

ISSN 2175-5361

Pereira ALF, Azevedo LGF, Medina ET *et al.*

Maternal and neonatal ...



Ministério da Educação

PESQUISA

MATERNAL AND NEONATAL CARE IN DAVID CAPISTRANO FILHO BIRTH CENTER, RIO DE JANEIRO, BRAZIL
 ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL NA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO, RIO DE JANEIRO, BRASIL
 ASISTENCIA MATERNA E NEONATAL EN LA CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹, Leila Gomes Ferreira de Azevedo², Edymara Tatagiba Medina³,
 Tamara Rubia Lino de Lima⁴, Mariana Santana Schroeter⁵

ABSTRACT

Objective: To analyze the maternal and neonatal data of nurse-midwives care in birth center. **Method:** Cross-sectional and retrospective research, which used official documents of annual productivity and attendance profile in David Capistrano Filho Birth Center (free-standing), during March 2004 to December 2009. **Results:** We met in 1477 normal deliveries and 1475 live births. Episiotomy was performed in 3.9% of the parturients and the severe perineal tears occurred in 0.27% of deliveries. The cases of neonatal asphyxia accounted for 0.3% of live births, the others babies were born in good vitality conditions. **Conclusion:** The care indicators were similar to those described in national and international researches about Birth Centers. **Descriptors:** Nursing care, Birthing centers, Humanizing delivery.

RESUMO

Objetivo: Analisar os dados maternos e neonatais dos atendimentos realizados por enfermeiras obstétricas em casa de parto. **Método:** Pesquisa transversal e retrospectiva, que utilizou os documentos oficiais de produtividade e perfil anual do atendimento da Casa de Parto David Capistrano Filho, período março de 2004 a dezembro de 2009. **Resultados:** Foram atendidos 1477 partos normais e 1475 nascidos vivos. A episiotomia foi realizada em 3,9% das parturientes e o trauma perineal grave ocorreu em 0,27% dos partos. Os casos de asfixia neonatal representaram 0,3% dos nascidos vivos, os demais nasceram em boas condições de vitalidade. **Conclusão:** Os indicadores assistenciais foram semelhantes aos descritos em pesquisas nacionais e internacionais sobre os Centros de Parto. **Descritores:** Assistência de enfermagem, Centros independentes de assistência à gravidez e ao parto, Parto humanizado.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los datos maternos y neonatales de los atendimientos de las enfermeras obstétricas en casa de parto. **Método:** Investigación transversal e retrospectivo, que utilizó los documentos oficiales de la productividad y el perfil anual de los atendimientos de la Casa de Parto David Capistrano Filho, período marzo de 2004 a diciembre de 2009. **Resultados:** Fueron asistidos 1477 partos normales y 1.475 nacidos vivos. La episiotomía fue realizada en el 3,9% de las parturientes y el trauma perineal severo ocurrió en 0,27% de los partos. Los casos de asfixia neonatal representó 0,3% de los nacidos vivos, los demás nacieron en buena condición de vitalidad. **Conclusión:** Los indicadores asistenciales fueron similares a los descritos en investigaciones nacionales e internacionales a cerca del Centros de Parto. **Descriptor:** Atención de enfermería, Centros independientes de asistencia al embarazo y al parto, Parto humanizado.

¹ Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com. ² Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Diretora da Casa de Parto David Capistrano Filho. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. E-mail: leila-azevedo@uol.com.br. ³ Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Vice-Diretora da Casa de Parto David Capistrano Filho. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. E-mail: edymaramedina@globo.com. ⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista Iniciação Científica/Cnpq. E-mail: tamararubia.uerj@gmail.com. ⁵ Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Bolsista Iniciação Científica/UERJ. E-mail: mariana.uerj.2010.1@gmail.com.

INTRODUÇÃO

No final do século XX houve um crescente debate acerca do excesso de intervenção e a medicalização do parto, tanto no cenário internacional quanto no nacional¹.

