

O cuidado na casa de parto e sua conformidade com as diretrizes nacionais

Care in a natural birth center and due compliance with national guidelines

Edymara Tatagiba Medina (<https://orcid.org/0000-0001-7180-6704>)¹
Ricardo José Oliveira Mouta (<https://orcid.org/0000-0002-1284-971X>)¹
Sandra Cristina de Souza Borges Silva (<https://orcid.org/0000-0001-9147-5949>)¹
Silvana Granado Nogueira da Gama (<https://orcid.org/0000-0002-9200-0387>)²

Abstract *The scope of this article is to analyze the compliance of the care offered by Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ with the recommendations of the National Guidelines for Care in Natural Childbirth. It involved a descriptive cross-sectional study with 952 observations, from 2014 to 2018. This included analysis of compliance using a judgment matrix and then classified as total compliance ($\geq 75.0\%$), partial compliance (50.0%-74.9%), incipient compliance (49.9%-25.0%) and non-compliance (less than 24.9%). The results of the judgment matrix show that care in the aspects of labor, delivery and newborn care is in full compliance with the recommendations of the Guidelines. The care at the Casa de Parto Birth Center, conducted by obstetric nurses, follows the recommendations of the national guidelines, and has been seen to incorporate a de-medicalized, personalized form of care, which respects the physiology of childbirth. They also develop a model of their own technologies of care, constituting non-invasive technologies of obstetric nursing care.*

Key words *Nursing care, Pregnancy and childbirth care centers, Obstetric nursing, Natural childbirth, Clinical guidelines*

Resumo *O objetivo deste artigo é analisar a conformidade do cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Estudo transversal descritivo com 952 observações, no período de 2014 a 2018. Análise de conformidade através de matriz de julgamento e classificada como conformidade total ($\geq 75,0\%$), conformidade parcial (50,0%-74,9%), conformidade incipiente (49,9%-25,0%) e não conformidade (menor que 24,9%). Os resultados da matriz de julgamento mostram que o cuidado na atenção ao trabalho de parto, parto e assistência ao recém-nascido apresenta conformidade total em relação às recomendações das Diretrizes. O cuidado na Casa de Parto, conduzido por enfermeiras obstétricas, segue as recomendações das diretrizes nacionais, e vem evidenciando uma prática desmedicalizada, autônoma, que respeita a fisiologia do parto. Desenvolvem também um modelo de tecnologias próprias de cuidar, constituindo as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica.*

Palavras-chave *Cuidado de enfermagem, Centros de assistência à gravidez e ao parto, Enfermagem obstétrica, Parto normal, Diretrizes clínicas*

¹ Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Boulevard Vinte e Oito de Setembro 157, Vila Isabel. 20551-030 Rio de Janeiro RJ Brasil. edymaramedina@gmail.com

² Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro RJ Brasil.

Introdução

Centro de Parto Normal (CPN) é uma instituição que oferece cuidados à gestante de risco habitual, por enfermeiras obstétricas/obstetrizes, de forma autônoma. Funciona em parceria com uma unidade de referência, na qual estão disponíveis médicos obstetras, neonatologistas e anestesistas, e que garantirá o atendimento nas intercorrências, o que implica em remoção da gestante, quando necessário¹.

A criação dos CPN, foi uma das iniciativas do Ministério da saúde (MS) para a mudança de modelo de atenção ao parto no Brasil, sendo o primeiro inaugurado em São Paulo, em 1998, e desde então, foi sendo ampliado e consolidado como um espaço seguro para as gestantes de risco habitual, especialmente, a partir da instituição da Rede Cegonha (RC)^{1,2}.

Em 2015 a RC redefiniu as diretrizes para a implantação e habilitação dos CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atualizando para unidade destinada à assistência ao parto de baixo risco, localizada nas dependências internas de um estabelecimento de saúde ou em suas imediações^{3,4}. Eles podem ser classificados em: CPN Intra-Hospitalar (CPNi), localizados nas dependências internas do estabelecimento hospitalar, e CPN Peri-Hospitalar (CPNp), localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar, com distância máxima de 20 minutos até a Unidade de Referência. Este modelo é semelhante ao CPN Isolado, da Portaria 985/1999, que criou o CPN no Brasil e ficou conhecido como Casa de Parto^{1,3,5}.

Nessa perspectiva, as Casas de Parto se configuram como uma alternativa ao modelo obstétrico hospitalar, por considerar a mulher como protagonista e o parto como evento fisiológico. O panorama sobre o parto e nascimento no Brasil, por região, capital e interior, nos setores público e privado, evidencia que, em relação à assistência ao parto normal, o modelo encontrado se caracterizava como hegemônico e altamente medicalizado, reafirmando a necessidade de mudança na assistência obstétrica^{6,7}.

