



## CLÍNICA

### CENTRO DE PARTO NORMAL COMO ESTRATEGIA DE INCENTIVO DEL PARTO NORMAL: ESTUDIO DESCRIPTIVO

#### CENTRO DE PARTO NORMAL COMO ESTRATÉGIA DE INCENTIVO AO PARTO NORMAL: ESTUDO DESCRITIVO

**\*Barbosa da Silva, FM., \*\*Koiffman, MD., \*\*\*Hitomi Osava, R., \*\*\*\*Junqueira V. de Oliveira, SM., \*\*\*\*Gonzalez Riesco, ML**

\*Enfermeira Obstétrica da Casa do Parto de Sapopemba. \*\*Enfermeira Obstétrica. Parteira domiciliar. \*\*\*Enfermeira Obstétrica. Professor Doutor do Curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da USP-Leste. \*\*\*\*Enfermeira Obstétrica. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Brasil.

Palabras clave: parto normal; enfermería obstétrica; centros independientes de asistencia al embarazo y al parto

Palavras chave: parto normal, enfermagem obstétrica, centros independentes de assistência a gravidez e ao parto.

### RESUMEN

Recientemente se verificó un esfuerzo gubernamental para reducir las tasas de cesárea en el sector público y cualificar la asistencia al parto normal. Así, se crearon los Centros de Parto Normal (CPN) destinados al acompañamiento de nacimientos fisiológicos, a cargo de enfermeras obstétricas. Este estudio descriptivo tuvo como objetivo caracterizar a las parturientas en cuanto a la edad materna, historia obstétrica, condiciones del parto y del recién-nacido en un CPN, en la ciudad de São Paulo. Se utilizaron datos secundarios de registros de nacimientos atendidos por enfermeras obstétricas y se analizaron 1.860 registros de partos ocurridos en julio y agosto de 2001. Los resultados indican: edad media de 23,7 años; 44,4% de nulíparas; 79,0% de partos normales; peso medio de los recién-nacidos de 3.174g; Apgar  $\geq 7$  en el primer y quinto minutos en 93,7% y 99,1% de los recién nacidos, respectivamente. Se concluyó que la atención al parto hecha por enfermeras obstétricas es importante para valorar la fisiología del parto y nacimiento, con indicadores obstétricos y neonatales de calidad.

### RESUMO

Tem-se verificado um esforço governamental para reduzir as taxas de cesariana no setor público e qualificar a assistência ao parto normal. Assim, foram criados Centros de Parto Normal (CPN) destinados ao acompanhamento de nascimentos fisiológicos, a cargo de enfermeiras obstétricas.

Este estudio descriptivo teve como objetivo caracterizar as parturientes quanto à idade materna, história obstétrica, condições do parto e do recém-nascido em um CPN, na cidade de São Paulo. Utilizaram-se dados secundários de registros de nascimentos assistidos por enfermeiras obstétricas. Foram analisados 1.860 registros de partos ocorridos em julho e agosto de 2001. Os resultados indicam: idade média de 23,7 anos; 44,4% de nulíparas; 79,0% de partos normais; peso médio dos recém-nascidos de 3.174 g; índice de Apgar  $\geq 7$  no primeiro e quinto minutos em 93,7% e 99,1% dos recém-nascidos, respectivamente. Concluiu-se que a assistência prestada por enfermeiras obstétricas em CPN vai ir ao encontro da valorização da fisiologia do parto e nascimento, com indicadores neonatais e obstétricos de qualidade.

## INTRODUCCIÓN

Para que la obstetricia se estableciera como una rama legítima de la medicina, fue necesario que la gestación y el parto, independiente de ser simples o complicados, fueran considerados estados patológicos, lo que requiere la intervención de los obstetras con sus instrumentos y técnicas quirúrgicas.

Actualmente, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo, la mayoría de los partos es realizada por médicos y en hospitales, la creencia de que el aumento en el número de médicos sería suficiente para resolver la atención obstétrica hizo que la actuación de las parteras hospitalarias no fuera estimulada y las pocas escuelas de parteras se cerraran.

