

INTERVENÇÕES NO PARTO DE MULHERES ATENDIDAS EM UM CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR

INTERVENTIONS DURING DELIVERY FOR WOMEN IN A HOSPITAL BIRTH CENTRE

INTERVENCIÓN EN EL PARTO DE MUJERES ATENDIDAS EN UN CENTRO HOSPITALAR DE PARTOS NORMALES

Camilla Aleksandra Schneck¹
Maria Luiza Gonzalez Riesco²

RESUMO

As instituições que têm adotado práticas com base em evidências científicas para assistência ao parto representam um núcleo significativo para inspirar, fortalecer e consolidar um novo modelo. O objetivo foi descrever as características sociodemográficas, condições clínico-obstétricas na internação e prevalência de intervenções realizadas no parto. Este estudo transversal utilizou amostra probabilística de 830 mulheres que tiveram parto normal, assistido por enfermeira obstétrica, entre janeiro e dezembro de 2001. Os resultados mostraram: rotura artificial de membrana = 75,1%; ocitocina = 44,5%; monitorização eletrônica fetal = 12,3%; episiotomia = 26,5%; posição lateral no parto = 52,0% e litotômica = 31,0%.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Tocologia; Parto Normal; Assistência Perinatal

ABSTRACT

Institutions that adopt scientific-evidence based practices to assist during delivery are significant players to inspire, strengthen and consolidate a new model. The aim was to describe the social and demographic characteristics, the clinical and obstetric conditions and the prevalence of interventions during labor and delivery. This is a cross-section study with a probabilistic sample of 830 women, who had spontaneous delivery, attended by nurse-midwives, between January and December 2001. The results showed: artificial rupture of membranes = 75.1%; oxytocin = 44.5%; electronic fetal monitoring = 12.3%; episiotomy = 26.5%; lateral position at labor = 52.0% and supine = 31.0%.

Key words: Obstetrical Nursing; Midwifery; Natural Childbirth; Perinatal Care

RESUMEN

Las instituciones que adoptan prácticas basadas en evidencias científicas para brindar asistencia al parto representan un núcleo significativo para inspirar, fortalecer y consolidar un nuevo modelo. El objetivo fue describir las características sociodemográficas, las condiciones clínico-obstétricas y la prevalencia de intervenciones en el parto. Estudio transversal con muestra probabilística de 830 mujeres que tuvieron parto normal, atendido por enfermera obstétrica, entre enero y diciembre de 2001. Los resultados mostraron: rotura artificial de membranas = 75,1%; ocitocina = 44,5%; monitorización electrónica fetal = 12,3%; episiotomía = 26,5%; posición lateral en el parto = 52,0% y litotómica = 31,0%.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica; Tocología; Parto Normal; Enfermería; Atención Perinatal

¹ Enfermeira Obstétrica. Mestre em Enfermagem. Docente do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Norte do Paraná. E-mail: camilla_midwife@yahoo.com.br.

² Enfermeira Obstétrica. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: riesco@usp.br.

Endereço para correspondência: Rua José Ernani Neves, nº 106, apto 01. Londrina-PR. CEP 86038-400.

INTRODUÇÃO

O modelo atual de assistência ao nascimento encontra-se em crise. Esta situação caracteriza-se pela transição do modelo centrado no uso rotineiro da tecnologia para controlar o trabalho de parto, para um modelo em que a fisiologia, como pressuposto, é o principal desafio para cuidar do nascimento.

O uso rotineiro e desnecessário de intervenções altera o curso fisiológico do parto e pode desencadear uma cascata de eventos, em que uma intervenção condiciona a outra de maneira sucessiva. Neste processo, o aumento do nível de complexidade do procedimento está associado ao aumento do risco decorrente dele.^(1,2)

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o *Guia Prático para a Assistência ao Parto Normal*, traduzido para a língua portuguesa e editado pelo Ministério da Saúde (MS), em 2000. O guia classifica as práticas obstétricas em quatro categorias, adotando a medicina baseada em evidências como abordagem para análise dos estudos sobre as intervenções no parto, com a finalidade de obter a melhor evidência científica para uma decisão clínica. Esse documento faz, também, referência ao modelo assistencial como “*um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da mortalidade materna e perinatal. Estas 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*”⁽³⁾

Os resultados maternos e perinatais favoráveis verificados em diversos estudos sobre o emprego mínimo de intervenção no parto de mulheres de baixo risco, em comparação ao cuidado tradicional, indicam a segurança e viabilidade da atenção ao parto e nascimento com base na fisiologia.^(4,5,6)

Nesse sentido, o modelo intervencionista, tradicionalmente reproduzido na assistência ao nascimento, pode ser questionado, com base em evidências que estabelecem a relação entre o uso inapropriado da tecnologia e indicadores maternos e perinatais desfavoráveis.⁽²⁾

No Brasil, as transformações vêm sendo implantadas lentamente e enfrentam a resistência do modelo médico arraigado em condutas historicamente intervencionistas. Seguindo as recomendações da OMS, no final da década de 1990, em algumas instituições foram criados centros de parto normal intra-hospitalares, como estratégia para implementação de um novo modelo de atenção ao parto e nascimento.

