

Remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital de referência*

TRANSFERRING MOTHERS FROM A FREE-STANDING BIRTH CENTER TO A REFERENCE HOSPITAL

REMOCIONES MATERNAS DE LA CASA DEL PARTO DE SAPOPEMBA PARA HOSPITAL DE REFERENCIA

Isabel Cristina Bonadio¹, Camilla Alexandra Schneck², Luciana Gomes Pires³, Ruth Hitomi Osava⁴, Flora Maria Barbosa da Silva⁵, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira⁶, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁷

RESUMO

Estudo descritivo com objetivo de caracterizar as remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba, em São Paulo, para hospitais de referência, entre setembro de 1998 e julho de 2008. A população do estudo compôs-se de 229 casos. Os dados foram obtidos dos prontuários e dos livros de registro de remoções. Foi realizada análise descritiva. A taxa de remoção materna foi de 5,8% (5,5% intraparto e 0,3% pós-parto). A maioria das mulheres removidas para o hospital era nulípara (78,6%). O motivo mais frequente para remoção intraparto foi anormalidade da pélvis materna ou do feto (22,6%) e para a remoção pós-parto, anormalidade da dequitação (50%). Destacaram-se a nuliparidade, dilatação cervical na admissão, membranas ovulares rotas e idade gestacional superior a 40 semanas como variáveis importantes para o estudo de fatores de risco para remoção materna.

DESCRIPTORIOS

Enfermagem obstétrica
Centros Independentes de Assistência à Gravidez e ao Parto
Parto normal
Saúde materno infantil

ABSTRACT

The objective of this descriptive study was to characterize the transfers of mothers from the Sapopemba Birth Center to reference hospitals in São Paulo, from September 1998 to July 2008. The studied population was 229 cases of mother transfers. Data were obtained from medical records and record books of the transferred women. Descriptive analysis was performed. The transfer rate was 5.8% (5.5% in the intrapartum period and 0.3% in the postpartum period). Most women who were transferred to the hospital were nulliparous (78.6%). The most common reason for intrapartum transfers was fetal or pelvis abnormalities (22.6%), and abnormal placental detachment (50%) for women in the postpartum period. Some conditions such as nulliparity, cervical dilation at admission, rupture of the membranes and gestational age over 40 weeks were highlighted as important variables for studying the risk factors for mothers being transferred.

DESCRIPTORS

Obstetrical nursing
Birthing Centers
Natural childbirth
Maternal and child health

RESUMEN

Estudio descriptivo que objetivó caracterizar las remociones maternas de la Casa del Parto de Sapopemba-SP para hospitales de referencia entre setiembre 1998 y julio 2008. La población del estudio se compuso de 229 casos de remoción materna. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y libros de registro de remociones. Se realizó análisis descriptivo. La tasa de remoción materna fue del 5,8% (5,5% intraparto y 0,3% postparto). La mayoría de las mujeres derivadas para hospitales era nulípara (78,6). El motivo más frecuente de derivación intraparto fue anormalidad de pelvis materna o del feto (22,6%), y para cada remoción postparto, anormalidad de expulsión placentaria (50%). Tuvieron destaque la nuliparidad, dilatación cervical en la admisión, membranas ovulares rotas y edad gestacional superior a 40 semanas como variables importantes para el estudio de factores de riesgo en la remoción materna.

DESCRIPTORIOS

Enfermería obstétrica
Centros Independientes de Asistencia al Embarazo y el Parto
Parto natural
Salud materno infantil

* Extraída da pesquisa "Remoções maternas e neonatais na Casa do Parto de Sapopemba – São Paulo", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2006. ¹ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ibonadio@usp.br ² Doutora em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Professora Doutora do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. camilla_midwife@yahoo.com.br ³ Enfermeira Graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. lucianapires@usp.br ⁴ Professor Doutor do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rosava@usp.br ⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CNPq. São Paulo, SP, Brasil. floramaria@usp.br ⁶ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. soniaju@usp.br ⁷ Professor Associado 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

No Brasil, a assistência ao parto e nascimento é caracterizada pela medicalização, com o emprego rotineiro de intervenções desnecessárias potencialmente prejudiciais cujo uso não encontra respaldo em evidências científicas. Entre estes procedimentos, encontram-se as cesarianas sem indicação precisa, o isolamento da mulher de seus familiares, a falta de privacidade no momento do parto e as intervenções para acelerar o trabalho de parto, além da episiotomia de rotina. A partir dos anos 1990, várias iniciativas para a promoção do parto fisiológico tiveram origem em meio à consolidação do movimento para mudança das práticas no país.

As políticas públicas para mudanças no modelo de atenção ao parto e nascimento no Brasil têm considerado duas linhas: uma delas é a promoção do cuidado ao nascimento humanizado e saudável e a outra são as ações no sentido de combater intervenções que não possuem indicação clínica, como a cesariana desnecessária⁽¹⁾.

