

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO  
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS  
Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva  
Instituto de Saúde/SES-SP**

**Karin Fátima Silveira**

**Centro de Parto Natural intra-hospitalar:  
uma estratégia para humanização da assistência ao parto.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**São Paulo - SP**

**2016**

**Karin Fátima Silveira**

**Centro de Parto Natural intra-hospitalar:  
uma estratégia para humanização da  
assistência ao parto.**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof..Dra. Amália Suzana Kalckmann

**São Paulo - SP**

2016

### FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca. Centro de Apoio Técnico–Científico. Instituto de Saúde

Silveira, Karin Fátima

Centro de Parto Natural intra-hospitalar: uma estratégia para humanização da assistência ao parto / Karin Fátima Silveira. São Paulo, 2016.

140 p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Dra. Suzana Kalckmann

1. Parto Humanizado
2. Parto Natural
3. Humanização da Assistência
4. CPN Intra-hospitalar
5. Avaliação de Serviço de Saúde

I. Título.

## DEDICATÓRIA

À minha mãe, Rosa Silveira (*in memorian*), que sempre me incentivou e me apoiou na concretização dos meus sonhos e que me surpreendia com a sua alegria contagiante.

À minha família pelo apoio, dedicação, compreensão e companheirismo para o desenvolvimento e conclusão da dissertação de mestrado.

Aos meus filhos de quatro patas Zeca (*in memorian*), Spok (*in memorian*), Camila, Joca e Flor.

Aos meus amigos que, com sua ajuda, estímulo e carinho, muito contribuíram para que terminasse o trabalho.

As mulheres que já passaram por momentos de dor e sofrimento em seus partos e as mulheres que dia a dia lutam pelos seus direitos de autonomia do seu corpo e pelo parto natural.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os meus amigos do Hospital Geral de São Mateus que me ajudaram no desenvolvimento desta dissertação, em especial a Teresa Sá supervisora de enfermagem do CPN SM, que vive o CPN e cuida pra que exale ocitocina natural, o hormônio do amor

À Silvana, Kelly e Roberto por me ajudaram na busca dos dados.

A todas as enfermeiras do CPN que fazem a diferença na assistência ao parto humanizado.

A todos os obstetras e neonatologistas do HGSM por contribuírem com o desempenho do CPN SM.

À minha diretora e amiga Maridite Cristóvão Gomes de Oliveira, por acreditar nas quebras de paradigmas e estimular as pessoas que estão a sua volta a sonharem.

Aos professores do Instituto de Saúde pela paciência e clareza na arte de ensinar.

A minha orientadora Suzana Kalckmann, pessoa autentica que a cada dia admiro mais, e que me estimula a refletir nas verdades temporárias.....

SILVEIRA, KF. **Centro de Parto Natural intra-hospitalar: uma estratégia para humanização da assistência ao parto. [Dissertação de Mestrado]**. Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da CRH/SES-SP. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2016.

## RESUMO

**Introdução:** O parto que já foi vivido como um evento social, uma festa, com as pessoas amigas ajudando a mulher a superar a dor, passou a ser um evento medicalizado e hospitalar, com muitas intervenções e altíssimas taxas de cesarianas. Em todo mundo, e também no Brasil, vem ocorrendo esforços para que a atenção ao parto se humanize, respeite os processos fisiológicos normais, restrinja as intervenções desnecessárias, seja mais natural e considere a mulher como protagonista. Nesse sentido, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (WHO) publicou um guia prático com recomendações para uma adequada assistência ao parto normal, com segurança para a mulher e para o bebê. **Objetivo:** Avaliar a adesão do Centro de Parto Natural de São Mateus (intra hospitalar) às práticas de atenção ao parto e ao recém-nascido recomendadas pela OMS. **Metodologia:** O CPN SM foi avaliado, seguindo o proposto por Donabedian, considerando aspectos da estrutura, do processo e dos resultados, comparando os anos de 2007 e 2014. A estrutura foi avaliada pela área física, materiais, equipamentos e medicamentos, conforme o preconizado pela RDC N° 36. A estrutura de recursos humanos foi avaliada conforme a portaria ministerial N° 985/1999. O processo foi avaliado pelos indicadores: presença do acompanhante, uso de ocitocina, realização de episiotomia e a posição da mulher no parto. O aspecto resultado foi avaliado pelos indicadores: transferências do CPN para o Centro Obstétrico (CO) e modalidade de parto realizada no CO, taxa de cesariana, índice de Apgar, percentual de contato pele a pele e amamentação precoce. Para a comparação entre os dois períodos foi realizada análise de proporções e aplicado o teste Qui-quadrado ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Em relação, à estrutura não houve diferenças e o CPN se manteve de acordo com o preconizado pela legislação vigente nos períodos analisados. Em relação aos indicadores de processos, observamos que em 2014 houve maior presença de acompanhante (92,7% vs. 85,2%,  $p = 0,000$ ), o acompanhante de escolha da mulher foi o seu parceiro em 60,0% dos partos, a ocitocina foi menos utilizada (42,6% vs. 45,8%), houve redução do índice de episiotomia (19,3% vs. 23,7%). A posição semi-sentada, apesar de ter se mantido mais frequente, diminuiu em relação a 2007 (73,6% vs. 85,3%). Em relação aos resultados: a proporção de transferências do CPN para o CO não chegou a 10%, a taxa de cesariana foi ao redor de 6,0%, o índice de Apgar  $\geq 8$  ocorreu em mais de 90% dos casos e houve aumento no percentual de bebês amamentados precocemente (95,6% vs. 85,5%). O contato pele a pele foi de 50,3% em 2014. **Conclusão:** No Centro de Parto Normal do Hospital Geral de São Mateus, que é público, referência para parto no

Sistema Único de Saúde, houve incremento na maioria dos indicadores analisados, reforçando que a assistência ao parto, em um CPN intra-hospitalar, pode ser realizada garantindo a qualidade das práticas de atenção e com segurança à mulher e ao recém-nascido. **Potencial de Aplicabilidade:** Evidencia que um centro de parto natural intra-hospitalar do SUS, atendendo população de baixa renda, pode mudar e manter novos paradigmas em relação à assistência ao parto, proporcionando qualidade e humanização, minimizando intervenções desnecessárias. A experiência acumulada nos 10 anos de atuação do CPM-São Mateus pode estimular e/ou subsidiar a implantação de novos Centros de Parto Natural, no SUS.

**Descritores:** Parto Humanizado; Parto Natural; Humanização da Assistência; CPN intra-hospitalar; Avaliação de Serviços de Saúde.

SILVEIRA, KF. Inside Hospital Natural Birth Center: a humanized childbirth care strategy. **[Master's degree thesis]**. Professional Master's Program in Public Health of CRH/SES-SP. São Paulo: State Department of Health ; 2016.

## ABSTRACT

**Introduction:** The delivery was seen as a social event, a party, with friendly people helping women to overcome the pain, but has become a hospital and medicalized event, with many interventions and extremely high cesarean rates. Worldwide, including Brazil, there are efforts to humanized childbirth care, respecting the physiological processes by restricting unnecessary interventions and considering the woman as protagonist. Thus, in 1996, the World Health Organization (WHO) published a practical guide with recommendations for appropriate assistance to natural childbirth and safe for the woman and the baby. **Specific Objectives:** To evaluate adherence to best practices of care during labor and the newborn at the Hospital Geral Sao Mateus Natural Birth Center (CPN SM) as recommended by WHO. The CPN SM is an inside hospital natural birth center. **Methods:** The CPN SM was evaluated proposed by Donabedian , according to three measures: structure, process, outcome comparing 2007 and 2014. The structure was evaluated by physical area, materials, equipment, and medications, as recommended by the RDC No. 36. The structure human resources were evaluated according to the Ministerial Decree No. 985/1999. The process was evaluated by indicators: the partner's presence, use of oxytocin, performing episiotomies and the position of women in childbirth. The outcome measures were evaluated by indicators CPN transfers to the Obstetric Center (CO) and what mode of delivery was carried out in CO, cesarean section rate, Apgar score, the percentage of skin to skin contact and early breastfeeding. The comparison between the two periods was performed analysis of proportions and applied the Chi-square test ( $p < 0.05$ ). **Results:** Compared to the structure measures there were no differences and the CPN has remained according to the law recommendations in the both periods. Regarding the process measures, we note that in 2014 there was a greater presence of a companion (92.7% vs. 85.2%,  $p = 0.000$ ), the woman's choice of companion was his partner in 60.0% of deliveries, oxytocin was less used (42.6% vs. 45.8%), reduction in the episiotomy rate (19.3% vs. 23.7%). The semi-sitting position, despite being the most frequent, decreases its proportion in relation to 2007 (73.6% vs. 85.3%). Regarding the outcome measures: the proportion



of CPN transfers to CO did not reach 10%, the cesarean section rate was around 6.0%, the index of Apgar  $\geq 8$  occurred in over 90% of cases and there was an increase the percentage of babies breastfed early (95.6% vs. 85.5%). The skin to skin contact was 50.3% in 2014. **Conclusion:** The CPN SM, a referral hospital public in the Brazilian Public Health System (SUS) for delivery, there was an increase in most of the analyzed measures, stressing that the childbirth care, in an intra-hospital CPN, it can be undertaken in the quality of care practices and security to women and newborn. **Potential Applicability:** Evidence that a natural childbirth center at public health system, serving low-income populations , can change and create new paradigms in relation to childbirth, providing quality and humanization and minimizing unnecessary interventions . The experience of the last 10 years of the CPN SM can stimulate and /or support the implementation of new Natural Birth Centers in in the framework of public health system.

Keywords: Humanized Childbirth; Natural Childbirth; Humanization of Assistance; Inside hospital Natural Birth Center; Health Services Evaluation.

## **Glossário de Siglas**

AIH: Autorização de Internação Hospitalar

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEP: Comitê de Ética e Pesquisa

CEPIS: Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde

CO: Centro Obstétrico

CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CPN: Centro de Parto Normal

CPN SM: Centro de Parto Natural São Mateus

CSS: Coordenadoria dos Serviços de Saúde

CSS/SES: Coordenadoria dos Serviços de Saúde/ Secretaria Estadual de Saúde

DATASUS: Departamento de Informática do SUS/MS

DIEESE: Departamento Intersindical de Estatística e Estudos

HGSM: Hospital Geral de São Mateus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IHAC: Iniciativa Hospital Amigo da Criança

INFOCRIM: Sistema de Informação Criminal

MS: Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial de Saúde

PC: Parto Cesárea

PEH: Política Estadual de Humanização

PNH: Política Nacional de Humanização

PF: Parto Fórceps

PHPN: Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PN: Parto Normal

PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

PNH: Política Nacional de Humanização

PPP: Pré-Parto, Parto e Puerpério

Pro-Aim: Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo

RDC: Resolução da Diretoria Colegiada

ReHuNa: Rede de Humanização do Parto e Nascimento

RN: Recém-nascido

SEADE: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados

SES: Secretaria Estadual de Saúde

SINASC: Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SP: São Paulo

SSP: Secretaria de Segurança Pública

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USP: Universidade de São Paulo

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

WHO: World Health Organization

## **Lista dos gráficos**

|  | Pag. |
|--|------|
| Gráfico 1 Total de partos realizados no Hospital Geral de São Mateus no período de 1993 a 2014.  | 40   |
| Gráfico 2 Total de partos realizados no Centro de Parto Natural do Hospital Geral de São Mateus no período de 2005 a 2014.                         | 41   |
| Gráfico 3 Número de partos realizados no Centro de Parto Natural e no Centro Obstétrico do Hospital Geral de São Mateus no período de 2006 a 2014. | 42   |
| Gráfico 4: Taxa de cesárea do HGSM no período de 2010 a 2014.  | 43   |

## Lista dos Quadros

| Quadros   | Pag. |
|---|------|
| Quadro 1. Indicadores selecionados para avaliação da estrutura física na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.   | 56   |
| Quadro 2. Indicadores selecionados para avaliação da estrutura de materiais, equipamentos e medicamentos na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.  | 57   |
| Quadro 3. Indicadores selecionados para avaliação da estrutura de recursos humanos na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.  | 59   |
| Quadro 4. Indicadores selecionados para avaliação dos processos na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.   | 62   |
| Quadro 5. Indicadores selecionados para avaliação dos resultados na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.  | 63   |
| Quadro 6. Resultados dos indicadores selecionados para avaliação da estrutura física do CPN SM, por período do estudo.  | 67   |
| Quadro 7. Resultados dos indicadores selecionados para avaliação da estrutura de materiais, equipamentos e medicamentos do CPN SM, na qualidade da atenção ao parto, nos dois períodos do estudo. | 69   |
| Quadro 8. Resultados dos indicadores selecionados para avaliação da estrutura de recursos humanos do CPN SM, nos dois períodos do estudo.   | 71   |
| Quadro 9 Síntese de estudos sobre atenção ao parto e nascimento: ano, autor, período do estudo, resultados selecionados com outros CPN.   | 107  |
| Quadro 10. Síntese de estudos sobre atenção ao parto e nascimento: ano, autor, período do estudo e resultados selecionados.   | 108  |

## **Listas de Tabelas**

|  | <b>Tabelas</b> | <b>Pag.</b> |
|--|----------------|-------------|
| Resultados   |                |             |
| Tabela 1- Distribuição de características das parturientes internadas no CPN SM, por período do estudo.                                |                | 75          |
| Tabela 2- Distribuição de características selecionadas dos recém-nascidos do CPN SM, por período do estudo.                            |                | 77          |
| Tabela 3- Presença do acompanhante no CPN SM, por período do estudo.   |                | 79          |
| Tabela 4- Distribuição dos Indicadores de processos de qualidade de atenção ao parto no CPN SM, por período do estudo.                 |                | 82          |
| Tabela 05. Resultados dos indicadores de avaliação dos resultados na qualidade da atenção ao parto no CPN SM, por período do estudo.   |                | 85          |
| Tabela 06. Distribuição dos indicadores de avaliação dos resultados na qualidade da atenção ao parto no CPN SM, por período do estudo. |                | 88          |

## **EPÍGRAFE**

***“Para mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”***

**(Michel Odent)**

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1. INTRODUÇÃO.....   | 18 |
| 1.1 PANORAMA DA REGIÃO DE SÃO MATEUS .....   | 35 |
| 1.2 HISTÓRICO DO CENTRO DE PARTO NATURAL .....                                       | 37 |
| 2. JUSTIFICATIVA.....  | 52 |
| 3. OBJETIVOS .....   | 53 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL .....   | 53 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....  | 53 |
| 4. MÉTODOS .....   | 54 |
| 4.1 REFERENCIAL TEÓRICO .....  | 55 |
| 4.1.1 Avaliação da Estrutura Física.....   | 56 |
| 4.1.2 Avaliação da Estrutura de Materiais, Equipamentos e Medicamentos...<br>.....   | 57 |
| 4.1.3 Avaliação da Estrutura de Recursos Humanos.....                                | 59 |
| 4.1.4 Avaliação dos Processos na Qualidade da Atenção ao Parto.....                  | 60 |
| 4.1.5 Avaliação dos Resultados na Qualidade da Atenção ao Parto.....                 | 62 |
| 4.2 ANÁLISE DOS DADOS.....   | 64 |
| 4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....   | 65 |
| 5. RESULTADOS.....   | 66 |
| 5.1 ESTRUTURA .....  | 66 |
| 5.1.1 Estrutura Física.....  | 66 |
| 5.1.2 Estrutura de Materiais, Equipamentos e Medicamentos.....                       | 68 |
| 5.1.3 Estrutura de Recursos Humanos.....   | 71 |
| 5.2 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS NA QUALIDADE DA<br>ATENÇÃO AO PARTO.....  | 72 |
| 5.2.1 Caracterização da população do estudo .....                                    | 73 |
| 5.2.2 Indicadores de processos .....   | 78 |
| 5.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NA QUALIDADE<br>DA ATENÇÃO AO PARTO..... | 83 |



|  |     |
|--|-----|
| 6. DISCUSSÃO .....   | 89  |
| 7. CONCLUSÃO .....   | 109 |
| 8. RECOMENDAÇÃO .....  | 112 |
| 9. OUTRAS CONSIDERAÇÕES.....   | 114 |
| 10. REFERÊNCIAS .....  | 115 |
| 11. ANEXOS.....  | 126 |
| 11.1 RECOMENDAÇÕES DA OMS.....                                       | 126 |
| 11.2 ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS QUE ATUAM NO CPN .....            | 130 |
| 11.3 AUTORIZAÇÃO DA PESQUISA PELA DIRETORIA TÉCNICA DO HGSM<br>..... | 139 |
| 11.4 AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEPIS).....          | 141 |

## 1. INTRODUÇÃO

O parto já foi vivido como um evento social, uma festa, onde as pessoas da comunidade, parentes e amigas participavam ajudando a mulher a superar a dor, compartilhando o sofrimento e acompanhando a assistência da parteira que cumpria sua missão. (DINIZ, 2005)

BRENES (1991) relata que tradicionalmente a assistência aos partos era realizada por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou parteiras-leigas. As aparadeiras detinham um saber empírico e assistiam as mulheres, durante a gestação, parto e puerpério, e também aos recém-nascidos, em seus domicílios, normalmente moravam na vizinhança. Na sua maioria pertenciam aos setores populares e consideravam a atividade como missão. O autor refere que a medicina, enquanto instituição, incorporou esta prática como uma das suas atribuições, intitulado-a Arte Obstétrica e denominou de *parteiro ou médico-parteiro* os profissionais por ela formados. Historicamente, este processo se deu primeiro na Europa, nos séculos XVII e XVIII, estendendo-se ao Brasil, com a inauguração das escolas de medicina e cirurgia na Bahia e Rio de Janeiro, em 1808. A introdução da medicina neste espaço coloca a figura masculina no saber e na prática obstétrica.

Após a Segunda Guerra Mundial, no século XX, por conta das altas taxas de mortalidade materna e infantil, o parto passou a ser institucionalizado, passando do domicílio para o hospital e como

consequência surge a sua medicalização. Os hospitais sem estrutura física para atender as gestantes e seus familiares. As parturientes passam a ficar sozinhas em pré-partos coletivos, sem privacidade, com outras mulheres que compartilhavam da mesma situação. (TANAKA,1995)

A Organização Mundial da Saúde (1996) afirmou que a partir do século XX o parto passa ao ambiente hospitalar sendo conduzido pelo profissional médico com as justificativas de se tornar mais seguro, diminuindo as taxas de mortalidade materna e neonatal. Gradativamente, foram se esquecendo do quanto à mulher é a personagem principal, não a coadjuvante no nascimento. O parto deixa de ser um evento familiar e social para ser um evento hospitalar, não mais atendendo às necessidades das mulheres e sim dos profissionais envolvidos com o parto.

ODENT (2004), em seu livro “A Cesariana”, descreve o quanto a mulher percebeu que a cesariana era mais um tipo de parto e de seu direito de escolha. Segundo ele, a técnica cirúrgica vem se tornando cada vez mais segura, o que contribuiu para que a parturiente e os profissionais optassem por esta modalidade de intervenção. O autor refere que o aumento dos índices de intervenção é certamente uma falha universal e quase cultural no entendimento das necessidades básicas das mulheres em trabalho de parto. Hoje é necessária a busca por obstetras modernos para voltar às raízes e redescobrir as necessidades de uma gestante em trabalho de parto.

CABRERA ( 2003) refere que no Chile, a curva de cesárea mostra um aumento constante nos últimos anos, chegando, em 2000, a uma taxa de

30% em hospitais estaduais. E em alguns serviços a taxa de cesariana chega a 80%. Na Europa, especialmente nos países nórdicos, permanecem ao redor de 10% taxa de cesarianas, com percentagens significativas de partos na água, ou tratados em casa, como era a realidade chilena até o meio do século passado.

LEAL et al, (2012) analisam os dados do SINASC, 2009 onde pela primeira vez, o número de crianças nascidas por cesariana foi maior do que o número de partos vaginais. A cesariana está associada a uma série de efeitos adversos sobre as mulheres e os recém-nascidos, sugerem que o aumento das taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer no Brasil estão associadas ao aumento das taxas de cesariana e indução do parto.

Na história das políticas públicas e no processo de humanização da atenção ao parto e nascimento tem sido fundamental a atuação do movimento social, destacando a importância da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), uma organização da sociedade civil que foi criada em 1993, por pessoas que se preocupavam com a forma como ocorriam os partos no Brasil (RATTNER 2009). Durante o encontro organizado pelo Grupo de Parto Alternativo da Universidade Estadual de Campinas, surge a 'Carta de Campinas', que denuncia as "circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência à saúde reprodutiva e especificamente às condições pouco humanas a que são submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento".

REHUNA, 1993 *"a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias perturbam e inibem o desencadeamento natural dos mecanismos fisiológicos do parto, que passa a ser sinônimo de patologia e de intervenção médica, transformando-se em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor. Desta forma, não surpreende que as mulheres introjetem a cesárea como melhor forma de dar à luz, sem medo, sem risco e sem dor"*.

A importância da prevenção de cesáreas e episiotomias desnecessárias e da promoção do parto normal vaginal com um períneo íntegro foi relatada por (DINIZ, 2006). Também valoriza o quanto a assistência obstétrica necessita de mudanças e da compreensão mais profunda do corpo feminino. As mulheres precisam ter acesso aos seus direitos ao da informação baseada em evidência, privacidade, liberdade de escolher a posição para o trabalho de parto e o parto, direito de ter um acompanhante no parto e apoio social durante o trabalho de parto, direito a um adequado controle da dor e a prevenção de dor iatrogênica.