Este espaço institucional tem características diferentes do ambiente hospitalar, com uma estrutura favorável ao cuidado, em que a fisiologia alia-se às necessidades e escolhas da mulher, e com a enfermeira obstétrica como coordenadora desta assistência.^(2,7)

As instituições que têm adotado práticas com base em evidências científicas representam um núcleo significativo para inspirar, fortalecer e consolidar novo modelo. Assim, o estudo sistematizado dessas práticas, mesmo sem configurar uma avaliação da qualidade da assistência, pode representar uma importante contribuição.^(8,9,10)

O objetivo foi descrever as características sociodemográficas, as condições clínico-obstétricas na internação e a prevalência de procedimentos e intervenções realizados no parto em mulheres atendidas em centro de parto normal intra-hospitalar.

MÉTODO

Estudo transversal sobre a utilização de intervenções e procedimentos obstétricos, realizado no Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS). O HGIS é um hospital público, de referência regionalizada para gestação de alto risco, que abrange quatro municípios da Região Metropolitana da Grande São Paulo. O CPN-HGIS destina-se ao atendimento de parturientes no trabalho de parto de risco e parto normal, no sistema PPP (pré-parto, parto e pós-parto) e localiza-se em área física separada do Centro Cirúrgico e Obstétrico, onde se realizam cesarianas e fórcepes.

A admissão da parturiente é feita pela equipe de médicas obstetras e a assistência e coordenação no CPN-HGIS são de responsabilidade da equipe de enfermeiras obstétricas, que acompanham o trabalho de parto e assistem todos os partos normais. Os cuidados imediatos ao recém-nascido são prestados pelo médico neonatologista.

O CPN-HGIS segue um protocolo com as recomendações da OMS⁽³⁾, 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, uso de partograma, escolha da posição no parto e do acompanhante, contato precoce entre mãe e filho, entre outras. Foram excluídos: enema, tricotomia, puxos dirigidos e uso rotineiro de amniotomia, infusão endovenosa, ocitocina e episiotomia.

Em 2001, o HGIS atendeu uma média mensal de 402 partos, com taxa de 28,7% de cesarianas. A população do estudo constituiu-se de mulheres que tiveram parto normal de gestação única e feto vivo, em apresentação cefálica, assistido por enfermeira obstétrica, entre janeiro e dezembro de 2001. A amostra probabilística de 830 correspondeu a 24% do total de partos normais no período.

O tamanho da amostra foi obtido pela fórmula para cálculo de proporções em populações finitas.⁽¹¹⁾ O estimador adotado foi 0,13, correspondente ao percentual de 13% de monitorização eletrônica fetal, observado em estudo-piloto realizado no mesmo serviço, que serviu também para verificar a adequação do instrumento de coleta de dados e do preenchimento dos prontuários, considerando que se trata de pesquisa com fonte secundária de dados.⁽¹²⁾ Os dados foram coletados nos prontuários, sorteados de maneira sistemática e estratificada⁽¹³⁾, segundo um intervalo amostral para cada mês do período do estudo, sendo armazenados e processados com auxílio do programa *Epi-Info 6.04*.

As variáveis foram: características sociodemográficas (*idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação, número de consultas de pré-natal*), condições obstétricas na internação (*partos anteriores, dinâmica uterina, dilatação cervical, estado das membranas ovulares,*

característica do líquido amniótico, patologias), procedimentos (avaliação da dinâmica uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais e exame vaginal) e intervenções (tipo de ruptura de membranas, uso de ocitocina, monitorização eletrônica fetal, episiotomia, posição e local do parto).

O projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e autorizado pela direção do HGIS.

RESULTADOS

Os dados mostram que 60,2% (499) das mulheres tinham menos de 25 anos e 25,6% (212) menos de 19 anos. Quanto à escolaridade, 48,2% (391) cursaram de um a sete anos e 2,5% (20), nenhum ano. Com relação à situação conjugal, 21,6% (176) eram solteiras e as casadas ou em união consensual somavam 77,5% (633). No que se refere a ocupação, 78,7% (642) não exerciam atividade remunerada. O percentual de mulheres que não fizeram nenhuma consulta de pré-natal foi de 3,9% (32) (TAB. 1).

TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTURIENTES, SEGUNDO CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS. ITAPECERICA DA SERRA, 2001

Características sociodemográficas	N	%
Idade (anos)⁽¹⁾ (n = 830)		
< 15	8	1,0
15 – 20	204	24,6
20 – 25	287	34,6
25 – 30	166	20,0
30 – 35	114	13,7
35 – 40	36	4,3
≥ 40	15	1,8
Escolaridade (anos)⁽²⁾ (n = 812)		
Nenhum	20	2,5
1 a 3	90	11,1
4 a 7	301	37,1
8 a 11	385	47,3
Mais que 11	16	2,0
Situação conjugal⁽³⁾ (n = 816)		
Casada ou união consensual	633	77,5
Solteira	176	21,6
Separada ou viúva	7	0,9
Ocupação⁽³⁾ (n = 816)		
Não remunerada	642	78,7
Remunerada	174	21,3
Consultas de pré-natal⁽⁴⁾ (n = 817)		
Nenhuma	32	3,9
1 a 3	70	8,6
4 a 6	357	43,7
7 ou mais	358	43,8

(1) média = 24,1 (d.p. 6,8), variando de 11 a 44 anos

(2) 18 ignorados

(3) 14 ignorados

(4) 13 ignorados

Em relação à paridade, 38,7% (321) eram nulíparas e 43,6% (362) tiveram um ou dois partos anteriores. Entre as mulheres com um ou mais partos, 57 (11,2%) submeteram-se a cesárea anteriormente.

No momento da internação, 83,8% (693) apresentavam dinâmica uterina. Do total de mulheres, 42,6% (353) tinham dilatação cervical entre cinco e nove centíme-

tros. As membranas ovulares estavam íntegras em 64,7% (535) das mulheres, com líquido amniótico claro em 90,8% (751) dos casos (TAB. 2). Apenas 22 (2,7%) mulheres apresentavam alguma patologia, com predominância das síndromes hipertensivas.

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DAS PARTURIENTES, SEGUNDO AS CONDIÇÕES CLÍNICO-OBSTÉTRICAS NA INTERNAÇÃO. ITAPECERICA DA SERRA, 2001

Condições clínico-obstétricas	n	%
Partos anteriores (n = 830)		
Nenhum	321	38,7
1	223	26,9
2	139	16,7
3 ou mais	147	17,7
Dinâmica uterina⁽¹⁾ (n = 827)		
Presente	693	83,8
Ausente	134	16,2
Dilatação cervical (cm)⁽²⁾ (n = 830)		
Sem dilatação	8	1,0
1 a 4	423	50,9
5 a 9	353	42,6
10	46	5,5
Estado das membranas⁽¹⁾ (n = 827)		
Íntegra	535	64,7
Rota	292	35,3
Líquido amniótico⁽¹⁾ (n = 827)		
Claro	751	90,8
Meconial	75	9,1
Hemorrágico	1	0,1

(1) 3 ignorados

(2) média = 4,9 (d.p. 2,3); mediana = 4

Os dados relativos aos procedimentos de avaliação da dinâmica uterina, ausculta de batimentos cardíofetais (BCF) e exame vaginal são apresentados na tabela 3. A frequência dos procedimentos foi analisada considerando o número de avaliações por hora, evitando-se a interferência do tempo decorrido entre a internação e o parto em relação à quantidade de procedimentos realizados. Em média, a dinâmica uterina foi avaliada uma vez a cada três horas, a ausculta de BCF foi realizada uma vez a cada 56 minutos e o exame vaginal, uma vez a cada 71 minutos. Pelos valores da mediana, pode-se estimar que a frequência dos procedimentos foi de um controle em cada quatro horas para a dinâmica uterina e um controle em cada 60 e 80 minutos, para ausculta de BCF e exame vaginal, respectivamente. O número máximo foi de nove controles de BCF em uma hora até o mínimo de um controle em 20 horas, para cada procedimento.

TABELA 3. ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO DA DINÂMICA UTERINA, AUSCULTA DE BCF E EXAME VAGINAL, REALIZADOS POR HORA. ITAPECERICA DA SERRA, 2001. (N = 830)

Procedimentos	Média	d.p.	Mediana	Mínimo	Máximo
Dinâmica uterina	0,33	0,41	0,25	0,05	5,00
Ausculta de BCF	1,08	0,56	1,00	0,05	9,00
Exame vaginal	0,85	0,51	0,75	0,05	4,00

A tabela 4 mostra a prevalência de rotura artificial de membrana, infusão de ocitocina, monitorização eletrônica fetal (MEF) (com a respectiva dilatação cervical média no momento das intervenções) e episiotomia, o local e a posição materna no parto. A amniotomia foi precoce (dilatação cervical até 5 cm) em 17 (4,2%) mulheres. A episiotomia foi realizada em 43,3% das nulíparas e em 15,9% das múltiparas.