Nesse contexto, como parte da política de qualificação da atenção obstétrica e neonatal, em 1998 foi apresentada a proposta de implantação de Centros de Parto Normal (CPN). A seguir, a Portaria do Ministério da Saúde nº 985 de agosto de 1999 estabeleceu critérios para a criação desses centros no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Conforme a Portaria Ministerial, o CPN é um estabelecimento destinado à assistência ao parto normal que pode funcionar como parte de uma unidade hospitalar ou separadamente integrado a um sistema local de atenção básica⁽²⁾. Os CPN diferenciam-se quanto a distância do hospital de referência para remoções, porém o modelo e a filosofia do atendimento são convergentes: a assistência ao parto e o nascimento de evolução fisiológica estão sob a responsabilidade de enfermeiras obstétricas e obstetizes.

A Casa do Parto de Sapopemba (CPS), instituição extra-hospitalar comunitária de assistência ao parto, foi inaugurada em setembro de 1998 na cidade de São Paulo, com o objetivo de oferecer atendimento digno e humanizado às mulheres com gestação fisiológica. No entanto, esse modelo inovador de atenção ao parto suscita questionamentos sobre a segurança da assistência ao parto fora do hospital, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido (RN)⁽³⁾.

Assim, os resultados de estudos sobre remoções maternas de centros de parto para hospitais são de grande importância para o estabelecimento de critérios para a admissão de mulheres em CPN para dar à luz⁽⁴⁾ e para esclarecimento de questões relativas à segurança desses serviços.

Uma revisão que incluiu estudos realizados em centros de parto intra-hospitalares de países desenvolvidos

analisou resultados clínicos, psicossociais e econômicos de mulheres que planejaram ter seus filhos nesses locais. Concluiu que estes serviços podem oferecer assistência acessível, apropriada e individualizada às mulheres e suas famílias⁽⁵⁾. As remoções maternas são um dos objetivos de um estudo em andamento no Reino Unido, coordenado pelo National Perinatal Epidemiology Unit (NPEU), que procura investigar os resultados maternos e neonatais da assistência em partos domiciliares, centro de parto e hospitais⁽⁶⁻⁷⁾.

Revisão sistemática da Biblioteca Cochrane com cerca de 9000 mulheres atendidas em ambientes intra-hospitalares semelhantes ao domicílio e convencionais encontrou menores taxas de intervenções e maior satisfação entre as mulheres atendidas em ambientes caseiros. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes para mortalidade perinatal, nem foram encontrados estudos em centros de parto independentes do hospital⁽⁸⁾.

Um estudo caso-controle, realizado em um centro de parto extra-hospitalar, investigou as remoções neonatais com o objetivo de identificar os fatores de risco associados a essas remoções. O tabagismo durante a gestação, as intercorrências no trabalho de parto e o índice de Apgar no primeiro minuto menor ou igual a sete foram identificados como fatores de risco para remoção de recém-nascidos (OR 5,5; IC 95% 1,06 – 28,26)⁽⁹⁾.

As experiências recentes dos centros de parto extra-hospitalares em nosso meio devem merecer a atenção das enfermeiras obstétricas e obstetizes. O conhecimento sistematizado desses serviços apresenta-se como uma demanda de investigação e poderá contribuir para consolidar as bases de um modelo de assistência que vem se comportando como uma tendência^(5,10).

O objetivo desta investigação foi caracterizar as remoções maternas da CPS para hospitais, no período de setembro de 1998 a julho de 2008.

MÉTODO

Estudo descritivo com coleta retrospectiva de dados, realizado na CPS, instituição de assistência ao parto que funciona no âmbito do SUS e integrada ao Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

No período entre o início do funcionamento da CPS, em setembro de 1998, até julho de 2008, 3937 mulheres foram admitidas para avaliação obstétrica e houve 270 remoções maternas. Destas, 13 mulheres foram encaminhadas para o hospital antes de serem admitidas, por razões diversas que incluem não atender aos critérios para admissão (prematuridade) e outras não relacionadas à assis-

os resultados de estudos sobre remoções maternas de centros de parto para hospitais são de grande importância para o estabelecimento de critérios para a admissão de mulheres em Centros de Parto Normal para dar à luz e para esclarecimento de questões relativas à segurança desses serviços.

tência prestada no serviço (opção dos familiares). Assim, restaram 257 mulheres removidas da CPS para hospitais durante o trabalho de parto ou após o parto. Do total de remoções, foram excluídas 28 mulheres, duas por falta de registro do motivo da remoção e 26 por não terem os prontuários localizados, representando perda de 10,9%. A população do estudo compôs-se de 229 casos de remoções maternas da CPS para hospitais.