El modelo de asistencia obstétrica practicado en Brasil se caracteriza por un abuso de prácticas médicas intervencionistas. Varios especialistas identifican este modelo de asistencia obstétrica como una de las principales causas de la alta tasa de cesárea en el país.

Enfrentar el desafío de reducir las tasas de cesáreas no es simplemente resolver una cuestión numérica. También es fundamental y deseable una asistencia humanizada en el nacimiento y el parto; eso significa un tipo de atención que más que buscar el parto normal a cualquier costo, procure rescatar la posición central de la mujer en el proceso del nacimiento. Una asistencia que respete la dignidad de las mujeres, su autonomía y autoría.

La Conferencia sobre Tecnología Apropriada para el Nacimiento, realizada en 1985, en Fortaleza, Brasil, constituye un marco en la revisión de las tecnologías adoptadas y legitimadas en el nacimiento y el parto. Una cuidadosa revisión de los conocimientos llevó a concertar de manera unánime un conjunto de recomendaciones consideradas relevantes que incluían: libre acceso del acompañante, desde el parto hasta el puerperio; no separar al recién nacido (RN) de su madre inmediatamente después del parto; limitar las tasas de cesáreas en torno de 10% a 15%; uso riguroso de tecnologías como la cardiotocografía; abolir el uso rutinario de tricotomía, infusión de oxitocina, episiotomía y posición de litotomía en el parto, entre otras recomendaciones <sup>(1)</sup>.

En 1993, se lanzó en Campinas, Brasil, la Carta de Campinas, elaborada por los participantes de una reunión organizada de manera autónoma e independiente para debatir la situación del nacimiento. En la ocasión, se creó la Red de Humanización del Parto y el Nacimiento (Rehuna), congregando a varios grupos, organizaciones no-gubernamentales (ONG) y profesionales de la salud de instituciones públicas.

La Rehuna fue creada con la pretensión de dirigirse a mujeres, hombres, sectores de la sociedad civil organizada, profesionales de la salud y de educación, planeadores y

elaboradores de políticas de salud, para: 1) Mostrar los riesgos a la salud de madres y bebés por las prácticas obstétricas inadecuadamente intervencionistas. 2) Rescatar el nacimiento como evento existencial y socio-cultural crítico, con profundas y amplias repercusiones personales; 3) Revalorizar el nacimiento humanizando posturas y conductas frente al parto y el nacimiento; 4) Aliar conocimiento tecno-científico sistematizado y comprobado a prácticas humanizadas de asistencia al parto y al nacimiento <sup>(2)</sup>.

Entre las diferentes estrategias propuestas para la implementación de las recomendaciones destaca el apoyo a las iniciativas de humanización del nacimiento vinculadas a servicios públicos y privados, Casas de Parto, grupo de parteras tradicionales, auxiliaadoras y organizaciones no-gubernamentales (ONGs). Entre los profesionales de la salud capacitados para actuar en la asistencia al parto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionó en un documento técnico la enfermera obstétrica u obstetra como el proveedor de cuidados primarios de salud más adecuado para esta función. En ese sentido, OMS recomienda una mayor participación del profesional en la asistencia a la gestante de bajo riesgo y al parto normal sin distocia <sup>(3)</sup>.

En Brasil, las tendencias que buscan incentivar el parto normal y valorizar la actuación de la enfermera obstétrica se reflejan en la creación de normas del Ministerio de Salud (MS), con definición de índices decrecientes para el pago de cesáreas. Además de esto, se incluyó el procedimiento de asistencia al parto realizado por enfermera obstetra en la tabla de precios del Sistema Único de Salud (SUS) (Normas n. 2815/98 <sup>(4)</sup>, 2816/98 <sup>(5)</sup> y 163/98 <sup>(6)</sup>). Esta última fue modificada en 2005 <sup>(7)</sup>, junto con la reglamentación a ser emitida por médico o enfermero obstetra.

En los últimos cuatro años, el Ministerio de Salud ha adoptado una política de valorización del profesional de Enfermería en la asistencia al parto, por medio de la financiación de cursos de especialización en todo el país.

