



CLÍNICA

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

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

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.

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

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

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 estudo descritivo 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 ≥ 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.

RESUMEN

Recientemente se verificó un esfuerzo gubernamental para reducir las tasas de cesariana 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 ≥ 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.

INTRODUÇÃO

Para que a obstetrícia se estabelecesse como um ramo legítimo da medicina, foi necessário que a gravidez e o parto, independentemente do fato de serem simples ou complicados, fossem considerados estados patológicos – o que requer a intervenção dos obstetras com seus instrumentos e técnicas cirúrgicas.

Atualmente, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a maioria absoluta dos partos é feita por médicos e em hospitais. A crença de que o aumento do número de médicos seria suficiente para resolver o atendimento obstétrico fez com que a atuação das parteiras hospitalares fosse desencorajada e as poucas escolas de parteiras, fechadas.

O modelo de assistência obstétrica praticado no Brasil é caracterizado por um alto grau de medicalização e abuso de práticas intervencionistas. Vários especialistas identificam este modelo de assistência obstétrica como uma das principais causas da alta taxa de cesarianas no país.

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

A Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, realizada em 1985, em Fortaleza, Ceará, constituiu um marco na revisão das tecnologias adotadas e legitimadas no nascimento e parto. Uma cuidadosa revisão dos conhecimentos levou à adoção unânime de um conjunto de recomendações consideradas relevantes que incluíam o livre acesso do acompanhante, do parto ao puerpério, a não separação do recém-nascido (RN) de sua mãe logo após o parto, a limitação das taxas de cesarianas em torno de 10% a 15%, o uso criterioso de tecnologias como a cardiocografia, a abolição do uso rotineiro de tricotomia, infusão de ocitocina, episiotomia e posição litotômica no parto, entre outras recomendações ⁽¹⁾. Em 1993, é lançada em Campinas, São Paulo, a *Carta de Campinas*, elaborada por participantes de uma reunião organizada de maneira autônoma e independente para debater a situação do nascer. Na ocasião, criou-se a *Rede de Humanização do*

Parto e Nascimento (Rehuna), agregando vários grupos, organizações não-governamentais (ONG) e profissionais da saúde de instituições públicas.

A Rehuna foi criada com a pretensão de se dirigir a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde, para: 1) mostrar os riscos à saúde de mães e bebês pelas práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; 2) resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; 3) revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento; 4) aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento ⁽²⁾.

Entre as várias estratégias propostas para a implementação das recomendações, destaca-se o apoio às iniciativas de humanização do nascimento, vinculadas a serviços públicos e privados, Casas de Parto, grupo de parteiras tradicionais, doulas e organizações não-governamentais (ONGs). Dentre os profissionais de saúde capacitados para atuar na assistência ao parto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) relacionou em documento técnico a enfermeira obstétrica ou obstetritz como a provedora de cuidados primários de saúde mais adequada para a função. Nesse sentido, recomenda maior participação do profissional na assistência à gestante de baixo risco e ao parto normal sem distócia ⁽³⁾.

No Brasil, as tendências que visam incentivar o parto normal e valorizar a atuação da enfermeira obstétrica refletiram-se na criação de portarias do Ministério da Saúde (MS), com definição de índices decrescentes para o pagamento de cesarianas. Além disto, foi realizada a inclusão do procedimento de assistência ao parto realizado por enfermeira obstétrica na tabela de pagamento do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portarias n^{os}. 2815/98⁽⁴⁾, 2816/98⁽⁵⁾ e 163/98⁽⁶⁾). Esta última portaria foi modificada em 2005⁽⁷⁾, com a regulamentação de novo laudo a ser emitido por médico ou enfermeiro obstetra.

Nos últimos quatro anos, o MS vem também adotando uma política de valorização do profissional de enfermagem na assistência ao parto, por meio do financiamento de cursos de especialização por todo o país.

A criação de Centros de Parto Normal (CPN), no âmbito do SUS (Portaria nº. 985/99) também se insere nessas iniciativas. Centros de Parto Normal intra-hospitalares são propostas de compartilhamento de tarefas, onde o acompanhamento do trabalho de parto e a assistência ao parto normal são designados a enfermeiras obstétricas ⁽⁸⁾.

A ênfase dos CPN recai sobre os resultados – aumento das taxas de partos normais, redução das taxas de indução, episiotomias, morbidade e mortalidade materna e neonatal. É nesse contexto que se justifica a apresentação dos resultados do primeiro serviço a funcionar como CPN, a partir de 1998, para possibilitar maior visibilidade à influência da participação de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento.