A busca pela humanização do parto exige, em primeiro lugar, o seu entendimento como sendo um evento da vida sexual e reprodutiva das mulheres. Um processo fisiológico, que requer um acompanhamento com um mínimo de intervenção, que disponha de pessoas capacitadas e de condições estruturais para identificação e prevenção precoce de complicações e situações de risco, permitindo atuação imediata com qualidade e segurança todas as vezes que se fizer necessário. (DINIZ, 2001)

RATTNER (2009) refere que o termo humanização do parto só foi adotado oficialmente a partir de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento – PHPN (Portaria 569/2000). O sentido do termo humanização adotado é o de equidade e cidadania: toda gestante terá direito ao atendimento pré-natal integral e garantia de vaga para o parto. Será repassada verba para alcance destes objetivos.

OLIVEIRA E MADEIRA (2002) reforçam os conceitos de humanização, descrevendo-a como um conjunto de condutas e procedimentos para a promoção do parto e nascimento saudáveis e prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

O conceito de humanização do parto no Brasil, onde a promoção dos direitos da mãe e da criança estão incluídos, compreende também, segurança, eficácia e satisfação. As mulheres que têm acesso à informação de qualidade passam a entender as intervenções obstétricas e percebem que muitas vezes elas não são necessárias. Para disseminação deste conhecimento existem muitos grupos de apoio eletrônico que divulgam as

boas práticas obstétricas baseadas em evidências. (DINIZ, 2004; DINIZ, 2006)

A humanização do parto refere-se ao respeito e a promoção dos direitos das mulheres e das crianças, a uma assistência segura e eficaz baseada em evidências científicas e não na conveniência de instituições ou profissionais, devendo-se resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento, respeitar sua dignidade e autonomia (DINIZ, 2001). A humanização está associada, também à idéia dos direitos reprodutivos e humanos, como demanda de justiça social. (CHRISTÓFORO, 2005).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (WHO) publicou um guia prático com as recomendações para assistência ao parto normal. Após discutir as evidências, o grupo de trabalho classificou suas recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal 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.

Para a (OMS, 1996), a humanização do atendimento ao parto é compreendida como “um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e

perinatal”. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis.

No Brasil, a partir dos anos 90, o Ministério da Saúde lança uma série de portarias e recomendações visando à melhoria da assistência ao parto na tentativa de redução dos índices de mortalidade materna e neonatal e redução dos índices de cesariana.

Em 1998, o Ministério da Saúde publica a Portaria Ministerial nº 2815, que considera a importância do acompanhamento do trabalho de parto, o pagamento e treinamento de enfermeiras obstetras para realizar partos normais, em hospitais e em domicílio e o financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica. A iniciativa serviu para regulamentar e incluir na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeira obstetra”.

Os Centros de Parto Normal - CPN foram criados no âmbito do SUS, através da Portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999. Entende-se como CPN a unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias. Autoriza o funcionamento de CPN integrado a um estabelecimento assistencial de saúde que são as unidades intra-hospitalares ou como estabelecimento autônomo unidade



isolada, desde que disponha de recursos materiais e humanos compatíveis para prestar assistência.

A partir destas diretrizes algumas instituições de saúde, apoiadas nesse novo paradigma de humanização do parto e nascimento reformaram ou fizeram adaptações em seus espaços, implantando o CPN, para que a mulher fosse protagonista de seu parto, sem intervenções desnecessárias (principalmente o uso de medicamentos para indução do parto, amniotomia e episiotomia) e com acompanhante de sua escolha em todos os momentos. Torna-se de grande importância o preparo do casal para o parto, pois este abrange a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades, iniciados no pré-natal, que têm como meta o oferecimento da possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processo fisiológico da mulher e único para o casal.

O Ministério da Saúde (2000), constatando os altos índices de incidência de morte neonatal e materna instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PNHN), sendo normatizada a Portaria Ministerial nº569 de 1 de junho de 2000, pela qual o Ministério da Saúde executará de forma articulada com as Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e do Distrito Federal “ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos”. Além disso, teve por objetivo “o incentivo a assistência, a organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal”.

O PHPN tem como prioridades:

- concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como o Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes.

Em 2004, o Ministério da Saúde faz o Pacto Nacional pela redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Em 2005 a Lei do Acompanhante (Lei 11.108 de 07 de abril de 2005). Garante da obrigatoriedade da presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais públicos e conveniados com o SUS.

Em 2006, o Ministério da Saúde divulga a portaria Nº 399/GM. O Pacto pela Saúde e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

Uma das prioridades e objetivos do Pacto pela Vida é a redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Em mais uma ação do Ministério da Saúde foi a promoção da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS - 2006). Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança. (LAGO E LIMA, 2009) No capítulo Gestação e Parto, discorrem sobre as diferenas regionais e desigualdades socioeconômicas na assistencia   gestao, ao parto e ao puerpério. As informaoes foram obtidas em entrevista domiciliar com mães de todos os nascidos vivos nos cinco anos anteriores à entrevista, (n= 5.056). Em relao   assistência pré-natal 61,4% das gestantes foram orientadas sobre a unidade hospitalar a ser procurada no momento do parto, sendo a maior delas da região Sul (73,6%) e a menor nas regiões Norte (55,6%) e Nordeste (51,5%). Observaram 98,4% de cobertura na assistência hospitalar ao parto, mas diferena estatisticamente significativa entre as macrorregiões ( $p < 0,001$ ), sendo que mais de 90% dos partos hospitalares em todas as regiões do Brasil embora com percentuais menores nas regiões Nordeste (97,7%) e Norte (92,2%). O médico foi responsável por 88,7% dos partos no Brasil, chegando a 97,2% na região Sul, enquanto nas regiões Norte e Nordeste nota-se realizao expressiva pelo enfermeiro, 20,6% e 13,8, respectivamente. A proporo de partos por cesariana no país chegou a 43,8%, atingindo cerca de 51 % nas regiões Sudeste e Sul. A episiotomia foi realizada em 71,6% dos partos normais no período analisado, mostrando a prática intervencionista no parto. Tais

resultados mostram um contraponto às boas práticas para assistência ao parto preconizado pela OMS (1996): adoção de práticas para aliviar a dor no parto normal, incluindo massagens, banho morno, analgésicos e anestesia que ocorram em apenas 30,4% dos nascimentos.

Em 2011, o Ministério da Saúde lança a portaria Nº 1.459 e institui no âmbito do SUS mais uma medida para incentivar o Parto Humanizado e a redução da Mortalidade Materna e Neonatal, a Rede Cegonha. Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável até os dois primeiros anos de vida do bebê. Prevê que a gestante será vinculada, desde o pré-natal, à maternidade onde será realizado o parto, bem como a criação de estruturas de assistência, como a Casa da Gestante, a Casa do Bebê e os CPN, que funcionarão em conjunto com a maternidade para humanizar o nascimento.

Com este projeto, as boas práticas de atenção ao parto e nascimento passam a ser exigidas nas maternidades, dentre elas o direito a acompanhante de livre escolha da mulher durante todo o trabalho de parto, parto e puerpério, ambiente privativo e confortável para ela e seu acompanhante durante o trabalho de parto, acesso a métodos de alívio da dor e a possibilidade de ficar em contato pele a pele com seu bebê imediatamente após o nascimento, prática que hoje é demonstrada como

benéfica para os dois. O pai será incentivado a participar do momento do nascimento do seu filho, estimulando a formação de vínculos. O programa também pretende garantir que sempre haja um leito disponível para a mãe e o recém-nascido nas unidades de saúde, evitando a peregrinação das mulheres e recém-nascidos nos vários serviços.

Em 31 de agosto de 2012 a SES de do estado de São Paulo lançou a Política Estadual de Humanização (PEH). Alinhada a Política Nacional de Humanização (PNH, 2008). É responsabilidade do Estado, em conjunto com os municípios, formular e implementar políticas que viabilizem e fortaleçam localmente os princípios, as diretrizes e os dispositivos propostos pelas Políticas Nacionais prioritárias. O processo de construção da PEH tem como tarefa adequar a proposta nacional à realidade do Estado, integrando e potencializando as ações de humanização já desenvolvidas. O parto e o nascimento fazem parte das áreas temáticas da PEH e ao longo dos anos vem desenvolvendo discussões, seminários e reflexões com as maternidades. Incentivando as mudanças das práticas medicalizadas às práticas naturais.

A PEH propõe como pacto mínimo para humanização da assistência ao parto:

- Acesso e Acolhimento
- Regulação
- Visita Ampliada

- Direito a Acompanhante
- Equipe Multiprofissional
- Ambiência (assegurar privacidade e conforto à mãe, ao RN e ao acompanhante).
- Garantia dos Direitos (certidão de nascimento, recepção do recém-nascido em sala de parto, aleitamento materno na 1ª hora de vida).

Em 29 de maio de 2013, a Portaria Nº 904 do Ministério da Saúde estabelece diretrizes para implantação e habilitação do (CPN), no âmbito do SUS, para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o componente parto e nascimento da Rede Cegonha e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Em 08 de novembro de 2013, o município de São Paulo decretou a Lei N-15. 894 que institui o Plano Municipal para a Humanização do Parto, dispõe que toda gestante tem direito a receber assistência humanizada durante o parto por parte da rede pública e sobre a administração de analgesia em partos naturais.

Nos Cadernos Humaniza SUS – Humanização do parto e nascimento (2014) o Ministério da Saúde publica reflexões reforçando os direitos da mulher, do pai e do bebê em relação ao parto e nascimento: ponderações para os próprios serviços repensarem suas rotinas ainda rígidas e não proporcionarem a mulher o que ela precisa e quer para este momento único.

Vários tópicos são discutidos como: Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil, Violência Institucional à Rede Materna e Infantil, Desafios e Possibilidades para Efetivação dos Direitos Humanos e Redução da Mortalidade, Estratégias para a Ambiência na Humanização de Partos e de Nascimentos, Abordagem da Enfermagem na Cena do Parto, entre outros.

. A pesquisa de LEAL et al ( 2014) corroboram com todo este processo de mudanças no nascimento, o estudo “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” foi inédito no país trazendo um panorama nacional sobre a situação da atenção ao parto e nascimento. Também propiciou a publicação de um número temático dos Cadernos de Saúde Pública, com 14 artigos originais. O estudo apresentou como objetivo conhecer os determinantes e os efeitos das intervenções obstétricas no parto, incluindo cesarianas desnecessárias, descrever a motivação das mulheres para opção pelo tipo de parto, as complicações médicas durante o puerpério e período neonatal, bem como descrever a estrutura das instituições hospitalares quanto à qualificação de recursos humanos, disponibilidade de insumos, equipamentos, medicamentos e unidade de terapia intensiva (UTI) para adultos e neonatos. O estudo foi coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), tendo contemplado 266 maternidades com 500 ou mais partos por ano, no universo hospitalar ocorrem 83% dos partos do país. Foram visitados 191 municípios e 23.940 mulheres foram entrevistadas entre fevereiro de 2011 e outubro de 2012.

Resultados da pesquisa em relação ao pré-natal: 99% de cobertura da assistência pré-natal, 61% das mulheres iniciaram o pré-natal antes da 12<sup>a</sup> semana gestacional, 73% compareceram a seis ou mais consultas, 75% foram atendidas no setor público. Em relação ao risco gestacional e rede de assistência ao parto: 25% das gestantes foram consideradas de risco, 59% foram orientadas sobre a maternidade de referencia e 16% procuraram mais de um serviço para a admissão para o parto. Em relação ao parto: 80% no setor público e 20% no setor suplementar, a média de cesariana no estudo foi de 52%, sendo 46% no setor público e 88% no setor suplementar. Em relação às boas práticas durante o trabalho de parto: 25,2% das mulheres foram alimentadas durante o trabalho de parto, 44,3% tiveram liberdade de movimentação, 26,7% tiveram acesso a procedimentos não farmacológicos para alívio da dor, em 41,4% do total de mulheres foi usado o partograma na condução do trabalho de parto. Intervenções durante o trabalho de parto: 74,9% das mulheres foram utilizados cateter venoso periférico, em 36,4% indução do parto com ocitocina, 39,1% foi realizado amniotomia, 33,9% analgesia peridural. Para mulheres com parto vaginal: 91,7% a posição do parto foi a de litotomia, em 36,1% dos partos foi realizado a manobra de Kristeler, e 53,5% foi realizado episiotomia. A cesariana é desejada por 28% das mulheres já no início da gravidez. Em relação às adolescentes corresponderam a 19% do estudo, 71% se classificaram como pretas ou pardas e 69% declaravam viver com companheiro, 18,6% já tinham historia de partos anteriores e recém-nascidos com maior proporção de baixo peso



ao nascer. Incidência de boas práticas realizadas nos recém-nascidos saudáveis: 28,2 % de contato pele a pele logo após o nascimento, em 16,1% dos recém-nascidos foram oferecido o peito ainda na sala de parto, 69% permaneceram em alojamento conjunto, 44,5% amamentou na primeira hora de vida. Incidência de intervenções realizadas nos recém-nascidos saudáveis: em 71% foi realizada aspiração de vias aéreas superiores, 39,5% aspiração gástrica, 8,8% receberam O2 inalatório e 8,7% usaram incubadora.

Em 25 de março de 2015 o Governo do Estado de São Paulo dando continuidade a todo o processo de atenção ao Parto Humanizado sancionou a lei número 15.759.

Sendo os principais destaques:

1. Direito à anestesia em parto normal e escolha de métodos não farmacológicos de alívio da dor.
2. Direito ao Plano Individual de Parto. O Plano Individual de Parto, já utilizado por muitas mulheres na rede particular, agora será para todas na rede pública em São Paulo. Feito a partir da orientação especializada durante o pré-natal, indicará o tipo de parto preferencial e opções sobre anestesia, acompanhante e monitoramento cardíaco-fetal.
3. Garantia do exercício do direito a um acompanhante. Ratificando a lei federal numero 11.108 de 07 de abril de 2005, que garante o direito a um acompanhante, mas segundo a Rede Cegonha do Ministério da Saúde, é

descumprido em 64% dos casos no Brasil. Com a nova lei, São Paulo passa a ter um protocolo em todos os hospitais públicos para que as gestantes tenham direito de indicar já no pré-natal e permanecer com um acompanhante durante todo o parto.

4. Saber com antecedência onde será realizado o parto. A gestante será informada ainda durante o pré-natal sobre a unidade de saúde à qual deve se dirigir na hora do parto.

Neste cenário brasileiro, o estado e o município de São Paulo ratificam a transformação do parto medicalizado -sem participação da mulher, sem acompanhante e com violência- para o parto onde a mulher assumo o seu protagonismo com integridade corporal e possa utilizar práticas humanizadas no nascimento, com o acompanhante de sua escolha.

## 1.1 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA REGIÃO DE SÃO MATEUS.

O Hospital Geral de São Mateus, onde o estudo foi realizado, está localizado no extremo da zona leste do município de São Paulo. Para o devido entendimento do contexto da realização do presente estudo, cabe descrever alguns dos principais indicadores sociais e de saúde para o conhecimento da região.

Pelo site do Observatório Cidadão: Rede Nossa São Paulo (2016), é possível analisar alguns dos indicadores do município de São Paulo, relevantes para este trabalho.

A subprefeitura de São Mateus abrange três grandes bairros (São Mateus, Iguatemi e São Rafael), numa área geográfica total 45,50 km<sup>2</sup> e a população total da região é de 430.234 habitantes. (IBGE, 2011).

A taxa de mortalidade materna foi de 31,58 (*versus* 35,42 no município de São Paulo). (Pro-Aim, 2012).

A taxa de mortalidade infantil foi de 13,26 (*versus* 11,31 no município de São Paulo). (SEADE, 2011).

Agressão a mulheres (número de internações de mulheres de 20 a 59 anos por causas relacionadas a possíveis agressões, por cem mil mulheres nessa faixa etária): 150,18 mulheres por 100 mil foram internadas por causas relacionadas a possíveis agressões (*versus* 123,04 no município de

São Paulo). A região de São Mateus é a quinta com maior ocorrência de internações por esta causa. (DATASUS, 2007).

Crimes violentos fatais (número de crimes fatais por cem mil habitantes, por local de ocorrência): 31,50 números de crimes violentos fatais por cem mil habitantes (*versus* 22,60 no município de São Paulo). A região de São Mateus é a quarta com maior número destes crimes. (INFOCRIM-SSP, 2006).

Desemprego (taxa média de desemprego). 11,60% das pessoas abaixo de 16 anos estavam desempregadas (*versus* 10% no município de São Paulo). A região de São Mateus lidera com outras sete regiões o pior indicador. (SEADE /DIEESE, 2012).

Desemprego de mulheres x homens (proporção entre a taxa de desemprego feminino e masculino): mostra o desemprego feminino na subprefeitura em percentual da população economicamente ativa de mulheres. A proporção entre o desemprego de mulheres e homens foi de 1,39 (*versus* 1,31 no município de São Paulo). A região de São Mateus apresenta o segundo pior indicador, juntamente com outras 6 regiões. (SEADE / DIEESE, 2012).

## 1.2 HISTÓRICO DO HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS E DO SEU CENTRO DE PARTO NATURAL.

Histórico da Criação do CPN e o Desenvolvimento das Propostas de Humanização.

O Hospital Geral de São Mateus foi inaugurado em 13 de março de 1991, mas a sua história começou na década de 70 com a reivindicação do Movimento de Saúde de São Mateus, que aliou a necessidade de serviços de saúde na região e ao exercício da cidadania da população. (SILVEIRA et al, 2010).

É um hospital de caráter público, subordinado a SES, da administração direta. Localizado na região leste de São Paulo sendo o único hospital da rede assistencial do SUS na área correspondente à subprefeitura de São Mateus. Atende em regime de urgência/emergência, sobdemanda espontânea e referenciada, nas áreas de clínica médica, clínica cirúrgica, clínica ginecológica e obstétrica, clínica pediátrica, terapia intensiva adulto, pediátrica e neonatal e clínica especializada de queimados. Desenvolve ações assistenciais de baixa e média complexidade visando assistência e promoção da saúde. Possui serviços de diagnóstico e apoio terapêutico, presta atendimento ambulatorial especializado e referenciado às unidades de saúde da sua abrangência territorial.

Desde a sua fundação, os serviços foram sendo implantados e implementados em busca de constante melhoria.

A inauguração da maternidade (1993) e a ampliação da UTI neonatal que passou a ter oito leitos e outros 16 leitos de cuidados intermediários (2001). Em 2003 a humanização das relações foi definida como um dos eixos da gestão do serviço e, desde então, surgiram programas e atividades que contribuem para melhoria do relacionamento humano de todos os sujeitos envolvidos no processo de atendimento hospitalar. Nesta ocasião foi implantado o Comitê de Humanização composto por uma equipe multidisciplinar, tendo como atribuição coordenar e acompanhar a humanização na instituição.

Em 01 de dezembro de 2005 foi inaugurado do Centro de Parto Natural (CPN) intra-hospitalar, que trouxe mudanças significativas no comportamento de profissionais e de parturientes da região.

O HGSM possui atualmente 205 leitos, sendo 38 leitos de alojamento conjunto na maternidade, 8 suítes no CPN (Pré-Parto, Parto e Puerpério), 6 leitos de pré-parto convencionais individualizados por cortina no CO, 10 leitos de UTI neonatal e 14 leitos de UTI adulto.

Missão da instituição:

Prestar atendimento de saúde com qualidade e humanização à população da região de São Mateus nas áreas de urgência, emergência, maternidade, pediatria, clínica geral, clínica cirúrgica e queimados.

Visão:

Tornar-se um hospital referência em qualidade entre os hospitais públicos do Estado de São Paulo.

Valores:

- Ética
- Valorização do Profissional
- Eficiência e Eficácia
- Integralidade
- Responsabilidade
- Transparência
- Olho no Paciente

### Magnitude da Maternidade do Hospital Geral de São Mateus:

- Total de 57.608 partos realizados no HGSM no período de 1993 a 2014 (Gráfico 1);

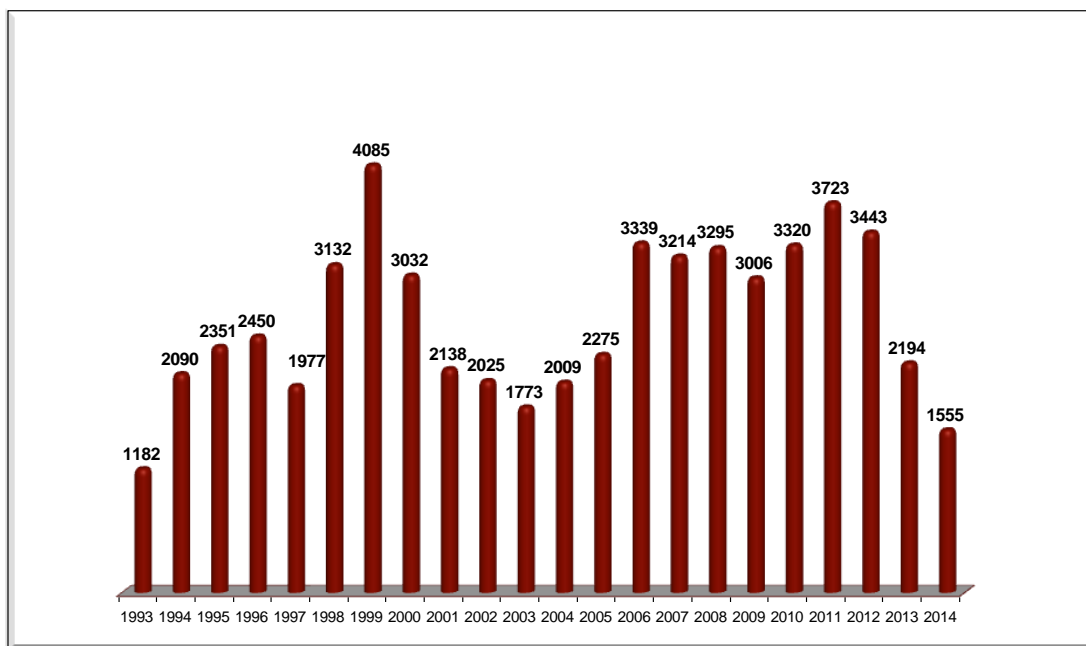


Gráfico 1: Total de partos realizados no Hospital Geral de São Mateus no período de 1993 a 2014.