Os dados foram obtidos por meio de um formulário, preenchido com dados dos prontuários de mulheres admitidas na CPS e dos livros de registro das remoções. Cada prontuário foi analisado separadamente. As variáveis estudadas foram: sociodemográficas (idade, escolaridade, conjugalidade, tipo de trabalho, tipo de encaminhamento, área de abrangência, sistema de saúde); história obstétrica (número de gestações, paridade, tipo de parto anterior); assistência pré-natal (número de consultas de pré-natal e de atendimentos na CPS); condições obstétricas na admissão (idade gestacional, dilatação cervical, membranas ovulares, tempo de rotura das membranas ovulares); condição obstétrica na remoção materna (dilatação cervical, tempo entre a internação e a remoção, vitalidade fetal); taxa, motivos e tempo entre admissão e remoção materna; desfecho materno e condições do RN (índice de Apgar no 5º minuto de vida e peso de nascimento).

Os motivos de remoção foram coletados utilizando-se a terminologia registrada nos prontuários pelas enfermeiras obstétricas da CPS, assim, aqueles referentes ao trabalho de parto foram agrupados em 12 categorias: 1) Fase latente prolongada: dilatação cervical de até 4cm na remoção associados à: dinâmica uterina fraca, trabalho de parto lento, parada de progressão, parada de progressão da dilatação, trabalho de parto prolongado, sem progressão da cervico-dilatação, distocia de progressão, distocia funcional, amniorrexe prematura, sem evolução do trabalho de parto, sem progressão da dilatação após indução; 2) Fase ativa prolongada: dilatação cervical de 5 a 9cm na remoção associada aos motivos mencionados na categoria anterior ou sem progressão de descida; 3) Fase pélvica prolongada: motivo registrado foi expulsivo prolongado; 4) Características do colo: motivo registrado foi colo desfavorável ou espástico; 5) Anormalidades do trajeto ou feto: motivo registrado foi bossa, suspeita ou desproporção cefalopélvica, distocia de rotação, macrossomia fetal, edema de colo, apresentação alta e móvel e promontório atingível, polidramnio, varizes vulvares e de membros inferiores em grande proporção; 6) Cardiotocografia intranquilizadora: registro de alteração na frequência dos batimentos cardíacos por meio da cardiotocografia, como, desaceleração do tipo I ou II, taquicardia e variabilidade comprometida; 7) Presença de mecônio no líquido amniótico: visualização ou suspeita de mecônio; 8) Estresse materno: paciente agitada ou pouco colaborativa ou falta de cooperação e parturiente com tontura e fraqueza; 9) Decisão da família: incluídos os motivos: opção ou solicitação da família ou do esposo, mãe da paciente ansiosa e não

cooperante e familiares agitados; 10) Taquissístolia e 11) Laterocidência de cordão; 12) Outros: motivos relativos à condição clínica desfavorável ou não prevista no protocolo de admissão na CPS e decisão da própria mulher.

Foi realizada análise descritiva dos dados e os resultados estão apresentados em forma de tabela e figura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer nº 223/2006/CEP/SMS).

Descrição do local do estudo: Na CPS, mulheres com gestação de baixo risco são atendidas e encaminhadas por Unidades Básicas de Saúde da região. Há também procura do serviço por gestantes que residem fora da área de abrangência, atraídas pelo modelo de atenção oferecido. A assistência inicia-se a partir da 37ª semana de gestação, quando é feita uma avaliação de risco, segundo protocolos elaborados pela equipe de enfermeiras obstétricas e obstetrias do local, respeitando os critérios consagrados na atualidade. A partir desta avaliação, a gestante tem a CPS a sua disposição durante 24 horas por dia. O acompanhamento subsequente é realizado em encontros semanais, até que o trabalho de parto tenha início. Na admissão para o trabalho de parto, a presença de um acompanhante de sua escolha é incentivada. Após o parto, quando a mãe e o recém-nascido encontram-se em boas condições, ambos recebem alta em até 24 horas, período inferior ao de uma internação hospitalar. Esta é uma alta supervisionada, com retorno agendado entre três e quatro dias após o parto, para coleta do teste de rastreamento neonatal, conhecido como exame do pezinho, e reavaliação das condições da puérpera e do bebê, além de orientações. A mulher pode, ainda, fazer contato telefônico ou retornar a qualquer momento.

O atendimento às gestantes e parturientes é feito em sua integralidade por enfermeiras obstétricas e obstetrias, apoiadas por auxiliares de enfermagem. A equipe de apoio é constituída de um motorista de ambulância, um vigia e um auxiliar de serviços gerais. Todas as enfermeiras obstétricas e obstetrias recebem treinamento periódico para o atendimento de emergências relacionadas à mulher e ao RN. A CPS possui equipamentos apropriados para o atendimento em emergências maternas e neonatais.