Diante dessas considerações, o objetivo do estudo foi caracterizar as parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas em Centro de Parto Normal, quanto à idade materna, história obstétrica, condições do parto e do recém-nascido.

MÉTODO

Estudo descritivo, com base em dados secundários de atendimento hospitalar, coletados no livro de registros de partos e relatório das enfermeiras obstétricas do CPN do Amparo Maternal (AM), na cidade de São Paulo. A opção por estas fontes de dados justifica-se pela confiabilidade dos registros e facilidade de acesso.

O AM é uma maternidade conveniada ao SUS, localizada na região sul da capital paulista. Tem caráter filantrópico e é administrada por religiosas. O CPN-AM foi criado em 2001, embora a assistência ao parto normal seja realizada, em sua totalidade, por enfermeiras obstétricas desde 1998. Possui 16 leitos de pré-parto e 6 unidades de pré-parto, parto e puerpério imediato (PPP), além de 90 leitos de puerpério normal e cirúrgico.

A equipe de enfermeiras obstétricas do CPN-AM é constituída por três profissionais em cada plantão, com 12 horas de duração. A assistência prestada às parturientes caracteriza-se pela intervenção mínima, com uso restrito de infusão endovenosa, ocitocina e episiotomia. São estimulados a ingestão de líquidos e dieta leve, deambulação e banho de aspersão e imersão. Os cuidados imediatos ao RN são prestados pelo médico neonatologista.

O acompanhamento do trabalho de parto no CPN-AM envolve a avaliação dos batimentos cardíaco-fetais a cada hora, exames vaginais menos freqüentes, monitorização eletrônica intermitente em todos os casos e uso do partograma na fase ativa do trabalho de parto. O serviço enfatiza medidas de apoio físico e emocional para a evolução fisiológica do trabalho de parto, contando com a presença de doulas voluntárias e familiares.

A população de estudo foi constituída por todos os registros de admissões e partos ocorridos nos meses de julho e agosto de 2001, com o total de 1.908 admissões e 1.860 partos. A diferença entre o número de admissões e partos corresponde às altas por falso trabalho de parto ou a pedido (48 gestantes). Este estudo teve, também, como finalidade obter dados para subsidiar cálculos amostrais de pesquisas posteriores.

As variáveis do estudo foram: idade materna, número de gestações, partos anteriores, idade gestacional, cervicodilatação na internação, tempo de internação até o parto, tipo de parto, indicação da cesariana, condições do períneo, complicação no parto, peso do RN e índice de Apgar.

Os dados foram armazenados em um banco de dados do aplicativo Excel e a análise estatística foi realizada pelo programa Epi-Info. Os dados foram analisados de forma descritiva, segundo as freqüências absolutas e relativas para as variáveis qualitativas. Para as variáveis quantitativas foram utilizados valores das médias e medianas para resumir as informações e valores dos desvios-padrão, mínimo e máximo para indicar a variabilidade dos dados.

Este estudo foi autorizado pela diretoria clínica e executiva da maternidade campo do estudo, conforme o termo de compromisso para realização de pesquisa científica firmado entre as pesquisadoras e a instituição, com a finalidade de manter o anonimato dos sujeitos.

RESULTADOS

Do total de 1.860 partos ocorridos no período do estudo, foram incluídos os dados relativos a 1.846 partos, que correspondem aos registros obtidos. Os dados incompletos ou que não constavam do livro de partos e do relatório das enfermeiras, foram desconsiderados no cálculo das freqüências relativas. Assim, o número total de cada tabela pode apresentar variações.

A idade materna variou de 13 a 45 anos, com média em 23,7 anos, desvio-padrão de 5,7 anos e mediana de 22 anos. A proporção de adolescentes, considerando as mulheres com menos de 20 anos, foi 24,4%.

A idade gestacional das parturientes variou de 23 a 43 semanas, mediana de 39, com 7,7% casos abaixo de 37 semanas e 92,3% igual ou acima de 37 semanas.

A dilatação cervical média na admissão foi de 4,0 cm, desvio-padrão de 2,1 cm e valores mínimo de zero e máximo de 10 cm, indicando que foram admitidas parturientes com colo impérvio, enquanto outras estavam no período expulsivo. Dentre as parturientes admitidas, não foi encontrado o registro de cervicodilatação de 179 parturientes. O tempo decorrido entre a admissão e o parto foi de 8 horas, em média, desvio-padrão de 8,5 horas e mediana de 5 horas, com valores mínimo e máximo de zero e 72 horas, respectivamente.

As Tabelas 1 a 5 mostram os antecedentes obstétricos, tipo de parto, indicações da cesariana, complicações ocorridas no parto e condições do períneo.