La creación de Centros de Parto Normal (CPN), en el ámbito del SUS (Norma n. 985/99) también se adhiere a esas iniciativas. Centros de Parto Normal dentro de los hospitales son propuestas de tareas compartidas, donde el acompañamiento del trabajo de parto y la asistencia al parto normal son designados a las enfermeras obstetras <sup>(8)</sup>.

El énfasis de los CPN recae sobre los resultados: aumento de las tasas de partos normales, reducción de las tasas de inducción, episiotomías, morbilidad y mortalidad materna y neonatal. En este contexto, los resultados del primer servicio que funciona como CPN, a partir de 1998, demuestran la influencia de la participación de enfermeras obstetras en la atención del parto y el nacimiento.

Frente a estas consideraciones, el estudio tuvo por objetivo caracterizar a las parturientas asistidas por enfermeras obstetras en el Centro de Parto Normal, en cuanto a la edad materna, historia obstétrica, condiciones del parto y del recién nacido.

## **MÉTODO**

Como método se utilizó un estudio descriptivo basado en datos secundarios de atención hospitalaria recolectados en el libro de registro de partos y los registros de las enfermeras obstetras del CPN del Amparo Maternal (AM) de la ciudad de São Paulo, Brasil. La opción en la selección de estas fuentes de datos se justifica por la confiabilidad de los registros y la facilidad de acceso.

El AM es un centro de maternidad que tiene convenio con el SUS y está localizado en la región sur de la capital del estado de São Paulo. Su carácter es filantrópico y es administrado por religiosas. El CPN-AM fue creado en 2001, sin embargo, la asistencia al parto normal se realiza en su totalidad por enfermeras obstetras desde 1998. Posee 16 lechos de preparto y 6 unidades de preparto, parto y puerperio inmediato (PPP), además de 90 lechos para puerperio normal y quirúrgico.

El equipo de enfermeras obstétricas del CPN-AM está constituido por tres profesionales en cada turno, cada uno con 12 horas de duración. La asistencia brindada a las parturientas se caracteriza por una mínima intervención y por el uso restringido de infusión endovenosa, oxitocina y episiotomía. Se estimula la ingestión de líquidos y dieta leve, la ambulación y el baño de aspersión e inmersión. Los cuidados inmediatos al RN son prestados por un médico neonatólogo.

El acompañamiento del trabajo de parto en el CPN-AM incluye la evaluación de la frecuencia cardiotocográfica a cada hora, exámenes vaginales menos frecuentes, monitorización electrónica intermitente en todos los casos y uso de partograma en la fase activa del trabajo de parto. El servicio enfatiza medidas de apoyo físico y emocional para la evaluación fisiológica del trabajo de parto, contando con la presencia de auxiliares voluntarias y familiares.

La población de estudio fue constituida por todos los registros de admisión y partos ocurridos en los meses de julio y agosto de 2001, con un total de 1.908 admisiones y 1.860 partos. La diferencia entre el número de admisiones y partos corresponde a las altas internaciones por falso trabajo de parto o por salida voluntaria (48 gestantes). Este estudio tuvo también como finalidad obtener datos para subsidiar el cálculo de muestras para investigaciones posteriores.

Las variables del estudio fueron: edad materna, número de gestaciones, partos anteriores, edad gestacional, dilatación cervical al momento del ingreso, tiempo de internación hasta el parto, tipo de parto, indicación de cesárea, condiciones del periné, complicación en el parto, peso del RN e índice de Apgar.

La información fue almacenada en un banco de datos en el aplicativo Excel y el análisis estadístico fue realizado por el programa Epi-Info. Las cifras fueron analizadas de forma descriptiva según las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas fueron utilizados valores de medias y medianas para resumir las informaciones y valores de las desviaciones-estándar mínima y máxima, para indicar la varianza de los datos.

El campo de estudio fue el CPN del Amparo Maternal. El estudio fue autorizado por la dirección clínica y ejecutiva de la maternidad, conforme al acuerdo de compromiso para la realización de la investigación científica firmado entre las investigadoras y la institución, con el fin de mantener el anonimato de los sujetos.