O município do Rio de Janeiro possui uma Casa de Parto, tendo como principal característica a atuação autônoma de enfermeiras obstétricas na condução da assistência a mulher no ciclo gravídico-puerperal, sendo considerada um centro formado dessa especialidade. Nesse sentido, avaliar a qualidade da assistência nesse cenário, evidencia a importância desse conhecimento para o fortalecimento do modelo obstétrico em casas de parto⁸.

Assim, esse estudo tem como objetivo analisar a conformidade do cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

Método

Trata-se de um estudo documental, transversal, realizado na Casa de Parto David Capistrano Filho (CPDCF-RJ), localizada no Rio de Janeiro.

O cenário funciona 24h por dia e em todos os dias da semana, tendo como referência o Hospital da Mulher Mariska Ribeiro, a menos de seis quilômetros da unidade. Acompanha a gestação de risco habitual, o parto e o nascimento humanizados das mulheres vinculadas à Casa. Incentiva a participação da família nas atividades assistenciais, com vistas a fortalecer o vínculo, aleitamento materno e a rede de apoio da mulher. A condução do cuidado obstétrico e neonatal é realizada por enfermeiras obstétricas⁹.

A amostra foi constituída pelos registros de todos os 952 partos ocorridos na Casa de Parto, no período de 2014 a 2018. Foram excluídas as puérperas que não realizaram o pré-natal na Casa ou que pariram no domicílio, assim como em via pública.

Para análise da conformidade do cuidado, foi elaborado pelos autores uma matriz de julgamento contendo 03 componentes: GI-Assistência ao trabalho de parto (TP), GII-Assistência ao parto e GIII-Assistência ao recém-nascido (RN). Cada componente é composto por seus respectivos critérios, embasados nas Diretrizes Nacionais da Assistência ao Parto Normal¹⁰.

Para o componente GI, foram utilizadas as seguintes variáveis: 1. Admissão em trabalho de parto com 4 cm ou mais de dilatação do colo; 2. Presença do acompanhante da escolha da mulher; 3. Prescrição ingestão de líquidos e/ou alimentos no TP; 4. Não realização de tricotomia; 5. Não realização de enema; 6. Não prescrição rotineira de hidratação venosa; 7. Registro da evolução do TP em partograma; 8. Realização da ausculta fetal intermitente; 9. Intervalo de 4 horas entre os exames vaginais; 10. Utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor; 11. Estimulação da livre movimentação no TP; 12. Não administração rotineira da ocitocina para aceleração do TP e 13. Não realização rotineira da amniotomia.

No GII foram incluídas as seguintes variáveis: 1. Utilização de posições não litotômicas para o

nascimento; 2. Não realização de episiotomia; 3. Não realização de Manobra de Kristeller e 4. Administração de ocitocina 10 UI IM após desprendimento fetal.

Quanto ao componente GIII, foram utilizadas as variáveis: 1. Contato pele a pele durante a primeira hora de vida; 2. Clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical; 3. Estímulo da amamentação na primeira hora; 4. Não realização de aspiração de vias aéreas superiores; 5. Não realização de aspiração gástrica; 6. Administração de vitamina K IM; 7. Profilaxia da oftalmia neonatal; 8. Permanência em alojamento conjunto durante toda a internação.

Para ponderar o escore de conformidade, foram atribuídos até 4,0 pontos para cada critério estabelecido na matriz de julgamento. Assim, o GI recebeu como pontuação máxima 52 pontos (13 variáveis), o GII recebeu 16 pontos (04 variáveis) e o GIII recebeu 32 pontos (08 variáveis), totalizando 100 pontos.

Foi realizada análise descritiva dos dados para cálculo da frequência absoluta e relativa dos indicadores selecionados, utilizando o *software* estatístico R versão 4.3¹¹. As frequências relativas de cada variável foram confrontadas com o padrão estabelecido pela matriz de julgamento, sendo aplicada a pontuação correspondente a cada item analisado. Quando a variável obteve percentual $\geq 80\%$, recebeu a pontuação máxima (4,0), de 60-79%, recebeu a metade da pontuação (2,0), e menor que 60%, recebeu zero pontos¹² (Tabela 1).

O julgamento de valor foi realizado por meio do cálculo de uma proporção para determinar a conformidade do cuidado na assistência ao parto e nascimento na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ. A pontuação obtida pelas variáveis foi dividida pela pontuação máxima de cada grupo componente e multiplicado por 100. Para a classificação da conformidade, utilizou-se o ponto de corte por quartis em: conformidade total ($\geq 75,0\%$), conformidade parcial (50,0%-74,9%), conformidade incipiente (49,9%-25,0%) e não conformidade (menor que 24,9%)¹².