Fonte: Dados do Núcleo de Qualidade Hospitalar - Hospital Geral de São Mateus

Observamos uma expressiva diminuição do número de partos que iniciou em 2012, provavelmente porque no final de 2011 ocorreu uma redução na equipe de médicos obstetras da instituição. Tal redução foi de 50 a 75% do corpo clínico por plantão, o que interferiu especialmente no primeiro atendimento a gestante no HGSM.

Surge daí a necessidade de uma medida administrativa que, em conjunto com Coordenadoria dos Serviços de Saúde CSS/SES



redimensionou a referência de parto da região de São Mateus para outras unidades hospitalares, o que também corroborou para diminuição dos partos realizados, situação esta que persiste até os dias atuais.

- Total de 16.541 partos realizados no CPN de dezembro de 2005 a dezembro 2014 (Gráfico 2);

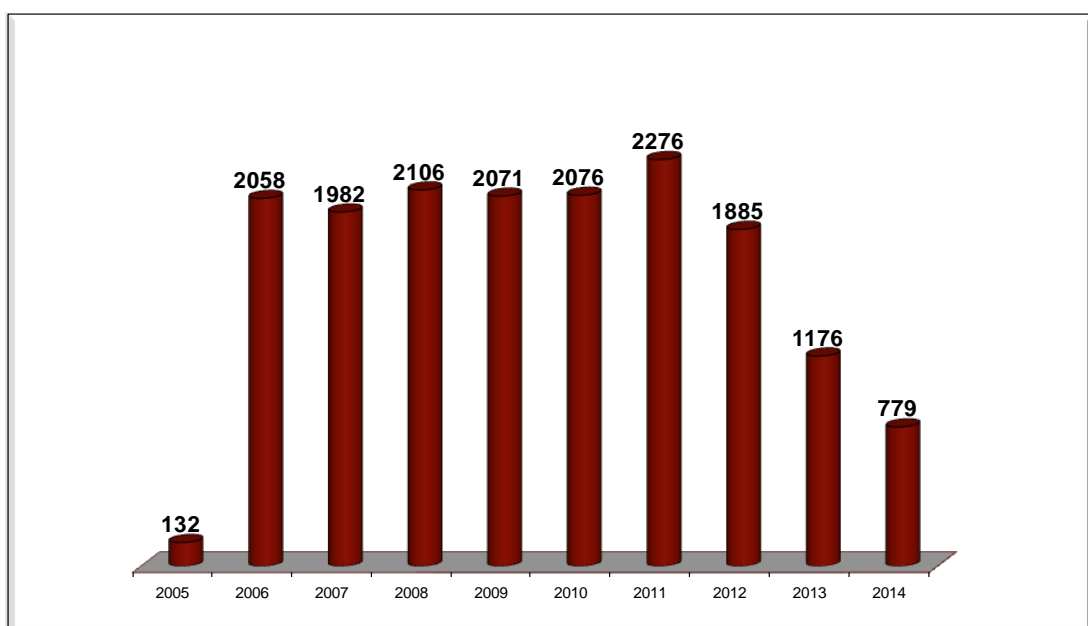


Gráfico 2: Total de partos realizados no Centro de Parto Natural do HGSM no período de 2005 a 2014.

Fonte: Dados do Núcleo de Qualidade Hospitalar - Hospital Geral de São Mateus

- Do total de partos normais (n= 16409), 80,9% aconteceram no CPN e 19,1% ocorreram no centro obstétrico, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2014 (Gráfico 3);

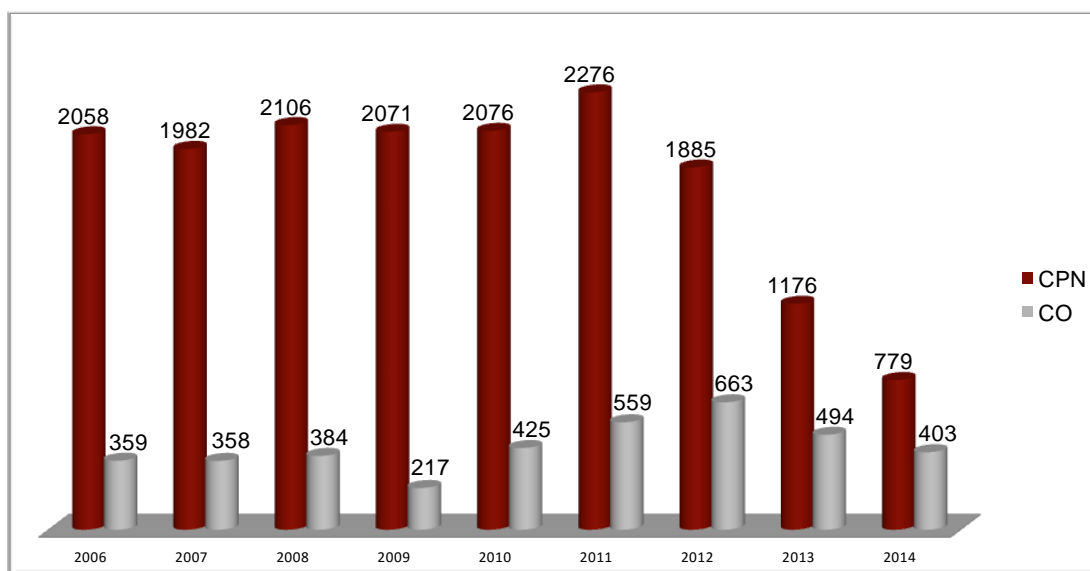


Gráfico 3: Número de partos realizados no CPN e no CO do HGSM no período de 2006 a 2014.

Fonte: Dados do Núcleo de Qualidade Hospitalar - Hospital Geral de São Mateus

- Taxa de cesárea do HGSM no período de 2010 a 2014

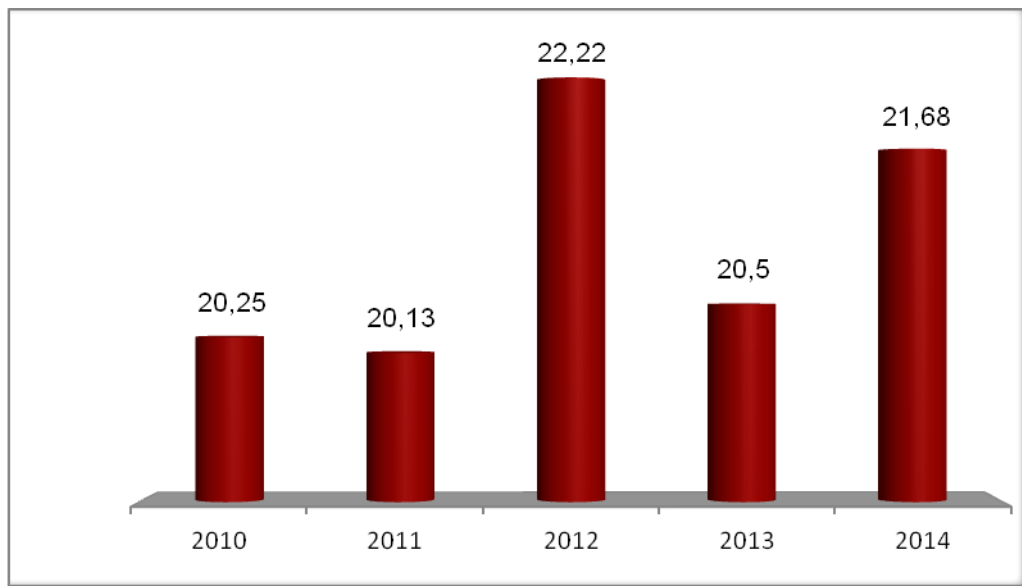


Gráfico 4: Taxa de cesárea do HGSM no período de 2010 a 2014.

Fonte: Dados do Núcleo de Qualidade Hospitalar - Hospital Geral de São Mateus

### Descrição da Implantação do CPN no Hospital Geral de São Mateus.

No HGSM, a atuação das enfermeiras obstétricas no centro obstétrico era mínima até o início de 1999. Nesta mesma época a SES promoveu o Curso de Especialização em Obstetrícia para Enfermeiros, em parceria com o Ministério da Saúde e com a Faculdade de Enfermagem da USP e algumas das enfermeiras do HGSM realizaram a especialização.

A SES fomentou discussões sobre parto e nascimento sem intervenções, a inserção dos acompanhantes e concomitantemente começaram as discussões no próprio hospital. A ideia foi se fortalecendo na instituição e, com apoio da SES, o projeto da criação do CPN se concretizou.

Um marco importante no hospital foi à mudança da direção, em 2003, que apoiou o projeto com afinco e uma visão diferenciada. Desencadeou as transformações com a formação do grupo de trabalho, para formatar o modelo assistencial do parto e nascimento que seria preconizado no hospital.

Uma das diretrizes do CPN foi fortalecer a ideia do “N” do Normal ser o “N” do Natural, onde a mulheres pudessem resgatar sua autonomia no parto e este ser considerado um momento natural de sua vida, em conjunto com sua família e não um momento medicalizado e com intervenções.

A proposta proporcionou uma reflexão de todos os atores envolvidos: população, familiares, profissionais de saúde e principalmente das mulheres.

Levando a um processo contínuo de mudança da cultura institucional. E o projeto foi levado com prioridade, o que fez ser conhecido internamente como a “menina dos olhos” da direção do hospital.

Com o projeto CPN SM, iniciaram várias frentes de trabalho:

- Discussão com a equipe de neonatologia para a realização de um atendimento natural sem intervenção aos recém-nascidos.
- Compra dos equipamentos para o CPN dos mais simples aos mais específicos. Destaque para compra da cama PPP (Pré-parto, Parto e Puerpério) que levou nove meses. A compra ocorreu por dispensa de licitação. Sendo o primeiro hospital público estadual de administração direta a adquirir tal produto, abrindo o caminho para as demais instituições.
- Outra frente de trabalho de maior importância foi à contratação de enfermeiras obstétricas, cargo que não existia anteriormente na SES, após inúmeras solicitações embasadas tecnicamente. Foram contratações temporárias, através da avaliação curricular e entrevista individual. As contratações se iniciaram por volta de dois meses antes da inauguração do CPN SM, o que permitiu o envolvimento com a organização final do serviço e realização de um treinamento com abordagem ampla. O objetivo principal da capacitação foi à concepção do parto natural, não medicalizado, quais as possíveis barreiras e mudanças institucionais a serem enfrentadas.

Em 01 de dezembro de 2005 é inaugurado o CPN SM, reconhecida como uma área diferenciada dentro do hospital. Os seis meses que se sucederam à inauguração, foram períodos de adaptações das equipes médicas e de enfermagem, assim como de definição dos papéis. Foram realizadas várias reuniões com as equipes médicas da ginecologia obstetrícia, neonatologia e com as enfermeiras obstétricas, para que as diferenças pudessem ser transpostas e desta forma o serviço foi conquistando seu espaço.

O CPN SM segue o protocolo com as recomendações da OMS (1996), que inclui dieta livre, métodos não farmacológicos de alívio da dor, como banho e massagem, estímulo à movimentação e deambulação, ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais, uso de partograma, escolha da posição no parto e do acompanhante, contato precoce entre mãe e filho, promoção da amamentação entre outras. Toda prática claramente prejudicial ou ineficaz ao parto e nascimento, foi excluída desde a implantação do serviço, como exemplo: administração de enema, realização de tricotomia, infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, cateterização venosa profilática de rotina, posição supina durante o trabalho de parto, posição de litotomia e episiotomia.

## Descrição da Estrutura Física do CPN.

O CPN SM é um espaço individualizado, localizado no primeiro andar do hospital. , juntamente com a maternidade e a unidade neonatal.

Na recepção do CPN SM, a mulher é acolhida após atendimento médico do pronto socorro ou do pré-parto convencional da ginecologia-obstetrícia. Este espaço é amplo e acolhedor permitindo a visualização do corredor de acesso às suítes de parto. Na frente da recepção existe um quadro de identificação das parturientes e seu diagnóstico. As paredes e o piso são de coloração clara em tons de salmão e bege.

São 8 suítes de parto, onde em 4 delas há banheira de hidromassagem e nas outras 4 chuveiro com ducha. Fora este diferencial, todas as suítes estão equipadas do mesmo modo. No quarto há uma bancada para guarda de material de enfermagem e hotelaria, pia para lavagem das mãos, cama tipo PPP (pré-parto, parto e pós-parto), bola, cavalinho, poltrona para amamentação, barras para exercício, mocho, mesa auxiliar para instrumental cirúrgico, carrinho para reanimação neonatal e balança digital. Nas portas dos quartos existe um quadro para identificação do nome do bebê que irá nascer. O nome da parturiente fica exposto na cabeceira de sua cama.

Descrição do Fluxo de Atendimento das Parturientes para Internação no CPN.

Todas as mulheres gestantes que procuram o hospital São Mateus passam em atendimento médico no pronto socorro da ginecologia obstetrícia, se estão em trabalho de parto com idade gestacional acima de 37 semanas e sem patologias associadas é oferecido à internação no CPN. Outra possibilidade é inicialmente internarem no centro obstétrico (pré-parto convencional), e após avaliação médica e trabalho de parto instituído serem transferidas para o CPN.

No HGSM o protocolo de internação no CPN é estendido, além da internação de mulheres em trabalho de parto de baixo risco as parturientes com uma cesariana prévia, presença de mecônio sem alteração da vitalidade fetal e amniorrexis precoce, pós datismo e hipertensão específica da gestação que se encontra em boas condições clínicas e obstétricas e fetos com boa vitalidade podem permanecer no CPN.

A Organização Mundial da Saúde define que avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência. O parto normal é referido como de início espontâneo, baixo risco no início do



trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas de gestação. Após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições.

#### CPN São Mateus como Objeto de Outros Estudos

O CPN tem sido objeto de estudo de muitos trabalhos de conclusão de curso de graduação e pós-graduação, também de projetos de pesquisa, especializações e dissertações.

Entre os quais, GEORGETTI (2009) em sua dissertação de mestrado trouxe como objeto de pesquisa o Centro de Parto Natural com o título: "Repercussões da implantação de um centro de parto normal sobre a saúde do recém – nascido: uma experiência em hospital público". A população do estudo foram mulheres internadas no Hospital Geral de São Mateus, comparando dois períodos antes da implantação do CPN (1 de abril a 30 de setembro de 2005) e após a implantação do CPN (1 de abril a 30 de setembro de 2006).

Principais resultados da assistência ao parto:

- a) Local do parto, já em 2006, 86,7% dos partos normais ocorreram no CPN com acompanhamento predominante da enfermeira obstetra.

- b) Posição do parto em 2006 prevaleceu à posição semi-sentada em 73,1%.
- c) Episiotomia: Redução estatisticamente significativa passou de 50,5%, em 2005 para 37,3%, após a implantação do CPN. (OR: 0,58 IC 95% 0,47-0,71)
- d) Acompanhante: em 2005 apenas 2,3% das mulheres puderam ter acompanhante no parto, já em 2006 55,1% das mulheres puderam ter o acompanhante, diferença bastante significativa. (OR: 5,18 IC95% 32,2- 82,1)
- e) Amamentação na primeira hora de vida: houve aumento significativo passando de 60,9% para 70,6%, em 2006 (OR: 1,54 ICP95%1,28-1,85).
- f) Uso de medicamentos indutores do trabalho de parto: redução significativa em 2005 76% dos partos induzidos em 2006 55,2%. (OR 0,39 IC95% 0,20-0,75)
- g) Dieta: em 2005 63,5% das mulheres eram mantidas em jejum a taxa caiu para 5,2% em 2006. (OR 31,7 IC95% 11,0- 98,3).

#### Principais resultados neonatais:

- a) Não houve diferença significativa ao Apgar de primeiro e quinto minuto no estudo.

- b) Internação de RN: em 2005, 19,4% dos recém-nascidos foram internados já em 2006 15,1% sendo estatisticamente significativa. (OR 0,74 IC95% 0,59-0,92).
- c) Internação por anoxia neonatal: em 2005, 3,2% já em 2006 1,7% diferença com significância estatística (OR 0,52 IC95% 0,29-0,92).

A publicação "*Nascer com equidade*" (KALCKMANN, et al, 2010) registra e propõe discussões sobre o projeto "Humanização do parto e nascimento: questões ético /racial e de gênero", foi realizado no Hospital São Mateus e no seu CPN. O projeto desenvolvido no hospital interferiu diretamente na área materno infantil. Toda equipe do CPN foi envolvida e capacitada em vários temas como: aprofundamento nas questões de gênero e cor/raça, nas questões fundamentais para o atendimento ao parto e nascimento, presença do acompanhante entre outros. Foi mais um momento de reflexão da equipe sobre as boas práticas de assistência ao parto.

## 2. JUSTIFICATIVA

O Hospital Geral de São Mateus é uma instituição de gestão direta da Secretaria de Estado de São Paulo que atende número importante da população da Zona Leste de São Paulo, a maioria de baixa renda. O CPN foi inaugurado há dez anos, buscando desde seu início implantar as Boas Práticas de atenção ao parto preconizado pela Organização Mundial de Saúde; o que nos remete a seguintes questões:

É possível um serviço do SUS direcionado a população de baixa renda ter adesão e manutenção as boas praticas de assistência ao parto.

Quais práticas foram assimiladas na rotina do CPN SM, assim como as que merecem novas intervenções para que sejam incorporadas na instituição.

Este trabalho também poderá contribuir para que os profissionais reflitam sobre a própria prática.

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a adesão às boas práticas de atenção ao parto e atenção ao recém-nascido pelo CPN, comparando dois momentos: no segundo ano após a implantação e no último ano que precede o estudo.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a) Descrever os processos de trabalho, as mudanças estruturais, bem como o desenvolvimento das propostas de humanização no atendimento a mulher em todas as fases do nascimento;
- b) Avaliar a estrutura física e de recursos humanos do CPN SM
- c) Avaliar o cumprimento das recomendações de boas práticas na assistência as mulheres durante o trabalho de parto;
- d) Avaliar o cumprimento das recomendações das boas práticas na assistência das mulheres durante o parto;
- e) Avaliar a promoção do contato pele a pele entre mãe e filho e da amamentação logo após o nascimento;

## 4. MÉTODOS

A avaliação da evolução dos indicadores de qualidade da assistência ao parto no CPN São Mateus foi realizada, comparando-se dois períodos 2007 e 2014. Os anos escolhidos foram por ser o segundo ano após implantação do serviço e o último com dados completos.

As informações para obtenção das variáveis foram retiradas do livro de parto do Centro de Parto Natural onde estão registradas as informações sobre cada parturiente internada: características individuais da mulher e do recém-nascido, evolução do trabalho de parto, parto e os cuidados prestados ao RN. Também foi utilizado livro de controle de transferência de parturiente do CPN para o Centro Obstétrico.

#### 4.1 REFERENCIAL TEÓRICO.

O referencial teórico para avaliação deste serviço de saúde foi DONABEDIAN (1966 e 1979) por ter sistematizado a avaliação qualitativa de atenção médica em três aspectos: estrutura, processo e resultado.

Em relação à estrutura foi avaliado a área física, materiais, equipamentos e medicamentos levando em consideração o preconizado pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 36 de 03 de junho de 2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Em relação à estrutura de recursos humanos foram utilizados os indicadores preconizados pela portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999.

Para compararmos os dois períodos foi realizada a caracterização da população através de variáveis relacionadas à mulher e ao recém-nascido.

Em relação aos processos foram utilizados os indicadores de boas práticas na assistência ao trabalho de parto e ao parto, que foram: a presença do acompanhante, o uso de ocitocina, realização de episiotomia e a posição da mulher para o parto.

Em relação aos resultados da avaliação das boas práticas foram utilizados os seguintes indicadores: % de transferências do CPN e o tipo de parto realizado no Centro Obstétrico (CO), taxa de cesariana do CPN, % de Parto Normal após cesariana prévia, % Índice de Apgar do 1º e 5º minutos, % Contato pele a pele: % amamentação após o nascimento.