## **RESULTADOS**

Del total de 1.860 partos ocurridos en el periodo de estudio, fueron incluidos los datos relativos a 1.846 partos, que corresponden a los registros obtenidos. Los datos incompletos o que no constaban en el libro de partos y los registros de las enfermeras fueron desconsiderados en el cálculo de las frecuencias relativas. Así, el número total de cada tabla puede presentar variaciones.

La edad materna varió de 13 a 45 años, con media de 23,7 años, desviación-estándar de 5,7 años y mediana de 22 años. La proporción de adolescentes, considerando las mujeres menores de 20 años, fue 24,4%.

La edad gestacional de las parturientas varió de 23 a 43 semanas, mediana de 39, con 7,7% casos abajo de 37 semanas y 92,3% igual o por encima de 37 semanas.

La dilatación cervical media al momento de ingreso fue de 4,0 cm, desviación-estándar de 2,1 cm y valor mínimo de cero y máximo de 10 cm, indicando que fueron admitidas parturientas con cuello cerrado, en cuanto otras estaban en período expulsivo. Entre las parturientas admitidas, no se encontró registro de dilatación cervical de 179 parturientas. El tiempo transcurrido entre la admisión y el parto fue de 8 horas en promedio, desviación-estándar de 8,5 horas y mediana de 5 horas, con valor mínimo y máximo de cero y 72 horas, respectivamente.

Las Tablas 1 a 5 muestran los antecedentes obstétricos, tipo de parto, indicaciones de la cesárea, complicaciones ocurridas en el parto y condiciones del periné.

**Tabla 1.** Historia obstétrica anterior de las parturientas atendidas en la CPN-AM, 2001.

Historia obstétrica anterior	N	%
<b>Gestación (n=1796)</b>		
Una	789	44,0
Dos	491	27,3
Tres o más	516	28,7
<b>Parto normal (n=1809)</b>		
Ninguno	1077	59,5
Uno o más	732	40,5
<b>Cesárea (n=1805)</b>		
Ninguna	1517	84,0
Una	234	13,0
Dos o más	54	3,0

**Tabla 2.** Tipo de parto de las parturientas atendidas en la CPN-AM, 2001.

Tipo de parto	N	%
<b>Todas las parturientas (n=1846)</b>		
Normal	1458	79,0
Cesárea	379	20,5
Fórceps	9	0,5
<b>Parturientas con una cesárea anterior (n=229)</b>		
Normal	163	71,2
Cesáreas	65	28,4
Fórceps	1	0,4

**Tabla 3.** Indicación de cesárea en parturientas atendidas en la CPN-AM, 2001.

Indicación	n	%
Sufrimiento fetal agudo	87	29,5
Dos o más cesáreas anteriores	60	20,3
Discinesia	49	16,6
Desproporción feto-pélvica	33	11,2
Presentación anómala	27	9,2
Pós-término/oligoamnios	13	4,4
Gestación múltiple (gemelos)	7	2,4
Enfermedad hipertensiva específica de la gestación	6	2,0
<sup>(1)</sup> Otras	13	4,4
<b>Total</b>	<b>295</b>	<b>100</b>

<sup>(1)</sup> Incluye: desprendimiento prematuro de placenta (3); falla de fórceps (2); fisiometría (2); distocia de cordón (2); isoimmunización (1); HIV positivo (1); placenta previa (1); ruptura uterina (1)

**Tabla 4.** Complicaciones en el parto en parturientas atendidas en la CPN-AM, 2001.

Tipo de complicación	N	%
Retención/acretismo placentario	31	83,8
Distocia de hombro	3	8,1
Procidencia/prolapso de cordón	2	5,4
Ruptura uterina	1	2,7
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100</b>

**Tabla 5.** Condiciones del periné en parturientas atendidas en la CPN-AM, 2001. (n=1375)

Condición del periné	Sin parto vaginal anterior		Con parto vaginal anterior	
	n	%	n	%
<sup>(1)</sup> Episiotomía	440	58,4	116	18,6
Íntegro	156	20,7	298	48,0
Ruptura de primer grado	115	15,2	157	25,4
Ruptura de segundo grado	42	5,6	50	8,0
Ruptura de tercer grado	1	0,1	-	-
<b>Total</b>	<b>754</b>	<b>100</b>	<b>621</b>	<b>100</b>