Nos primeiros anos de funcionamento da CPS, os serviços de referência para as remoções foram o Amparo Maternal, a Clínica Infantil do Ipiranga e o Hospital Cândido Fontoura. A partir de 2002, o Hospital Estadual de Vila Alpina (HEVA) tornou-se o hospital de referência para os casos de mulheres e recém-nascidos que necessitam de atendimento hospitalar. As remoções maternas e neonatais são realizadas em ambulância exclusiva do serviço, disponível 24 horas por dia. Desde 2006, o plantão começou a contar com duas enfermeiras obstétricas ou obstetrias e todas as remoções foram acompanhadas por uma dessas profissionais.

RESULTADOS

Do total de 3937 (100%) mulheres admitidas na CPS no período do estudo, 229 (5,8%) foram removidas para hospitais, sendo 217 (5,5%) no intraparto e 12 (0,3%) no pós-parto. A taxa de remoção materna variou ao longo dos anos; a menor taxa ocorreu em 2002 e as maiores em 2004 e 2005 (Figura 1). Merece esclarecer, na Figura 1, que o início do funcionamento da CPS ocorreu em setembro de 1998 e a coleta dos dados encerrou-se em julho de 2008; portanto, os dados desses anos são parciais.

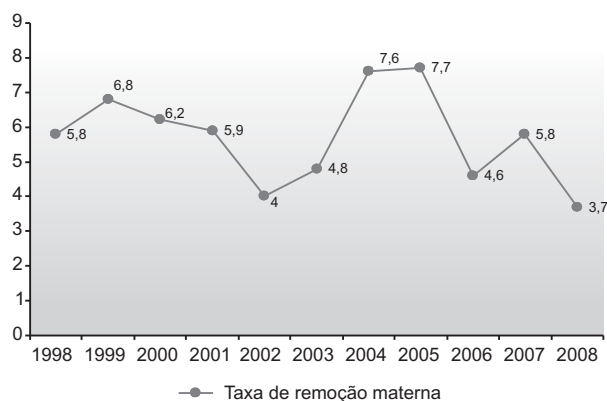


Figura 1 - Taxas de remoção materna da Casa do Parto de Sapoemba para hospitais - São Paulo, 1998- 2008

A idade média das mulheres removidas para o hospital foi $23,9 \pm 6,1$ anos, com variação de 14 a 40 anos e a maior proporção de adolescentes (27,5%); 54,1% tinham, pelo menos, oito anos de estudo; 77,3% tinham parceiros; 43,7% exerciam atividade remunerada; 35,8% não residiam na área de abrangência da CPS e 8,7% eram provenientes do sistema de saúde suplementar; 26,2% realizaram, no mínimo, três consultas de pré-natal; 80,4% foram atendidas, pelo menos, uma vez pelas enfermeiras obstétricas da CPS antes da internação para o parto.

A maioria das mulheres removidas da CPS era nulípara (78,6%) e 21,4% um ou mais partos, com predomínio de partos normais. A mediana da idade gestacional foi de 40 semanas e, em 27,9%, superaram 40 semanas. A totalidade de mulheres removidas no período intraparto para hospitais tinha feto vivo e não houve morte materna.

Em relação às condições obstétricas das parturientes na admissão, a dilatação cervical média foi $3,5 \pm 1,8$ cm, mediana 3 cm e 34% apresentavam membranas ovulares rotas. O tempo médio de rotura das membranas foi de $3h 37min \pm 4h 23min$, com 83,1% até 6 horas e 4,6% com 12 ou mais horas. Para cálculo da média do tempo de bolsa rota, foram excluídas 13 mulheres sem essa informação e aquelas com valores superiores a 9h 45min, que foram considerados valores fora da distribuição normal dos dados.

A maioria das remoções ocorreu no primeiro período do parto (163 – 81%); a maior proporção das mulheres (94

– 46,7%) foi removida na fase ativa do trabalho de parto e o restante (69 – 34,3%) na fase latente do trabalho de parto. O tempo médio entre a admissão das mulheres na CPS e a remoção para o hospital foi de 8h 52min, com mediana de 7h 33min.