## 4.1.1 Avaliação da Estrutura Física.

Quadro 1. Indicadores selecionados para avaliação da estrutura física na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.

| <b>Dimensão</b>   | <b>Indicador</b>  | <b>Método de cálculo</b> |
|---|---|--------------------------|
| Estrutura Física<br><br>RDC nº 36, de 03 de junho de 2008 (ANVISA). | Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m <sup>2</sup> por pessoa.   | Presente/ausente         |
|   | Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m <sup>2</sup> por leito de exame. Instalação de água fria e quente.  |                          |
|   | Quarto PPP: área mínima de 10,50m <sup>2</sup> e dimensão mínima de 3,20m <sup>2</sup> , com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00m <sup>2</sup> para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. |                          |
|   | Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80m <sup>2</sup> , com dimensão mínima de 1,70m.   |                          |
|   | O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança.  |                          |
|   | Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.                       |                          |



## 4.1.2 Avaliação da Estrutura de Materiais, Equipamentos e Medicamentos.

Quadro 2. Indicadores selecionados para avaliação da estrutura de materiais, equipamentos e medicamentos na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.

| <b>Dimensão</b>   | <b>Indicador</b>   | <b>Método de cálculo</b>            |
|---|--|-------------------------------------|
| Estrutura: Materiais / Equipamentos e Medicamentos.<br>RDC nº 36, de 03 de junho de 2008 (ANVISA).<br><br>Aos serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os seguintes equipamentos e materiais |  | Presente/<br>ausente/ Não se aplica |
|   | Estetoscópio clínico   |                                     |
|   | Esfigmomanômetro   |                                     |
|   | Fita métrica   |                                     |
|   | Estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal)   |                                     |
|   | Amnioscópio.   |                                     |
|   | Mesa auxiliar  |                                     |
|   | Foco de luz móvel  |                                     |
| Material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto:   | Instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron                 |                                     |
|   | Barra fixa ou escada de Ling   |                                     |
|   | Bola de Bobat ou cavalinho   |                                     |
|   | Instrumental para parto normal   |                                     |
|   | Mesa para refeição   |                                     |
|   | Camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente. |                                     |
|   | Poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito.                            |                                     |
| Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.  |  |                                     |
| Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia podem ter, como opcionais, os seguintes  | Cardiotocógrafo  |                                     |
|   | Mesa para exame ginecológico   |                                     |
|   | Escada com dois lances   |                                     |

|   |   |  |
|---|---|--|
| equipamentos e materiais.   | Mesa de cabeceira   |  |
| O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido (RN). | Clampeador de cordão  |  |
|   | Material para identificação da mãe e do RN  |  |
|   | Balança para recém-nascido  |  |
|   | Estetoscópio clínico  |  |
|   | Oxímetro de pulso   |  |
|   | Mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante  |  |
|   | Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traqueia                     |  |
|   | Material para ventilação (balão auto-inflável de 500 e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H <sub>2</sub> O ou manômetro) |  |
|   | Máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo  |  |
|   | Material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0e1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e fio guia estéril opcional.          |  |
|   | Material para cateterismo umbilical   |  |
|   | Medicamentos:<br>a) Adrenalina diluída 1:10.000;<br>b) Solução fisiológica;<br>c) Bicarbonato de sódio 4,2%;<br>d) Hidroclorato de Naloxona;<br>e) Vitamina K.                                  |  |
|   | Material para drenagem torácica e abdominal   |  |
|   | Plástico protetor para evitar perda de calor  |  |

#### 4.1.3 Avaliação da Estrutura de Recursos Humanos.

Quadro 3. Indicadores selecionados para avaliação da estrutura de recursos humanos na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.

|   |  |
|---|--|
| <b>Estrutura: Recursos humanos.</b><br><br><b>Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999.</b> | I - Equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância. |
|   | II- O CPN poderá contar com equipe complementar, composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista, e 01 (um) médico obstetra.  |
|   | III - A parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.                      |

#### 4.1.4 Avaliação dos Processos na Qualidade da Atenção ao Parto.

Na avaliação dos indicadores de processos e de resultados de assistência ao parto, selecionamos algumas variáveis relacionadas à mulher e ao recém-nascido para caracterizar a população nos dois períodos e compará-las.

As variáveis para caracterização da população de mulheres e dos recém-nascidos nos dois períodos foram:

- Idade: Faixa etária na admissão para o parto, em anos completos- menor de 18, 18 a 27, 28 a 40 e acima de 40 anos.
- Realização e número de consultas de pré-natal.
- Antecedentes obstétricos: Paridade: primípara (nenhum parto anterior) ou mulheres com pelo menos um parto anterior; cesárea anterior e aborto anterior.
- Idade gestacional do recém-nascido: Idade avaliada pelo médico neonatologista com método de Capurro em semanas (maneira de se avaliar a idade gestacional de um neonato por 5 fatores somáticos: formação do mamilo, textura da pele, forma da orelha, tamanho da glândula mamaria e sulcos plantares e 2 fatores neurológicos: sinal do xale (posição do cotovelo) e posição da cabeça ao levantar o RN (ângulo cérico torácico). Classificamos para o estudo: abaixo de 37 semanas, entre 37 a 40 6/7 semanas e acima de 41 semanas.

- Sexo do recém-nascido: Masculino e feminino.
- Peso do recém-nascido: Peso mensurado após o nascimento, em gramas, faixas - inferior a 2500 gramas, entre 2500 a 4000 gramas e acima de 4000 gramas.

Descrição dos indicadores de processo no quadro abaixo:

Quadro 4. Indicadores selecionados para avaliação dos processos na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.

| <b>Processo</b> | <b>Indicador</b>  | <b>Método de Cálculo</b>                                       |
|-----------------|---|--|
|                 |   | Comparação com a Literatura Mundial e as recomendações da OMS. |
|                 | % Acompanhante: presença do acompanhante e especificando sua escolha (parceiro, mãe e outros).  |  |
|                 | % Uso de indução medicamentosa para o trabalho de parto: qual a proporção do uso de ocitócito no CPN.   |  |
|                 | % Condições do períneo após o parto: Realizado ou não a episiotomia. Classificação do períneo em íntegro ou com laceração de primeiro grau primeiro (pele e mucosa), segundo grau (músculo e aponeurose), lacerações graves de terceiro (esfíncter anal) e quarto graus (mucosa anal).  |  |
|                 | % Posição da mulher no parto: Gupta (2000) a posição ginecológica ou litotômica (a mulher está em decúbito dorsal horizontal com uso de pernas), semi sentada onde o dorso e a cabeça estão elevados em relação ao quadril e os pés apoiados para o equilíbrio no momento do parto, posição lateral ou de Sims, posição de cócoras, parto na água – imersão na banheira e outras. |  |

#### 4.1.5 Avaliação dos Resultados na Qualidade da Atenção ao Parto.

Em relação aos resultados os indicadores avaliados serão comparados nos dois períodos e também com as recomendações da OMS (1996) e literatura mundial.

Descrição dos indicadores de resultados de atenção ao parto no quadro abaixo:

Quadro 5. Indicadores selecionados para avaliação dos resultados na qualidade da atenção ao parto no CPN SM.

| Resultados | Indicador  | Método de Cálculo<br>Comparação com a Literatura e OMS. |
|------------|--|---|
|            | % de transferências do CPN ao Centro Obstétrico (CO): % de mulheres que foram transferidas do CPN para CO, por ter sido identificado algum risco durante a condução do trabalho de parto sendo necessária a presença do médico obstetra para o término da condução do trabalho de parto.   |   |
|            | Taxa de cesariana do CPN: (total de cesarianas das mulheres transferidas para CO sobre o total de internações no CPN x100).  |   |
|            | Tipo de parto após a transferência ao centro obstétrico: parto vaginal, cesariana ou fórceps.  |   |
|            | % de Parto Normal após cesariana prévia: % de parto normal em mulheres com antecedente de cesariana prévia no CPN.   |   |
|            | % Índice de Apgar do 1º e 5º minutos: Os sinais avaliados após o nascimento são: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele. Pontuação (no mínimo zero e no máximo dez) resultará no Índice de Apgar e o recém-nascido será classificado como sem asfixia (Apgar 8 a 10), com asfixia leve (Apgar 5 a 7), com asfixia moderada (Apgar 3 a 4) e com asfixia grave (Apgar 0 a 2). No primeiro e quinto minuto após o nascimento. No estudo serão classificados os nascimentos com Apgar ≤ 7 e acima de 8. |   |
|            | % Contato pele a pele: contato entre a mãe e o bebê após o nascimento deve iniciar imediatamente após o nascimento, ser contínuo por pelo menos 30 minutos, entre a mãe e bebês vigoroso.  |   |
|            | % Amamentação: Ajudar a mãe iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento. Benefício do contato imediato ao tornar a sucção eficiente e eficaz, aumenta a prevalência e duração da lactação, além de influenciar de forma positiva a relação mãe-filho.  |   |

## 4.2 ANÁLISE DOS DADOS

A análise da estrutura foi realizada pela comparação dos indicadores escolhidos com os registros existentes, com a supervisora de enfermagem que se mantém na função desde a inauguração e pela avaliação no próprio CPN.

A análise dos indicadores de processo e resultados: inicialmente foi elaborado o banco de dados a partir dos registros de rotina dos livros de parto, digitados no software livre EPI-INFO e processados e analisados em SPSS versão 23.

A comparação entre os dois períodos se deu pela análise das proporções e aplicado o teste Qui-quadrados, considerados estatisticamente significantes os valores de  $p < 0,005$ .



### 4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à resolução nº. 466, de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF.

O projeto foi autorizado pela Diretora Técnica de Serviços de Saúde do Hospital Geral de São Mateus. Anexo 3.

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Saúde CEPIS-SP (número 965.219), vinculado à Plataforma Brasil que é a base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP. Anexo 4.

Todos os dados para o desenvolvimento da pesquisa foram colhidos através de informações secundarias: registros de parto, livros de fluxos das pacientes, protocolos e rotinas do serviço.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Centro de Parto Natural para conhecimento e discussão com a equipe, no Hospital Geral de São Mateus com o convite estendido à Supervisão de Saúde da região de São Mateus.

## 5. RESULTADOS

Considerando o proposto por Donabedian (1966 e 1979) para uma avaliação consistente dos desfechos é importante que ela seja realizada nas três dimensões: estrutura (física, equipamentos, materiais, medicamentos e recursos humanos), processos e os resultados.

### 5.1. AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

#### 5.1.1 Estrutura Física do CPN

A estrutura física do CPN se manteve a mesma, de acordo com a RDC nº 36 de 03 de junho de 2008, com as características iniciais preservadas e em boas condições. A diferença entre os dois anos foi à extinção da sala de exame ginecológico visto que a mesma se mostrou sem utilidade, pois os exames e outros procedimentos necessários são realizados no próprio quarto.

O único item que não se aplica foi o da sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante, pois este acolhimento ocorre no pronto socorro obstétrico.

Quadro 6. Resultados dos indicadores selecionados para avaliação da estrutura física do CPN SM, por período do estudo.

| Dimensão   | Indicador   | Método de cálculo: Presente (P) / Ausente (A) / Não se Aplica (N/A) |      |
|--|---|---|------|
|  |   | 2007  | 2014 |
| Estrutura Física<br><br>RDC nº 36 de 03 de junho de 2008 (ANVISA). | Sala de acolhimento da parturiente e seu acompanhante: sala com área mínima de 2,00m <sup>2</sup> por pessoa.   | NA  | NA   |
|  | Sala de exame, admissão de parturientes: área mínima de 9,00m <sup>2</sup> por leito de exame. Instalação de água fria e quente.  | P   | A    |
|  | Quarto PPP: área mínima de 10,50m <sup>2</sup> e dimensão mínima de 3,20m <sup>2</sup> , com previsão de poltrona de acompanhante, berço e área de 4,00m <sup>2</sup> para cuidados de higienização do recém-nascido - bancada com pia. Prever instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. | P   | P    |
|  | Banheiro do quarto PPP: O banheiro deve ter área mínima de 4,80m <sup>2</sup> , com dimensão mínima de 1,70m.   | P   | P    |
|  | O box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90 x 1,10m com instalação de barra de segurança.  | P   | P    |
|  | Instalação opcional de banheira com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m. No caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível, não deve ser ativado o modo de hidromassagem.                       | P   | P    |

### 5.1.2 Estrutura Materiais, Equipamentos e Medicamentos.

Como observamos no quadro abaixo ocorreu uma única diferença entre os anos de 2007 e 2014 no que refere aos critérios de indicadores selecionados para avaliação da estrutura de materiais, equipamentos e medicamentos na qualidade da atenção ao parto.

Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto: presente em 2007 e ausente em 2014.

A escada com dois lances não é necessária porque as camas são elétricas e permanece na altura desejada.

Quadro 7. Resultados dos indicadores selecionados para avaliação da estrutura de materiais, equipamentos e medicamentos do CPN SM, na qualidade da atenção ao parto, nos dois períodos do estudo.

| Dimensão  | Indicador   | Método de cálculo:<br>Presente (P) /Ausente<br>(A) / Não se Aplica (NA) |      |
|---|---|---|------|
|   |   | 2007  | 2014 |
| Estrutura: Materiais / Equipamentos e Medicamentos. RDC nº 36, de 03 de junho de 2008 (ANVISA).<br><br>Aos serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia devem ter disponíveis os seguintes equipamentos e materiais. | Estetoscópio clínico  | P   | P    |
|   | Esfigmomanômetro  | P   | P    |
|   | Fita métrica  | P   | P    |
|   | Estetoscópio de Pinard ou sonar (detector fetal)  | P   | P    |
|   | Amnioscópio   | P   | P    |
|   | Mesa auxiliar   | P   | P    |
|   | Foco de luz móvel   | P   | P    |
|   | Instrumental para exame ginecológico, incluindo espéculo vaginal e pinça de Cheron.               | P   | P    |
| Material necessário para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto:   | Barra fixa ou escada de Ling  | P   | P    |
|   | Bola de Bobat ou cavalinho  | P   | P    |
|   | Instrumental para parto normal  | P   | P    |
|   | Mesa para refeição  | P   | P    |
|   | Camas hospitalares reguláveis ou cama para pré-parto, parto e pós-parto, 01 (uma) por parturiente | P   | P    |
|   | Poltrona removível destinada ao acompanhante, 01 (uma) para cada leito.                           | P   | P    |
|   | Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por ambiente de parto.                        | P   | A    |
| Os serviços que prestam assistência ao parto normal sem distócia podem ter, como opcionais, os seguintes equipamentos e materiais   | Cardiotocógrafo   | P   | P    |
|   | Mesa para exame ginecológico  | P   | P    |
|   | Escada com dois lances  | NA  | NA   |
|   | Mesa de cabeceira   | P   | P    |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido. | Clampeador de cordão  | P | P |
|  | Material para identificação da mãe e do recém-nascido   | P | P |
|  | Balança para recém-nascido  | P | P |
|  | Estetoscópio clínico  | P | P |
|  | Oxímetro de pulso   | P | P |
|  | Mesa de três faces para reanimação com fonte de calor radiante  | P | P |
|  | Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de mecônio na traqueia                     | P | P |
|  | Material para ventilação (balão auto-inflável de 500 e de 750 mL, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H <sub>2</sub> O ou manômetro) | P | P |
|  | Máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo  | P | P |
| O serviço deve dispor dos seguintes equipamentos, materiais e medicamentos para o atendimento imediato ao recém-nascido. | Material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0e1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete tamanhos 2,5; 3,0; 3,5; 4,0 mm e fio guia estéril opcional.          | P | P |
|  | Material para cateterismo umbilical   | P | P |
|  | Medicamentos:<br>a) Adrenalina diluída 1:10.000;<br>b) Solução fisiológica;<br>c) Bicarbonato de sódio 4,2%;<br>d) Hidroclorato de Naloxona;<br>e) Vitamina K.                                  | P | P |
|  | Material para drenagem torácica e abdominal   | P | P |
|  | Plástico protetor para evitar perda de calor  | P | P |

## 5.1.3 Estrutura de Recursos Humanos do CPN.

Não foram observadas diferenças entre os dois períodos do estudo, todos indicadores para avaliação da estrutura de recursos humanos mantiveram-se inalterados. Quadro 8

Quadro 8. Resultados dos indicadores selecionados para avaliação da estrutura de recursos humanos do CPN SM, nos dois períodos do estudo.

| Dimensão  | Indicador  | Método de cálculo: Presente (P) / Ausente (A) / Não se Aplica (NA) |      |
|---|--|--|------|
|   |  | 2007   | 2014 |
| Estrutura: Recursos humanos.<br><br>Portaria nº 985/GM de 05 de agosto de 1999. | I - Equipe mínima constituída por 01 (um) enfermeiro, com especialidade em obstetrícia, 01 (um) auxiliar de enfermagem, 01 (um) auxiliar de serviços gerais e 01 (um) motorista de ambulância. | P  | P    |
|   | II - O CPN poderá contar com equipe complementar, composta por 01 (um) médico pediatra ou neonatologista, e 01 (um) médico obstetra.   | P  | P    |
|   | III - A parteira tradicional poderá atuar no Centro de Parto Normal no qual as especificidades regionais e culturais sejam determinantes no acesso aos serviços de saúde.                      | NA   | NA   |

## 5.2 INDICADORES DE PROCESSOS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO.

Durante o ano de 2007 foram internadas 2164 mulheres no CPN. Destas 91,5% (1982) mulheres permaneceram no CPN e 8,5% (182) mulheres foram transferidas ao centro obstétrico. Durante o ano de 2014 foram internadas 865 mulheres no CPN, destas 90,1% (779) mulheres permaneceram no CPN e 9,9% (86) mulheres foram transferidas ao centro obstétrico.

A população de mulheres estudada foi a que permaneceu no CPN SM, em 2007 (1982), desta população foram excluídas para o estudo 28 mulheres (1,4%), por falta de informações adequadas no livro de parto, assim a população para a pesquisa em 2007 foram (1954) mulheres e em 2014 (779), totalizando n=2733 parturientes.

Em relação aos indicadores de processo e resultados inicialmente foi realizada a caracterização da população por meio de variáveis maternas e do recém-nascido para comparação dos dois períodos do estudo.



### 5.2.1 Caracterização da População do Estudo.

#### Características das parturientes internadas no CPN SM.

As parturientes internadas no CPN tinham idade média de 24,6 anos ( $\pm 6,23$ ), em 2007 e 24,2 anos ( $\pm 6,35$ ) em 2014. Em 2007, a mais jovem estava com 10 anos e a mais velha com 46 anos. Já em 2014 a mulher mais jovem estava com 14 anos e a mais velha com 46 anos.

Quando comparamos as idades por faixas etárias encontramos proporções similares nos dois anos ( $p=0,265$ ). A proporção de mulheres menores de 18 anos variou de 11% (214) em 2007 para 13% (101) em 2014. Tabela1.

Quanto à realização de pré-natal, em 2007 2,7% (51) não realizaram, 1-6 consultas 44,2%(842) e acima de 7 consultas 53,1%(1013), em 2014 1,4% (11) não realizaram, 1-6 consultas 37,3% (289) e acima de 7 consultas 61,3% (474). ( $p=0,000$ ). Tabela1.

Quanto a variação do número de consultas pré-natal em 2007 foi de 0 à 15 consultas, já em 2014 foi de 0 à 16 consultas. A média de consultas variou de 6,59 ( $\pm 2,59$ ), em 2007 para 7,25 ( $\pm 2,86$ ), em 2014.

Quanto à paridade: em 2007 tiveram mulheres com até quatorze filhos já em 2014 mulheres com até dez filhos. A média de gestações variou de 2,39 ( $\pm 1,63$ ), em 2007 para 2,46 ( $\pm 1,66$ ), em 2014.

Em relação aos antecedentes obstétricos a proporção de primíparas em 2007 foi de 37,6% (735) e 44,0% (343) em 2014, a proporção de mulheres com pelo menos um parto anterior em 2007 foi de 62,4% (1219) passando para 56,0% (436) em 2014. ( $p=0,002$ ). Tabela 1

Considerando as mulheres com mais de um parto, observou-se proporção similar de cesariana anterior em 2007 foi de 12,7% (155) e em 2014 10,6% (46). ( $p=0,235$ ). (Tabela 1)

Quanto ao abortamento anterior, não ocorreu diferença nas proporções nos dois períodos, em 2007 foi de 23,6% (303) e passou para 23,4% (107) em 2014 ( $p=0,936$ ). (Tabela 1)

**Tabela 01 – Distribuição de características das parturientes internadas no CPN SM, por período do estudo.**

| Características  |                            | 2007 |       | 2014 |       | Qui-<br>quadrado<br>(Person) | p     |
|--|----------------------------|------|-------|------|-------|------------------------------|-------|
|  |                            | N    | %     | N    | %     |                              |       |
| Faixa etária<br>(anos)                                   | < 18                       | 214  | 11,0  | 101  | 13,0  | 2,653                        | 0,265 |
|  | 18 a 39                    | 1684 | 86,7  | 664  | 85,2  |                              |       |
|  | 40 ou mais                 | 45   | 2,3   | 14   | 1,8   |                              |       |
|  | Total                      | 1943 | 100,0 | 779  | 100,0 |                              |       |
| Paridade   | Primípara                  | 735  | 37,6  | 343  | 44,0  | 9,598                        | 0,002 |
|  | Presença de Parto anterior | 1219 | 62,4  | 436  | 56,0  |                              |       |
|  | Total                      | 1954 | 100,0 | 779  | 100,0 |                              |       |
| Pré natal<br>número de<br>consultas                      | 0                          | 51   | 2,7   | 11   | 1,4   | 16,341                       | 0,000 |
|  | 1-6                        | 842  | 44,2  | 289  | 37,3  |                              |       |
|  | ≥ 7                        | 1013 | 53,1  | 474  | 61,3  |                              |       |
|  | Total                      | 1906 | 100   | 774  | 100   |                              |       |
| Cesárea<br>Prévia<br>(excluídas as<br>primíparas)        | Sim                        | 155  | 12,7  | 46   | 10,6  | 1,411                        | 0,235 |
|  | Não                        | 1064 | 87,3  | 390  | 89,4  |                              |       |
|  | Total                      | 1219 | 100,0 | 436  | 100,0 |                              |       |
| Abortamento<br>anterior<br>(excluídas as<br>primigestas) | Sim                        | 303  | 23,6  | 107  | 23,4  | 0,006                        | 0,936 |
|  | Não                        | 981  | 76,4  | 350  | 76,5  |                              |       |
|  | Total                      | 1284 | 100,0 | 457  | 100,0 |                              |       |

Características relacionadas aos recém-nascidos.