No Brasil, as reflexões acerca destes questionamentos tomam impulso no final da década de 1980. Este movimento promoveu debates em fóruns sociais, profissionais e acadêmicos que influenciaram a gestão pública de saúde a estabelecer ações voltadas para a melhoria da assistência obstétrica no país. Dentre outras ações governamentais, houve a limitação do número de cesarianas pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a instituição do parto normal realizado pela enfermeira obstetra no SUS e a instituição de programas de saúde para a humanização da assistência ao pré-natal, parto e nascimento².

Sob esse contexto de mudança na política pública de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) estimulou oficialmente a atuação da enfermeira obstétrica na assistência ao parto normal a partir de 1998. Houve a capacitação e a lotação de enfermeiras obstétricas para atuar na consulta pré-natal e nos centros obstétricos da rede municipal de saúde².

No entanto, a iniciativa pública de inserir as enfermeiras obstétricas nos centros obstétricos municipais mobilizou reações desfavoráveis, sobretudo entre os médicos obstetras. Houve questionamentos tanto em relação à competência profissional da enfermeira obstétrica quanto às práticas de cuidado humanizado, que estimulavam a deambulação, utilizavam a bola e a água, promoviam posições de parto como a vertical, lateral e cócoras e restringiam a realização de episiotomia e de outras intervenções desnecessárias³.

Com o avanço das ações públicas de saúde para humanização do parto nos anos de 1990, o R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. abr./jun. 4(2):2905-13

Ministério da Saúde instituiu os Centros de Parto Normal (CPN) no SUS por meio da Portaria/GM n.º 985, de 5 de agosto de 1999⁴. Em decorrência dessa iniciativa federal, a SMS/RJ instituiu um Centro de Parto Normal isolado do hospital, que foi inaugurado em 08 de março de 2004 e denominado Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF)³.

Essa Casa de Parto foi regulamentada pela Resolução n.º 1041, de 11 de fevereiro de 2004. Ela funciona como uma unidade de saúde aberta vinte e quatro horas, que proporciona mais uma opção na assistência às gestantes de baixo risco e atua em parceria com a maternidade de referência⁵.

Mas, a implantação da CPDCF na rede pública de saúde no município do Rio de Janeiro gerou muitos conflitos e disputas entre os seguimentos favoráveis e discordantes dessa modalidade de assistência. O ápice desses conflitos se deu no judiciário, em torno da tese de que mães e bebês corriam risco de morte e que essa unidade de saúde não dispunha de recursos tecnológicos e profissionais necessários para garantir uma assistência segura².

Em 2009, a Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro interditou a Casa de Parto alegando que não havia licença sanitária e condições para o seu funcionamento. Tal fato mobilizou entidades sociais em defesa da humanização do parto e do direito de escolha mulher por locais diferenciados do hospital no momento do parto⁶, que resultou na concessão de licença de funcionamento da Casa de Parto David Capistrano Filho pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil, representada pela Superintendência de Vigilância Sanitária, por meio da Portaria Estadual n.287, de 17 de novembro de 2009.

Devido à instituição desse novo cenário da prática profissional da enfermeira obstétrica e aos questionamentos acerca da segurança assistencial

nas casas de parto, tornam-se necessárias investigações sobre essa temática. Desse modo, elaboramos o presente estudo que objetivou analisar os dados maternos e neonatais dos atendimentos realizados por enfermeiras obstétricas em casa de parto.

METODOLOGIA

Pesquisa transversal e retrospectiva que utilizou a técnica da pesquisa documental. Para sua realização, obteve-se a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ, parecer n. 202A/2010.

A pesquisa foi realizada na Casa de Parto David Capistrano Filho, que está situada na zona oeste e distanciada cerca de 40 km do centro da cidade do Rio de Janeiro. Tem estrutura física plana semelhante a uma casa, cujos ambientes internos são coloridos com decoração harmoniosa e suave. Possui consultório de atendimento pré-natal, sala de preparo de medicações e três suítes de parto. Essas suítes contam com uma ampla cama de casal, berço, poltrona, banheira e chuveiro, além dos recursos materiais para cuidado e conforto durante o trabalho de parto (bola, banquinho e banheira, entre outros) e para o atendimento ao parto e o recém-nascido.