TABELA 4. INTERVENÇÕES OBSTÉTRICAS REALIZADAS. ITAPECERICA DA SERRA, 2001 (N = 830)

Intervenções obstétricas	Dilatação cervical média (cm)	n	%
Rotura artificial de membrana ⁽¹⁾	7,9	402	75,1
Infusão de ocitocina	7,0	369	44,5
MEF	4,9	102	12,3
Episiotomia ⁽²⁾		220	26,5
Local do parto			
Quarto		559	67,3
Sala de parto		271	32,7
Posição no parto			
Lateral		432	52,0
Litotômica		257	31,0
Dorsal		110	13,3
Vertical		31	3,7

(1) n = 535 (3 ignorados e 292 mulheres internadas com membranas rotas)

(2) 63,2% em nulíparas e 36,8% em múltiparas

Embora não constitua objeto do presente estudo, o boletim de Apgar dos recém-nascidos indicou boa vitalidade, com índice igual ou maior que sete em 792 (95,4%) e 827 (99,6%) casos, no primeiro e quinto minutos, respectivamente. A idade gestacional, avaliada pelo método de Capurro, indicou 729 (87,8%) recém-nascidos de termo (entre 38 e 42 semanas) e 101 (12,2%) com idade até 37 semanas.

DISCUSSÃO

No Brasil, a taxa de fecundidade total tem apresentado uma curva descendente sistemática e significativa, passando de 6,3, em 1940, para 2,5, em 1996. No entanto, para a faixa de mulheres de 15 a 19 anos, essa taxa segue sentido inverso, com aumento de 26%, entre 1970 a 1991.⁽¹⁴⁾

Entre 1993 e 2000, a proporção de partos de mulheres de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos aumentou de 0,9% para 1,3% e de 21,4% para 25,8%, respectivamente. A idade das mulheres deste estudo aponta uma população jovem, predomínio de nulíparas e gestantes com um parto anterior, com proporção de adolescentes equivalente àquela observada entre as parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde brasileiro.⁽¹⁵⁾

A pouca escolaridade eleva a vulnerabilidade social e risco de doenças e afeta os cuidados de saúde das mulheres e seus filhos. A importância desta situação reside no fato de que as crianças de mães sem nenhuma escolaridade estão mais sujeitas a não ser amamentadas, ter o peso abaixo da média e morrer.⁽¹⁴⁾ A escolaridade limitada das mulheres deste estudo acentua condições desfavoráveis para a saúde materna e perinatal.

O aumento da participação das mulheres na força de trabalho, as transformações nos papéis de gênero, nas tecnologias reprodutivas, nos arranjos sexuais e o número elevado de nascimentos fora de uniões estáveis oferecem a falsa impressão de que as famílias estão ameaçadas ou desaparecendo, quando, de fato, elas demonstram cada vez mais sua capacidade de adaptação e mudança.⁽¹⁴⁾ Entre as mulheres deste estudo, porém, predominaram as unidas, com uma proporção também elevada de mulheres sem ocupação remunerada, contrapondo-se às tendências de crescente inserção no mercado de trabalho e de chefia da família.

As características sociodemográficas da população do estudo combinam-se, à medida que a escolaridade insuficiente e a pouca idade agravam a situação de desemprego e favorecem a dependência econômica e social dessas mulheres, em relação aos familiares ou companheiro.

O número de consultas de pré-natal realizadas durante a gestação é, isoladamente, um indicador limitado para avaliar a qualidade da assistência nessa fase. O ideal é que o início do pré-natal seja precoce e o trimestre da gravidez e o risco obstétrico sejam definidos como critérios para estabelecer a frequência das consultas.⁽¹⁶⁾

De qualquer modo, os estudos mostram que gestantes que freqüentam serviços de atenção pré-natal apresentam menos doenças e seus filhos mostram um melhor crescimento intra-uterino e menor mortalidade perinatal e infantil. Embora os resultados deste estudo mostrem uma proporção de 43,8% de mulheres que freqüentaram sete ou mais consultas de pré-natal, 12,5% delas realizaram de zero a três consultas (TAB. 1).