<sup>(1)</sup> 41 casos de episiotomía mediana

El peso medio de los RN fue de 3,174.4g, desviación-estándar de 453,2g, mediana de 3,180g, con mínimo de 565g y máximo de 4,660g. El índice de Apgar mayor o igual a siete en el primer minuto fue registrado en 93,7% de los nacimientos y en 99,1% a los cinco minutos. Del total de 1.867 RN, en 19 casos no fue encontrado el registro del Apgar.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, las gestaciones fueron a término en casi la totalidad de los casos, con elevada proporción de parturientas con edad de hasta 22 años. La concentración de parturientas adolescentes o muy jóvenes corresponde a la encontrada en otros servicios <sup>(9, 10, 11)</sup>. La alta prevalencia de gestación en la adolescencia es una cuestión preocupante, porque se presenta en grupos etéreos cada vez más jóvenes y hay tendencia ascendente de gravidez recurrente entre las adolescentes. Un estudio en la ciudad de Ribeirão Preto, Brasil, comparó el número de partos en 1996 y 1992, y el crecimiento fue alrededor de 104%, 49%, 36%, 14% y 53%, a los 14, 15, 16, 17 y 18 años, respectivamente <sup>(12)</sup>.

La vía de parto en la primera gestación ejerce una influencia importante en los partos siguientes, teniendo fuerte tendencia a repetirse. En relación a la paridad se observó que la mayoría de las mujeres era nulíparas y entre aquellas con parto anterior, 13% tenían una cesárea y 3%, dos o más.

Las parturientas adolescentes con cesárea anterior tienen un riesgo aproximado de 22 veces más para cesárea de repetición, lo que aumenta considerablemente los riesgos reproductivos, especialmente, si se tornaran múltiparas <sup>(13)</sup>. Estudios longitudinales analizaron los factores de riesgo preparto para ocurrencia de cesárea y constataron que el antecedente de parto vaginal y la edad por debajo de 20 años constituyen factores de protección para cesárea <sup>(10, 11)</sup>.

Un estudio analizó la sección de salud reproductiva de la mujer y del niño, dentro de una revista de gran alcance para el público general. Tal investigación observó que las informaciones vehiculadas pueden influenciar las actitudes sociales, concluyendo que se valora el parto por cesárea como solución a situaciones de riesgo en la gestación pero sin informar medidas de prevención de estos eventos. Además, destacan la tecnología como asistencia ideal, al tiempo que suavizan las consecuencias del parto operatorio <sup>(14)</sup>.

Las primigestantes corresponden al 44% del total de gestantes y 28,7% mujeres tenían tres o más gestaciones anteriores. Hace poco más de medio siglo, las familias eran numerosas y el contexto social era otro. La amenorrea producida por la lactancia prolongada ayudaba a espaciar las gestaciones, junto con métodos de comportamiento y barrera. La planeación familiar sistematizada no era ofrecida por el sector público ni formaba parte de la vida cotidiana de las familias de entonces.

En Brasil, desde 1996, la planeación familiar es reglamentada por ley <sup>(15)</sup>. La Política Nacional de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos prevé acciones dirigidas a la planeación familiar para el período de 2005 a 2007 y tiene tres ejes principales de acción: ampliación de la oferta de métodos anticonceptivos reversibles, ampliación del acceso a la esterilización quirúrgica e introducción de la reproducción asistida en el SUS.

El tiempo de hospitalización obtenido en el estudio, considerando el intervalo entre la admisión y el parto y la dilatación cervical en la admisión, indican que estos datos presentaron gran variabilidad en consecuencia tanto de la internación precoz, antes del inicio del trabajo de parto, como de la admisión en el período expulsivo del parto. Estos factores son influenciados por el tipo de servicio que atiende mujeres encaminadas o por demanda espontánea, de las más diversas regiones de la ciudad de São Paulo y de municipios vecinos.

En la Casa de Parto de Sapopemba, São Paulo, el tiempo de internación no es largo, con duración entre tres y seis horas, raramente sobrepasa las 12 horas <sup>(16)</sup>. En las Casas de Parto se evita la internación precoz, pues se trata de un servicio de base comunitaria, que atiende una determinada área de influencia, próxima a la residencia de las mujeres.