Dispõe de uma sala de cuidados com leito obstétrico tipo Pré-Parto, Parto e Puerpério (PPP) e berço aquecido para o cuidado imediato ao neonato; sala de espera para familiares e gestantes com aparelho de TV; sala para oficinas educativas com aparelhos audiovisuais e uma ambulância para os casos que necessitam de remoção para a maternidade de referência, nas vinte e quatro horas.

Além destas características organizacionais, a direção e a vice-direção da Casa de Parto são exercidas por enfermeiras obstétricas, responsáveis pela administração e condução técnica dos cuidados desenvolvidos. São

atendidas mulheres com gestação tópica, única e sem fator de risco obstétrico associado.

A equipe é composta por dezoito enfermeiras obstétricas, que prestam assistência em regime de trabalho de 40 horas semanais, onze técnicos de enfermagem, duas nutricionista, uma assistente social e trabalhadores terceirizados para os serviços de cozinha, limpeza, segurança e ambulância.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro a novembro de 2010. As fontes documentais foram os dados oficiais da SMS/RJ acerca da produtividade e perfil anual do atendimento na instituição, período março de 2004 a dezembro de 2009, e complementados com as informações relativas ao parto e as transferências maternas e neonatais para o hospital, maternidade de referência, que são mensalmente avaliadas e arquivadas pela direção da Casa de Parto.

Os dados estudados foram: tipo de atendimento realizado; presença do acompanhante; posição materna e condição do períneo no parto; ocorrência de trauma perineal grave; índice de Apgar no primeiro e quinto minutos e as causas da transferência materna e dos neonatos.

Esse conjunto de dados foi organizado, tabulado, submetido ao tratamento estatístico descritivo e apresentado por meio de suas frequências absolutas e relativas. A análise foi estabelecida mediante as medidas de distribuição e de dispersão encontradas e comparadas com os achados dos estudos nacionais e internacionais sobre a temática de investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

No período de março de 2004 a dezembro de 2009, foi realizado um total de 37.138 consultas de pré-natal e 9.269 grupos educativos na CPPDCF. Em relação ao parto, foram atendidos

1477 partos (100%). Considerando essa totalidade, 1402 (94,9%) dos partos tiveram a presença de acompanhantes das parturientes atendidas

na instituição. A distribuição anual desses atendimentos podem ser observados no quadro 1.

Quadro 1- Demonstrativo do quantitativo anual dos atendimentos realizados na Casa de Parto David Capistrano Filho no período de 2004 a 2009.

Atendimentos	Ano						Total
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Consultas de pré-natal	3504	5568	7441	6871	6589	7065	37138
Grupos educativos	485	1567	2104	1919	1938	1256	9269
Partos atendidos	117	289	304	267	231	269	1477
Partos com o acompanhante presente	105	271	286	254	219	267	1402

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (RJ), Gerência do Programa de Saúde da Mulher. Perfil de atendimento da Casa de Parto David Capistrano Filho, período 2004-2009. Rio de Janeiro, 2010.

A presença do acompanhante deve ser garantida como um direito legal previsto na Lei federal 11.108/2005 e como um fator benéfico para a mulher no processo do parto. No entanto, ainda as mulheres enfrentam barreiras institucionais e profissionais para usufruir dessa prerrogativa legal no país.

Segundo o relatório da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) de 2006, foi verificado que menos de 10% das mulheres usufruíram esse direito nas instituições do SUS, comparado a 35% no sistema privado⁷.