Pesquisa transversal de base populacional, realizada no município de Pelotas-RS, em 1993, encontrou uma proporção de 4,9% de mulheres que passaram pelo período de gestação sem uma única consulta. Os resultados apontam alta proporção de mulheres pertencentes a famílias de baixa renda, com idade nos limites da faixa reprodutiva – adolescentes ou acima de 40 anos. Nesse grupo, a incidência de baixo peso ao nascer foi 18%, enquanto no grupo de mulheres com cinco ou mais consultas, foi 7,6%. O coeficiente de mortalidade perinatal no grupo das mulheres que não realizaram nenhuma consulta foi cerca de três vezes maior que entre aquelas que realizaram cinco ou mais.⁽¹⁶⁾

As condições clínico-obstétricas das mulheres no momento da internação, além de refletirem aspectos da assistência pré-natal, podem também sofrer influência de outros fatores. No presente estudo, a distância geográfica dos municípios da área de abrangência da instituição é um fator importante, dado que a localização do domicílio deve ser considerada na análise das características das mulheres para admissão no CPN-HGIS.

Não existe um “momento ideal” para a internação da gestante em trabalho de parto. Embora seja desejável que se encontre na fase ativa, algumas mulheres poderão beneficiar-se de uma internação mais precoce, ainda na fase latente. Entre estas, estão as mulheres com dificuldade de acesso ao local do parto e aquelas que embora não sejam portadoras de condições que caracteri-

zem gestação ou parto de alto risco, têm um potencial maior de apresentar complicações no trabalho de parto. Algumas dessas condições são: idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrexe prematura ou patologias clínicas de grau leve.⁽¹⁷⁾

Com base no modelo proposto por Friedman⁽¹⁸⁾, pode-se considerar que a maioria das mulheres foi internada no início da fase ativa, com dinâmica uterina presente, dilatação cervical média de 4,9 cm (TAB. 2) e gestação a termo. Mesmo sem dispor de dados sobre as características da contratilidade uterina, vale observar que internação nessas condições é oportuna, pois na fase ativa a dilatação ocorre com maior velocidade e o monitoramento do bem-estar materno e fetal deve ser intensificado.

Por sua vez, a internação durante a fase latente, sem uma indicação clara, é precoce e deve ser evitada, pois prolonga tempo de permanência da mulher em ambiente hospitalar e a expõe a intervenções desnecessárias. Neste estudo, a elevada proporção de mulheres com dilatação cervical inferior a cinco centímetros e membranas ovulares íntegras, com líquido amniótico claro, e a baixa prevalência de cesárea anterior ou patologias fazem supor que, em muitos casos, a internação foi antecipada.

Assim, o momento mais propício para a internação é quando a mulher encontra-se em trabalho de parto. Porém, nem tudo é tão óbvio na prática diuturna da admissão, pois existem variações entre as mulheres. O ritmo do trabalho de parto parece ser ditado pelas necessidades do bebê e sua mãe e não por protocolos e partogramas; “não compreender essas particularidades de cada binômio leva-nos a acelerar estupidamente o trabalho de parto, por meio de amniotomia ou ocitocina, quebrando o delicado equilíbrio da parturição fisiológica.”⁽¹⁹⁾

Os estudos sobre a rotura das membranas apontam as menores proporções de rotura artificial entre os partos extra-hospitalares – em centros de parto e no domicílio – sob cuidados de parteiras, variando entre 23,3% e 32,4%^(5,6,20). Apesar de as proporções de amniotomia encontradas no HGIS serem superiores às citadas, destaca-se o fato de que em 95,8% dos casos a rotura artificial foi oportuna ou tardia, com dilatação média de 7,9 cm (TAB. 4).

Tradicionalmente, a rotura artificial precoce das membranas amnióticas, em combinação com a infusão endovenosa de ocitocina, tem sido empregada para acelerar o trabalho de parto. O emprego da amniotomia precoce e da infusão de ocitocina é denominado “manejo ativo do trabalho de parto.”^(3,21)

Os resultados de estudos anteriormente realizados não mostram indícios de que a prevenção do parto prolongado, obtida pelo uso liberal da ocitocina no trabalho de parto normal, seja benéfica. A infusão rotineira de ocitocina, além de interferir na fisiologia do parto, restringe os movimentos da mulher e, em alguns estudos, as mulheres relacionaram seu uso com uma experiência mais dolorosa do trabalho de parto.⁽³⁾

No presente estudo, a infusão de ocitocina foi utilizada em quase a metade das mulheres e esta proporção

é superior àquelas encontradas em diversos estudos de base hospitalar, comunitária ou domiciliar, com variações de 1,4% a 36,2%.^(5,22)

O monitoramento do trabalho de parto mediante controle da dinâmica uterina, ausculta de BCF e realização do exame vaginal é importante na assistência ao parto normal. Embora não existam recomendações expressas para a frequência de controle da dinâmica uterina, as características das contrações uterinas devem ser analisadas em intervalos de no máximo 60 minutos, sobretudo quando há infusão endovenosa de ocitocina.