Tabela 1 - Motivos para as remoções de mulheres da Casa do Parto para hospitais - São Paulo, 1998-2008

Motivos	N	%
Remoções intraparto (N= 217)		
Anormalidades do trajeto ou feto	49	22,6
Cardiotografia intranquilizadora	32	14,6
Fase pélvica prolongada	25	11,4
Presença de mecônio no líquido amniótico	24	11,0
Fase latente prolongada	24	11,0
Fase ativa prolongada	22	10,0
Características do colo	10	4,6
Taquissistolia	9	4,1
Estresse materno	8	3,7
Decisão da família	7	3,1
Laterocidência de cordão umbilical	2	0,8
Outros*	5	2,3
Remoções pós-parto (N= 12)		
Anormalidade da dequitação	6	50,0
Hemorragia pós-parto	2	16,7
Alteração da pressão arterial	1	8,3
Parestesia de membros	1	8,3
Dor coccígea	1	8,3
Hematoma de parede vaginal	1	8,3

*Outros motivos: alteração de pressão arterial (n=2); desejo da mãe (n=1); febre (n=1); VDRL positivo (n=1).

Para a remoção intraparto, os motivos mais frequentes foram anormalidades do trajeto ou feto (22,6%), cardiotocografia intranquilizadora (14,6%), prolongamento da fase pélvica (11,4%) e presença de mecônio (11,0%). O prolongamento do primeiro ou segundo estágio do parto motivou a remoção de 32,4% das mulheres e as condições que comprometem o bem-estar fetal, como cardiotocografia intranquilizadora, mecônio no líquido amniótico e taquissistolia, determinaram 29,1% das remoções maternas da CPS para os hospitais.

A anormalidade da dequitação foi o motivo de remoção de seis mulheres no pós-parto, representando 50% do total nesse período, seguido de hemorragia pós-parto (16,7%). A dequitação manual da placenta foi realizada em metade das puérperas removidas.

Em relação ao tipo de parto, os desfechos de 168 (77,4%) mulheres foram conhecidos, sendo 47,6% por cesariana, 3,6% por fórceps ou vácuo extrator e 48,8% parto normal. Após a remoção da mulher para o hospital, as enfermeiras da CPS entram em contato com os familiares para obter informações sobre as condições da mulher e do bebê. Nesse sentido, segundo informações dos familiares, nenhuma mulher removida faleceu. Quanto aos RN, a quase totalidade (98,3%) obteve índice de Apgar ≥ 7 no 5º minuto de vida; 80,4% tiveram peso maior ou igual a

3500g e 9,9% pesaram mais de 4000g. O peso médio foi 3359,8±37,6g, com mediana de 3335g.

DISCUSSÃO

Este estudo foi planejado para sistematizar os dados sobre a assistência oferecida na CPS, incluindo todas as remoções maternas para hospitais, desde o início de seu funcionamento. Descrever as características sociodemográficas, a história obstétrica, as condições obstétricas na admissão e na remoção e os parâmetros do RN de mulheres removidas da CPS e identificar a taxa e os motivos de remoção materna é a forma inicial de analisar a qualidade e a segurança desse modelo.

As condições sociodemográficas são variáveis que auxiliam a caracterizar o perfil das mulheres que escolhem dar à luz em centro de parto e podem indicar algumas diferenças daquelas que decidem parir em serviços tradicionais. Alguns estudos indicam que essas mulheres tendem a ser mais escolarizadas. Um estudo conduzido nos Estados Unidos da América (EUA) encontrou 55,3% das mulheres com mais de 12 anos de estudo, 12,3% solteiras⁽¹¹⁾. No Brasil, dados da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2006) apontam que a média de escolaridade é 8,7 anos para as mulheres no meio urbano e 6,5 anos no meio rural⁽¹²⁾. Por vezes, o fato da mulher possuir ensino fundamental já representa um diferencial de comportamento significativo com relação à reprodução, contracepção, saúde, hábitos de higiene, utilização dos serviços de saúde entre outros.

Neste estudo, o percentual de mulheres removidas que tinham até 19 anos (27,5%) e 35 anos ou mais (7,9%) foi superior ao encontrado em um CPN peri-hospitalar em Belo Horizonte, onde os valores foram 25,8% e 4,9%, respectivamente⁽¹³⁾. Na Alemanha, estudo sobre remoções intraparto de CPN para hospitais revelou idade média de 34 anos⁽⁴⁾, valor muito superior ao encontrado neste estudo de 23,9 anos. As características sociodemográficas de outro estudo no Brasil, realizado em centro de parto normal, também foram semelhantes, como idade média de 23,6 ± 5,6 anos; 27,3% de adolescentes; 75,4% com 8 anos ou mais de estudo e a maioria (58,4%) tinha companheiro⁽¹⁴⁾. Os resultados da atual pesquisa reiteram o rejuvenescimento do padrão reprodutivo das brasileiras⁽¹²⁾. Na PNDS de 2006, mais de 64% das mulheres declararam-se casadas ou em união consensual e 54,2% com trabalho remunerado. A realização de, pelo menos, seis consultas de pré-natal foi registrada em 77% das gestações no país e, em 84,7%, na Região Sudeste⁽¹²⁾.