Un gran problema en la práctica obstétrica hospitalaria es la hospitalización precoz. Hay riesgos para la madre y el bebé resultantes de este tipo de conducta porque origina una serie de intervenciones innecesarias y potencialmente dañinas, como la ruptura precoz de las membranas ovulares, el uso de oxitocina, el agotamiento materno y, al final, la cesárea para corregir todo lo que fue iniciado de modo inadecuado.

Un estudio que analiza las prácticas adoptadas en dos servicios de maternidad, uno público y otro privado, en la ciudad de Río de Janeiro, Brasil, encontró una alta prevalencia de prácticas desaconsejadas en la atención del parto, tales como enema en más de un tercio de los casos, posición supina durante todo el periodo de trabajo de parto para casi todas las mujeres, amniotomía precoz en más de un tercio de las mujeres, además de maniobra de Kristeller, ampliamente utilizada en ambos servicios <sup>(17)</sup>.

El tipo de parto de las mujeres del estudio fue predominantemente normal (79%), principalmente entre las nulíparas (81,1%). Datos semejantes son presentados en la investigación anteriormente citada que constató la ocurrencia de 72,7% entre 3.626 mujeres estudiadas <sup>(11)</sup>. Las estadísticas del Ministerio de Salud para el municipio de São Paulo, en 2002, indican una tasa de 29,2% de partos por cesárea en los servicios del SUS y de 49%, en toda la red hospitalaria <sup>(18, 19)</sup>.

Cuando se analizan las 229 mujeres con una cesárea previa, se verifica que 71,6% tuvieron parto vaginal; estos resultados son muy superiores a los encontrados en un estudio realizado con 290 casos de gestantes de alto riesgo, en São Paulo, Brasil, que obtuvo el índice de 23,4% de parto vaginal <sup>(20)</sup>. En otras investigaciones se verifica una reducción gradual del porcentaje de cesáreas electivas en mujeres con cesáreas previas. El porcentaje de esta intervención, en 1986, en Campinas, Brasil, era de 22,6%, cayendo para 5%, en 1998 <sup>(20)</sup>. Investigaciones que comparan la seguridad del parto vaginal planeado después de una cesárea indican variación de 20% a 80%, admitiendo que más de la mitad de las mujeres en esas condiciones pueden dar a luz por parto vaginal <sup>(21)</sup>.

El límite propuesto por la OMS para las tasas de cesáreas es de 10% a 15%, aceptando variaciones, sin sobrepasar el 20%. Con base en una muestra de Declaración de Nacido Vivo y Encuesta Domiciliar en una importante ciudad del interior de São Paulo fue encontrada la espantosa tasa de 80,5% de cesáreas. Esto hace suponer que el poder público no sólo patrocina cesáreas innecesarias en los estratos sociales más bajos, sino que también las financia; al tiempo que deja de supervisar los estratos sociales más elevados <sup>(22)</sup>. El fenómeno de las altas tasas de cesáreas no resulta, como defienden muchos médicos, del deseo de las mujeres por este tipo de parto <sup>(23, 24, 25)</sup>. Esto se debe más a factores relacionados con el modelo de asistencia obstétrica practicado, a las formas de remuneración del profesional y a la falta de preparación para comprender el parto como un evento fisiológico.

Las indicaciones de cesárea pueden variar de acuerdo con el tipo de servicio y de clientela atendida. Además, en cada caso, puede haber uno o más motivos que justifican esta intervención. En el presente estudio fue analizada una única indicación para cada caso. Se consideró como causa principal la anotada en primer lugar en el libro de partos.

Dentro de las indicaciones de cesárea predomina el sufrimiento fetal agudo, seguido de una cesárea anterior, discinesias y desproporción feto-pélvica. Estos resultados coinciden con las dos indicaciones más frecuentes y con los hallazgos de un estudio realizado en un hospital escuela de São Paulo, Brasil, que atiende gestantes de alto riesgo <sup>(20)</sup>.