A ausculta de BCF, por sua vez, deve ser feita com intervalos de no máximo 30 minutos, na fase ativa, e a cada 15 minutos, no segundo período do parto. Quanto ao exame vaginal não existe um período preestabelecido para sua repetição, devendo ser realizado mediante uma avaliação da real necessidade do procedimento. Devem ser evitados toques por mais de um examinador, em intervalos inferiores a quatro horas.⁽³⁾

Neste estudo, a frequência média de controles por hora permite estimar o intervalo de tempo entre cada um desses procedimentos. Verifica-se que esses valores sofreram grande variação que pode ser atribuída à permanência no CPN de parturientes desde a fase latente ou início da fase ativa, com controles menos frequentes, e à periodicidade menor dos controles no final do período de dilatação. Embora a média de frequência dos procedimentos seja acompanhada por grande dispersão nos valores, a mediana pode indicar que, as prioridades foram a ausculta de BCF e o exame vaginal, ficando a avaliação da dinâmica uterina por último (TAB. 3).

A avaliação da dinâmica uterina é uma tecnologia não invasiva, simples e de baixo custo, que aliada à observação global da parturiente, é útil para evitar procedimentos desnecessários, desconfortáveis ou constrangedores, como a MEF e o exame vaginal. Outra vantagem é que a realização do procedimento representa oportunidade para a enfermeira permanecer um tempo maior junto à parturiente, com possibilidade de individualizar o cuidado no CPN-HGIS. Portanto, este procedimento deve ser valorizado e poderia ter sido realizado em intervalos menores, tendo em vista, inclusive, a elevada prevalência do uso de ocitocina nas mulheres deste estudo.

Vale observar que no CPN-HGIS é obrigatório o preenchimento do partograma e que esta forma de registro pode induzir, desnecessariamente, a repetição de exames vaginais a cada hora, na fase ativa do período de dilatação.

Por sua vez, para o controle de BCF a média e a mediana do intervalo de tempo entre os controles se aproximaram de uma hora, fazendo supor a adequada vigilância da vitalidade fetal pela ausculta intermitente, a fim de detectar prontamente qualquer anormalidade (TAB. 3).

Na década de 1960, a MEF foi desenvolvida com a expectativa de redução da morbimortalidade perinatal, especialmente, o dano neurológico e a morte. No entanto, os resultados de diversos ensaios clínicos comparando MEF e ausculta intermitente, publicados a partir da metade dos anos de 1980, despertaram a dúvida so-

bre a sua eficácia na melhoria os resultados perinatais, pois esses estudos não mostraram diferença estatisticamente significativa.⁽²³⁾ Outro dado importante, é que a MEF, além de não se mostrar superior à ausculta intermitente, no caso de mulheres com baixo risco, tem sido associada ao aumento nas taxas de cesariana.

A MEF parece apresentar vantagens apenas em mulheres com maior risco, tais como: trabalhos de parto induzidos, com correção da dinâmica ou complicados por líquido amniótico meconial ou por outros fatores de risco. Na maioria dos partos sem risco aumentado, a MEF eleva o número de intervenções, sem um benefício claro para o feto e com um grau adicional de desconforto para a mulher.⁽³⁾

Os resultados do presente estudo fazem supor o uso criterioso da MEF, não rotineiro, com a finalidade principal de “screening” no início da fase ativa, pois a média da dilatação cervical no momento da realização era de 4,9 cm (TAB. 4).

A episiotomia é o procedimento cirúrgico mais realizado na população feminina nos Estados Unidos, estimada em 35,2% de todos os partos vaginais.⁽¹⁾ Tem sido sugerido que taxas acima de 20% a 30% são excessivas, porém, existem poucos estudos epidemiológicos sobre as extensas variações no uso desta intervenção, segundo os tipos de prestadores de cuidado, níveis de complexidade de assistência e características epidemiológicas da população.^(1,4,24,25)

O resultado deste estudo, com uso de episiotomia em 26,5% das mulheres e em 43,3% das nulíparas (TAB. 4), é semelhante àquele verificado em estudos realizados no mesmo serviço, com taxas de 25,9% na população geral⁽²⁶⁾ e 42,3% em nulíparas⁽²⁷⁾. Em outros CPN, no Brasil, verificam-se as seguintes variações: 15,9% e 26,2%⁽⁸⁾, 24,7% e 40,2%⁽⁹⁾, 35%⁽¹⁰⁾ e 43,5%⁽¹⁹⁾, na população geral e em nulíparas, respectivamente.