Indicadores como ter ensino médio, trabalho remunerado, companheiro e outros que não foram obtidos neste estudo podem, em conjunto, compor características de mulheres que se julgam com boas condições de saúde para optar pelo parto em ambiente extra-hospitalar. No entanto, estes dados não foram analisados por meio de inferência estatística.

As taxas de remoções maternas apresentadas no Fórum Permanente de Centros de Parto Normal da Região Sudeste, realizado em São Paulo em 2005, foram de 5,8% no CPN David Capistrano Filho (RJ), 3,1% no CPN Casa de Maria (SP), 10,7% no CPN de Juiz de Fora (MG), 11,7% no CPN David Capistrano em Belo Horizonte (MG) e 6,7% na CPS (SP). Estas taxas foram menores do que a maioria das relatadas na literatura internacional.

Em 1989, estudo realizado na Califórnia incluindo 16 CPN extra-hospitalares mostrou que dentre 2002 mulheres admitidas para o parto, 166 (8%) foram removidas. A taxa de remoção apresentada pelos diferentes centros de parto foi de até 37%. No ano seguinte, foram estudados sete CPN (1443 mulheres admitidas) e a taxa apontada foi de 9% durante o trabalho de parto e 0,3% no pós-parto. A desproporção cefalopélvica foi o primeiro motivo (44%), seguido de trabalho de parto prolongado (38%), comprometimento da vitalidade fetal (7%) e mecônio no líquido amniótico (4%)⁽¹⁵⁾.

Nos EUA, estudo entre 1986 e 1987 aponta que, dentre 11814 mulheres admitidas para o parto em 84 centros de parto, 11,9 % foram removidas para o hospital durante o trabalho de parto. Os motivos foram: falha no progresso do trabalho de parto (57,5%), mecônio no líquido amniótico (13,4%) e comprometimento da vitalidade fetal (10%). Os dois principais motivos para remoção no pós-parto foram hemorragia e retenção placentária. Para os autores, houve maior proporção de nulíparas em relação às múltíparas dentre as mulheres que necessitaram de remoção⁽¹¹⁾.

Em dois estudos sobre CPN extra-hospitalar, nos EUA, a taxa de remoção materna foi de 15,8% e de 19,6%^(11,16). Estudo realizado no Texas (EUA), em dois CPN extra-hospitalares, entre 1993 e 1994, apontou taxa de remoção materna de 25,1% e 20%. Os motivos apontados nos dois serviços foram, respectivamente, 32,3% e 20,4% por falha na evolução do trabalho de parto; 12,7% e 4,9% pela presença de mecônio no líquido amniótico; 5,4% e 22,3% por comprometimento da vitalidade fetal⁽¹⁷⁾.

No Reino Unido, as remoções maternas em CPN extra-hospitalar foram de 12% até 21,6% e as taxas de CPN anexos aos hospitais variaram entre 16% e 30%⁽⁵⁾. No CPN anexo ao Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte - Brasil, a taxa de remoção foi 11,4% e os motivos para remoção intraparto foram: distocia do trabalho de parto (25,8%), desejo por analgesia (25,3%), mecônio no líquido amniótico (18,7%) e outros motivos, como pressão arterial ≥ 140/90mmHg, febre, hemorragia, apresentação anômala e prolapso de cordão⁽¹³⁾.

Em Berlim, estudo conduzido em dois CPN encontrou taxa de remoção materna de 18,2% entre 801 mulheres admitidas entre 1992 e 1994. A taxa de remoção no pós-parto foi de 3,6%. O comprometimento da vitalidade fetal (32,9%) e a falha no progresso do trabalho de parto (28%) foram os dois principais motivos para a remoção⁽⁴⁾.

A taxa de remoção observada em CPN na Noruega, entre 1995 e 1997, dentre 1275 mulheres admitidas para o trabalho de parto foi de 4,5% no período intraparto e 4,4% no pós-parto. Dentre os três primeiros motivos estão rotura de membrana por período maior que 24 horas sem contrações efetivas, trabalho de parto prolongado e comprometimento da vitalidade fetal⁽¹⁸⁾.

Na Suécia, um estudo para investigar a prevalência e os fatores de risco associados a remoções em partos domiciliares planejados encontrou taxa de 12,5%. Entre as remoções, 85% ocorreram antes do parto e a justificativa mais comum foi falha na progressão do trabalho de parto (54,13%). Em relação às remoções ocorridas no pós-parto, a principal justificativa foi hemorragia (47,38%), seguida de retenção placentária (21,05%)⁽¹⁹⁾.

A revisão que incluiu cinco estudos realizados entre 1970 e 2002 sobre CPN independentes sob a responsabilidade de enfermeiras obstétricas e obstetizas, assim como a CPS, mostrou que em três deles a taxa de remoção materna no período intraparto variou de 14,6% a 22%⁽²⁰⁾.