Tabela 1. História obstétrica pregressa das parturientes atendidas no CPN-AM, 2001.

História obstétrica pregressa	N	%
Gestação (n=1796)		
Uma	789	44,0
Duas	491	27,3
Três ou mais	516	28,7
Parto normal (n=1809)		
Nenhum	1077	59,5
Um ou mais	732	40,5
Cesariana (n=1805)		
Nenhuma	1517	84,0
Uma	234	13,0
Duas ou mais	54	3,0

Tabela 2. Tipo de parto das parturientes atendidas no CPN-AM, 2001.

Tipo de parto	N	%
Todas as parturientes (n=1846)		
Normal	1458	79,0
Cesárea	379	20,5
Fórcipe	9	0,5
Parturientes com uma cesárea anterior (n=229)		
Normal	163	71,2
Cesariana	65	28,4
Fórcipe	1	0,4

Tabela 3. Indicação da cesariana em parturientes atendidas no CPN-AM, 2001.

Indicação	n	%
Sufrimento fetal agudo	87	29,5
Duas ou mais cesarianas anteriores	60	20,3
Discinesia	49	16,6
Desproporção feto-pélvica	33	11,2
Apresentação anômala	27	9,2
Pós-datismo/oligoâmnio	13	4,4
Gemelaridade	7	2,4
Doença hipertensiva específica da gravidez	6	2,0
⁽¹⁾ Outras	13	4,4
Total	295	100

⁽¹⁾ Inclui: descolamento prematuro da placenta (3); falha de fórcipe (2); fisometria (2); distocia de cordão (2); isoimunização (1); HIV positivo (1); placenta prévia (1); rotura uterina (1)

Tabela 4. Complicações no parto em parturientes atendidas no CPN-AM, 2001.

Tipo de complicação	N	%
Retenção/acretismo placentária	31	83,8
Distocia de ombro	3	8,1
Procidência/prolapso de cordão	2	5,4
Rotura uterina	1	2,7
Total	37	100

Tabela 5. Condições do períneo em parturientes atendidas no CPN-AM, 2001. (n=1375)

Condição do períneo	Sem parto vaginal		Com parto vaginal	
	anterior		anterior	
	n	%	n	%
⁽¹⁾ Episiotomia	440	58,4	116	18,6
Íntegro	156	20,7	298	48,0
Rotura de primeiro grau	115	15,2	157	25,4
Rotura de segundo grau	42	5,6	50	8,0
Rotura de terceiro grau	1	0,1	-	-
Total	754	100	621	100

⁽¹⁾ 41 casos de episiotomia mediana

O peso médio dos RN foi 3174,4g, desvio-padrão de 453,2g, mediana de 3180g, com mínimo de 565g e máximo de 4660g. O índice de Apgar maior ou igual a sete no primeiro minuto foi registrado em 93,7% dos nascimentos e no quinto minuto, em 99,1%. Do total de 1.867 RN, em 19 casos não foi encontrado o registro do Apgar.

DISCUSSÃO

No presente estudo, as gestações foram a termo na quase totalidade dos casos, com elevada proporção de parturientes com idade até 22 anos. A concentração de parturientes adolescentes ou muito jovens corresponde à encontrada em outros serviços ^(9, 10, 11). A alta prevalência de gestação na adolescência é uma questão preocupante, por sua ocorrência em grupos etários cada vez mais jovens e a tendência ascendente de gravidez recorrente entre as adolescentes. Estudo na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, comparou o número de partos em 1996 e 1992, e o crescimento foi em torno de 104%, 49%, 36%, 14% e 53%, aos 14, 15, 16, 17 e 18 anos, respectivamente ⁽¹²⁾.

A via de parto na primeira gestação exerce importante influência nos partos subseqüentes, guardando forte tendência a se repetir. Em relação à paridade, observou-se que a maioria das mulheres era nulípara e entre aquelas com parto anterior, 13% tinham uma cesariana e 3%, duas ou mais.

As parturientes adolescentes com cesariana anterior têm risco aproximado 22 vezes maior para cesariana de repetição, o que aumenta consideravelmente os riscos reprodutivos, especialmente se vierem a se tornar múltíparas ⁽¹³⁾. Estudos longitudinais, que analisaram os fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea, constataram que o antecedente de parto vaginal e a idade abaixo de 20 anos se constituíram fator de proteção para cesárea ^(10,11).

Estudo que analisou a divulgação de informações, na área de saúde reprodutiva da mulher e da criança, por meio de revista de grande alcance para o público leigo, observou que as informações veiculadas podem influenciar as atitudes sociais. Concluiu que há uma valorização do parto cesariana como solução para as situações de risco na gestação e sem o esclarecimento da prevenção desses

eventos, além de valorizar a tecnologia como assistência padrão e suavizar as conseqüências do parto operatório ⁽¹⁴⁾.

