambiente dispõe de uma estrutura física e técnico-administrativa que favorece o cuidado centrado na fisiologia e nas necessidades e escolhas da mulher, com a enfermeira obstétrica como coordenadora desta assistência.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. O Modelo de Atenção Obstétrica no Setor de Saúde Suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília; 2008.
2. Albers LL. Overtreatment of normal childbirth in US hospitals. *Birth*. 2005;32(1):67-8.
3. Waldestrom U, Nilsson C, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(4):410-8.
4. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(1):CD000012.
5. 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 2009 ago. 24]. Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/45.pdf>
6. 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.
7. Fernandes BM. A Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil do atendimento e a percepção das usuárias [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
8. 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.
9. 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*. In press 2009.
10. Barbosa da Silva FM, Koiffman MD, Hitomi Osava R, Oliveira SMJV, Riesco MLG. Centro de Parto Normal como estratégia de incentivo do parto normal: estudo descritivo. *Enferm Glob [periódico na Internet]*. 2008 [citado 2009 set. 11];14(1):1-11. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/35921/34941>
11. Berquó E, Garcia S, Lago T, coordenadoras. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) [texto na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; 2006. [citado 2009 ago. 24]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
12. Lauzon L, Hodnett ED. Labour assessment programs to delay admission to labour wards. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD000936.
13. Smyth RM, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006167.
14. Organização Mundial de Saúde (OMS). Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996. (Publicação OMS/SRF/MSM/96.24).
15. Weeks AD. The retained placenta. *Best Pract Res Clin Obstetr Gynaecol*. 2008;22(6):1103-17.
16. Alfircvic Z, Devane D, Gyte GML. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD006066.
17. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000081.
18. Hodnett D, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003766.
19. Brasil. Lei n.11.108, de 7 de abril de 2005. Dispõe sobre o direito da parturiente à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS [legislação na Internet]. Brasília; 2005. [citado 2009 set. 20]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11108.htm>
20. Silva FMB, Oliveira SMJV. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):57-63.
21. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD000111.
22. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD004667.