Estudo em CPN peri-hospitalar na cidade de São Paulo também foi observada uma proporção elevada (92,2%) de mulheres que contaram com acompanhantes no trabalho de parto, semelhante ao encontrado na CPDCF⁸. Este resultado denota que as gestantes usuárias do SUS, sobretudo aquelas residentes das regiões periféricas das grandes metrópoles brasileiras, onde esses Centros de Partos estão geralmente localizados, têm os seus direitos respeitados, como preconiza a legislação e a política de saúde brasileira.

O Ministério da Saúde estabelece que para serem atingidos os princípios de humanização e da qualidade da atenção da Política Nacional de

Assistência Integral à Saúde da Mulher, deve ser utilizada tecnologia adequada, realizado o acolhimento humanizado e práticas educativas voltadas à usuária e à comunidade. Por outro lado, o processo educativo é instrumental para a socialização de saberes, a promoção da saúde e construção da possibilidade de escolha consciente, fundamental para o exercício da autonomia⁹.

Autonomia significa propriamente a competência humana em "dar-se suas próprias leis", agir de maneira soberana em relação a si mesmo, sendo o modo de ser do humano, portanto, uma precondição para a saúde e para a cidadania¹⁰.

As oficinas educativas na CPDCF abordam questões relacionadas à gestação, ao trabalho de parto, à amamentação, ao vínculo, aos direitos da gestante, ao gênero e sexualidade, às tecnologias de cuidados de enfermagem, aos cuidados com o recém-nascido e no pós-parto, e são fundamentais nos cuidados de enfermeira obstétrica.

Houve variedade de posições adotadas pelas mulheres no parto na CPDCF. As principais posições adotadas foram a lateral (n=495; 22,5%), a vertical (n= 333; 14,2%), a semivertical (n= 295; 20,0%) e a cócoras (n=209; 14,2%). Na posição semivertical estão incluídas as parturientes que

adotaram essa posição tanto na banheira e quanto na cama da suíte de parto. As demais optaram pela posição em pé, ajoelhada, em quatro apoios (apoiada sobre as mãos e os joelhos), entre outras.

Em relação à condição do períneo no parto, na maioria (n=1088; 73,6%) das mulheres houve laceração. O períneo permaneceu íntegro em 22,5% (n= 332) das parturientes e a episiotomia foi realizada em 3,9% (n= 58) dos partos atendidos.

Considerando a totalidade (n=1088; 100%) das mulheres cujo períneo lacerou no parto, a grande maioria (n=896; 82,4%) foi de laceração de primeiro grau. O trauma perineal grave, laceração de terceiro grau, ocorreu em 4 mulheres, que representou 0,37% entre o grupo cujo períneo lacerou e 0,27% do total das parturientes assistidas na Casa de Parto. Não houve ocorrência de laceração de quarto grau. Esses dados podem ser visualizados na tabela 1.

Esses dados podem ser visualizados na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos partos atendidos (n=1477) segundo a posição materna e o a condição do períneo. Casa de Parto David Capistrano Filho. Rio de Janeiro, 2004 a 2009.

Dados do parto	n	%
Posição materna		
Lateral	495	33,5
Vertical	333	22,5
Semivertical (*)	295	20,0
Cócoras	209	14,2
Outras	145	9,8
Condição do períneo		
Lacerado	1088	73,6
Íntegro	332	22,5
Episiotomia	58	3,9

(*) Inclui os partos na banheira (n=196; 13,3%) e na cama da suíte de parto (n=99; 6,7%).

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (RJ), Casa de Parto David Capistrano Filho. Dados da assistência ao parto normal, período 2004-2009. Rio de Janeiro, 2010.

Em relação à posição materna no parto, a distribuição e a variabilidade desse dado na CPDCF foram diferenciadas do estudo realizado em CPN intra-hospitalar. Nesse CPN, a maioria (52%) das mulheres adotou a posição vertical. A posição litotômica representou 31% dos partos e a vertical 3,7%¹¹.