As primigestas corresponderam a 44% do total de gestantes e 28,7% mulheres tinham três ou mais gestações anteriores. Há pouco mais de meio século, as famílias eram numerosas e o contexto social era outro. A amenorréia produzida pela amamentação prolongada ajudava a espaçar as gestações, juntamente com métodos comportamentais e de barreira. O planejamento familiar sistematizado não era oferecido pelo setor público nem fazia parte do cotidiano das famílias de então.

Desde 1996, o planejamento familiar é regulamentado em lei ⁽¹⁵⁾. A Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos prevê ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007 e tem três eixos principais de ação: ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis; ampliação do acesso à esterilização cirúrgica; introdução da reprodução assistida no SUS.

O tempo de internação obtido no estudo, considerando o intervalo entre a admissão e o parto e a cervicodilatação na admissão, indicam que estes dados apresentaram grande variabilidade, decorrente tanto da internação precoce, antes do início do trabalho de parto, como da admissão no período expulsivo do parto. Estes fatores são influenciados pelo tipo de serviço, que atende mulheres encaminhadas ou por demanda espontânea das mais diversas regiões da cidade de São Paulo e de municípios vizinhos.

Na Casa do Parto de Sapopemba, em São Paulo, o tempo de internação não é longo, com duração entre três e seis horas, raramente ultrapassando 12 horas ⁽¹⁶⁾. Em Casas de Parto evita-se a internação precoce, pois trata-se de um serviço de base comunitária, que atende determinada área de abrangência, próxima à residência das mulheres.

Um grande problema na prática obstétrica hospitalar é a internação precoce. Há riscos para a mãe e bebê resultantes deste tipo de conduta porque origina uma série de intervenções desnecessárias e potencialmente danosas, como a rotura precoce das membranas ovulares, o uso de ocitocina, a estafa materna e, ao final, a cesariana para corrigir tudo o que foi iniciado de modo inadequado.

Estudo que analisa as práticas adotadas em dois serviços de maternidade, um público e outro privado, na cidade do Rio de Janeiro, encontrou uma alta prevalência de práticas desaconselhadas na atenção ao parto, como enema em mais de um terço dos casos, posição supina durante todo o período de trabalho de parto para a quase totalidade das mulheres, amniotomia precoce em mais de um terço das mulheres, além da manobra de *Kristeller*, amplamente utilizada em ambos os serviços ⁽¹⁷⁾.

O tipo de parto das mulheres do estudo foi predominantemente normal (79%), principalmente entre as nulíparas (81,1%). Dados semelhantes são referidos em pesquisa anteriormente citada que constatou a ocorrência de 72,7% entre 3.626 mulheres estudadas ⁽¹¹⁾. As estatísticas do MS para o município de São Paulo, em

2002, indicam a taxa de 29,2% de partos cesáreos nos serviços do SUS e de 49%, em toda a rede hospitalar ^(18,19).

Quando se analisam as 229 mulheres com uma cesárea prévia, verifica-se que 71,6% tiveram parto vaginal; estes resultados são muito superiores aos encontrados em estudo realizado com 290 casos de gestantes de alto risco, em São Paulo, que obteve o índice de 23,4% de parto vaginal ⁽²⁰⁾. Em outros estudos, verifica-se uma queda gradual da porcentagem de cesáreas eletivas em mulheres com cesarianas prévias. A porcentagem desta intervenção, em 1986, em Campinas, São Paulo, era de 22,6%, caindo para 5%, em 1998⁽²⁰⁾. Pesquisas que comparam a segurança do parto vaginal planejado após cesariana indicam variação de 20% a 80%, admitindo que mais da metade das mulheres nessas condições podem dar à luz por parto vaginal ⁽²¹⁾.

O limite proposto pela OMS para as taxas de cesarianas é de 10% a 15%, aceitando-se variações, sem ultrapassar 20%. Com base em amostra de Declaração de Nascidos Vivos e Inquérito Domiciliar em uma importante cidade do interior de São Paulo foi encontrada a espantosa taxa de 80,5% de cesarianas. Isto faz supor que o poder público não apenas patrocina cesarianas desnecessárias nos estratos sociais mais baixos, como financia e deixa de supervisionar o atendimento nos estratos sociais mais elevados ⁽²²⁾. O fenômeno das elevadas taxas de cesarianas não resulta, como defendem muitos médicos, do desejo das mulheres por este tipo de parto ^(23, 24, 25). Sua ocorrência depende mais de fatores relacionados ao modelo de assistência obstétrica praticado, às formas de remuneração do profissional e o seu despreparo para compreender o parto como um evento fisiológico.