Este estudo foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa, com o CAAE: 45007521.6.0000.5240 conforme recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos¹³.

Resultados

Em relação ao componente assistência ao TP (GI), identificamos que 83,1% das mulheres foram admitidas com 04 ou mais centímetros de dilatação, 98,7% tinham acompanhante, 99,7% ingeriram líquidos e/ou alimentos, não foram submetidas a administração de enema ou tricotomia e em 99,9% não foi instalada hidratação venosa no momento da internação para o trabalho de parto.

Observou-se que 99,9% dos acompanhamentos do TP foram registrados em partograma no prontuário, 97,3% tiveram a ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal, em 55,5% das mulheres respeitou-se o intervalo de 04 horas para a realização do toque vaginal para avaliação da dilatação cervical, 97,4% utilizaram métodos não farmacológicos de alívio da dor, 80% foram estimuladas a se movimentar no trabalho de parto. Em 92,3% não foi administrada rotineiramente a ocitocina intravenosa para aceleração do trabalho de parto e em 97,8% não foi realizada a amniotomia. Neste componente, o resultado da matriz de julgamento foi 93,3%, apontando conformidade total às recomendações das diretrizes (Tabela 2).

Na assistência ao parto (GII), 97% das mulheres pariram em posições não litotômicas, em 100% dos casos não houve episiotomia, em 98,8% não foi realizada a manobra de Kristeller e 94,1% receberam a ocitocina 10UI intramuscular após o parto. Neste componente, o resultado da matriz de julgamento alcançou a conformidade total, segundo as recomendações das diretrizes (Tabela 3).

Quanto à assistência ao RN (GIII), 99,2% foram mantidos em contato pele a pele durante a primeira hora de vida, em 98,8% o cordão umbilical foi clampeado em tempo oportuno/tardio, 98,3% foram amamentados na primeira hora de vida, 97,3% dos recém-nascidos não tiveram aspiradas as vias aéreas superiores e em 95,5% não foi realizada a aspiração gástrica. Em relação aos cuidados, 97,7% receberam vitamina K, 97% realizaram a profilaxia da oftalmia neonatal e 100% permaneceram em alojamento conjunto durante toda a internação. Neste componente, o resultado da matriz de julgamento foi de conformidade total às recomendações das diretrizes (Tabela 4).

Tabela 1. Matriz de julgamento de conformidade do cuidado ao trabalho de parto, parto e nascimento na CPDCF, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.

Componente	Variáveis	Resultados N (%)	Padrão da análise	Pontos máximos por dimensão
GI	Assistência ao trabalho de parto (13 indicadores)	%	≥80%=4,0; 60%-79%=2,0; <60%=0	52
GII	Assistência ao parto (04 indicadores)	%	≥80%=4,0; 60%-79%=2,0; <60%=0	16
GIII	Assistência ao recém-nascido (08 indicadores)	%	≥80%=4,0; 60%-79%=2,0; <60%=0	32

Fonte: Autores (2022).

Tabela 2. Resultado do componente “assistência ao trabalho de parto” na CPDCF. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2014 a 2018 (N=952).

Componente	Variáveis	TP N (%)	Pontuação obtida*
GI Assistência ao trabalho de parto	1. Admissão em trabalho de parto com 4cm ou mais de dilatação do colo.**	773 (83,1)	4,0
	2. Presente Acompanhante da escolha da mulher estava.	942 (98,9)	4,0
	3. Prescrição ingestão de líquidos e/ou alimentos no TP.	949 (99,7)	4,0
	4. Não realização de tricotomia	952 (100,0)	4,0
	5. Não realização de enema.	952 (100,0)	4,0
	6. Não prescrição Hidratação venosa.	951 (99,9)	4,0
	7. Utilização do partograma no acompanhamento do TP.	951 (99,9)	4,0
	8. Realização da ausculta fetal intermitente.	926 (97,3)	4,0
	9. Realização de toques vaginais com intervalo de ≥4 h.**	528 (55,5)	0,0
	10. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor.	927 (97,4)	4,0
	11. Estimulação da livre movimentação no trabalho de parto.	762 (80,0)	4,0
	12. Não utilização da ocitocina para aceleração do trabalho de parto de rotina.	879 (92,3)	4,0
	13. Não realização da amniotomia de rotina.	931 (97,8)	4,0
	Resultado	92,3%	48

*Pontuação obtida (≥80%=4,0; 60%-79%=2,0; <60%=0); **N=930.

Fonte: Autores (2022).

Tabela 3. Resultado do componente “assistência ao parto” na CPDCF. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2014 a 2018 (N=952).