R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. abr./jun. 4(2):2905-13

Em revisão sistemática foi identificado que a posição lateral ou vertical, em comparação com as posições supina e litotômica, estão associadas com a redução do segundo estágio do trabalho, redução de episiotomias, aumento das lacerações perineais de segundo grau, redução dos relatos de dor intensa durante a segunda etapa do trabalho e menores frequências dos padrões cardíaca fetal anormal. No entanto, houve maior perda de sanguínea estimada (acima de 500 mL), sem repercussões clínicas significativas. Os autores recomendam que as mulheres devam adotar a posição mais confortável no parto¹².

Considerando a totalidade (n=1088; 100%) das mulheres cujo períneo lacerou no parto, a grande maioria (n=896; 82,4%) foi de laceração de primeiro grau. O trauma perineal grave, laceração de terceiro grau, ocorreu em 4 mulheres, que representou 0,37% entre o grupo cujo períneo lacerou e 0,27% do total das parturientes assistidas na Casa de Parto. Não houve ocorrência de laceração de quarto grau.

Considerando a totalidade de mulheres cujo períneo permaneceu intacto e com laceração de primeiro grau, restritas à mucosa, a maioria (n=1228; 83,1%) teve a integridade perineal preservada no parto.

No Brasil, o Ministério da Saúde não preconiza um limite aceitável de episiotomia no parto, apesar de recomendar a utilização restrita desse procedimento. As evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo - lacerações de 3º e 4º graus - e não previne lesões no polo cefálico e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sanguínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto. Por outro lado, a episiotomia é um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente¹³.

Os estudos são controversos em relação às taxas aceitáveis de episiotomia, que variam de 10, 20 a 30%. Entretanto, nos países da América Latina, há utilização indiscriminada desse procedimento cirúrgico, sendo encontrados percentuais de episiotomia em primíparas que variam de 65,3 a 95,6. No Brasil, foi estimada em 94,2% no período de 1995 a 1998¹⁴.

Pesquisas constataram que as menores proporções de episiotomia ocorrem nos partos em centros de parto (*birth centers*) e no domicílio, correspondendo a 3,8% no Canadá, 7,8% na Suécia, 15,7% na Alemanha e 17,6% nos Estados Unidos¹¹. Em centros de parto australianos a episiotomia foi realizada em 7,7% das mulheres¹⁵. No Reino Unido, foi encontrado o percentual de 5% nesses centros, enquanto nos hospitais foi de 18,9%¹⁶.

Investigação sobre as condições perineais no parto em CPN Peri-hospitalar brasileiro encontrou a frequência de 43,6% de mulheres com períneo íntegro, 25,7% que sofreram episiotomia, 23,2% que tiveram laceração de primeiro grau e 7,5% mulheres com laceração de segundo grau⁸. Em CPN intra-hospitalar a taxa de episiotomia foi de 26,5%. Portanto, a proporção desse procedimento na CP é inferior aos praticados nos Centros de Parto nacionais e semelhante à taxa canadense.

Estudo australiano analisou os atendimentos de 822.955 mulheres cujos partos ocorreram durante o período de 5 anos, 2001 a 2005. Deste quantitativo, 22.222 mulheres (2,7%) foram atendidas em centros de parto, desde o início do trabalho de parto. Nesta investigação, foi encontrada a ocorrência de lacerações de períneo de terceiro e quarto graus em 2,1% dos atendimentos no centro de parto. Entre as mulheres de baixo risco e que deram a luz no hospital foi encontrado o percentual de 1,7% para essa ocorrência¹⁵.

Esse percentual de trauma grave no

períneo foi semelhante ao encontrado na análise de 7.946 partos vaginais de feto único no Japão e maior ao registrado (1,52%) em pesquisa inglesa que avaliou 2.278 nascimentos vaginais¹⁷.

Embora a taxa de episiotomia encontrada na CP ter sido baixa, a ocorrência de trauma perineal grave também foi muito reduzida em comparação ao observado na literatura internacional. Estes resultados denotam que o cuidado ao períneo na CP apresentam bons resultados. Entretanto, cabe mencionar que há limitações na presente pesquisa relacionadas ao quantitativo relativamente pequeno dos atendimentos analisados na CP e ao desenho metodológico utilizado, que não permite inferências.

No período de 2004 a 2009, não ocorreu óbito materno. Mas, houve dois nascimentos de natimortos, que representam o percentual de 0,135% ou 1,35 por mil nascimentos nesse período. Entretanto, a grande maioria dos nascidos vivos apresentaram boas condições de vitalidade.

Os neonatos que obtiveram o índice de Apgar acima de 7 no primeiro minuto de vida representaram 95,6% (n= 1410) da totalidade. No quinto minuto de vida esse índice foi obtido por 99,7% (n= 1475) dos neonatos. Os casos de asfixia neonatal, nascidos vivos cujo índice de Apgar abaixo de 7 no quinto minuto de vida, representaram 0,3% (n=5) dos neonatos. Não foi registrado caso de asfixia neonatal grave, Apgar abaixo de 4 no quinto minuto de vida, conforme descrito na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos nascidos vivos segundo o índice Apgar no primeiro e quinto minutos de vida dos recém-nascidos. Casa de Parto David Capistrano Filho. Rio de Janeiro, 2004 a 2009.

Índice de Apgar	Primeiro minuto		Quinto minuto	
	n	%	n	%
0 - 3	6	0,4	—	—
4 - 6	59	4,0	5	0,3
7 - 10	1410	95,6	1470	99,7
Total	1475	100	1475	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (RJ), Gerência do Programa de Saúde da Mulher. Perfil de atendimento da Casa de Parto David Capistrano Filho, período 2004-2009. Rio de Janeiro, 2010.

Em relação aos resultados neonatais, estudo em CPN intra-hospitalar em Belo Horizonte (MG) encontrou o percentual de 1% dos recém-nascidos receberam um valor de Apgar abaixo de 7 no quinto minuto de vida¹⁸. Esses casos ocorreram em 0,61% dos nascidos vivos nos Centros de Parto da Austrália. Portanto, os resultados preliminares relativos à assistência aos neonatos na CPDCF apresentam a tendência semelhante aos Centros de Parto brasileiros e internacionais.

Quanto à natimortalidade, foi identificada esta ocorrência em 0,13% dos nascimentos em Centros de Parto australianos¹⁴. Em estudo no Reino Unido foram encontrados 2 casos por 1.000 nascimentos¹⁶. Estes resultados foram semelhantes aos identificados na CPDCF.

No período de investigação, foram transferidas 182 mulheres, que representou uma taxa 12,3% de transferência materna. Desta totalidade, 156 foram transferidas no período intraparto, cujas causas principais foram a bolsa amniótica rota (n=60; 33,0%); a presença de mecônio no líquido amniótico (n=41; 22,5) e as distócias (n=35; 19,2%). No pós-parto, foram transferidas 26 mulheres e as causas principais foram: permanência de restos placentários (n=11; 6,1%), hipotonia uterina (n=6; 3,3%) e hipertensão arterial (n=4; 2,2%). Esses achados podem ser visualizados na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição das causas das transferências maternas no período intraparto e pós-parto. Casa de Parto David Capistrano Filho. Rio de Janeiro, 2004 a 2009.

Causas das transferências	n	%
Intraparto		
Bolsa amniótica rota	60	33,0
Mecônio no líquido amniótico	41	22,5
Hipertensão arterial	10	5,5
Sangramento aumentado	3	1,6
Alteração nos batimentos cardíacos fetal	2	1,1
Outras	5	2,8
Pós-parto		
Restos placentários	11	6,1
Hipotonia uterina	6	3,3
Hipertensão arterial	4	2,2
Hematoma perineal	2	1,1
Infecção urinária	2	1,1

Anemia moderada	1	0,5
Total	182	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (RJ), Casa de Parto David Capistrano Filho. Dados da assistência ao parto normal, período 2004-2009. Rio de Janeiro, 2010.

Totalizaram 98 transferências entre os neonatos nascidos na Casa de Parto, que representou 6,6% do total de nascidos vivos. As principais causas que determinaram essas transferências foram os casos de desconforto respiratório (n=30; 30,6%), de hipoatividade/sucção débil (n=17; 17,3%); de baixo peso/prematuridade (n=16; 16,3%) e de infecção (n=15; 15,3%), conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das causas das transferências neonatais. Casa de Parto David Capistrano Filho. Rio de Janeiro, 2004 a 2009.

Causas das transferências	n	%
Desconforto respiratório	30	30,6
Hipoatividade/Sucção débil	17	17,3
Baixo peso/prematuridade	16	16,3
Infecção	15	15,3
Icterícia	9	9,2
Má formação congênita menor	3	3,1
Outras	8	8,2
Total	98	100

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (RJ), Casa de Parto David Capistrano Filho. Dados da assistência ao parto normal, período 2004-2009. Rio de Janeiro, 2010.

Em estudo que analisou 2.117 atendimentos, entre janeiro 2002 e julho 2003, a taxa de transferência materna foi de 11,4% em CPN intra-hospitalar em Belo Horizonte. As principais causas das transferências no período intraparto foram distócias (25,8%), desejo por analgesia (25,3%) e líquido amniótico meconial (18,7%). No pós-parto, as transferências foram causadas principalmente pela ocorrência de hemorragia (4,6%), pressão arterial \geq 140/90 mmHg (1,7%) e febre (1,2%)¹⁸.

Em relação aos neonatos, foram 3,8% que necessitaram de transferência para a Unidade Neonatal. Estas transferências foram motivadas pela ocorrência de depressão/desconforto respiratório (36,3%), infecção (22,5%), icterícia (18,8%), anomalias congênitas (6,3%),

prematividade (5,0%) e classificação como pequeno ou grande para idade gestacional (3,7%)¹⁸.

Em pesquisa realizada em CPN perinatal localizado em São Paulo, o percentual de neonatos que necessitaram de internação em unidade neonatal foi de 1,4% dos 991 atendimentos analisados⁸.

Na CPDCF a taxa de transferência materna foi semelhante aos identificados em CPN. No entanto, as causas foram diferenciadas. Mas, a ocorrência de bolsa rota foi predominante no período intraparto, motivo que não foi relacionado nas pesquisas em CPN. Este achado deve-se aos critérios estabelecidos no protocolo da instituição, como a remoção para a maternidade de referência em todos os casos de trabalho de parto em que o tempo de bolsa rota completar doze horas, ocorrência que exige o estabelecimento de condutas médicas.

Por outro lado, no período de 2004 a 2009, a segunda causa de transferência de mulheres durante o pré-natal foi a diminuição do volume do líquido amniótico (n=300), que incluem os casos de amniorrexe prematura e oligodramnia. Esta causa só foi superada pela ocorrência de hipertensão arterial, elevação da pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg (n=312).

Essa alteração no volume de líquido amniótico pode estar relacionada à maior proporção de transferências neonatais na CPDCF em comparação a encontrada nos Centros de Parto Normal. Por outro lado, também pode ser um fator envolvido nas principais causas de remoção do neonato para o hospital.

Estima-se que em cerca de 8% a 10% das gestações a termo ocorra ruptura espontânea de membranas ovulares. Esta é a principal causa de parto prematuro e está relacionada à morbimortalidade perinatal. Estima-se que entre 18% a 20% das mortes perinatais nos Estados

estejam associadas à amniorrexe prematura¹⁹.