En cuanto a la frecuencia de complicaciones en el parto, fueron identificados 2% de casos, con predominio de los problemas en el alumbramiento. Los principales riesgos para la mujer en ese periodo son la hemorragia y retención de restos placentarios, que pueden ocurrir hasta en gestaciones de bajo riesgo y después de un periodo de dilatación y expulsión normal <sup>(3)</sup>. Entre los factores predisponentes para la presentación de complicaciones en este período están la gestación múltiple, polihidramnios, uso de oxitócicos durante el trabajo de parto y partos distócicos <sup>(3)</sup>.

La tasa de episiotomía de 58,4% entre las mujeres sin partos vaginales anteriores, en contraposición a la tasa de 18,6% entre aquellas con partos vaginales anteriores, observada en este estudio, indica que el parto vaginal previo protege el periné de esta intervención. Proporciones menores de episiotomía fueron encontradas en una investigación conducida en el Zimbawe <sup>(26)</sup> y en el municipio de Itapeçerica da Serra, Brasil <sup>(9)</sup>, siendo de 53% y 43,3% en las nulíparas y de 5% y 15,9% en las múltiparas, respectivamente. Un estudio <sup>(27)</sup> realizado en San Diego, Estados Unidos, que comparó mujeres atendidas en centro de parto normal y en maternidad tradicional, observó tasas de episiotomía de 13,1% en las primeras y del 37,8% en las segundas..

De manera general, las investigaciones apuntan gran variación en las frecuencias de episiotomía relacionadas con factores como lugar de asistencia, paridad y, principalmente, de las políticas institucionales adoptadas en relación al empleo selectivo o liberal de este procedimiento. Hay duda en relación a la tasa, pero en muchos países se viene presentando una reducción importante de las tasas de episiotomía. La frecuencia de episiotomía debería situarse entre 10% e 30% <sup>(3, 28)</sup>.

## CONCLUSIONES

La creación de las CPNs fue una conquista para la mujer y para la categoría profesional de las Enfermeras Obstétricas. La preocupación de la CPN es la adopción de buenas prácticas de parto y nacimiento, lo que incluye el tratamiento respetuoso del cuerpo de la mujer y la valorización del ambiente, como elemento terapéutico y propiciador de un proceso fisiológico. El acompañamiento continuo del trabajo de parto de bajo riesgo por enfermeras obstétricas preserva la salud materna y neonatal y reduce las tasas de cesáreas innecesarias, aproximándolas de aquellas promulgadas por la OMS.

Existe una asociación de las tasas menores de intervenciones cuando enfermeras obstetras u obstetras acompañan el trabajo de parto, lo que fue finalmente incorporado en las acciones ministeriales en pro de la reducción de las tasas de cesáreas, incrementando la calificación de la asistencia. No obstante, la introducción de la enfermera obstetra en la asistencia al parto de bajo riesgo ha tornado imperiosa la negociación con los médicos obstetras, que se han resistido tanto a nivel individual como corporativo <sup>(29, 30)</sup>.

Se concluyó que la asistencia brindada por enfermeras obstetras, en esta CPN, iba al encuentro de la valorización de la fisiología del parto y del nacimiento, con indicadores neonatales y obstétricos de calidad.