A proporção de nascimentos com até 37 semanas aumentou passando de 1,4% (28), em 2007 para 3,6% (28) 2014, nas outras faixas as proporções foram similares nos dois períodos. ( $p=0,001$ ). Tabela 2.

Quanto ao sexo dos recém-nascidos não houve alteração nas proporções nos dois períodos. ( $p=0,278$ ). Tabela 2.

Quanto ao peso dos recém-nascidos não houve alteração nas proporções nos dois períodos. ( $p=0,379$ ). Tabela 2.

**Tabela 02 – Distribuição de características selecionadas dos recém-nascidos do CPN SM, por período do estudo.**

| Características                        |             | 2007 |      | 2014 |      | Qui-quadrado (Person) | p     |
|--|-------------|------|------|------|------|-----------------------|-------|
|  |             | N    | %    | N    | %    |                       |       |
| Idade Gestacional em semanas (Capurro) | < 37 sem    | 28   | 1,4  | 28   | 3,6  | 13,198                | 0,001 |
|  | 37 a 40     | 1801 | 92,2 | 698  | 89,7 |                       |       |
|  | 41 e mais   | 124  | 6,3  | 52   | 6,7  |                       |       |
|  | Total       | 1953 | 100  | 778  | 100  |                       |       |
| Sexo                                   | Feminino    | 985  | 50,4 | 375  | 48,1 | 1,175                 | 0,278 |
|  | Masculino   | 968  | 49,6 | 404  | 51,9 |                       |       |
|  | Total       | 1953 | 100  | 779  | 100  |                       |       |
| Peso (em gramas)                       | <2500       | 61   | 3,1  | 21   | 2,7  | 1,938                 | 0,379 |
|  | 2500 – 4000 | 1817 | 93,1 | 736  | 94,5 |                       |       |
|  | >4000       | 74   | 3,8  | 22   | 2,8  |                       |       |
|  | Total       | 1952 | 100  | 779  | 100  |                       |       |

Em relação à caracterização da população as três proporções que apresentaram diferenças estatísticas foram: a maior proporção de primíparas, menor proporção de mulheres sem pré-natal e de bebês com idade gestacional menor que 37 semanas, em 2014 ( $p=0,002$ ,  $p=0,000$  e  $p=0,001$ , respectivamente). As demais características não apresentaram diferenças estatísticas nos garantindo à comparação dos dois períodos do estudo.

### 5.2.2 Indicadores de Processo.

#### Presença do acompanhante.

No hospital São Mateus a presença do acompanhante é permitida durante todas as fases da internação, do trabalho de parto ao alojamento conjunto. Neste estudo foi avaliada a presença do acompanhante durante todo o processo do parto, ou seja, durante o trabalho de parto, no nascimento e no puerpério imediato antes da transferência da mulher do CPN à maternidade.

A presença de acompanhante em 2007 já era significativa 85,2% (1664) e passou para 92,7% (722). ( $p=0,000$ ). Tabela 3.

O acompanhante escolhido pela maioria das mulheres foi o próprio parceiro, seguido pela mãe nos dois períodos. Em 2007, dos 1664 acompanhantes, 59,1% (983) foi o próprio parceiro e 15,1% (251) a mãe. Em 2014 dos 722 acompanhantes, 60,0% (433) foi o próprio parceiro e 15,8% (114) a mãe. ( $p=0,399$ ). Tabela 3.

**Tabela 03 - Presença do acompanhante no CPN SM, por período do estudo.**

| Indicador    | 2007              |      | 2014 |     | Qui-<br>quadrad<br>o de<br>Person | p      |       |
|--------------|-------------------|------|------|-----|-----------------------------------|--------|-------|
|              | N                 | %    | N    | %   |                                   |        |       |
| Acompanhante | Sim               | 1664 | 85,2 | 722 | 92,7                              | 28,447 | 0,000 |
|              | Não               | 290  | 14,8 | 57  | 7,3                               |        |       |
|              | Total             | 1954 | 100  | 779 | 100                               |        |       |
| Quem         | Parceiro          | 983  | 59,1 | 433 | 60,0                              | 6,220  | 0,399 |
|              | Mãe               | 251  | 15,1 | 114 | 15,8                              |        |       |
|              | Irmã              | 105  | 6,3  | 43  | 6,0                               |        |       |
|              | Sogra             | 42   | 2,5  | 15  | 2,1                               |        |       |
|              | Doula             | 4    | 0,2  | 1   | 0,1                               |        |       |
|              | Outros            | 262  | 15,7 | 115 | 15,9                              |        |       |
|              | Sem<br>informação | 17   | 1,0  | 1   | 0,1                               |        |       |
|              | Total             | 1664 | 100  | 722 | 100                               |        |       |

Uso de indução medicamentosa durante o trabalho de parto.

Nota-se um declínio da utilização de ocitocina comparando os dois períodos, porém sem diferença estatística. Em 2007 a proporção da utilização de medicação para indução do parto foi de 45,8% (894) e passou para 42,6% (332) em 2014, ou seja, 57,3% (446) das mulheres tiveram seus partos sem utilização de estímulo medicamentoso. ( $p=0,105$ ). Tabela 4.

Posição do parto

Em relação à posição do parto em 2007, 85,3% (1667) foi a semi sentada e somente 12,1% (237) a posição litotômica, já em 2014, houve um declínio da posição semi sentada 73,6% (573) em decorrência do aumento da posição litotômica para 21,1% (164). ( $p=0,000$ ). Tabela 4.

Condições do períneo após o parto

Em relação às condições do períneo após o parto observamos uma redução da prática da episiotomia, apesar da redução não ter sido estatisticamente significativa. Em 2007, a proporção de mulheres que foram submetidas à episiotomia foi 23,7% (464) e passou para 19,3% (150), em 2014. ( $p=0,011$ ). Tabela 4.



A avaliação das condições do períneo nas mulheres que não realizaram episiotomia indicam melhores resultados em 2014. A proporção de mulheres com períneo íntegro ou com laceração de primeiro grau em 2007 foi de 93,4% (1391) e passou para 95,4% (600). As lacerações de segundo e terceiro grau em 2007 foram 6,4% (96) e 0,2% (3) respectivamente, já em 2014 ocorreram 4,1% (26) de laceração de segundo grau e 0,5% (3) casos de laceração de terceiro grau. ( $p=0,000$ ). Tabela 4.

**Tabela 04. Distribuição dos Indicadores de processos de qualidade de atenção ao parto no CPN SM, por período do estudo.**

| Indicadores                      | 2007                                   |      | 2014   |     | Qui-<br>quadrado<br>de Person | p      |       |
|----------------------------------|--|------|--------|-----|-------------------------------|--------|-------|
|                                  | Número                                 | %    | Número | %   |                               |        |       |
| Uso de<br>Ocitocina              | Sim                                    | 894  | 45,8   | 332 | 42,6                          | 4,512  | 0,105 |
|                                  | Não                                    | 1050 | 53,7   | 446 | 57,3                          |        |       |
|                                  | Sem informação                         | 10   | 0,5    | 1   | 0,1                           |        |       |
|                                  | Total                                  | 1954 | 100    | 779 | 100                           |        |       |
| Posição da<br>mulher no<br>parto | Semi-sentada                           | 1667 | 85,3   | 573 | 73,6                          | 65,144 | 0,000 |
|                                  | Litotômica                             | 237  | 12,1   | 164 | 21,1                          |        |       |
|                                  | Sims/lateral                           | 32   | 1,6    | 34  | 4,4                           |        |       |
|                                  | Cócoras/vertical                       | 5    | 0,3    | 7   | 0,9                           |        |       |
|                                  | Outras                                 | 13   | 0,7    | 1   | 0,1                           |        |       |
|                                  | Total                                  | 1954 | 100    | 779 | 100                           |        |       |
| Episiotomia                      | Sim                                    | 464  | 23,7   | 150 | 19,3                          | 6,448  | 0,011 |
|                                  | Não                                    | 1490 | 76,3   | 629 | 80,7                          |        |       |
|                                  | Total                                  | 1954 | 100    | 779 | 100                           |        |       |
| Períneo                          | Integro e/ou<br>Laceração de I<br>Grau | 1391 | 93,4   | 600 | 95,4                          | 26,037 | 0,000 |
|                                  | Laceração II<br>Grau                   | 96   | 6,4    | 26  | 4,1                           |        |       |
|                                  | Laceração III<br>Grau                  | 3    | 0,2    | 3   | 0,5                           |        |       |
|                                  | Total                                  | 1490 | 100    | 629 | 100                           |        |       |

### 5.3 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO PARTO.

Transferências do CPN para o Centro Obstétrico por presença de algum risco materno e ou fetal:

Durante o ano de 2007 foram internadas 2164 mulheres no CPN. Destas 91,5% (1982) mulheres permaneceram no CPN e 8,5% (182) mulheres foram transferidas ao centro obstétrico, ainda em trabalho de parto, por apresentar algum risco materno e ou fetal. Durante o ano de 2014 foram internadas 865 mulheres no CPN, destas 90,1% (779) mulheres permaneceram no CPN e 9,9% (86) mulheres foram transferidas ao centro obstétrico. ( $p=0,216$ ). Tabela 05.

Assim em 2014 observamos um aumento das proporções de transferências do CPN para o centro obstétrico de 8,5% (182) para 9,9% (86), porém sem significado estatístico. ( $p=0,216$ ). Tabela 05.

Taxa de cesariana das mulheres transferidas:

O índice de cesariana do CPN (número de partos cesáreos de mulheres transferidas do CPN para o CO sobre o total de internações no CPN x 100), em 2007 a taxa foi de 5,7% e passou para 6,1% em 2014. Tabela 05.

Tipo de parto após a transferência ao centro obstétrico:

Em 2007 foram transferidas para o centro obstétrico 182 mulheres destas, realizaram cesariana 67% (122), 30,8% (56) parto normal e 2,2% (4) fórceps. Em 2014, 86 mulheres foram transferidas, o parto foi cesáreo em 61,6% (53), normal em 36% (31) e 2,3% (2) fórceps. ( $p=0,682$ ). Tabela 05.

Parto Natural após cesariana prévia:

Em 2007, foram internadas 155 mulheres com cesariana prévia e 46, em 2014. O parto foi no CPN em 103 (66,5%) e 32 (69,6%), mulheres em 2007 e 2014 respectivamente.

Todas parturientes transferidas com antecedente de cesariana prévia o parto foi uma nova cesárea.

**Tabela 05. Resultados dos indicadores de avaliação dos resultados na qualidade da atenção ao parto no CPN SM, por período do estudo.**

| Indicadores                                | 2007   |      | 2014   |      | Qui-<br>quadrado<br>de Person | P     |       |
|--|--------|------|--------|------|-------------------------------|-------|-------|
|  | Número | %    | Número | %    |                               |       |       |
| Total de internações no CPN                | 2136   | 100  | 865    | 100  | 1,530                         | 0,216 |       |
| Total de partos normal no CPN              | 1954   | 91,5 | 779    | 90,1 |                               |       |       |
| % de transferência CPN/CO                  | 182    | 8,5  | 86     | 9,9  |                               |       |       |
| Taxa de cesariana do CPN                   |        | 5,7  |        | 6,1  |                               |       |       |
| Tipo de parto após transferência para o CO | PN     | 56   | 30,8   | 31   | 36,0                          | 0,767 | 0,682 |
|  | PC     | 122  | 67,0   | 53   | 61,6                          |       |       |
|  | PF     | 4    | 2,2    | 2    | 2,3                           |       |       |
|  | Total  | 182  |        | 86   |                               |       |       |
| Parto após uma cesariana prévia.           | PN CPN | 103  | 66,5   | 32   | 69,6                          |       |       |
|  | PC CO  | 52   | 33,5   | 14   | 30,4                          |       |       |
|  | Total  | 155  | 100    | 46   | 100                           |       |       |

Índice de Apgar do 1º e 5º minutos:

Em relação ao índice de Apgar de primeiro minuto não houve diferença significativa, em 2007, maior ou igual a oito 94,9% (1855) passando para 96,4% (751) em 2014. ( $p=0,099$ ). Tabela 6.

Em relação ao índice de Apgar de quinto minuto também não houve diferença significativa, em 2007, maior ou igual a oito 99,4% (1942) passando para 99,9% (778), em 2014. Nos dois períodos do estudo a maioria absoluta dos RN tiveram índice de Apgar  $\geq 8$ , em 2014, o de quinto minuto chegou a 99,9% dos nascimentos. ( $p=0,096$ ). Tabela 6.

Contato pele a pele:

O contato pele a pele foi um indicador iniciado em 2010.

Em 2014, 50,3% (392) mães realizaram o contato pele a pele imediatamente após o nascimento. As razões pra não realizarem o contato foram causas: médicas 26,8% (209), maternas 3,7% (29) e do recém-nascido 19% (148). Tabela 6.

#### Amamentação:

A proporção de mulheres que amamentaram na primeira meia hora após o nascimento foi de 85,5% (1670), em 2007 e passou para 95,6% (745), em 2014. ( $p=0,000$ ) Tabela 6.

Gostaríamos de ressaltar que as informações retiradas do livro de parto também passaram por um processo de melhoria e a maioria dos dados de 2014, puderam ser utilizados em sua totalidade.

**Tabela 06. Distribuição dos indicadores de avaliação dos resultados na qualidade da atenção ao parto no CPN SM, por período do estudo.**

| Indicadores                     | 2007              |                   | 2014   |     | Qui-<br>quadrado<br>de Person | P             |       |
|---------------------------------|-------------------|-------------------|--------|-----|-------------------------------|---------------|-------|
|                                 | Número            | %                 | Número | %   |                               |               |       |
| Índice de Apgar Primeiro Minuto | ≤ 7               | 99                | 5,1    | 28  | 3,6                           | 2,724         | 0,099 |
|                                 | ≥ 8               | 1855              | 94,9   | 751 | 96,4                          |               |       |
|                                 | Total             | 1954              | 100    | 779 | 100                           |               |       |
| Índice de Apgar Quinto Minuto   | ≤ 7               | 12                | 0,6    | 1   | 0,1                           | 2,776         | 0,096 |
|                                 | ≥ 8               | 1942              | 99,4   | 778 | 99,9                          |               |       |
|                                 | Total             | 1954              | 100    | 779 | 100                           |               |       |
| Contato pele a pele             | Sim               | Sem<br>informação |        | 391 | 50,2                          | Não se aplica |       |
|                                 | Não               |                   |        | 388 | 49,8                          |               |       |
|                                 | Total             |                   |        | 779 | 100                           |               |       |
| Amamentação                     | Sim               | 1670              | 85,5   | 745 | 95,6                          | 56,039        | 0,000 |
|                                 | Não               | 265               | 13,6   | 32  | 4,1                           |               |       |
|                                 | Sem<br>Informação | 19                | 1,0    | 2   | 0,3                           |               |       |
|                                 | Total             | 1954              | 100    | 779 | 100                           |               |       |



## 6. DISCUSSÃO

No Brasil, são poucos os estudos sobre Centro de Parto Normal, a maioria deles é descritiva, com abordagens distintas, as variáveis analisadas não são padronizadas e são principalmente da área de enfermagem. (RIESCO et al., 2009).

A revisão sistemática realizada por HODNETT et al. (2012) concluiu que os centros de partos dentro de hospitais estão associados a menores taxas de intervenções médicas durante o trabalho de parto e parto e a maiores níveis de satisfação, sem aumentar os riscos maternos ou perinatais. Dez estudos envolvendo 11.795 mulheres preencheram os critérios de inclusão. As pacientes atendidas em ambientes hospitalares alternativos tiveram uma probabilidade maior de terem um parto vaginal espontâneo (8 estudos; n = 11.202; RR 1,03, IC 95% 1,01 – 1,05); de estarem amamentando na 6<sup>a</sup>- 8<sup>a</sup> semana pós-parto (1 estudo, n = 1147; RR 1,04, IC 95% 1,02 – 1,06) e de terem opiniões muito positivas sobre a assistência recebida (2 estudos, n = 1207; RR 1,96, IC 95% 1,78 – 2,15). Tiveram uma probabilidade menor de receberem ocitocina para condução do trabalho de parto (8 estudos, n = 11.131; RR 0,77, IC 95% 0.67 – 0,88); episiotomia (8 estudos, n = 11.055; RR 0,83, IC 95% 0.77 – 0.90). Não foram identificados efeitos sobre outros desfechos adversos maternos ou neonatais.

Os resultados da comparação entre os dois períodos de funcionamento do CPN SM, considerando o proposto por DONABEDIAN (1966, 1979), mostraram que o aspecto estrutural (físico, material, medicamentos, equipamentos e recursos humanos) se mantiveram em conformidade com a legislação vigente em ambos os períodos analisados. Tal fato se deve ao compromisso da direção da instituição com relação à busca contínua pela manutenção predial e dos equipamentos, assim como a aquisição de insumos necessários e suficientes a fim de prestar serviço de excelência ao atendimento às mulheres e aos recém-nascidos. Reflete também o engajamento da equipe de enfermagem a fim de garantir o parto sem intervenções desnecessárias. Em relação aos recursos humanos a equipe de enfermeiras obstétricas se manteve constante com duas profissionais por plantão desde a sua implantação.

O CPN SM atendeu da sua inauguração até o final de 2014 o total de 16.541 mulheres. Houve uma expressiva diminuição do número de partos em 2014 (n=779) em relação a 2007 (n= 1982), em 2011 houve uma redução na equipe de médicos obstetras significativa. Tal redução foi de 50 a 75% do corpo clínico por plantão, o que interferiu especialmente no primeiro atendimento a gestante no HGSM.

Discussão sobre os Indicadores de Processo na Qualidade de Assistência ao Parto.

Vale ressaltar que o CPN SM desde a sua inauguração se propôs a adotar as Boas Práticas de assistência ao parto e nascimento como: dieta livre, deambulação, estímulo à presença do acompanhante, estímulo aos exercícios pélvicos, práticas naturais de alívio da dor, uso criterioso de ocitocina, episiotomia seletiva, posição de escolha da mulher para o parto, contato pele a pele e a amamentação. E eliminou as práticas comprovadamente prejudiciais como: jejum, tricotomia, enterocлизма, infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto, cateterização venosa profilática de rotina, exame retal, revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto entre outras.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) recomenda desde a década de 1990, de que “o apoio contínuo durante o trabalho tem benefícios clinicamente significativos para as mulheres e crianças e nenhum prejuízo conhecido, e que todas as mulheres devem ter apoio durante o parto e nascimento”

As mulheres nos dois períodos tinham idade similar. As proporções de parturientes com cesárea anterior e com aborto prévio foram muito próximas. A proporção de mulheres sem pré-natal diminuiu 2,7% (51) para 1,4% (11) e a proporção de primíparas aumentou de 37,6% (735) para 44% (343) em 2014. Na dissertação de GEORGETTI (2009), que estuda o mesmo CPN em

2006, esta proporção era de 37,5%. Em outros estudos de CPN a proporção de primíparas foi 45,4% (SCHNECK 2009) e 39,5% (ROCHA 2009). No estudo Nascer no Brasil (2014) a proporção de primíparas foi de 28,9%.

A distribuição de características dos recém-nascidos nos dois períodos foi similar: quanto ao sexo e ao peso de nascimento. Chama atenção que em 2014 houve um aumento na proporção de RN com idade gestacional < 37 semanas que passou de 1,4% (28), em 2007 para 3,6% (28), em 2014. A idade gestacional na internação é calculada pela data da última menstruação e ou pela primeira ultrassonografia, que autorizou as mulheres a permanecerem no CPN, pois todas tinham  $\geq 37$  semanas de gestação, já o cálculo pelo Capurro é a idade gestacional do recém-nascido.

No estudo de NAGAHAMA e SANTIAGO (2011) que avaliou a assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil, a proporção de RN com idade gestacional < 37 semanas foi de 16,7% muito acima do encontrado no CPN SM. Na literatura estudada não havia CPN com esta informação para comparação dos resultados.