As variações nas taxas de episiotomia em função da paridade e do nível de complexidade dos serviços é reconhecida também em estudos internacionais. As menores proporções entre nulíparas referem-se às mulheres atendidas em *birth centers*, na Alemanha, e àquelas atendidas por parteiras, na Austrália^(1,28). As maiores taxas, superiores a 80%, foram referidas em estudos na América Latina, na China e no Líbano^(29,30,31). As menores proporções para todas as mulheres ocorrem, também, nos partos em *birth centers* e no domicílio, correspondendo a 3,8% no Canadá⁽²⁰⁾, 7,8% na Suécia⁽⁶⁾, 15,7% na Alemanha⁽⁴⁾ e 17,6%⁽⁵⁾ nos Estados Unidos.

Outros aspectos que influenciam as taxas observadas decorrem de fatores como o tipo de prestador da assistência, as características de cada serviço, as diferenças regionais, e, sobretudo, de políticas institucionais adotadas em relação ao manejo do parto. Além do uso seletivo da episiotomia, merecem destaque a restrição ao uso de ocitocina, de puxos dirigidos e da posição litotômica.

A possibilidade de escolher a posição no momento do parto aponta a participação da mulher no processo de nascimento. O uso de outras posições que não a litotômica ou dorsal tem sido recomendado pela OMS.⁽³⁾

As posições lateralizadas e verticalizadas, adotadas por 55% das mulheres deste estudo (TAB. 4) apresentam vantagens, pois evitam a compressão de grandes vasos abdominais, permitindo melhores trocas maternas e fetais. Além disso, a posição lateral no parto normal em nulíparas mostrou redução significativa no uso de episiotomia e maior ocorrência de períneo íntegro.⁽³²⁾

Como o CPN-HGIS funciona em sistema PPP, a maioria dos partos ocorreu no quarto da parturiente, em cama que oferece mais possibilidades para variar a posição materna. Outras vantagens são evitar a “perturbação” do processo fisiológico do parto, a ansiedade da equipe e o desconforto da parturiente, provocados pelo traslado do quarto para a sala de parto.

CONSIDERAÇÕES

No cenário brasileiro, as experiências recentes em CPN devem ser objeto de pesquisas, pois o conhecimento sistematizado desses serviços mostra-se como uma demanda de investigação, com a finalidade de contribuir para consolidar as bases de um modelo de assistência, que vem comportando-se como uma tendência.

As intervenções obstétricas devem ser criteriosas e baseadas nas evidências e as que são efetivas somente em grupos de alto risco, não devem ser usadas como rotina. Por outro lado, muitas práticas benéficas não são usadas nem incluídas nas normas de prática clínica de hospitais e maternidades.⁽³³⁾

Para melhor compreensão desses resultados é importante a comparação com os resultados de outros estudos. Para tanto, faz-se necessário que os dados sejam produzidos segundo um “padrão para comparação na utilização de intervenções durante o parto”, considerando as variáveis de interesse para análise entre diferentes mulheres.⁽³⁴⁾ Nesse sentido, estudos na mesma temática vêm sendo realizados com a população deste estudo e com populações semelhantes, em outros serviços.

REFERÊNCIAS

1. Davis L, Riedmann G. Recommendations for the management of low risk obstetric patients. *Int J Gynecol Obstet* 1991; 35:107-15.
2. Schneck CA, Riesco MLG. Tendências para a assistência ao nascimento: bases para a construção de um novo modelo. *Cad Centro Univ São Camilo* 2003; 9(4):9-15.
3. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996. (OMS/SRF/MSM/96.24)
4. David M, Schwarzenfeld HK, Dimer JAS, Kentenich H. Perinatal outcome in hospital and birth center obstetric care. *Int J Gynecol Obstet* 1999; 65:149-56.
5. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM, Stapleton S, Rose D, Rosenfield A. Outcomes of care in birth centers. *N Engl J Med* 1989; 321(26):1804-11.
6. Waldenström U, Nilsson C-A, Winbladh B. The Stockholm birth centre trial: maternal and infant outcome. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104:410-8.
7. Basile ALO, Schirmer J, Ribeiro MI. Implantação de um centro de parto normal. *Rev Paul Enf* 2002; 21(2):175-8.
8. Campos SEV. Avaliação da qualidade de assistência no centro de parto normal Dr. David Capistrano da Costa Filho, em Belo Horizonte, Minas Gerais [dissertação]. Belo Horizonte: Escola Enfermagem da UFMG; 2004.