As indicações de cesariana podem variar, de acordo com o tipo de serviço e de clientela atendida. Além disso, em cada caso, pode haver um ou mais motivos que justificam esta intervenção. No presente estudo, foi analisada uma única indicação para cada caso, sendo considerada como principal indicação àquela anotada, em primeiro lugar, no livro de partos.

Nas indicações de cesariana predominou os sofrimentos fetais agudo, seguidos da cesárea iterativa, discinesias e desproporção feto-pélvica. Estes resultados coincidem, no que se refere às duas indicações mais freqüentes, com os achados de pesquisa realizada em hospital de ensino que atende gestante de alto risco, em São Paulo ⁽²⁰⁾.

Quanto à freqüência de complicações no parto, foram identificados 2% de casos, com predomínio para as intercorrências da dequitação. Os principais riscos para a mulher nesse período são a hemorragia e a retenção de restos placentários, que podem ocorrer mesmo em gestações de baixo risco e após o período de dilatação e expulsão sem problemas ⁽³⁾. Dentre os fatores predisponentes para a ocorrência de complicações neste período estão a gravidez múltipla, polihidrâmnio, uso de ocitócicos no trabalho de parto e partos distócicos ⁽³⁾.

A taxa de episiotomia de 58,4% entre as mulheres sem partos vaginais anteriores, em contraposição à taxa de 18,6% entre aquelas com partos vaginais anteriores, observada neste estudo, indica que o parto vaginal prévio protege o períneo desta intervenção. Proporções menores de episiotomia foram encontradas em

investigação conduzida no Zimbábue ⁽²⁶⁾ e no município de Itapecerica da Serra ⁽⁹⁾, sendo 53% e 43,3% nas nulíparas e 5% e 15,9% nas múltíparas, respectivamente. Estudo ⁽²⁷⁾ realizado em San Diego, Estados Unidos, que comparou mulheres atendidas em centro de parto normal e em maternidade tradicional, observou taxas de episiotomia de 13,1% e 37,8%, respectivamente.

De modo geral, as investigações apontam grande variação nas freqüências de episiotomia decorrentes de fatores como local da assistência, paridade e, principalmente, das políticas institucionais adotadas em relação ao emprego seletivo ou liberal deste procedimento. Há dúvida quanto à taxa ideal, mas em muitos países vem ocorrendo uma importante redução nas taxas de episiotomia. A freqüência de episiotomia deveria situar-se entre 10% e 30% ^(3, 28).

CONCLUSÕES

A criação dos CPNs foi uma conquista para a mulher e para a categoria profissional de Enfermeiras Obstétricas. A preocupação do CPN é a adoção de boas práticas no parto e nascimento, o que inclui o tratamento respeitoso do corpo da mulher e a valorização do ambiente, como elemento terapêutico e facilitador de um processo fisiológico. O acompanhamento contínuo do trabalho de parto de baixo risco por enfermeiras obstétricas preserva a saúde materna e neonatal e reduz as taxas de operações cesarianas desnecessárias, aproximando-as daquelas preconizadas pela OMS.

A universal associação entre menores taxas de intervenções quando enfermeiras obstétricas ou obstetizas acompanham o trabalho de parto foi, finalmente, incorporada nas ações ministeriais em prol da redução das taxas de cesarianas e da qualificação da assistência. No entanto, a introdução da enfermeira obstétrica na assistência ao parto de baixo risco tem tornado imperiosa a negociação com os médicos obstetras, que vêm resistindo tanto no plano individual como corporação ^(29, 30).

Concluiu-se que a assistência prestada por enfermeiras obstétricas, neste CPN, demonstrou ir ao encontro da valorização da fisiologia do parto e nascimento, com indicadores neonatais e obstétricos de qualidade.

A assistência ao parto normal realizada por estas profissionais oferece segurança e baixos índices de intervenção e eleva as taxas de partos normais, não apenas do ponto de vista quantitativo, mas, sobretudo, qualitativo. No CPN, a relação cliente-cuidador é, em geral, amigável e acolhedora, principalmente, quando inclui na equipe assistencial um corpo de voluntárias e auxiliares no parto (doulas) ⁽³¹⁾.

REFERÊNCIAS 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: Rehuna, 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 obstetriz. 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

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.

26. Van der Bergh JE, Sueters M, Segaar M, Roosmalen van J. Determinants of episiotomy in rural Zimbábue. *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 tradicional 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.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia

