

Assistência em um centro de parto segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde

CARE IN A BIRTH CENTER ACCORDING TO THE RECOMMENDATIONS OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

ATENCIÓN EN UN CENTRO DE PARTO SEGÚN LAS RECOMENDACIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Flora Maria Barbosa da Silva¹, Taís Couto Rego da Paixão², Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira³, Jaqueline Sousa Leite⁴, Maria Luiza Gonzalez Riesco⁵, Ruth Hitomi Osava⁶

RESUMO

Centros de parto constituem modelo que adota tecnologia apropriada na assistência à parturiente. O objetivo foi caracterizar a assistência intraparto em um centro de parto extra-hospitalar quanto às práticas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Estudo descritivo sobre 1.079 partos assistidos de 2006 a 2009 na Casa do Parto de Sapopemba, São Paulo, Brasil. Os resultados mostraram ausculta intermitente (média=7 controles); posição materna no expulsivo semissentada (82,3%), lateral (16,0%), outras (1,7%); aceitação da dieta (95,6%); acompanhante (93,3%); até três exames vaginais (85,4%); banho de aspersão (84,0%), deambulação (68,0%), massagem (60,1%), exercícios com bola suíça (51,7%); amniotomia (53,4%); ocitocina na dilatação (31,0%), banho de imersão (29,3%), ocitocina no expulsivo (25,8%) e episiotomia (14,1%). Concluiu-se que os profissionais do centro de parto utilizam práticas recomendadas pela OMS, contudo existem práticas cujo uso pode ser reduzido, tais como amniotomia, administração de ocitocina, episiotomia e posição semissentada no expulsivo.

DESCRIPTORIOS

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

ABSTRACT

Birth centers are maternal care models that use appropriate technology when providing care to birthing women. This descriptive study aimed to characterize intrapartum care in a freestanding birth center, in light of the practices recommended by the World Health Organization (WHO), with 1,079 assisted births from 2006 to 2009 in the Sapopemba Birth Center, São Paulo, Brazil. Results included the use of intermittent auscultation (mean=7 controls); maternal positions during delivery: semi-sitting (82.3%), side-lying (16.0%), other positions (1.7%), oral intake (95.6%); companionship (93.3%); exposure to up to three vaginal examinations (85.4%), shower bathing (84.0%), walking (68.0%), massage (60.1%), exercising with a Swiss ball (51.7%); amniotomy (53.4%), oxytocin use during the first (31.0%) and second stages of labor (25.8%), bath immersion (29.3%) and episiotomy (14.1%). In this birth center, care providers used practices recommended by the WHO, although some practices might have been applied less frequently.

DESCRIPTORS

Parturition
Natural childbirth
Obstetrical nursing
Birthing Centers

RESUMEN

Centros de parto constituyen un modelo que adopta la tecnología apropiada en la atención a la parturienta. El objetivo fue caracterizar la atención intraparto en un centro de parto extra-hospitalario en relación a las prácticas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estudio descriptivo sobre 1.079 partos atendidos del 2006 al 2009 en la Casa de Parto de Sapopemba, São Paulo, Brasil. Los resultados mostraron: auscultación intermitente (media=7 controles); posición materna en el expulsivo - semisentada (82,3%), lateral (16,0%), otras (1,7%); aceptación de dieta (95,6%); acompañante (93,3%); hasta tres exámenes vaginales (85,4%); baño en ducha (84,0%), deambulación (68,0%), masaje (60,1%), ejercicios con pelota suíza (51,7%); amniotomía (53,4%); oxitocina durante la dilatación (31,0%), baño de inmersión (29,3%), oxitocina durante el expulsivo (25,8%) y episiotomía (14,1%). Se concluyó que los profesionales del centro de parto utilizan prácticas recomendadas por la OMS, pero existen algunas prácticas cuyo uso puede reducirse, tales como la amniotomía, administración de oxitocina, episiotomía y posición semisentada en el período expulsivo.

DESCRIPTORIOS

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

¹ Enfermeira Obstétrica. Professora Doutora do Curso de Obstetria da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. floramaria@usp.br ² Enfermeira. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. taiscoutorp@gmail.com ³ Enfermeira Obstétrica. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. soniaju@usp.br ⁴ Enfermeira Obstétrica. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. jaquelinesousa26@hotmail.com ⁵ Enfermeira Obstétrica. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. riesco@usp.br ⁶ Enfermeira Obstétrica. Professora Doutora do Curso de Obstetria da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. rosava@usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, diversas mudanças têm influenciado o contexto da assistência à mulher no parto. O acesso a melhores níveis de educação, a urbanização, o maior acesso ao mercado de trabalho e o menor número de filhos, acompanhados por melhor acesso a serviços de pré-natal e assistência ao parto, têm afetado positivamente os indicadores de saúde materna⁽¹⁾. No entanto, ainda persistem alguns desafios, como o uso exagerado de diversas intervenções, sobretudo em partos hospitalares, tais como frequentes exames de ultrassonografia na gravidez e elevadas taxas de cesarianas em serviços de saúde suplementar. Nos serviços do SUS, as episiotomias e a administração de ocitocina endovenosa são frequentemente utilizados de maneira rotineira⁽¹⁻²⁾.

Paradoxalmente, esta conduta intervencionista, em geral justificada pelo uso da tecnologia em prol da eficácia e da segurança da mãe e do recém-nascido, pode estar associada a piores resultados maternos e neonatais. Estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas (Rio Grande do Sul) demonstrou que o aumento de cesarianas e induções de parto ao longo de três décadas resultou em maior número de bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer⁽³⁾.

Em reação a esse modelo de assistência, um movimento iniciado por profissionais da saúde pública buscou modificar os paradigmas da assistência obstétrica brasileira. Um dos pilares deste movimento foi a análise de riscos e benefícios das práticas obstétricas por um grupo de peritos europeus, que resultou na publicação conhecida como *as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)*. Trata-se de um guia no qual as práticas estão classificadas em quatro categorias:

A: práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B: práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C: práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão; D: práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado⁽⁴⁾.

No Brasil, essas recomendações serviram como diretrizes para os programas de assistência humanizada ao nascimento, em um manual que foi distribuído a todos os profissionais da área de atenção obstétrica do país pelo Ministério da Saúde⁽⁵⁾. Nesse manual, a classificação das práticas foi atualizada e algumas foram incluídas em outra categoria. O uso liberal ou rotineiro da episiotomia, por exemplo, passou da categoria D para a categoria B (que no Manual do Ministério da Saúde é nomeada como categoria 2).

Além de influenciar os cuidados oferecidos às mulheres e aos bebês, o movimento de humanização influenciou os cenários de assistência à mulher no parto. Ao final

dos anos 1990, foram criados os Centros de Parto Normal (CPN), que têm como objetivo prestar assistência obstétrica com o uso adequado da tecnologia e valorizar o parto como evento fisiológico e familiar, conforme a Portaria 985/99⁽⁶⁾. Esses serviços têm se difundido por todo o país e fazem parte da proposta da Rede Cegonha, iniciativa do Ministério da Saúde instituída em 2011 para assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da atenção materna e neonatal⁽⁷⁾.

No entanto, existem poucos estudos brasileiros que descrevem a assistência prestada exclusivamente por enfermeiras obstétricas e obstetrias em CPN. Estas profissionais são geralmente responsáveis pelo cuidado à parturiente em ambientes que procuram fazer uso criterioso das intervenções na assistência obstétrica. Desta maneira, é importante avaliar se estes serviços têm empregado as práticas baseadas em evidência que são recomendadas pela OMS na assistência à mulher e ao recém-nascido no parto e nascimento. Além disto, novos estudos podem contribuir para aprimorar os critérios destes centros e fornecer informações às mulheres que procuram um ambiente fora do hospital para dar à luz.

Além de influenciar os cuidados oferecidos às mulheres e aos bebês, o movimento de humanização influenciou os cenários de assistência à mulher no parto.

Neste contexto, este estudo teve como objetivo caracterizar a assistência intraparto em um centro de parto extra-hospitalar quanto às práticas recomendadas pela OMS.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, com coleta de dados retrospectiva, realizado na Casa do Parto de Sapopemba (CPS), que tem como referência o Hospital Estadual de Vila Alpina, localizado na região sudeste da cidade de São Paulo, Brasil.

A população foi constituída por todas as mulheres que deram à luz na CPS nos anos de 2006 a 2009, com um total de 1.079 nascimentos. Os dados foram obtidos por meio de coleta retrospectiva, utilizando-se um formulário pré-codificado, denominado CPNet. Este instrumento faz parte do prontuário da CPS desde 2006 e é preenchido pelas enfermeiras obstétricas e obstetrias que assistem o parto.

As variáveis foram categorizadas em: *dados sociodemográficos* (idade, escolaridade, cor da pele, situação conjugal, trabalho remunerado, procedência ou origem da mulher, área de abrangência); *características clínico-obstétricas* (número de partos anteriores, dilatação cervical na internação, condição das membranas ovulares na admissão, idade gestacional, dinâmica uterina); *características da assistência ao parto* (tipo de rotura das membranas ovulares, infusão de ocitocina, monitorização eletrônica fetal, frequência de avaliação da dinâmica uterina e de exames vaginais, alimentação, práticas de conforto e alívio da dor e posição materna no período expulsivo, condição do períneo, dequitação e presença de acompanhante) e *características da*

assistência ao recém-nascido (RN), que incluíram aspiração das vias aéreas; aspiração e lavagem gástrica; uso de oxigênio inalatório e escore de APGAR.

Essas informações foram inseridas em um banco de dados, com dupla entrada. Foi feita análise descritiva dos dados para cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, apresentadas de forma descritiva ou em tabelas. Utilizou-se o pacote estatístico Stata versão 10.

Este estudo integra o projeto denominado *Remoções maternas e neonatais da Casa do Parto de Sapopemba*, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (Parecer no 223/2006/CEP/SMS).

RESULTADOS

Nos quatro anos do estudo ocorreram 1.079 partos na Casa do Parto de Sapopemba. Verificou-se que menos de 20% das mulheres eram adolescentes e mais de 70% tinham oito ou mais anos de escolaridade. A maioria delas era branca, tinha companheiro, trabalho remunerado, procurou espontaneamente o serviço para dar à luz e pertencia à área de abrangência da CPS (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das mulheres segundo características sociodemográficas, Casa do Parto de Sapopemba - São Paulo, SP, Brasil, 2006-2009

Características	F	%
Faixa etária (anos)		
≤ 19	189	17,5
20 a 24	397	36,8
25 a 29	307	28,5
30 a 34	133	12,3
35 a 39	43	4,0
≥40	10	0,9
Escolaridade(anos)		
1 a 7	250	23,2
8 a 11	712	66,0
>11	113	10,5
Nenhuma	4	0,4
Cor da Pele		
Branca	652	60,4
Não Branca	427	39,6
Situação Conjugal		
Com companheiro	994	92,1
Sem companheiro	85	7,9
Trabalho Remunerado		
Não	400	37,1
Sim	679	62,9
Procedência da Mulher		
Procura espontânea	649	60,2
Encaminhada pela rede básica	295	27,3
Parto anterior no serviço	135	12,5
Área de abrangência		
Sim	743	68,9
Não	336	31,1

Nota: (n= 1.079)

Com relação ao pré-natal, 942 (87,3%) tiveram seis ou mais consultas, computadas todas as consultas de pré-natal realizadas em instituição pública, particular ou de convênio e 709 (65,7%) tiveram pelo menos três consultas realizadas na CPS. Durante o pré-natal, 38 (3,5%) referiram intercorrências na gestação, tais como leucorréia e infecção do trato urinário tratada. Das 1.079 parturientes, 991 (91,8%) eram usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e 88 (8,2%) do setor de saúde suplementar ou particular.

A maioria das mulheres admitidas na CPS já havia tido um ou mais partos anteriores. Metade delas apresentava 5 cm ou mais de dilatação cervical; a maioria tinha membranas ovulares íntegras, idade gestacional de termo e estava em trabalho de parto. Estes dados referem-se às condições obstétricas das mulheres no exame de admissão na CPS (Tabela 2). Dentre aquelas com parto anterior, constatou-se que 571 (52,9%) haviam tido partos normais, 18 (1,7%) fórceps e 19 (1,8%) cesarianas.

Tabela 2 - Distribuição das mulheres segundo as condições clínico-obstétricas na admissão, Casa do Parto de Sapopemba - São Paulo, SP, Brasil, 2006-2009

Condições clínico-obstétricas	F	%
Partos Anteriores		
0	493	45,7
1	313	29,0
2	153	14,2
≥3	120	11,1
Dilatação cervical(cm)		
0 a 4	540	50,0
5 a 9	510	47,3
10	29	2,7
Estados das Membranas ovulares		
Íntegra	790	73,2
Rota	289	26,8
Idade gestacional (semanas)		
< 37	3	0,3
37 a 41	1074	99,5
> 41	2	0,2
Dinâmica uterina		
Presente	971	90,0
Ausente	108	10,0

Nota: (n= 1.079)

Quanto às práticas utilizadas na assistência à parturiente, na maioria dos casos foi realizada rotura artificial das membranas ovulares. Cerca de um terço das mulheres recebeu ocitocina intravenosa para condução do trabalho de parto e um quarto delas, no expulsivo. Durante o trabalho de parto, observou-se que em pouco mais de um quarto dos casos foi realizada a monitorização eletrônica para avaliação da vitalidade fetal. A maioria das mulheres utilizou métodos não medicamentosos de alívio da dor e conforto, aceitou alimento durante o trabalho de parto e tinha acompanhante (Tabela 3). A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais foi realizada em média 7 vezes.

Tabela 3 - Distribuição das práticas obstétricas utilizadas no trabalho de parto, Casa do Parto de Sapopemba - São Paulo, SP, Brasil, 2006-2009

Práticas obstétricas	F	%
Rotura das membranas ovulares		
Artificial	576	53,4
^a Espontânea	503	46,6
^bInfusão de ocitocina		
Período da dilatação	334	31,0
Período expulsivo	278	25,8
Período da dequitação	228	21,1
Período de Greenberg	261	24,2
Monitorização eletrônica fetal		
Sim	301	27,9
Não	778	72,1
Frequência da dinâmica uterina		
0	35	3,2
1	494	45,8
2	267	24,8
≥ 3	283	26,2
Frequência de exames vaginais		
1	126	11,7
2	403	37,4
3	393	36,4
≥ 4	157	14,5
Alimentação		
Não	47	4,4
Sim		
Líquidos	421	39,0
Sólidos e líquidos	611	56,6
^cPráticas de conforto e alívio da dor		
Banho de aspersão	906	84,0
Deambulação	734	68,0
Massagem	648	60,1
Bola suíça	558	51,7
Banho de imersão	316	29,3
Presença de acompanhante		
Sim	1.020	94,5
Não	59	5,5

^a Inclui também as 213 mulheres admitidas com rotura espontânea das membranas ovulares

^b A ocitocina foi utilizada em um ou mais períodos do trabalho de parto

^c Cada mulher utilizou uma ou mais práticas de conforto ou alívio da dor
Nota: (n = 1.079)

Verificou-se que a maioria das mulheres deu à luz em posição semissentada e a dequitação placentária que não necessitou de manobras extrativas. Mais de 70,0% das mulheres manteve integridade perineal ou apresentou laceração de menor gravidade, ou seja, de primeiro grau (Tabela 4). A episiotomia foi realizada em 25,8% das nulíparas e em 4,3% das múltiparas.

Em relação às práticas utilizadas com o bebê, a prevenção da hipotermia é realizada por meio da utilização de campos aquecidos e do contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho. Entre os RN assistidos na CPS, 75 (7,0%) necessitaram de aspiração das vias aéreas; 40 (3,7%) de aspiração gástrica; 30 (2,3%) de lavagem gástrica; 60 (5,6%) de oxigênio inalatório. Os bebês também tiveram,

em sua maioria, escore de Apgar igual ou superior a 7 no primeiro e quinto minutos de vida (1.070 - 99,2% e 1079 - 100%, respectivamente). Quanto às transferências, oito mulheres (0,7%) e 21 recém-nascidos (2,0%) foram removidos para o hospital de referência.

Tabela 4 - Distribuição das práticas obstétricas utilizadas no período expulsivo e na dequitação, Casa do Parto de Sapopemba - São Paulo, SP, Brasil, 2006-2009

Práticas obstétricas	F	%
Posição no expulsivo		
Semissentada	888	82,3
Lateral	173	16,0
Cócoras		
Quatro apoios	2	0,2
Em pé	7	0,7
Condição do períneo		
Íntegro	471	43,7
Laceração de 1º grau		
Laceração de 2º grau	111	10,3
Laceração de 3º grau	1	0,1
aEMLD		
Perineotomia	13	1,2
Dequitação		
Espontânea	1057	98,0
Manual	22	2,0

^aEMLD: episiotomia médio-lateral direito

Nota: (n = 1.079)

As seguintes práticas obstétricas não são realizadas na CPS: enema, tricotomia, cateterização intravenosa de rotina, administração indiscriminada de ocitócicos, exame retal, uso de pelvimetria por raio X, controle da dor por agentes sistêmicos e analgesia peridural, pressão no fundo uterino (manobra de Kristeller), uso rotineiro da posição supina no trabalho de parto, abreviação do período expulsivo a partir de uma hora de duração, clampeamento precoce do cordão umbilical, uso de ergometrina por via oral ou parenteral na dequitação, lavagem e revisão uterina após o parto.

O partograma é utilizado em todas as mulheres assistidas na CPS. Esforços de puxo prolongados e dirigidos, massagem e distensão do períneo no período expulsivo e tração controlada do cordão umbilical são realizados eventualmente. No entanto, estas práticas não foram mensuradas neste estudo.

Todo o material utilizado nos exames e no parto é limpo ou descartado segundo as regras de esterilização, descontaminação e assepsia de materiais hospitalares. As normas de precauções universais são utilizadas em todos os contatos com a mãe e o RN.

DISCUSSÃO

Esta pesquisa analisou os cuidados oferecidos às mulheres e RN em um CPN extra-hospitalar a partir das recomendações da OMS sobre práticas na assistência

obstétrica e neonatal. As mulheres atendidas na CPS não se restringiram à área de abrangência do serviço, o que faz supor que o tipo de assistência prestada nesse local tenha atraído mulheres de outras áreas da cidade de São Paulo. A proporção de mulheres com oito ou mais anos de escolaridade atendidas na CPS foi semelhante àquela encontrada em outro trabalho sobre CPN peri-hospitalar realizado em nosso meio. Da mesma maneira, a proporção de nulíparas assistidas na CPS foi similar àquela observada no referido estudo (46,0%)⁽⁸⁾.

Em relação às práticas utilizadas na assistência à mulher e ao RN na CPS, a discussão de sua utilização é apresentada segundo as Categorias A, C e D, propostas pela OMS. Nenhuma prática realizada no serviço foi classificada na *Categoria B (Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas)*.

Categoria A

O protocolo de assistência à parturiente na CPS inclui o acompanhamento da mulher a partir de 37 semanas de gravidez, com avaliação dos riscos clínicos e gestacionais, pautada no plano individual de parto. Essa avaliação é realizada e documentada de maneira contínua em todas as mulheres - no momento da admissão, durante todo trabalho de parto e no pós-parto. Embora o plano de parto da CPS envolva, sobretudo, uma avaliação com a finalidade de classificação de risco, esse instrumento pode ser utilizado para evidenciar as preferências da mulher durante o trabalho de parto e parto quanto aos cuidados. Além disso, o envolvimento de usuárias tem sido recomendado na tomada de decisão clínica no parto e nascimento⁽⁹⁾.

Verificou-se que 94,5% mulheres na CPS tinham acompanhante ao dar à luz. Esta proporção é similar à da pesquisa de CPN peri-hospitalar, que foi de 92,2%⁽¹⁰⁾. Por outro lado, estas taxas são superiores às encontradas nos resultados de uma pesquisa nacional que verificou a presença de acompanhantes em 16,0% dos partos, de maneira geral, com menos de 10,0% nas mulheres atendidas no SUS e 35,0% nas atendidas pelo setor privado⁽¹¹⁾. Estudo realizado em 13 maternidades na cidade de Goiânia verificou que 19,5% delas tiveram acompanhante durante este momento⁽¹²⁾. Estudo realizado em países asiáticos encontrou taxas de presença de acompanhantes que variavam de 10,0% (Filipinas) a 61,0% (Malásia)⁽¹³⁾. Estudo que examinou as práticas em maternidades na Jordânia relata presença do acompanhante em torno de 1,0%⁽¹⁴⁾.

A importância da presença do acompanhante no parto foi verificada em revisão sistemática que avaliou 22 ensaios clínicos com 15.288 mulheres. Observou-se que a presença de apoio contínuo no intraparto resultava em maior probabilidade de ocorrer trabalho de parto mais rápido e de parto vaginal espontâneo, além de menor chance de analgesia intraparto, cesariana e parto instrumental, baixo escore de Apgar no quinto minuto de vida e relato de insatisfação com a experiência do nascimento⁽¹⁵⁾.

Entre as práticas de alívio da dor, o banho de aspersão foi o mais utilizado, contudo, não foi avaliado em que fase do trabalho de parto esse método foi empregado. Dados semelhantes foram encontrados no Brasil: variando de 71,0% das parturientes fizeram uso do banho em um centro de parto peri-hospitalar⁽¹⁰⁾ e 88,0% daquelas atendidas em um centro de parto intra-hospitalar⁽¹⁶⁾. Outras práticas para aliviar o desconforto das contrações uterinas foram relatadas no estudo da Jordânia que utilizou mudança de posição (3,0%), massagem nas costas (2,0%) e toque terapêutico (1,0%)⁽¹⁴⁾.

A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais é o método de escolha para a vigilância da vitalidade fetal durante o trabalho de parto na CPS. Revisão sistemática que comparou a cardiocografia contínua com não monitoramento fetal, ausculta intermitente e cardiocografia intermitente e incluiu 18.561 gestantes e seus 18.695 RN não encontrou diferenças na taxa geral de morte perinatal entre estas modalidades de monitoramento fetal⁽¹⁷⁾.

A maioria das mulheres que deram à luz na CPS deambulou durante o trabalho de parto (68,0%), resultados inferiores aos encontrados em estudo brasileiro que verificou o emprego dessa prática por 88,0% das parturientes. No entanto, o estudo jordaniano já mencionado mostrou que 94,0% das mulheres ficaram restritas ao leito⁽¹⁴⁾.

Revisão sistemática com 3.706 parturientes constatou que houve redução de cerca de uma hora no período da dilatação na posição vertical em comparação com a posição deitada. Houve ainda menor probabilidade de as mulheres receberem analgesia peridural, sem diferença na duração do período expulsivo ou na via de parto e sem interferência no bem-estar materno e fetal⁽¹⁸⁾. Em estudo realizado em 29 maternidades da Malásia com 280 mulheres, foi encontrado que 79,3% delas foram informadas sobre as posições para o parto e 83,4% optaram por posição diferente da supina⁽¹⁹⁾. O presente estudo mostra que a maioria das mulheres adotou a posição semissentada no expulsivo.

A administração da ocitocina é realizada a critério da enfermeira obstétrica e geralmente utilizada em mulheres que apresentam fatores de risco para hemorragia, como multiparidade, fetos grandes e trabalho de parto prolongado, entre outras. Cerca de um terço das mulheres na CPS receberam ocitocina, taxas superiores às encontradas em um centro de parto peri-hospitalar (23,5%)⁽¹⁰⁾ e inferiores àquelas verificadas em hospitais (45,8%)⁽¹²⁾. A prática de colocar o RN ao seio materno logo após o nascimento, adotada sistematicamente na CPS, é uma medida que auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto.

Categoria C

O banho de imersão com ou sem hidromassagem foi utilizado por 29,3% das mulheres. Revisão sistemática com 3.243 mulheres sugere que o uso dessa prática no

primeiro período do parto reduz o uso de analgesia peridural, sem evidências de efeitos adversos para a parturiente ou o bebê. Um dos ensaios clínicos incluídos na revisão mostrou que o banho de imersão esteve associado à maior satisfação com o parto⁽²⁰⁾.

Foi realizada amniotomia em 53,4% das parturientes, achados similares aos de uma investigação conduzida em centro de parto intra-hospitalar, já mencionada (55,2%)⁽¹⁶⁾. Em outro estudo realizado em nosso meio, esse procedimento foi realizado em 62,6% das mulheres⁽¹⁰⁾. Estudo que analisou os resultados maternos e neonatais de um CPN peri-hospitalar e intra-hospitalar verificou que as taxas de amniotomia foram menores no primeiro (71,3%) comparadas ao segundo (84,5%), com diferença significativa⁽⁸⁾. Não foram avaliados os motivos pelos quais a amniotomia foi realizada na CPS.

Apesar das práticas de proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico não terem sido quantificadas neste estudo, relatos da equipe de profissionais da CPS indicam que essas manobras são empregadas em alguns casos. Um ensaio clínico aleatorizado conduzido no Irã comparou o efeito de dois tipos de manejo (hands on e hands poised) sobre o traumatismo perineal de nulíparas. As mulheres do grupo em que se utilizou a técnica de proteção perineal (hands on) tiveram o dobro de episiotomias comparada às mulheres do outro grupo (84,0% versus 40,0%, respectivamente)⁽²¹⁾. No entanto, são necessários mais estudos para comprovar o efeito destas técnicas, pois uma revisão sistemática confirmou seu efeito na diminuição da taxa de episiotomia, mas não em lacerações de terceiro e quarto graus⁽²²⁾.

Categoria D

A cardiocardiografia é realizada rotineiramente na admissão de todas as parturientes, provavelmente em razão de todas as enfermeiras obstétricas deste serviço possuírem experiência profissional anterior em hospitais. Esse registro serviria também como uma comprovação de que o feto encontrava-se em boas condições no momento da admissão.

Revisão sistemática já citada constatou associação estatisticamente significativa entre a MEF contínua e a diminuição de convulsões neonatais. Nenhuma diferença significativa foi observada no escore de Apgar do primeiro minuto, com pontuação entre 4 e 7, nos índices de admissões neonatais em unidades de terapia intensiva, nas mortes perinatais ou nas paralisias cerebrais. Um aumento nas frequências de parto cesarianos e fórceps esteve associado ao uso da MEF contínua⁽¹⁷⁾. Na CPS utiliza-se MEF intermitente, porém não foi avaliado o motivo pelo qual esta foi realizada durante o trabalho de parto. Membros da equipe relatam trabalho de parto prolongado e necessidade de registro da vitalidade fetal como motivo da realização desse exame, antes da transferência da mulher da CPS para o hospital.

A frequência recomendada para a realização de exames vaginais varia entre uma e quatro horas⁽⁴⁾. Na CPS, o intervalo entre esses procedimentos não foi mensurado; entretanto, 85,5% das mulheres foram examinadas de uma a três vezes durante toda a internação.

Observou-se que cerca de 30,0% das parturientes da CPS receberam ocitocina durante o parto, achado é superior à prevalência encontrada em CPN peri-hospitalar (23,6%) e inferior àquelas de CPN hospitalar (47,2%)(8). Taxas superiores foram verificadas em hospitais de Goiânia durante o trabalho de parto (45,8%) e no parto (53,5%)⁽¹²⁾.

A frequência de episiotomia observada na atual pesquisa foi de 14,1%, sendo que cerca de um quarto das primíparas tiveram episiotomia e 43,7% das mulheres mantiveram a integridade perineal no parto. Estudo em países asiáticos revelou que as taxas de episiotomia realizadas em partos vaginais foram de 31,0% a 95,0%, entre os hospitais avaliados⁽¹³⁾. Estudo brasileiro já mencionado relata frequência de episiotomia de cerca de 70,0% dos casos. Em contraposição, na Jordânia, 53,0% das mulheres que tiveram parto vaginal foram submetidas à episiotomia, sendo que dessas, 76,0% eram primíparas⁽²³⁾. Estudo longitudinal que acompanhou nulíparas que tiveram ou não episiotomia em partos normais verificou os resultados perineais no parto subsequente dessas mulheres. A episiotomia destacou-se como fator de risco independente para outra episiotomia: Odds Ratio (OR) 2,84; Intervalo de confiança (IC) 95% 1,62-4,99 e lacerações perineais em partos seguintes (59,2% versus 23,4 %; $p < 0,05$)⁽²⁴⁾.

Revisão sistemática sobre episiotomia que incluiu 5.541 mulheres observou que o uso restrito de episiotomia resultou em trauma perineal menos severo: RR (risco relativo) 0,67; IC 95% 0,49-0,91; menos sutura (RR 0,71; IC 95% 0,61-0,81) e menos complicações na cicatrização (RR 0,69; IC 95% 0,56-0,85). Não houve diferença quanto à ocorrência de trauma vaginal severo (RR 0,92 IC 95% 0,72-1,18), dispareunia (RR 1,02; IC 95% 0,90-1,16) e incontinência urinária (RR 0,98; IC 95% 0,79-1,20). No entanto, a restrição da utilização aumentou o risco de trauma perineal anterior, que usualmente não tem significado clínico⁽²⁵⁾.

Desta maneira, observa-se que não há evidência científica atual que sustente o uso rotineiro de episiotomia, como vem sendo praticado em nosso país. A dificuldade referente à implementação da evidência na prática clínica pode estar relacionada não apenas à episiotomia, mas também ao manejo do trauma perineal. Isto foi evidenciado em um estudo transversal com parteiras britânicas, no qual as profissionais relataram dificuldades em identificar e suturar o trauma perineal⁽²⁶⁾.

Por ter coleta retrospectiva de dados, o presente estudo não avaliou a opinião das mulheres sobre o cuidado recebido durante o trabalho de parto e o parto. No entanto, estudos que utilizaram entrevistas com puérperas revelaram que o cuidado menos intervencionista está associado à maior satis-

fação das mulheres com a experiência de dar à luz^(15,27). Esse cuidado menos intervencionista também está associado à atuação de enfermeiras obstétricas e parteiras⁽²⁸⁾.

Uma limitação deste estudo consiste no fato de os resultados da pesquisa terem sido comparados com aqueles de estudos nacionais e internacionais que avaliaram as práticas em centros de parto peri-hospitalares e hospitalares e não de centros extra-hospitalares. Sabe-se também que serviços de saúde nos quais os profissionais apoiam o processo fisiológico do parto apresentam menores taxas de intervenção⁽⁴⁾, porém o presente estudo não teve como finalidade explorar as diferenças entre os diversos locais de parto - CPN, hospital e domicílio.

CONCLUSÃO

A análise das práticas obstétricas na CPS mostra que de maneira geral as recomendações da OMS são utilizadas

pelos profissionais deste serviço. O uso criterioso e não rotineiro de intervenções como infusão de ocitocina, episiotomia e manobras de reanimação do RN estão de acordo com as evidências científicas, que indicam que centros de parto desvinculados de ambientes cirúrgicos e com enfermeiras obstétricas e obstetrias como principais responsáveis pela assistência apresentam bons resultados maternos e perinatais. Isto pode ser constatado nos indicadores favoráveis, como a baixa taxa de remoções materna e neonatal e a boa vitalidade do neonato.

Entre as variáveis que ainda necessitam de melhor investigação, destacam-se: incentivo aos puxos dirigidos, administração de ocitocina durante o trabalho de parto e manuseio do períneo. Isto ocorre em razão da ausência de registros e de justificativas para sua utilização, o que dificulta a análise de sua prevalência nesta população. Em futuras pesquisas, também merece atenção a avaliação da satisfação das usuárias.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Aquino EM, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011;377(9780): 1863-76.
2. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2012 set. 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf
3. Barros FC, Victora CG, Matijasevich A, Santos IS, Horta BL, Silveira MF, et al. Preterm births, low birth weight, and intrauterine growth restriction in three birth cohorts in Southern Brazil: 1982, 1993 and 2004. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 3:S390-8.
4. World Health Organization, Department of Reproductive Health & Research. Care in normal birth: a practical guide [Internet]. Geneva; 1996 [cited 2012 Sept 20]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
5. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [Internet]. Brasília; 2001 [citado 2013 mar. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985/GM, de 05 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília; 1999 [citado 2013 mar. 12] Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. [citado 2013 mar. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
8. Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC, Diniz CSG, Oliveira SMJV. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):77-86.
9. Stevens G, Miller YD. Overdue choices: how information and role in decision-making influence women's preferences for induction for prolonged pregnancy. *Birth*. 2012;39(3):248-57.
10. Lobo SF, Oliveira SMJV, Schneck CA, Silva FMBd, Bonadio IC, Riesco MLG. Maternal and perinatal outcomes of an alongside hospital Birth Center in the city of São Paulo, Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010 [cited 2013 Mar 12];44(3):812-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/en_37.pdf
11. Brasil. Ministério da Saúde; Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 [Internet]. Brasília; 2008 [citado 2013 mar. 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf
12. Giglio MR, Franca E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(10):297-304.
13. Sea-Orchid Study Group; Laopaiboon M, Lumbiganon P, McDonald SJ, Henderson-Smart DJ, Green S, Crowther CA. Use of evidence-based practices in pregnancy and childbirth: South East Asia Optimising Reproductive and Child Health in Developing Countries Project. *PLoS ONE*. 2008;3(7):e2646.

14. Shaban IA, Hatamleh R, Khresheh R, Homer C. Childbirth practices in Jordanian public hospitals: consistency with evidence-based maternity care? *Int J Evid Based Health*. 2011;9(1):25-31.
15. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(10):CD003766.
16. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. The partogram as an instrument to analyze care during labor and delivery. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2013 Mar 12];43(4):880-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a20v43n4.pdf
17. Alfirevic Z, Devane D, Gyte GM. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD006066.
18. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003934.
19. Kongnyuy EJ, Mlava G, van den Broek N. Criteria-based audit to improve women-friendly care in maternity units in Malawi. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009;35(3):483-9.
20. Cluett ER, Burns E. Immersion in water in labour and birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD000111.
21. Foroughipour A, Firuzeh F, Ghahiri A, Norbakhsh V, Heidari T. The effect of perineal control with hands-on and hand-poised methods on perineal trauma and delivery outcome. *J Res Med Sci*. 2011;16(8):1040-6.
22. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinar LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011(12):CD006672.
23. Khresheh R, Homer C, Barclay L. A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: a descriptive study using a new birth record. *Midwifery*. 2009;25(6):E11-8.
24. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(2):201-4.
25. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(1):CD000081.
26. Bick D, Ismail KM, McDonald S, Thomas P, Tohill S, Kettle C. How good are we at implementing evidence to support the management of birth related perineal trauma? A UK wide survey of midwifery practice. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:57.
27. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC. Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(2):249-54.
28. Walker D, DeMaria LM, Suarez L, Cragin L, Evaluating Alternative M. Skilled Birth Attendants in Mexico: How Does Care During Normal Birth by General Physicians, Obstetric Nurses, and Professional Midwives Compare With World Health Organization Evidence-Based Practice Guidelines? *J Midwifery Womens Health*. 2012;57(1):18-27.

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo apoio recebido, por meio da bolsa de Iniciação Científica PIBIC (Processo 115521/2008-9).