Como o protocolo institucional determina a realização do acompanhamento pré-natal na instituição para que a mulher tenha seu parto atendido na CPDCF, estudos mais aprofundados devem ser realizados acerca da prevalência de bolsa rota, seus fatores predisponentes e suas repercussões perinatais, assim como as medidas para prevenção e controle a serem adotadas durante o cuidado pré-natal.

CONCLUSÃO

Os dados assistenciais da CPDCF analisados revelaram que quase a totalidade das mulheres atendidas no trabalho de parto e parto contou com a presença do acompanhante, teve seu períneo preservado e seus filhos nasceram em boas condições de vitalidade. Tais achados confirmam pesquisas internacionais que demonstram assistência qualificada, segura e humanizada nesses centros.

A taxa de transferência materna na CPDCF foi semelhante à observada nos Centros de Parto Normal. Mas, as causas foram diferenciadas,

destacando-se a ocorrência de bolsa amniótica rota. No entanto, as transferências neonatais foram mais elevadas em comparação a estes Centros. Tais achados podem sugerir que há influência dessa ocorrência materna sobre os resultados neonatais.

Novas investigações são necessárias para elucidar as questões não esclarecidas pelo estudo e avançar na produção de dados pertinentes à assistência de enfermagem obstétrica nesse cenário de atenção.

REFERÊNCIAS

1. Goer H. Humanizing Birth: A global grassroots movement. *Birth* 2004 Dec; 31 (4): 308-14.
2. Pereira ALF, Moura MAV. Hegemonia e contra-

Pereira ALF, Azevedo LGF, Medina ET *et al.*

Maternal and neonatal ...

- hegemonia no processo de implantação da Casa de Parto no Rio de Janeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2009 dez; 43(4): 872-9.
3. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Cienc Saude Colet*. 2005 jul-set; 10(3): 651-7.
 4. Silva LR. A experiência na Casa de Parto de Mohri - Japão. *R. pesq.: cuidado é fundamental [periódico on line]*. 2009 set/dez; [citado em 12 Jul 2011]; 1(2): 288-98. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/359/367.
 5. Azevedo LGF. Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na Casa de Parto David Capistrano Filho [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008.
 6. Diniz SG. Women's movement defends birth centers in Brazil. *Reprod Health Matters* 2009 Nov;17(34):187-89.
 7. Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNSD 2006: Relatório. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
 8. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck A, Silva FMB, Bonadio IC, Riesco MLG. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev Esc Enferm USP* 2010 set; 44(3):812-8.
 9. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
 10. Soares JCRS, Camargo Jr KR. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface (Botucatu)*. 2007 jan-abr; 11(21): 65-78.
 11. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME - Rev. Min. Enf.* 2006 jul-set; 10(3):240-6.
 - 12.
 13. Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 n.2 Oxford: Update Software Ltd. [citado em 28 jun 2011] Disponível em: <http://www.update-software.com/pdf/CD002006.pdf>.
 14. Rosiane MR, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2007 jan; 29(1):1-2.
 15. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: An update. *Birth*. 2005 Sep; 32(3):119-223.
 16. Laws PJ, Tracy SK, Sullivan EA. Perinatal outcomes of women intending to give birth in Birth Centers in Australia. *Birth*. 2010 Mar;37(1):28-36.
 17. Walsh D, Downe SM. Outcomes of Free-Standing, Midwife-Led Birth Centers: A structured review. *Birth*. 2004 Sep; 31(3):222-9
 18. Groutz A, Hasson J, Wengier A, et al. Third- and fourth-degree perineal tears: prevalence and risk factors in the third millennium. *Am J Obstet Gynecol* 2011 Apr; 204(4):347.e1-4.
 19. 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 jun; 23(6): 1349-59.
 20. Caughey A, Robinson J, Norwitz E. Contemporary diagnosis and management of preterm premature rupture of membranes. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Winter; 1(1):11-22.

Recebido em: 19/09/2011

Aprovado em: 27/02/2012

R. pesq.: cuid. fundam. online 2012. abr./jun. 4(2):2905-13