Neste estudo, assim como em outros dois, a maioria das mulheres removidas para hospitais era nulípara^(4,11). Nos EUA, no estudo que envolveu 84 CPN, a proporção de mulheres admitidas com dilatação menor que 5cm foi de 76,6% entre as removidas e de 49,7% entre as que pariram em CPN⁽²¹⁾. Ao se analisar as taxas de remoção em CPN, vários fatores devem ser considerados, tais como aspectos sociodemográficos, perfil de risco da população atendida, distância em relação ao hospital de referência, características do processo de remoção, definição do diagnóstico que gera a remoção e os protocolos utilizados em cada centro de parto⁽¹⁷⁾.

Nos modelos de atenção ao parto é importante ressaltar seus diferentes componentes, tais como o financiamento e regulação do sistema de saúde, rede de serviços, estrutura física e equipamentos, profissionais envolvidos, práticas adotadas, além da participação das usuárias. Todos esses elementos devem ser continuamente monitorados e avaliados, levando em conta resultados, segurança, custos e satisfação da população atendida⁽²²⁾.

As taxas de remoção materna de CPN para hospitais encontradas na literatura são várias e podem refletir as diferenças na composição da equipe que presta o atendimento, na distância em relação ao hospital de referência e nos diferentes critérios clínicos e obstétricos para a admissão e remoção da mulher. Ainda, não há uma classificação padronizada dos motivos para remoção materna e dos protocolos para admissão e remoção dos CPN estudados. Esses fatos dificultam a comparação dos resultados.

Neste estudo, as condições obstétricas na admissão e a paridade (78,6% nulíparas) são fatores que se destacam entre as mulheres removidas. A proporção de mulheres com idade gestacional superior a 40 semanas (27,9%), admitidas com dilatação cervical de até 4cm (75,1%) e

com membranas amnióticas rotas (34%) pode indicar um grupo com potencial necessidade de remoção. Essas condições indicam um grupo de mulheres em que o tempo necessário para a evolução do trabalho de parto pode influenciar a decisão de remoção.

Por diversas vezes, durante os 10 anos de funcionamento da CPS, a equipe de enfermeiras obstétricas e obstetizas enfrentou dificuldades decorrentes do contexto político que envolve a organização do sistema de saúde no município de São Paulo, a oposição de outras categorias de profissionais de saúde e até mesmo do ministério público.

Esse contexto pode ser constatado na variação das taxas anuais de remoção materna. Exceto a de 2008, a menor taxa observada foi em 2002, coincidindo com a definição do único hospital de referência para as remoções maternas e neonatais. O processo de aceitação dos profissionais do HEVA como referência da CPS foi lento. Em 2004 e 2005, as maiores taxas de remoção materna parecem refletir as mudanças na equipe de enfermeiras obstétricas, inclusive da direção técnica e, também, da instabilidade que se seguiu, em 2003, agravada com o posicionamento mais ostensivo da categoria médica contra os centros de parto normal extra-hospitalares. As remoções neonatais foram descritas em outro estudo e também apresentaram variações que refletem a mesma situação⁽³⁾.

Variáveis importantes para estudo dos fatores de risco para a remoção materna destacaram-se nas condições de admissão das mulheres removidas, tais como: nuliparidade, internação na fase latente do parto, membranas ovulares rotas, idade gestacional superior a 40 semanas. A macrosomia fetal teve relevância nas causas de remoção materna. A análise conjunta dessas variáveis entre mulheres removidas ou não pode apontar aspectos importantes para o aprimoramento de protocolos para admissão de parturientes em ambiente extra-hospitalar.

A comparação entre serviços e modelos assistenciais deve levar em conta os indicadores que os centros de parto normal podem fornecer sobre os atendimentos prestados no local. É preciso destacar a necessidade de estudos que abordem a experiência das mulheres que foram removidas para o hospital e seu impacto nos resultados maternos e perinatais. Esses resultados devem ser investigados por meio de estudos longitudinais ou que incluam os desfechos maternos e perinatais.

CONCLUSÃO

No período do estudo, a taxa de remoção materna foi 5,8%; o motivo mais frequente para remoção intraparto foi a anormalidade da pélvis materna ou do feto (22,6%) e no pós-parto, a anormalidade da dequitação (50%).

A proporção de mulheres nulíparas (78,6%), admitidas com idade gestacional superior a 40 semanas (27,9%), dilatação cervical de até 4cm (75,1%) membranas ovulares ro-

tas (34%) e a proporção de RN com peso superior a 4000g (9,9%) destacaram-se nas remoções maternas da CPS.

Os centros de parto que funcionam fora do ambiente hospitalar não têm o propósito de atuar isoladamente; pelo contrário, propõem a construção do conceito de equipe ampliada, na qual o hospital de referência seja de fato a complementação do centro de parto normal e ofereça o suporte necessário para o atendimento, como é o caso da CPS. A boa interação e colaboração dos profissionais envolvidos na assistência é condição importante para o êxito dessa proposta. Além disso, esse modelo permite o desenvolvimento de habilidades profissionais específicas para a promoção do parto fisiológico.

A casa de parto reforça a característica do atendimento com equidade no SUS e representa em si um grande de-

safio. Viabiliza o conceito da hierarquização da assistência, segundo o nível de complexidade sem, no entanto, prescindir da necessidade de atenção integral aos usuários do SUS.

A experiência da CPS concretiza a recomendação da Organização Mundial da Saúde de oferecer a gestante de baixo risco um local para a assistência ao parto e pós-parto próximo de sua residência. Favorece o emprego da tecnologia apropriada para a assistência ao parto e nascimento e ressalta o potencial desse modelo de assistência ao combater as intervenções desnecessárias e promover o parto fisiológico entre mulheres de baixo risco.

Consolidar o modelo implica aceitá-lo integrado ao SUS com suas possibilidades de cumprir os princípios de equidade e hierarquização da assistência, além de buscar aperfeiçoá-lo continuamente.

REFERÊNCIAS

1. Rattner D, Abreu IPH, Araújo MJO, Santos ARF. Humanizing childbirth to reduce maternal and neonatal mortality: a national effort in Brazil. In: Davis-Floyd RE, Barclay L, Daviss B, Tritten J. Birth models that work. Berkeley: University of California Press; 2009. p. 385-413.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985, de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2008 jan. 11]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>
3. Koiffman MD, Schneck CA, Riesco MLG, Osava RH, Bonadio IC. Remoções neonatais da Casa do Parto de Sapopemba, São Paulo, 1998-2005. *Rev Paul Enferm.* 2006;25(4):227-34.
4. David M, Berg G, Werth J, Pachally J, Mansfeld A, Kantenich H. Intrapartum transfer from a birth centre to a hospital - reasons, procedures and consequences. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(4):422-8.
5. Stewart M, McCandlish R, Henderson J, Brocklehurst P. Review of the evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straight forward pregnancies who plan give birth in a midwifery led-care birth-centre, and outcomes for their babies. Revised July 2005 [Internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University Oxford; 2005 [cited 2006 May 10]. Available from: <http://www.npeu.ox.ac.uk/birthcentrereview/>
6. National Perinatal Epidemiology Unit. National Prospective Cohort Study of Place of Birth. [Internet]. Oxford; 2007 [cited 2009 Mar 19]. Available from: <http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/birthplace/Birthplace-protocol.pdf>
7. National Perinatal Epidemiology Unit. Annual Report 2007 [Internet]. Oxford: NPEU; 2008 [cited 2009 Mar 23]. Available from: <http://www.npeu.ox.ac.uk/annualreport>
8. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus a conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;(1):CD000012. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(9):CD000012.
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.* 2010;26(6):e37-43.
10. 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.
11. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rose D, Rosenfield A. Outcomes of care in Birth Centers. *N Engl J Med.* 1989;321(26):1804-11.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: relatório final [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2010 jun. 03]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
13. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(6):1349-59.
14. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Maternal and perinatal outcomes of an alongside hospital Birth Center in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP [Internet].* 2010 [cited 2010 Sept 15];44(3):812-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_37.pdf

15. Eakins PS. Free-standing birth centers in California: program and medical outcome. *J Reprod Med.* 1989;34(12):960-70.
16. Nguyen US, Rothman KJ, Demissie S, Jackson DJ, Lang JM, Ecker JL. Transfers among women intending a birth center delivery in the San Diego birth center study. *J Midwifery Womens Health.* 2009;54(2):104-10.
17. Fullerton JT, Jackson D, Snell BJ, Besser M, Dickinson C, Garte T. Transfer rates from free-standing birth centers: a comparison with the National Birth Center Study. *J Nurse Midwifery.* 1997;42(1):9-16.
18. Schmidt N, Abelsen B, Oian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(8):731-7.
19. Lindgren HE, Hildingsson IM, Christensson K, Rådestad IJ. Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. *Birth.* 2008;35(1):9-15.
20. Walsh D, Downe SM. Outcomes of free-standing midwife-led birth centers: a structured review. *Birth.* 2004;31(3):222-9.
21. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM; The National Birth Center Study. Part III. Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction. *J Nurse Midwifery.* 1992; 37(6):361-97.
22. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, et al. Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(n. esp.2):1297-302.

Agradecimentos

À equipe de enfermeiras obstétricas, obstetrizes e demais funcionários, da Casa do Parto de Sapopemba. Pesquisa financiada pela Fundação de Apoio a Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP – Processo nº 2006/04729-1.