9. Fernandes BM. A Casa de Parto da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Juiz de Fora: diagnóstico do perfil da assistência e a percepção das usuárias [tese]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ; 2004.
10. Rocha IMS. Práticas obstétricas adotadas na assistência ao parto segundo o partograma com linhas de alerta e ação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.
11. Cochran WG. Sampling techniques. 2nd ed. New York: Wiley; 1963.
12. Riesco MLG, Schneck CA. Caracterização da assistência ao parto no centro de parto normal do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra-SP. In: Anais do 3^o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2002 jul 16-19 Salvador [Cd Rom] Salvador: Abenfo; 2002. p.259.
13. Silva NN. Amostragem probabilística. 2^a ed. São Paulo: EDUSP; 2001.
14. Goldani AM. O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdades, restrições e oportunidades demográficas. In: Galvão L, Díaz J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1999. cap. I, p.25-69.
15. Rede Feminista de Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos. Dossiê adolescentes [on-line]. São Paulo; 1999. [Citado em: 18 ago. 2003]. Disponível em: www.redesaude.org.br/dossies/html/dossieadolescentes/html.
16. Halpern R, Barros FC, Victora CG, Tomasi E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, 1993. Cad Saúde Pública 1998; 14 (3): 487-49.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
18. Friedman EA. Primigravid labor: a graphicostatistical analysis. Obstet Gynecol 1955; 6: 567-89.
19. Osava RH, Ortiz ACV, Nakashima M, Muta MM, Santos TS. Casa de Parto de Sapopemba: relatório descritivo de atividades: outubro de 1998 a junho de 2000. São Paulo: Casa de Parto de Sapopemba; 2000.
20. Janssen PA, Lee KS, Ryan EM, Etches DJ, Farquharson FD, Peacock D, Klein CM. Outcomes of planned home births versus planned hospital births after regulation midwifery in British Columbia. CMAJ 2002; 166(3):315-23.
21. Thornton JG, Lilford RJ. Active management of labour: current knowledge and research issues. BMJ 1994; 309 (6960): 366-9.
22. Gissler M, Karro H, Tellmann A, Hemminki E. Births in Finland and Estonia from 1992 to 1996: convergent differences? BJOG 2000; 107(2):179-85.
23. Chez BF, Harvey MG, Harvey CJ. Intrapartum fetal monitoring: past, present, and future. J Perinat Neonat Nurs 2000, 14 (3) :1-18.
24. Naugle DK, Sorenson RB, Kiser WR. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group Routine vs selective episiotomy. Lancet 1994; 343 (8895): 486-7.
25. Lede RL, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1399-402.
26. Riesco MLG, Costa ASC, Silva SF, Basile ALO. Perineal outcomes in spontaneous vaginal deliveries at the birth center of the General Hospital of Itapeçerica da Serra. In: Proceedings of the 15th International Congress on Women's Health Issues; 2004 Oct 7-10 São Pedro [Cd Rom] São Pedro: ICOWHI; 2004. p.135.
27. Costa ASC, Silva SF, Basile ALO, Riesco MLG. Trauma perineal em primíparas: resultados do Hospital Geral de Itapeçerica da Serra-SECONCI-OSS. In: Anais do 3^o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2002 jul 16-19 Salvador [Cd Rom] Salvador: ABENFO; 2002. p.551.
28. Roberts CL, Algert CS, Douglas I, Tracy SK, Peat B. Trends in labour and birth interventions among low-risk women in New South Wales. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002; 42 (2):176-81.
29. Althalbe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. BMJ 2002; 324: 945-6
30. Xu Q, Smith H, Zhou L, Liang J, Garner P. Evidence-based obstetrics in four hospitals in China: an observational study to explore clinical practice, women's preferences and provider's views. BMC Pregnant Child 2001; 1(1):1.
31. Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. Health Policy Plan 2000; 15 (3): 270-8.
32. Basile ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda [dissertação]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina da UNIFESP; 2001.
33. Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. 130^a Sessão do Comitê Executivo. Estratégia regional para a redução da mortalidade e morbidade materna. [online] Washington; 2002. [Citado em: 16 nov, 2002]. Disponível em: <http://www.who.org>.
34. Stewart M, McCandish R, Henderson J, Brocklehurst P. Review of the evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwifery led-care birth-centre, and outcomes for their babies. National Perinatal Epidemiology Unit, University Oxford, 2004. [Citado em: 24 maio 2005]. Disponível em <http://www.npeu.ox.ac.uk/birthcentrereview/>

Recebido em: 08/09/2005

Aprovado em: 29/09/2006

1