La asistencia al parto normal realizado por estas profesionales ofrece seguridad y bajos índices de intervención y eleva las tasas de partos normales, no solamente desde el punto de vista cuantitativo, sino, sobretudo, cualitativo. En la CPN, la relación cliente-cuidador es, en general, amigable y acogedora, principalmente porque incluye en el equipo asistencial un cuerpo de voluntarias y auxiliaadoras del parto <sup>(31)</sup>.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; 2(8452): 436-7.
2. Rede de Humanização do Nascimento. Carta de Campinas. Campinas: Rehana, 1993.
3. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2815/GM, de 29 de maio de 1998. Trata da inclusão na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) de procedimentos e valores para assistência ao parto sem distócia por enfermeiro. *Diário Oficial da União* 1998 junho Seção 1, p.48.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2816/GM, de 29 de maio de 1998. Determina que no programa de digitação de autorizações de internação hospitalar, SISA, seja implantada crítica visando o pagamento do percentual máximo de cesarianas, em relação ao total de partos por hospital. *Diário Oficial da União* 1998 junho Seção 1, p.48. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/port98/GM/GM-2816.htm> (10 out.2007).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 163, de setembro de 1998. Trata das atribuições do enfermeiro obstetra e da obstetritz. *Diário Oficial da União* 1998 setembro Seção 1, p. 24.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 743, de 20 de fevereiro de 2005. Exclui os modelos vigentes dos seguintes laudos do SIH/SUS: laudo médico para emissão de AIH constante no módulo do hospital, aprovado pela resolução INAMPS n. 4/83 e laudo de enfermagem para emissão de AIH de parto normal, definido na portaria SAS/MS n. 163, de 22 de setembro de 1998. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-743.htm> (10 out. 2007)
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 985/GM, 5 de agosto de 1999. Regulamentação e funcionamento dos Centros de Parto Normal. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.
9. Schneck CA. Intervenções obstétricas no centro de parto normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra SECONCI-OSS: estudo descritivo. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem - Universidade de São Paulo; 2004.
10. Cunha AA, Portela MC, Amed AM, Camano L. Modelo preditivo para cesariana com uso de fatores de risco. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2002; 24(1): 21-8.
11. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2005; 27(4): 189-96.
12. Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes MC, Patta MC, Yazlle Rocha JS, Moura MD. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo de caso-controle. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(8): 633-9.
13. Maia VOA, Maia ACA, Queiroga FL, Maia Filho VOA, Araújo AB, Lippo LAM, et al. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de 714 casos. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004; 26(9): 703-7.
14. Rocha TA, Abib GMC, Armellini CJ, Martini JG, Bonilha ALL. Cesárea na mídia impressa: o dito e o não dito. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Online] 2006; 5:1 Available: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/133/37>
15. Brasil. Lei n. 9296, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras

- providências [legislação na Internet]. Brasília; 1996 [citado 2007 dez. 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)
16. Osava RH, Muta MM, Nakashima M, Ortiz ACV, Santos TS. Em defesa do parto e nascimento humanizado: Casa do Parto de Sapopemba; Relatório Técnico. São Paulo: Fundação Zerbini/PSF QUALIS; 2002.
  17. d'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2005; 39(4): 646-54.
  18. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Indicadores de cobertura: F.8 Proporção de partos cesáreos (SUS) [Online]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2004/f08.def> (19 abr.2006).
  19. Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Indicadores de cobertura: F.9 Proporção de partos cesáreos (SUS) [Online]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2004/f09.def> (19 abr.2006).
  20. Nomura RMY, Alves EA, Zugaib M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev Saúde Pública 2004; 38(1): 9-15.
  21. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
  22. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. Cad Saúde Pública 2001; 17(3): 509-19.
  23. Oliveira SMJV, Riesco MLG, Miya CFR, Vidoto P. Tipo de parto: expectativa das mulheres. Rev Latino-am Enfermagem 2002; 10(5): 667-74.
  24. Potter JE, Berquó E, Perpétuo IH, Leal OF, Hopkins K, Souza MR, et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. BMJ 2001; 323(7322): 1155-8.
  25. Faúndes A, Pádua KS, Osis MJD, Cecatti JG, Sousa MH. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. Rev Saúde Pública 2004; 38(4): 488-94.
  21. Van der Bergh JE, Sueters M, Segaar M, Roosmalen van J. Determinants of episiotomy in rural Zimbabwe. Acta Obstet Gynecol Scand 2003; 82(10): 966-98.
  27. Jackson DJ, Lang JM, Wartz WH, Ganiats TG, Fullerton J, Ecker J, et al. Outcomes, safety, and resource utilization in a collaborative care birth center program compared with traditional physician-based perinatal care. Am J Public Health 2003; 93(6): 999-1006.
  28. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Lancet 1994; 343(8895): 486-7.
  29. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10(3): 669-705.
  30. Angulo-Tuesta A, Giffin K, Gama AS, Barbosa GP. Saberes e práticas de enfermeiras e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. Cad Saúde Pública 2003; 19(5): 1425-36.
  31. Rodrigues AV. O suporte à parturiente: a dimensão interpessoal no contexto da assistência ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo; 2004.