A presença do acompanhante no CPN SM acontece em todos os momentos do processo do parto (contínuo), encontramos aumento da proporção de parturientes com acompanhante, que foi crescente e significativa (85,2% para 92,7%). Os acompanhantes mais frequentes foram os parceiros e as mães. Os parceiros são incentivados a permanecerem

com suas mulheres participando ativamente de todo trabalho de parto e no momento do parto e sempre são convidados a cortar o cordão.

Neste sentido a equipe de enfermagem do CPN SM participou de capacitações e sensibilizações, com o “Projeto Nascer com Equidade”, para incentivar a participação ativa do pai no processo, entre os temas desenvolvidos destacaram-se os resultados do projeto “pai não é visita”, o direito da mulher em ter acompanhante e o papel do homem no nascimento. (LYRA et al, 2010; BATISTA et al, 2010)

Na comparação com os estudos analisados esta proporção do CPN SM foi a mais alta. No estudo de (LOBO et al, 2010), do Centro de Parto Normal peri-hospitalar, Casa de Maria na cidade de São Paulo. Estudaram 991 parturientes e seus recém-nascidos, assistidos entre 2003 e 2006. Os resultados mostraram que 92,2% das parturientes tiveram um acompanhante de sua escolha.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (2006), LAGO e LIMA (2009) referem que a média da presença de acompanhante no parto, no Brasil foi 16,3%, variando entre o mínimo de 12,1% no Nordeste e 19,3% no Sul.

Em estudo de maternidades convencionais da região sul do país o índice de acompanhantes foi somente 1,4%. (NAGAHAMA e SANTIAGO, 2011).

No Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento – Nascer no Brasil (LEAL et al, 2014) a presença contínua do acompanhante ocorreu em 18,8 % dos nascimentos.

BRÜGGEMANN et al (2005), em revisão da literatura, discorrem sobre os efeitos do acompanhante à mulher durante o trabalho de parto e parto seus resultados relacionados à mulher e ao recém-nascido. Nesta pesquisa foram incluídos os estudos publicados (ensaio clínico randomizados, metanálises e revisões sistemáticas) entre os anos de 1980 e 2004, que contemplam explicitamente estes aspectos. De maneira geral, os resultados são favoráveis, destacando-se redução da taxa de cesarianas, da analgesia/medicamentos para alívio da dor, da duração do trabalho de parto, da utilização de ocitocina e produzindo aumento na satisfação materna com a experiência vivida.

Na percepção dos profissionais, não houve diferença em prestar assistência com acompanhante durante o trabalho de parto e parto; favorece o apoio emocional à parturiente, que fica mais satisfeita, segura e tranquila. Não ocorreram problemas e fez o profissional ter atitude mais humana e menos rotineira. Os acompanhantes também tiveram sentimentos positivos com satisfação na experiência sentindo-se bem recebido pelos profissionais. BRÜGGEMANN et al ( 2007)

HODNETT et al (2011) afirmam que as mulheres com apoio de acompanhantes eram mais propensas a ter parto vaginal espontâneo e menos propensas a utilizar analgesia intraparto; o trabalho de parto era mais curto, menor incidência de parto cesariana ou parto vaginal instrumental.

A presença do acompanhante traz segurança à mulher no parto e interfere na qualidade do atendimento: as mulheres são mais ouvidas e quando é necessário o atendimento de urgência e emergência acontece com maior agilidade e efetividade. (DINIZ et al, 2014) e (RANCE et al, 2013).

Em relação ao uso de ocitocina no CPN SM, vale a ressalva que as parturientes são internadas diretamente do pronto socorro ginecológico obstétrico ou transferidas do centro obstétrico, quando chegam ao centro de parto muitas destas mulheres já receberam uma intervenção como a indução do trabalho de parto com medicação (ocitocina). Os dados sobre o uso de ocitocina no livro de parto não diferenciavam o lugar onde as mulheres iniciaram a indução do trabalho de parto. Assim a proporção de uso de ocitocina não corresponde à prescrição exclusiva das enfermeiras obstétricas no CPN.

Se compararmos o estudo atual com o de GEORGETTI (2009) observamos uma tendência de queda do uso de ocitocina no centro de parto, que passou de 55,2% (2006) para 42,6% (2014). Rocha et al (2009) que estudam um centro de parto intra-hospitalar apresentou uma taxa de

46,3%. O estudo de SCHNECK (2009) de um CPN peri-hospitalar relata o uso de ocitocina em 23,6%, bem inferior aos estudos dos CPN intra-hospitalar. No Nascer no Brasil Leal et al. (2014) o uso de ocitocina nos partos de baixo risco foi de 38,2%.

A Organização Mundial de Saúde (2009) recomenda que para o parto normal em gestante de baixo risco obstétrico deve-se evitar durante o trabalho de parto o uso de cateter venoso, ocitocina e amniotomia de rotina para aceleração do trabalho de parto.

Segundo CLARK et al.(2009) a ocitocina continua sendo a droga mais comumente associada a complicações perinatais previsíveis, mesmo que sua administração tenha se tornado mais segura pelos controles da administração, vitalidade fetal e monitoramento das contrações uterinas. A ocitocina, ao lado de apenas outras 12 drogas, integra uma lista de alerta máximo, elaborada pelo Instituto para Administração Medicamentosa Segura (ISMP), que reúne medicamentos potencialmente perigosos usados em hospitais, com alto risco de causar dano quando usados de forma inadequada. Afirmam desconhecer outra droga potencialmente perigosa ser administrada para acelerar um processo fisiológico.

No CPN de São Mateus a episiotomia é seletiva, e a sua realização vem diminuindo ao longo do tempo, GEORGETTI (2009) passou de 37,3% (2006), 23,7% (2007) para 19,3% (2014). O índice encontrado no estudo de ROCHA et al (2009) foi de 35% e no estudo de SCHNECK (2009) foi de



25,7%. No Nascer no Brasil (2014) 56,1% das mulheres foram submetidas à episiotomia. O índice chegou a 70,1% no estudo de GIGLIO et al (2011).

Segundo a OMS (1996), a episiotomia é uma operação ampliadora para acelerar o desprendimento diante de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e iminência de laceração de 3º grau (incluindo mulheres que tiveram laceração de 3º grau em parto anterior) e não poderiam ultrapassar a 10%. As suas indicações, conforme a OMS (1996), são reservadas para as seguintes situações: prematuridade, períneo pouco distensível, exaustão materna, uso de fórceps ou vácuo extração, sofrimento fetal agudo e na apresentação pélvica.

CARROLI e MIGNINI (2012) em oito ensaios clínicos randomizados com total de 5541 parturientes, submetidas à episiotomia seletiva ou rotineira, constataram que os benefícios da episiotomia seletiva (indicada somente em situações especiais) são bem maiores que a prática da episiotomia de rotina. Os resultados apoiam claramente o uso restritivo da episiotomia, embora ainda não se tenha claro em quais ocasiões deveria ser realizada.

Segundo MATTAR et al (2007) muitas são as dificuldades para diminuir os índices de episiotomias. Os profissionais continuam realizando episiotomias por não reverem suas práticas, mesmo que já se tenha comprovado por evidências científicas que a prática rotineira não constitui

bom exercício da obstetrícia. Aprenderam a realizá-la nas escolas de medicina com seus professores e não conseguem abandonar o hábito. Ressaltam que a mudança de cultura se faz necessária, pois resultará em assistência mais humanizada e de melhor qualidade às parturientes.

No CPN SM, das mulheres que não foram submetidas à episiotomia, 93,4% foram avaliadas com períneo íntegro ou com laceração de primeiro grau em 2007, a proporção passou para 95,4% em 2014. ( $p=0,000$ ). No estudo de SCHNECK (2009) do CPN peri-hospitalar a proporção de períneo íntegro ou com laceração de primeiro grau foi de 66,8% porém em seus dados estão incluídas as mulheres que realizaram episiotomia 25,7%.

Com relação às lacerações que podem ocorrer no parto normal e os tipos de suturas realizadas devido à episiotomia, temos conforme a publicação da OMS (1996), que as lacerações são classificadas de acordo com a estrutura que foi acometida. As lacerações de 1º grau às vezes não necessitam de sutura, apenas nas de 2º grau haveria essa necessidade, porém em ambas as situações a cicatrização ocorre sem complicações.

Com um protocolo de não realização de episiotomia aliado a estratégias de proteção perineal, AMORIM et al (2008) encontraram uma taxa de períneo íntegro superior a 50% e apenas 27% de necessidade de sutura em parturientes que não foram submetidas à episiotomia. No entanto,

como se trata de um estudo não controlado, com uma casuística isolada, os autores sugerem a realização de ensaios clínicos randomizados comparando uma política de não realização de episiotomia com a política de episiotomia seletiva.

No CPN SM a posição vertical (semi-sentada) continua sendo a mais utilizada 85,3% (2007) e 73,6% (2014), porém observou-se um aumento da posição litotômica no segundo período do estudo que passou de 12,1% para 21,1% voltando a indicadores próximos aos do primeiro ano após a implantação (2006) quando o índice era de 23,9% GEORGETTI (2009). A posição do parto no CPN SM necessita ser reavaliada pela equipe de enfermeiras obstétricas, para planejarem novas estratégias para alcançarem meta de 100% de partos em posição não-litotômica. O serviço avaliado por ROCHA et al (2009) não existem partos na posição litotômica. Em relação ao inquérito Nascer no Brasil (2014) a posição litotômica ainda é a mais frequente em 91,7% dos serviços brasileiros e nos trabalhos de ORSI et al, (2005) a posição litotômica ocorreu em 98,7% dos partos vaginais e GIGLIO et al (2011) referem que 100% dos partos ocorrem na posição litotômica.

As posturas verticais durante o trabalho de parto e parto apresentam vantagens tanto do ponto de vista gravitacional como no aumento dos diâmetros pélvicos maternos. Promovem uma retificação do canal de parto e

alinhamento do feto na bacia materna maximizando os puxos do período expulsivo e facilitando o desprendimento fetal, devendo, portanto ser adotadas preferencialmente na assistência ao parto. LEWIS et al (2004); GUPTA e NIKODEM (2000).

GAYESKI e BRÜGGEMANN (2009) ponderam sobre os aspectos positivos e negativos da posição vertical e horizontal do parto, apontados pelas puérperas. Na posição vertical as mulheres identificaram que participaram mais ativamente do parto e que facilita a expulsão do feto. Em contraste, a posição horizontal dificulta esses aspectos, gerando a percepção negativa sobre a mesma, uma vez que dificulta a movimentação, aumenta o sofrimento, o cansaço, a duração do período expulsivo e as intervenções obstétricas. Considerando a fala das mulheres, os aspectos positivos da posição vertical foram mais relevantes do que os negativos.

O estudo BIO et al (2006) conclui que a mobilidade adequada da parturiente influencia de maneira positiva o trabalho de parto: aumenta a tolerância à dor, evitando o uso de fármacos, melhora a evolução da dilatação, diminuindo a duração da fase ativa do trabalho de parto.

BRÜGGEMANN et al (2009) analisaram a série histórica (1996-2005) de um hospital universitário e relataram a porcentagem de partos verticais era 5,4%, em 1996 e passou a 52,3%, em 2005. A variação média anual dos partos verticais foi de +20,8% ( $p=0,007$ ) e dos partos horizontais de -15,2% ( $p<0,001$ ). Os partos cesáreos apresentaram tendência de estabilidade. Houve diminuição no número de recém-nascidos internados na unidade de

terapia intensiva neonatal de 6,1% ao ano. ( $p=0,001$ ). Concluíram que o aumento de partos verticais em relação aos demais está em consonância com as evidências científicas e recomendações da OMS.

No CPN SM: 66,5% (2007) e 69,5% (2014), das mulheres com cesariana prévia evoluíram para parto normal. Não existem muitos estudos dos CPN brasileiros com indicadores sistematizados de mulheres com antecedente obstétrico de cesariana prévia e que evoluíram para parto normal. OSAVA et al (2011) realizaram estudo transversal com análise de 2.441 prontuários de um centro de parto normal intra hospitalar em São Paulo, 283 mulheres tinham registro de cesariana prévia, o que correspondeu a 11,8% do total dos casos, semelhante ao encontrado no CPN SM, 12,7% (2007) e 10,6% (2014).

DODD et al (2014) em revisão sistemática revelou, não existirem estudos randomizados para se avaliar as evidências dos benefícios ou prejuízos do parto normal após cesariana. Assim ensaios clínicos controlados são necessários para fornecer a evidência mais confiável sobre os benefícios e prejuízos da repetição de cesariana eletiva ou do parto vaginal para as mulheres com uma cesariana anterior. As taxas de sucesso para parto vaginal após cesariana variaram de 64% a 85%, enquanto a de rotura uterina foi de 0,16% a 2,1%.

No CPN SM a taxa de cesariana passou de 5,7% (2007) para 6,1% (2014). OSAVA et al (2011), estudaram um centro de parto normal intra-hospitalar de São Paulo do total de 2.441 partos a taxa de cesariana foi 14,9%. No estudo de ROCHA et al (2009) a taxa de cesariana foi de 6,8%. CAMPOS e FELIX (2007) relataram taxa de cesariana de 2,2 no CPN David Capistrano da Costa Filho.

Em todos os trabalhos a taxa de cesariana foi abaixo da preconizada pela OMS (2009) que é de 15%.

No CPN SM, os recém-nascidos apresentaram índice de Apgar ( $\geq 8$  no primeiro e quinto minuto) acima de 90%, e em 2014, o Apgar do quinto minuto chegou a 99,9%. Nos estudos consultados o Apgar  $\geq 8$  de cinco minutos foram: SCHNECK (2009) 99,9%, ROCHA et al. (2009) 98,7% e CAMPOS e LANA (2007), 98,9%. Todos os estudos avaliados são de Centros de Parto Normal.

CUNHA et al. (2004) referem que o índice de APGAR pode ser a única forma de avaliação dos bebês após o nascimento em países em desenvolvimento, pela dificuldade de exames laboratoriais, o baixo valor do escore de Apgar é útil para identificar as crianças que necessitam de

cuidados adicionais, mesmo na ausência de dados laboratoriais. Quando  $< 7$ , é sinal de alerta e atenção com o recém-nascido.

O contato pele a pele imediatamente no pós parto passou a ser mensurado em 2010. O protocolo do CPN SM recomenda que se evite intervenções desnecessárias nos cuidados ao RN de baixo risco. No ano de 2014, 50,2% dos bebês tiveram contato pele a pele por pelo menos uma hora após o nascimento. No estudo de Rocha (2009) atingiu 80%. No estudo de NAGAHAMA e SANTIAGO (2011) em maternidades convencionais da região sul do país o índice de contato pele a pele foi apenas 7%.

MOREIRA et al (2014) no Nascer no Brasil relatam que o contato pele a pele foi de 28,2%, sendo mais frequente na Região Sul (32,5%).

O contato pele a pele precoce mãe filho é o quarto passo nos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" da OMS/UNICEF (1992). "Colocar os bebês em contato direto com a mãe logo após o parto por pelo menos uma hora e incentivar a mãe a identificar se o bebê está pronto para ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário".

A OMS preconiza que o contato pele a pele mãe-filho deve ocorrer imediatamente após o nascimento, ser contínuo, prolongado para todas as mães e filhos saudáveis. Tal contato, propicia que mãe e filho entrem em sintonia única; estabiliza os batimentos cardíacos e respiração da criança;

reduz o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe.

A OMS (1996) recomenda que em quase todas as situações, a assistência ao RN normal, consiste apenas em enxugá-lo, aquecê-lo, avaliá-lo e entregá-lo à mãe para o contato pele a pele precoce. Todos os procedimentos com o bebê, como realizar medidas antropométricas, administrar vitamina K, colírio de nitrato de prata, entre outros, devem ser realizados após contato da mãe com seu filho.

A promoção do contato pele a pele entre mãe e filho tem sido objeto de trabalhos científicos que comprovam que esta prática traz benefícios fisiológicos e psicossociais, tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido. (CRUZ, 2007) e (ALMEIDA, 2004)

Após o nascimento, o recém-nascido passa por uma fase denominada *inatividade alerta*, com duração média de quarenta minutos, na qual se preconiza a redução de procedimentos de rotina, principalmente em recém-nascido de baixo risco. Nesta fase, o contato mãe e filho deve ser proporcionado, por tratar-se de um período de alerta que serve para o conhecimento do corpo da mãe pelo bebê. (CRUZ et al, 2007)

ALMEIDA e MARTINS FILHO (2004) ressaltam que é necessário que os profissionais respeitem o momento de encontro da mãe com seu filho para que o contato pele a pele aconteça nos primeiros minutos de vida.

Ainda os profissionais de saúde não permitem que o contato pele a pele ocorra por pelo menos uma hora. A duração média foi de quarenta



minutos. Demonstrando um distanciamento entre o modelo proposto e as práticas atuais consolidadas no cotidiano. (MATOS et al, 2010)

A revisão MOORE et al (2012) de 34 ensaios clínicos randomizados que compararam o contato pele a pele precoce com os cuidados hospitalares usuais. Concluíram que os bebês expostos precocemente ao contato pele a pele interagiram mais com suas mães e choraram menos do que os bebês que receberam cuidados hospitalares usuais. As mães que tiveram contato precoce pele a pele com seus bebês eram mais propensas a amamentar nos primeiros quatro meses e por mais tempo. Houve variação entre os estudos na forma de implementar a intervenção, incluindo o momento exato depois do nascimento quando o contato pele a pele foi iniciado e sua duração, e também na forma de medir os desfechos. Não foi relatado nenhum desfecho claramente negativo associado ao contato pele a pele.

Em seu estudo GEORGETTI (2009) já mostrava bons resultados referentes à amamentação na primeira meia hora de vida no CPN SM, 70,6% (2006), que passou a 85,5% (2007) e 95,6%, em 2014. ( $p=0,000$ ). O CPN SM apresentou os melhores índices de amamentação comparado aos de outros estudos nacionais.

A OMS (1996) recomenda que todos os bebês sejam alimentados exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade.

VENÂNCIO (2010) Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno no Brasil que abordou 34.366 crianças verificou que 67,7% delas mamaram na primeira hora de vida.

A proteção para amamentação ocorre na primeira hora após nascimento associado ao parto normal, o peso adequado do bebê e receber ajuda para a amamentação na hora do parto, facilitam o contato do bebê com o peito da mãe. A prevalência da amamentação na primeira hora, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Amigo da Criança desde o ano de 1998, foi de 43,9% (n=177), sendo 65,3% após parto normal. (PEREIRA et al, 2013)

Na pesquisa Nascer no Brasil os resultados das práticas na atenção hospitalar ao recém-nascido saudável. O contato pele a pele da mãe com o recém-nascido logo após o nascimento foi mais frequente na Região Sul (32,5%), assim como a oferta do seio materno na sala de parto (22,4%). Porém, as proporções de oferta do seio na sala de parto ainda são baixas em todas as regiões do Brasil (16,1%), sendo a menor proporção encontrada na Região Nordeste (11,5%). Nos hospitais com o título Amigo da Criança, a proporção foi significativamente maior, mas ainda baixa (24%). Amamentação na primeira hora de vida no Brasil foi 44,5%. (MOREIRA et al, 2014).

**Quadro 9. Síntese de estudos sobre atenção ao parto e nascimento: ano, autor, período do estudo, resultados selecionados com outros CPN.**

|   |                                      |                                 | <b>Centro de parto intra hospitalar: uma estratégia para humanização na assistência ao parto.</b> |      | Repercussões da implantação de um centro de parto normal sobre a saúde do recém-nascido: uma experiência em hospital público | Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital - São Paulo (SP) | O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto | Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|---|------|--|---|--|---|
|   |                                      |                                 | 2015  |      | 2009   | 2009  | 2009   | 2007  |
| Autor   |                                      |                                 | Karin F.Silveira  |      | Jairo A. Georgetti   | Camilla A. Schneck  | Rocha et al.   | Sibylle E. V. Campos e Francisco C. F. Lana   |
| Período do estudo   |                                      |                                 | 2007 e 2014   |      | 2006   | 2003-2006   | 2004-2005  | 2002-2003   |
| Amostra   |                                      |                                 | 1594  | 779  | 1038   | 1316  | 233  | 2117  |
| Resultados  |                                      |                                 | %   | %    | %  | %   | %  | %   |
| Caracterização da população relacionada às mulheres         | Faixa etária                         | <18 anos                        | 11  | 13   |  |   |  |   |
|   |                                      | 18 a 39 anos                    | 86,7  | 85,2 |  |   |  |   |
|   |                                      | 40 ou mais                      | 2,3   | 1,8  |  |   |  |   |
|   | Paridade                             | Primípara                       | 37,6  | 44   | 37,5   | 45,4  | 39,5   |   |
|   |                                      | Dois ou mais partos             | 62,4  | 56   | 62,5   | 54,6  |  |   |
| Cesárea Prévia  |                                      | 12,7                            | 10,6  | 13,3 |  | 9,4   |  |   |
|   |                                      | Aborto Prévio                   | 23,6  | 23,4 | 15,6   |   |  |   |
| Caracterização da população relacionada aos recém-nascidos. | Idade gestacional                    | ≤ 36 semanas                    | 1,4   | 3,6  |  |   |  |   |
|   |                                      | 37 a 40 semanas                 | 92,2  | 89,7 |  |   |  |   |
|   |                                      | ≥ 41 semanas                    | 6,3   | 6,7  |  |   |  |   |
|   | Peso                                 | < 2500                          | 3,1   | 2,7  |  | 2,6   |  |   |
|   |                                      | 2500 - 4000                     | 93,1  | 94,5 |  | 94,5  |  |   |
| >4000   |                                      | 3,8                             | 2,8   |      | 2,9  |   |  |   |
| Indicadores de Processo                                     | Acompanhante                         |                                 | 85,2  | 92,7 | 55,1   |   |  |   |
|   | Ocitocina                            |                                 | 45,8  | 42,6 | 55,2   | 23,6  | 46,3   |   |
|   | Condição do Períneo após o parto.    | Episiotomia                     | 23,7  | 19,3 | 37,3   | 25,7  | 35   |   |
|   |                                      | Íntegro ou com laceração I grau | 93,4  | 95,4 |  | 66,8  |  |   |
|   |                                      | Laceração II grau               | 6,4   | 4,1  |  | 7,5   |  |   |
|   |                                      | Laceração III grau              | 0,2   | 0,5  |  |   |  |   |
|   |                                      |                                 | Laceração IV grau   | 0,0  | 0,0  |   |  |   |
| Posição no parto:   | Litotômica                           | 12,1                            | 21,1  | 23,9 |  | 0,0   |  |   |
|   | Vertical                             | 85,3                            | 73,6  | 73,1 |  | 65  |  |   |
| Indicadores de Resultados                                   | Taxa de transferência CPN/CO         |                                 | 8,5   | 9,9  |  |   |  | 11,4  |
|   | Taxa de cesariana do CPN             |                                 | 5,7   | 6,1  |  |   | 6,8  | 2,2   |
|   | %Parto Normal após cesariana prévia. |                                 | 66,5  | 69,5 |  |   |  |   |
|   | Apgar 1º minuto ≥ 8                  |                                 | 94,9  | 96,4 | 95,0   | 99,6  | 95,3   | 95,8  |
|   | Apgar 5º minuto ≥ 8                  |                                 | 99,4  | 99,9 | 98,9   | 99,9  | 98,7   | 98,9  |
|   | Contato pele a pele                  |                                 | NA  | 50,2 |  |   | 80   |   |
| Amamentação   |                                      | 85,5                            | 95,6  | 70,6 |  |   |  |   |

**Quadro 10. Síntese de estudos sobre atenção ao parto e nascimento: ano, autor, período do estudo e resultados selecionados.**

|   |  |                                 | <b>Centro de parto intra hospitalar: uma estratégia para humanização na assistência ao parto.</b> |      | Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento<br>Nascer no Brasil | Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil | Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal       |
|---|--|---------------------------------|---|------|---|---|---|
|   |  |                                 | 2015  |      | 2014  | 2011  | 2011  |
| Autor   |  |                                 | Karin Fátima Silveira.  |      | Maria do Carmo Leal e Silvana G. Nogueira da Gama.              | Elizabeth Eriko Ishida Nagahama e Silvia Maria Santiago   | Margareth R. P. Giglio; Elisabeth França e Joel A.Lamounie. |
| Período do estudo   |  |                                 | 2007 e 2014   |      | 2011-2012   | 2005-2006   | 2007  |
| Amostra   |  |                                 | 1594  | 779  | 23.894  | 569   | 404   |
| Resultados  |  |                                 | %   | %    | %   | %   | %   |
| Caracterização da população relacionada às mulheres.        | Faixa etária                                 | <18 anos                        | 11  | 13   |   |   |   |
|   |  | 18 a 39 anos                    | 86,7  | 85,2 |   |   |   |
|   |  | 40 ou mais                      | 2,3   | 1,8  |   |   |   |
|   | Paridade                                     | Primípara                       | 37,6  | 44   | 28,9  |   |   |
|   |  | Partos anteriores               | 62,4  | 56   |   |   |   |
|   |  | Cesárea Prévia                  | 12,7  | 10,6 |   |   |   |
| Aborto Prévio   |  | 23,6                            | 23,4  |      |   |   |   |
| Caracterização da população relacionada aos recém-nascidos. | Idade gestacional                            | ≤ 36 semanas                    | 1,4   | 3,6  |   | 16,7  |   |
|   |  | 37 a 40 semanas                 | 92,2  | 89,7 |   |   |   |
|   |  | ≥ 41 semanas                    | 6,3   | 6,7  |   |   |   |
|   | Peso   | < 2500                          | 3,1   | 2,7  |   |   |   |
|   |  | 2500 - 4000                     | 93,1  | 94,5 |   |   |   |
|   |  | >4000                           | 3,8   | 2,8  |   |   |   |
| Indicadores de Processo                                     | Acompanhante em todos os momentos (contínuo) |                                 | 85,2  | 92,7 | 18,8  | 1,4   | 19,5  |
|   | Ocitocina                                    |                                 | 45,8  | 42,6 | 38,2  |   | 53,5  |
|   | Condição do Períneo após o parto.            | Episiotomia                     | 23,7  | 19,3 | 56,1  |   | 70,1  |
|   |  | Íntegro ou com laceração I grau | 93,4  | 95,4 |   |   |   |
|   |  | Laceração II grau               | 6,4   | 4,1  |   |   |   |
|   |  | Laceração III grau              | 0,2   | 0,5  |   |   |   |
|   | Posição no parto:                            | Litotômica                      | 12,1  | 21,1 | 91,7  |   | 100   |
| Vertical  |  | 85,3                            | 73,6  |      |   | 0,0   |   |
| Indicadores de Resultados                                   | Taxa de transferência CPN/CO                 |                                 | 8,5   | 9,9  |   |   |   |
|   | Taxa de cesariana                            |                                 | 5,7   | 6,1  | 52  | 52  |   |
|   | %Parto Normal após cesariana prévia.         |                                 | 66,5  | 69,5 |   |   |   |
|   | Apgar 1º minuto ≥ 7                          |                                 | 94,9  | 96,4 |   |   | 87,1  |
|   | Apgar 5º minuto ≥ 7                          |                                 | 99,4  | 99,9 |   | 99,5  | 98  |
|   | Contato pele a pele                          |                                 | NA  | 50,2 | 28,2  | 7,0   | 11,6 (30 min)   |
|   | Amamentação                                  |                                 | 85,5  | 95,6 | 44,5  |   |   |

## 7. CONCLUSÃO

Podemos concluir em relação aos indicadores de estrutura que o CPN SM, desde a sua implantação, encontra-se dentro das exigências da legislação brasileira vigente e se manteve dentro de parâmetros satisfatórios nos dois períodos da pesquisa.

O CPN SM proporciona à mulher um espaço físico privativo, dentro da suíte de parto, com o acompanhante de sua escolha que participa ativamente de todo o processo do nascimento. O principal acompanhante de escolha da mulher foi seu parceiro nos dois períodos.

Em 2014 houve diminuição do uso de ocitocina, muito embora ainda se considere uma elevada frequência de utilização quando comparada às boas práticas na atenção ao parto. Observamos que este indicador necessita ser revisado já que muitas das parturientes são transferidas do CO com a indução medicamentosa em andamento, já prescrita pelo médico.

Apesar do índice de episiotomia ter apresentado importante redução em 2014, ainda não atingimos o preconizado pela OMS, denotando a necessidade de intervenção educativa junto à equipe. A posição do parto foi outro indicador que merece atenção. Houve um incremento da posição litotômica em detrimento da posição vertical, o que denota a necessidade de reavaliação pela equipe dos processos de trabalho relacionados à posição do parto, planejamento de novas estratégias e proposição de metas de partos em posição não-litotômica.

Os indicadores de resultados de qualidade da assistência ao parto também foram mais satisfatórios em 2014. Os bebês nasceram vigorosos, o índice de APGAR no quinto minuto  $\geq 8$  chega a 99,9% dos nascimentos em 2014. O contato pele a pele imediatamente após o nascimento ocorreu em 50,3% em 2014. Embora considerado um ótimo índice quando comparado com a literatura, ainda pode ser melhorado à medida que os recém-nascidos sofram menos intervenções no nascimento. O CPN SM apresenta um índice marcante de bebês que são amamentados na primeira meia hora de vida, chegando a atingir 95,6% dos nascimentos em 2014.

Tais indicadores refletem que as mulheres atendidas no CPN SM resgatam seu protagonismo durante todo o processo do parto. Aliado a isso temos a segurança de uma estrutura hospitalar que oferece condições de atendimento imediato, caso ocorra alguma intercorrência obstétrica com necessidade de transferência para o CO.

Houve melhora da maioria dos indicadores analisados, reforçando que a prática da assistência ao parto dentro de um modelo de um centro de parto natural intra-hospitalar contribui para resultados favoráveis maternos e neonatais, contribuindo principalmente no que se refere à redução da mortalidade e morbidade.

O estudo de um centro de parto natural intra-hospitalar com expressivo número de partos vaginais nele realizados (n= 16.541) desde a sua inauguração mostra a possibilidade de mudanças de paradigmas em relação à assistência ao parto proporcionando qualidade e humanização, visando minimizar as intervenções desnecessárias e, por conseguinte, manter a integridade corporal e os direitos da mulher e de sua família.

## **8. RECOMENDAÇÃO**

Disseminar os resultados encontrados neste estudo com os profissionais dos setores envolvidos, em busca de melhorias contínuas na assistência ao parto e nascimento.

Propor e discutir novas rotinas de assistência ao parto no CPN SM, principalmente para aquelas que não apresentaram boa adesão e/ou melhoria significativa como o uso de ocitocina, a episiotomia e o estímulo à posição de parto vertical.

Inserir novas variáveis no livro de parto: cor da pele da mulher, amniotomia (quando e sua indicação) e ocitocina (quando e sua indicação).

Sistematizar o preenchimento da planilha digitalizada vigente com as informações selecionadas do livro de parto, a fim de gerar um banco de dados facilmente acessível para monitoramento, seguimento e discussão com as equipes envolvidas.

Divulgar os resultados encontrados na atenção básica e na Supervisão de Saúde de São Mateus para conhecimento e discussão da assistência ao parto na região.

Propor estratégias para ampliar o empoderamento das mulheres usuárias do SUS na região de São Mateus para que façam a escolha com propriedade do tipo parto que desejam.

Criar e implantar um instrumento de avaliação qualitativa para ouvirmos as mulheres que frequentaram o CPN.



Contribuir com a implantação de novos Centros de Parto Normal intra-hospitalares por ser uma boa estratégia para garantir a humanização da assistência ao parto. Além de inclusiva, proporciona um atendimento de excelência baseado no respeito aos direitos da mulher e a sua dignidade, resgata a inserção do pai no acolhimento do bebê e se constitui em uma verdadeira reverência a vida.

Fortalecer o CPN SM como referência na prática do Parto Humanizado no Brasil.

## 9. OUTRAS CONSIDERAÇÕES

A realização do estudo junto à atividade profissional no CPN SM favoreceu que algumas intervenções já tenham se iniciado antes da finalização do mesmo.

Vimos à necessidade de inserir novas variáveis no monitoramento do CPN SM, como a indicação da episiotomia, a individualização das mulheres que iniciaram a indução com ocitocina e a execução da amniotomia no próprio CPN.

Observamos a necessidade de identificar e monitorar o motivo da internação do RN na UTI Neonatal após o parto no CPN, se esta ocorreu relacionada à assistência prestada ao parto ou por qualquer condição clínica inerente do recém-nascido.

Em 01 de dezembro de 2015, o CPN SM completou 10 anos da sua inauguração. Realizamos um encontro onde gestores e profissionais envolvidos refletiram sobre as suas práticas e algumas mulheres e seus acompanhantes foram convidados a realizar depoimentos sobre a sua experiência no CPN. O momento foi repleto de muita emoção e reafirmou que estamos no caminho certo da assistência com qualidade e segurança às mulheres que desejam um parto sem intervenções.

## 10. REFERÊNCIAS

- Almeida EA, Martins Filho J. O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. *Rev Ciên Méd.* 2004; 13(4): 381-8.
- Amorim MMR de, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina.* 2008; 36:47-54.
- Batista LE, Dias J, Silva ML, Oliveira MCG. Masculinidade e saúde: a experiência de São Mateus In: Kalckman S, Batista LE, Castro CM de, Lago, TDG do, Souza SR, organizadores. *Nascer com equidade.* São Paulo; Instituto de Saúde; 2010. p.175-202. (Temas em Saúde Coletiva, 11).
- Bio E, Bittar RE, Zugaib M. Influência da mobilidade materna na duração da fase ativa do trabalho de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(11):671-679.
- Brasil. Lei 11.108, de 07 de abril de 2005. Dispõe da obrigatoriedade da presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União.* 8 abr 2005.
- Brenes AC. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 1991 [acesso em 23 nov 2015];7(2):135-149. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X1991000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1991000200002&lng=en).
- Brüggemann OM, Knobel R, Siebert ERC, Boing AF, Andrezzo HFA. Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Rev Bras Saúde Mater Infant* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 21 dez 2015];9(2):189-196. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-38292009000200008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000200008&lng=en).

Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Rev Saúde Pública. 2007; 41(1):44-52.

Brüggemann OM, Parpinelli MA, Osis MJD. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto / parto: uma revisão da literatura. Cad Saúde Pública. 2005; 21(5):1316-1327.

Cabrera DJ. Realidad y expectativa en torno a la atención Del parto em Chile. Renacer Del parto natural. Rev Chil.Obstet Ginecol. 2003; 68(1):65-67.

Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2007 [acesso em 19 dez 2015]; 23(6):1349-1359. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000600010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000600010&lng=en).

Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1 Artigo Nº CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub2.

Christóforo FFM. Dois olhares na assistência humanizada ao parto: vivência de mulheres e opinião de profissionais de saúde [dissertação de mestrado]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Clark SL, Simpson KR, Knox GE, Garite TJ. Oxytocin: new perspectives on an old drug. Am J Obstet Gynecol. 2009; 200:35.e1-6.

Cruz DCS, Sumam NS, Spíndola T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(4):690-7.

Cunha AA, Fernandes DS, Melo PF, Guedes MH. Fatores associados à asfixia perinatal. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2004;26(10):799-805.

Diniz CSG, Chacham AS. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva.* 2006; I(1):80-91.

Diniz CSG, d'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Schneck CA. et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 15 dez 2015];30( Suppl 1 ): S140-S153. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300020&lng=en).

Diniz CSG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também). São Paulo:UNESP; 2004.

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidade e limites da humanização da assistência ao parto [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 2001.

Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2005;10(3):627-637.

Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 12. Art. No.: CD004906. DOI: 10.1002/14651858.CD004906.pub4

Donabedian,A. Evaluating the Quality of medical Care. *MilbankMem FundQ.* 44:166,Part 2,1966.

Donabedian,A. The Quality of medical Care: a concept in search of a definition. *J Fam Practic.* 1979;3(9):277-284,1979.

Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. *Rev Latino-Am Enfermagem* [periódico na internet]. 2009 [acesso em 20 dez 2015];17(2):153-159. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200003&lng=en).

Georgetti J A. Repercussões da implantação de um centro de parto normal sobre a saúde do recém-nascido: uma experiência em hospital público [dissertação de mestrado]. São Paulo:Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2009.

Giglio MRP, França E, Lamounier JA. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal. *Rev Bras Ginecol Obstet* [periódico na internet]. 2011[acesso em 19 dez 2015];33(10):297-304. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032011001000005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001000005&lng=en).<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032011001000005>.

Gupta JK, Nikodem VC. Maternal posture in labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2000; 92: 273-77.

Gupta JK, Nikodem VC. Women's position during second stage of labor. *Cochrane Database System Review* 2000, Issue 2, Artigo nº CD002006.

Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional setting for birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Art. No.: CD000012. DOI: 10.1002/14651858.CD000012.pub2.

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database System Review* 2011, Issue 2, Artigo nº CD003766.

Institute for Safe Medication Practices. ISMP's list of high-alert medications. Huntingdon Valley (PA): ISMP; 2012 [acesso em 18 nov 2015]. Disponível em: <http://www.ismp.org/Tools/highalertmedications.pdf>.

Kalckmann S, Batista, LE, Castro, CM, Lago, TG, Souza SR, organizadores. Nascer com equidade. São Paulo; Instituto de Saúde; 2010. 375 p. (Temas em Saúde Coletiva, 11).

Lago TDG, Lima LP. Assistência à gestação, ao parto e ao puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. In: Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006 [monografia na internet]. Brasília (DF); 2009 [acesso em 15 dez 2015];cap. 8, p. 151-68. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)

Leal do Carmo M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, et al. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health* 2012; 9:15.

Leal do Carmo M, Gama SGN da. Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2014 [acesso em 10 dez 2015];30(Suppl 1): S5-S5. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-11X2014001300001&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2014001300001&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-11XED01S114>

Lewis L, Webster J, Carter A , McVeigh C, Devenish-Meares P. Maternal positions and mobility during first stage of labour (Protocol). *The Cochrane Library*, 4: 1-6. doi:10.1002/14651858.CD003934

Lobo SF, Oliveira SMJV de, Schneck CA, Silva FMB da, Bonadio IC, Riesco ML G. Resultados maternos e neonatais em Centro de Parto Normal perihospitalar na cidade de São Paulo, Brasil. *Rev esc enferm USP* [periódico na internet]. 2010 [acesso em 21 dez 2015]; 44(3):812-818. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-)

62342010000300037&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000300037>.

Lyra J, Medrado B, Azevedo M, Valente M. A importância do homem na humanização do parto: reflexões e ações pelo direito de ser acompanhante. In: Kalckmann S, Batista LE, Castro CMC, Lago, TDG do, Souza SR, organizadores. Nascer com equidade. São Paulo; Instituto de Saúde; 2010. p.155-174. (Temas em Saúde Coletiva, 11).

Matos TA, Souza MS de, Santos EKA dos, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. Rev bras enferm [periódico na internet]. 2010[ acesso em 21 dez 2015];63(6):998-1004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000600020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000600020>.

Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2007;29(1):1-2

Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento. Brasília (DF); 2014. 465 p. (Cadernos HumanizaSUS, 4).

Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília (DF); 2009.

Ministério da Saúde. Portaria n. 904, de 29 de maio de 2013. Estabelece diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Diário Oficial da União. 30 maio 2013.



Ministério da Saúde. Portaria n.1459/GM, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, 25 jun 2011.

Ministério da Saúde. Portaria n.2815/GM, de 29 de maio de 1998. Diário Oficial da União, 2 jun 1998.

Ministério da Saúde. Portaria n.399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, 23 fev 2006; Seção 1, p.47-51

Ministério da Saúde. Portaria n.569/GM, de 01 de junho de 2000. Diário Oficial da União, 8 jun 200; Seção 1, p.4-6.

Ministério da Saúde. Portaria n.985 GM/MS, de 05 de agosto de 1999. Diário Oficial da União, 6 ago 1999.

Ministério da Saúde. Resolução RDC N° 36, de 3 de junho de 2008. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Diário Oficial da União. 4 jun 2008; Seção 1, p.50-52

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2.ed. Brasília (DF); 2008. 44p. (Série B. Textos básicos de saúde)

Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5. Art. No.: CD003519. DOI: 10.1002/14651858.CD003519.pub3.

Moreira KAP, Araújo MAM, Queiroz MVO, Jorge MSB; Freitas CHA. A humanização no parto: um estudo bibliográfico. Online braz J Nurs [periódico na internet]; 5(3), 2006. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing>

Moreira MEL, Gama SGN da, Pereira APE, Silva AAM da, Lansky S, Pinheiro R S, et al. Práticas de atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2014 [acesso em 22 dez 2015];30( Suppl.1):S128-S139. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300019&lng=pt). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00145213>.

Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. Rev Bras Saude Mater Infant. [periódico na internet]. 2011[acesso em 15 dez 2015];11(4):415-425. Disponível em: [http://www.scilo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-8292011000400008&lng=en](http://www.scilo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-8292011000400008&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000400008>.

Observatório Cidadão [homepage na internet]. São Paulo [acesso em 21 de janeiro 2016]. Disponível em: <http://www.nossasaopaulo.org.br/observatorio/index.php>

Odent M. A Cesariana. São José, SC:Saint Germain;2004. (Coleção Humanização do Nascimento).

Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Rev Enferm USP. 2002; 36(2):133-40.

Organização Mundial de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2000.

Organização Mundial de Saúde. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.

Orsi E, Chor D, Giffin K, Tuesta AA, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública. 2005; 39(4):645-654.

Osava RH, Silva FMB da, Tuesta EF, Oliveira SMJV de, Amaral MCE do. Caracterização das cesarianas em centro de parto normal. Rev Saúde Pública [periódico na internet]. 2011 [acesso em 20 dez 2015];45( 6 ):1036-1043. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600005&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000600005>.

Pereira CRVR, Fonseca VM, Oliveira MIC de, Souza IEO, Mello RR de. Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida. Rev bras epidemiol. [periódico na internet]. 2013 [acesso em 22 dez 2015];16( 2):525-534. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2013000200525&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000200525&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200026>.

Prefeitura de São Paulo. Lei nº 15894, de 8 de novembro de 2013. Institui o Plano Municipal para a humanização do Parto, dispõe sobre a administração de analgesia em partos naturais de gestantes da Cidade de São Paulo, e dá outras providências. Diário Oficial da Cidade de São Paulo. 9 nov 2013, p.1.

Rance S, McCourt C, Rayment J, Mackintosh N, Carter W, Watson K, et al. Women's safety alerts in maternity care: is speaking up enough? BMJ Qual Saf 2013; 22:348-55.

Rattner, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. Rev Comunicação Saúde Educação. 2009;13(1):759-68.

Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento - REHUNA. Carta de Campinas. 1993. (Mimeo)

Riesco MLG, Oliveira SMJV de, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB da, Diniz C SG, et al . Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica. Rev esc enferm USP [periódico na internet].2009 [acesso em 10 dez 2015];43(spe2):1297-1302. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000600026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600026&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600026>

Rocha IMS, Oliveira SMJV de, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC da. O Partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. Rev esc enferm USP [periódico na internet]. 2009 [acesso em 15 dez 15] ;43( 4 ): 880-888. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342009000400020&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000400020&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000400020>.

São Paulo (Estado). Lei número 15.759 de 25 de março de 2015. Assegura o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde do Estado e dá outras providências, de 25 de março de 2015. Diário Oficial do Estado de São Paulo. 26 março 2015; Seção I, p.1

Schneck CA. Estudo comparativo dos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital - São Paulo (SP) [tese de doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2009.

Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Política Estadual de Humanização- PEH. São Paulo: Núcleo Técnico de Humanização; 2012.

Silveira KF, Oliveira MCG, Silva RJ, Martins TS. As mudanças de paradigma na assistência ao parto no SUS: a experiência no Hospital Geral de São Mateus. In: Kalckmann S, Batista LE, Castro CM, Lago TDG do, Souza SR de, organizadores. Nascer com equidade. São Paulo; Instituto de Saúde; 2010. p. 73-110 (Temas em Saúde Coletiva, 11).

Tanaka ACA. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.

UNICEF Brasil [homepage na internet]. São Paulo [acesso em 28 de janeiro 2016]. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm)

Venancio S I, Escuder MML, Saldiva SRDM, Giugliani ERJ. A prática do aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal: situação atual e avanços. J Pediatr. (RJ) [periódico na internet]. 2010 [ acesso em 22 dez 2015]; 86(4):317-324. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000400012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-5572010000400012>.

World Health Organization - WHO. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Section 2. Strengthening and sustaining the baby-friendly hospital initiative: a course for decision-makers. Geneva; 2009.

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1

#### Recomendações da Organização Mundial da Saúde

**Práticas que são demonstradamente uteis e que devem ser estimuladas**

| <b>WHO</b>  |
|---|
| 1-Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/ companheiro e, se aplicável, a sua família        |
| 2-Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto |
| 3- Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento  |
| 4-Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto  |
| 5-Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações  |
| 6-Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante   |
| 7-Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto   |
| 8-Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto   |
| <b>9-Respeito à escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto</b>  |
| 10-Fornecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem  |
| 11-Métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto  |
| 12-Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente  |
| 13-Uso de materiais descartáveis apenas uma vez e descontaminação   |

|   |
|---|
| adequada de materiais reutilizáveis durante todo o trabalho de parto e parto  |
| 14- Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta   |
| 15- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto  |
| 16- Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto  |
| 17- Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS  |
| 18-Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue |
| 19- Condições estéreis ao cortar o cordão   |
| 20-Prevenir hipotermia do bebê  |
| 21-Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno                    |
| 22-Examinar rotineiramente a placenta e as membranas ovulares   |

### Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

| WHO  |
|--|
| 1-Usos rotineiros de enema   |
| 2-Usos rotineiros de tricotomia  |
| 3-Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto   |
| 4-Cateterização venosa profilática de rotina   |
| 5-Usos rotineiros da posição supina durante o trabalho de parto  |
| 6-Exame retal  |
| 7-Usos de pelvimetria por raios-X  |
| 8-Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permita controlar seus efeitos |
| 9-Usos rotineiros da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto e parto                  |
| 10-Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto   |

|   |
|---|
| 11-Massagens e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto              |
| 12-Uso de Comprimidos orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar Hemorragias |
| 13-Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto     |
| 14-Lavagem rotineira do útero depois do parto   |
| 15-Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto                               |

**Práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma encomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela ate que mais pesquisas esclareçam a questão.**

|   |
|---|
| <b>WHO</b>  |
| 1- Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervos. |
| 2-Amniotomia precoce de rotina (romper a bolsa d'água) no primeiro estágio do trabalho de parto                             |
| 3-Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e Parto  |
| 4-Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto                              |
| 5-Manipulação ativa do feto no momento de nascimento  |
| 6-Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão ou sua combinação durante o terceiro estágio do trabalho de parto |
| 7-Clampeamento precoce do cordão umbilical  |
| 8-Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante o terceiro estágio do parto-dequitação                    |



### Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado?

| WHO  |
|--|
| 1-Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto  |
| 2-Controle da dor por agentes sistêmicos   |
| 3-Controle da dor por analgesia peridural  |
| 4-Monitoramento eletrônico fetal   |
| 5-Utilização de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao parto  |
| 6-Exames vaginais repetidos e freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviços   |
| 7-Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina   |
| 8-Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto   |
| 9-Cateterização da bexiga  |
| 10-Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário  |
| 11-Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto |
| 12-Parto operatório  |
| 13-Uso liberal ou rotineiro de episiotomia   |
| 14-Exploração manual do útero depois do parto  |

## **ANEXO 2**

### **Atribuições dos profissionais que prestam assistência no CPN**

#### **Atribuições dos Responsáveis Técnicos**

Os supervisores técnicos estão diretamente subordinados aos Diretores de Divisão de cada área (Médica, Enfermagem, Apoio Clínico).

Cada equipe de profissionais deverá estar diretamente subordinada a um profissional de sua categoria e especialização. Com isto haverá menos atrito entre as equipes e maior colaboração. Cabe aos responsáveis técnicos:

- Coordenar, planejar, organizar e supervisionar a equipe,
- Apresentar as atribuições do profissional no momento da admissão do serviço,
- Apresentar-se aos colegas e aos responsáveis técnicos das outras equipes,
- Elaborar protocolos específicos de sua categoria e participar na elaboração de protocolos com responsáveis técnicos de outras equipes,
- Solicitar de sua equipe postura ética na assistência,
- Coordenar as atividades de assistência sob sua responsabilidade,
- Elaborar relatórios solicitados,
- Participar de comitês/comissões afins

## Atribuições do Médico Obstetra

**O Médico Obstetra está diretamente subordinado ao Supervisor Médico da Ginecologia Obstetrícia.**

- Responsabilidade, assiduidade e compromisso com o seu setor de trabalho,
- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multidisciplinar,
- Internação e alta são atos médico exclusivo,
- Atendimento **individualizado** à gestante e acompanhante durante consulta médica no consultório de ginecologia e obstetrícia,
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao seu acompanhante,
- Respeitar todas as pacientes e acompanhantes,
- Tratar respeitosamente toda a equipe multidisciplinar,
- Ter bom relacionamento com a equipe de enfermagem, médica (GO e neonatologista) e de todo o hospital,
- Preenchimento adequado de todos os impressos necessários para internação e acompanhamento do trabalho de parto, bem como, descrição do parto normal, cesárea e outros procedimentos,
- Zelar pelos equipamentos do setor,
- Diagnosticar patologias clínico-obstétrica e/ou distócias do trabalho de parto, nas admissões da gestante, com indicação das condutas pertinentes, iniciando com medidas menos intervencionistas, medicalizar os casos gradativamente, na medida da necessidade e utilizar técnicas medicamentosas e cirúrgicas reconhecidas disponíveis,
- Encaminhar gestante em trabalho de parto com vias ao parto normal ao Centro de Parto Natural e acompanhar os partos de alto risco.
- Seguir o protocolo de atendimento médico obstétrico,

- Atender prontamente as solicitações da enfermeira obstetra para avaliação das distócias detectadas nos trabalhos de parto, com discussão em equipe e imediata anotação no partograma dos diagnósticos realizados,
- Acompanhar, especialmente, as clientes internadas com diagnóstico de patologias clínico obstétrica ou com trabalhos de parto patológicos e preencher o partograma conjuntamente com a enfermeira obstetra,
- Prescrever os medicamentos e as condutas médicas do puerpério imediato dos casos patológicos,
- Sugerir novos métodos operacionais para melhoria do desempenho na assistência médica,
- Participar de reuniões que forem de iniciativa das chefias e de programas de treinamento em serviço,
- Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas do CPN e do hospital como um todo.

### **Atribuições da Enfermeira Obstetra**

**A Enfermeira Obstetra está diretamente subordinada a Supervisora de Enfermagem do setor.**

- Responsabilidade, assiduidade e compromisso com o seu setor de trabalho,
- Manter harmonia com todos os membros da equipe multiprofissional,
- Planejar, dirigir, controlar e avaliar as atividades de enfermagem prestadas à gestante, durante o período em que estiver no CPN,
- Delegar parte das funções, porém, responder diretamente pelos resultados desse ato,
- Ser responsável por todos os materiais e equipamentos do setor durante o seu período de trabalho,
- Assegurar a utilização correta do material e equipamento da área,

- Colaborar com os colegas de outros setores,
- Ter bom relacionamento com a equipe médica (GO e neonatologista), de enfermagem e de todo os hospital,
- Nunca deixar a unidade sem enfermeira obstetra,
- Proceder à passagem de plantão junto da mulher, com prontuário em mãos,
- Supervisionar os registros das atividades e ocorrências,
- Realizar a distribuição da equipe de enfermagem e controlar a execução dos programas de trabalho de parto,
- Realizar avaliação de desempenho da equipe,
- Sugerir novos métodos operacionais para melhoria do desempenho na assistência de enfermagem,
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à cliente e ao acompanhante,
- Dar boas vindas a todas as clientes admitidas no setor,
- Realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE),
- Abrir e finalizar o partograma, com linha de alerta e ação, para todas as mulheres com verdadeiro trabalho de parto,
- Identificar distócias diagnosticadas pelo partograma, a partir da linha de ação,
- Solicitar avaliação do médico obstetra, na presença de distócias, de alteração do quadro clínico materno e alterações fetais,
- Verificar padrão de contração uterina e dos batimentos cardíacos fetais de uma em uma hora,
- Auscultar os batimentos cardíacos fetais a cada 30 min., em parturientes no final do trabalho de parto,
- Realizar prescrição interativa com a parturiente, de medidas de conforto,
- Rever as medidas de conforto e as condições da parturiente de uma em uma hora, utilizando o partograma com condutas humanizadas,

- Orientar a mulher e seu acompanhante a respeito do trabalho de parto,
- Conduzir o trabalho de parto conforme protocolo e prescrição médica,
- Realizar amnioscopia sempre que houver dúvida em relação ao aspecto da cor do líquido amniótico,
- Conduzir trabalho de parto com ocitócito somente nos casos em que já foram tentados todos os métodos alternativos,
- Prescrever medicamentos e condutas de enfermagem no trabalho de parto, parto e no puerpério normal (de acordo com protocolo),
- Estabelecer relacionamento amistoso com a parturiente, envolvendo o acompanhante no trabalho de parto,
- Explicar a parturiente a importância das contrações para ela e para o feto,
- Esclarecer e ajudar à parturiente na escolha da posição de parto,
- Utilizar procedimento de episiotomia de forma seletiva,
- Utilizar Equipamento de Proteção Individual (EPI), necessário para assistência ao parto,
- Promover contato pele a pele e o aleitamento materno conforme os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança,
- Solicitar ao médico obstetra para realizar a prescrição nos casos de puérperas patológicas,
- Registrar o parto no livro de nascimento com todos os itens propostos
- Participar de reuniões que forem de iniciativa das chefias e de programas de treinamento em serviço,
- Participar dos grupos de visita de gestante ao hospital e os de aleitamento materno,
- Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas do CPN e do hospital como um todo.

## **Atribuições do Médico Neonatologista**

**O Médico Neonatologista está diretamente subordinado ao Supervisor Médico da Unidade de Neonatologia.**

- Responsabilidade, assiduidade e compromisso com o seu setor de trabalho,
- Trabalhar de forma harmoniosa com todos os membros da equipe multiprofissional,
- Dirigir-se a equipe obstétrica para conhecimento das gestantes em trabalho de parto,
- Apresentar-se nominalmente e profissionalmente à gestante e seu acompanhante de escolha,
- Conhecer o nome do acompanhante, da mulher e de seu filho(a), e a partir deste momento, dirigir-se a eles nominalmente,
- Conhecer as condições maternas a fim de detectar sinais de alerta,
- Conhecer as condições do período intraparto, juntamente com a equipe obstétrica, através do partograma humanizado,
- Deverá estar presente em todo o nascimento,
- Proporcionar um ambiente aconchegante, tranqüilo e favorável para o nascimento,
- Observar o clampeamento do cordão umbilical (realizado pela enfermeira obstetra ou acompanhante com a supervisão da enfermeira após o nascimento),
- Caso o recém-nascido nasça vigoroso, permitir e promover o apego, permitir contato pele-a-pele logo após o nascimento e manter observação da FC, esforço respiratório e cor.
- Qualificar condições de nascimento (Boletim de Apgar)
- Utilizar-se de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), necessários para a assistência ao recém-nascido,

- Intervir, somente se necessário,
- Realizar exame físico detalhado e pesar “sob” o olhar da mãe e de seu acompanhante, após a primeira hora do contato pele a pele,
- Prestar cuidados com o cordão umbilical, profilaxia da oftalmia e doença hemorrágica do recém-nascido,
- Solicitar coleta de sangue do cordão umbilical para tipagem sanguínea, fator Rh, VDRL e teste antiglobulina direto,
- Promover o aleitamento materno na primeira meia hora de vida,
- Dirigir-se aos pais explicando de forma clara as condições do recém-nascido,
- Retornar a equipe obstétrica informações sobre as condições de nascimento e de saúde do recém-nascido (integração assistencial),
- Prescrever os cuidados necessários,
- Encaminhar a unidade de internação, conforme as condições clínicas: Alojamento Conjunto ou Unidade Neonatal,
- Realizar acompanhamento diário do estado de saúde do recém-nascido com manejo, apoio e promoção ao aleitamento materno, até a alta hospitalar.
- Zelar pelos equipamentos do setor,
- Sugerir novos métodos operacionais para melhoria do desempenho na assistência médica neonatal,
- Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas do CPN e do hospital como um todo.

### **Atribuições do Auxiliar de Enfermagem**

#### **Está diretamente subordinado à enfermeira obstetra do setor**

- Responsabilidade, assiduidade e compromisso com o seu setor de trabalho,



- Colaborar com os colegas do setor e de outros setores, caso seja solicitado,
- Ter bom relacionamento com a equipe, enfermeiros, médicos e todos os profissionais que atuam no setor,
- Proceder à passagem de plantão com a enfermeira e equipe do setor, junto à paciente,
- Assegurar a utilização correta do material e equipamento da área,
- Zelar pela manutenção da ordem e limpeza,
- Manter controle de uso do material necessário ao desempenho das atividades do CPN,
- Dar ao material e tratamento cabível, quanto à limpeza, guarda e conservação,
- Apresentar-se nominalmente para a gestante e seu acompanhante,
- Dar boas vindas a todas as clientes admitidas no setor,
- Receber a gestante na unidade junto dos componentes do prontuário,
- Prestar assistência de enfermagem durante o trabalho de parto, parto e puerpério imediato, segundo planejamento e orientação feito pela enfermeira,
- Exercer função de circulante de sala durante o parto,
- Comunicar ao neonatologista o momento para estar na sala de parto, após solicitação da enfermeira obstetra ou médico GO,
- Administrar medicamentos prescritos e executar tratamentos que lhes são designados,
- Participar de procedimentos habituais e de emergência,
- Realizar anotações de enfermagem em impressos específicos,
- Atender a parturiente em suas necessidades durante a permanência no CPN,
- Colaborar com a enfermeira na identificação dos problemas da gestante durante e após o parto. Observar e informar as reações da mesma.

- Conferir e repor a falta de material de consumo,
- Auxiliar o neonatologista durante o atendimento ao recém-nascido,
- Promover contato pele a pele e o aleitamento materno conforme os critérios da Iniciativa Hospital Amigo da Criança,
- Limpeza do quarto quando alta da puérpera quando a auxiliar de serviço ou atendente de enfermagem não estiver na unidade,
- Participar de reuniões que forem de iniciativa das chefias e de programas de treinamento em serviço,
- Cumprir e fazer cumprir as normas e rotinas do CPN e do hospital como um todo.

## ANEXO 3



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Instituto de Saúde



À Dra. Maridite Cristovão Gomes de Oliveira

Diretora Técnica de Serviços de Saúde do Hospital Geral São Mateus

O Projeto Centro de Parto Natural intra-hospitalar: uma estratégia para humanização na assistência ao parto no Hospital Geral de São Mateus realizará a avaliação da implantação/implementação das Boas Práticas de atenção ao parto preconizadas pela OMS, nos períodos de janeiro a dezembro de 2007 e 2014, a partir de registros do serviço: registros de parto, livros de fluxos das pacientes, protocolos e rotinas do serviço. O estudo objetiva avaliar a evolução de indicadores de qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no período

O estudo revelará os pontos fortes e onde serão necessárias melhorias para garantir a boa assistência ao parto e proporcionará aos profissionais subsídios para uma reflexão sobre as práticas desenvolvidas.

Os resultados serão divulgados no Centro de Parto Natural para conhecimento e discussão com a equipe, no Hospital Geral de São Mateus com o convite estendido a Supervisão de Saúde da região de São Mateus.

O projeto foi elaborado de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo à resolução nº.466 de 12 de Dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde – Brasília – DF. Será submetido à Plataforma Brasil que é a base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP.

Para tanto:

Solicitamos autorização para realização da pesquisa Centro de Parto Natural intra-hospitalar: uma estratégia para humanização na assistência ao parto no Hospital Geral de São Mateus a ser desenvolvido pela Dra. Karin Fátima Silveira aluna do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES-SP e por sua orientadora a prof. Dra. Suzana Kalckmann.

*Karin Fátima Silveira*

São Paulo, 28 de janeiro de 2015

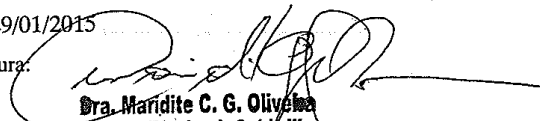
Autorizo o desenvolvimento do estudo *Centro de Parto Natural intra-hospitalar: uma estratégia para humanização na assistência ao parto* no Hospital Geral de São Mateus.

Nome: Maridite Cristovão Gomes de Oliveira

RG.12.182.305

Data: 29/01/2015

Assinatura:



**Dra. Maridite C. G. Oliveira**  
Diretor Técnico de Saúde III  
Hospital Geral de São Mateus

Diretora Técnica de Serviços de Saúde do Hospital Geral São Mateus

Carimbo/

HOSPITAL GERAL DE SÃO MATEUS  
dirtecnica@hospitalgeraisaomateus.com.br  
Rua Angelo de Cândia, n.º 540  
São Mateus - São Paulo - SP  
CEP 03958-000  
PABX: (11) 2014-5000 - FAX: (11) 2014-5053  
CNPJ: 46.374.500/0110-48

## ANEXO 4

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CENTRO DE PARTO NATURAL - INTRA-HOSPITALAR: UMA ESTRATÉGIA PARA HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO.

**Pesquisador:** Karin Fátima Silveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 41924815.6.0000.5469

**Instituição Proponente:** Instituto de Saúde CEPIS - SP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 965.219

**Data da Relatoria:** 12/03/2015

#### Apresentação do Projeto:

O estudo pretende avaliar a evolução de indicadores de qualidade da atenção ao parto e ao recém-nascido no período de janeiro a dezembro de 2007 e 2014 em um hospital público estatal.

#### Objetivo da Pesquisa:

Tem por objetivos específicos: Descrever os processos de trabalho, bem como o desenvolvimento das propostas de humanização no atendimento a mulher em todas as fases do nascimento; avaliar o cumprimento das recomendações de boas práticas na assistência as mulheres durante o trabalho de parto e o parto; e avaliar a promoção do contato pele a pele entre mãe e filho e da amamentação logo após o nascimento.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não existe qualquer tipo de risco. Serão utilizados apenas dados secundários de pessoas atendidas em 2007 e em 2014. As fontes dos dados são os livros de registro de parto e de transferências internas.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será útil para o próprio serviço, na medida em que identificará fortalezas e fragilidades assistenciais frente ao modelo assistencial que a instituição optou por seguir. Além disso, uma vez publicado será de grande interesse para profissionais de saúde e para a sociedade civil atenta à

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br

INSTITUTO DE SAÚDE CEPIS -  
SP



Continuação do Parecer: 965.219

discussão dos benefícios e malefícios para a saúde de mulheres e crianças, associados à modos de atenção ao parto.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está presente e todos os itens necessários à descrição do projeto também. Solicita-se a dispensa do TCLE, uma vez que nenhuma pessoa será entrevistada ou abordada de outra forma. Serão coletados apenas dados secundários. A autorização da diretora do hospital para a realização do estudo também está anexa.

**Recomendações:**

Não há recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto apresenta todos os requisitos para aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SAO PAULO, 26 de Fevereiro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ligia Rivero Pupo**  
**(Coordenador)**

Endereço: Rua Santo Antônio, 590 - 1º andar  
Bairro: Bela Vista CEP: 01.314-000  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3116-8597 Fax: (11)3116-8523 E-mail: cepis@isaude.sp.gov.br