Componente	Variáveis	Parto N (%)	Pontuação obtida*
GII Assistência ao parto	1. Utilização de posições não litotômicas no parto	902 (97,0)	4,0
	2. Não realização de episiotomia	952 (100,0)	4,0
	3. Não realização manobras de Kristeller	941 (98,8)	4,0
	4. Administração de ocitocina 10 UI IM após desprendimento da criança	875 (94,1)	4,0
	Resultado	100,0%	16

*Pontuação obtida (≥80%=4,0; 60%-79%=2,0; <60%=0).

Fonte: Autores (2022).

Tabela 4. Resultado do componente “assistência ao recém-nascido” na CPDCF. Rio de Janeiro-RJ, Brasil, 2014 a 2018 (N=952).

Componente	Variáveis	RN N (%)	Pontuação obtida*
GIII Assistência ao recém- nascido	1.Mantido em contato pele a pele durante a primeira hora de vida.	923 (99,2)	4,0
	2.Realização do clameamento oportuno/tardio do cordão umbilical	919 (98,8)	4,0
	3.Estimulação da amamentação na primeira hora.	914 (98,3)	4,0
	4.Não realização de aspiração de vias aéreas superiores.	927 (97,3)	4,0
	5.Não realização de aspiração gástrica.	947 (99,5)	4,0
	6.Administração de vitamina K IM.	909 (97,7)	4,0
	7.Administração da profilaxia da oftalmia neonatal.	902 (97,0)	4,0
	8.Permanência em alojamento conjunto com durante toda a internação	952 (100,0)	4,0
Resultado		100,0%	36

*Pontuação obtida (≥80%=4,0; 60%-79%=2,0; <60%=0).

Fonte: Autores (2022).

Discussão

Neste estudo foi analisada a conformidade do cuidado oferecido às mulheres e recém-nascidos na CPDCF-RJ, segundo as recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal de 2016. Os resultados da matriz de julgamento mostram que os processos e os procedimentos de atenção ao parto e nascimento estavam em conformidade total em relação às recomendações, no período de 2014 a 2018.

O apoio contínuo à parturiente, com a presença do acompanhante ou doula, foi relacionado à maior chance de TP com evolução mais rápida e de parto vaginal espontâneo, e menor chance de analgesia no trabalho de parto, cesariana, parto instrumental, baixo escore de APGAR no 5º minuto de vida e relato de insatisfação com a experiência do nascimento^{14,15}.

A presença do acompanhante foi maior que a encontrada em outros estudos em CPN, que variou de 78,7 a 97,4%¹⁶ e são superiores aos hospitais do setor público (84,7%) e privado (97,9%)¹⁷. Na Casa de Parto do Rio de Janeiro, a família é incluída em todas as etapas do cuidado, o que pode justificar uma maior frequência na participação dos acompanhantes durante todo o processo assistencial à mulher^{8,9}. Este dado aponta a necessidade de ampliação do acesso em modelos hospitalares, uma vez que é determinado pela lei do acompanhante, Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005¹⁸.

A ingestão de alimentos ou líquidos é uma prática cujo resultado foi similar ao encontrado em outros estudos sobre CPN, porém superior ao encontrado em partos no modelo hospitalar,

que apresentou 47,6% no setor público e 61,1% no setor privado^{16,17}. A ingestão de alimentos ou líquidos não apresentou diferenças estatisticamente significativas no aumento da frequência de cesariana, partos vaginais operatórios e escores de Apgar inferior a sete no 5º minuto de vida, nem em quaisquer outros resultados avaliados. Portanto, não há justificativa para a restrição de líquidos e alimentos no trabalho de parto para mulheres com baixo risco de complicações¹⁹.

Não existem evidências de que a utilização rotineira do partograma contribua de forma positiva nos resultados maternos e neonatais. Entretanto, sua aplicação foi relacionada à redução de cesariana em países de baixa renda. No Brasil, país com mais elevada taxa de cesarianas, 43,8% no sistema público e 77,2% no sistema privado, em 2015, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) editou a Resolução Normativa 368, indicando o uso do partograma no acompanhamento do TP^{17,20,21}. O uso do partograma favorece a segurança na assistência, por propiciar o monitoramento da mulher durante a evolução do TP, pela necessidade do registro do profissional no impresso.

A ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais é o método recomendado para a vigilância da vitalidade fetal durante o trabalho de parto. Este procedimento permite a identificação das alterações e tomada de decisão de modo oportuno e quando comparado com o monitoramento cardiotocográfico contínuo, não apresentou diferenças na taxa geral de morte perinatal²².

A avaliação da progressão do trabalho de parto por meio do toque vaginal, com intervalo igual ou maior que 4 horas não mostrou diferença na

duração do trabalho de parto, embora o desconforto pelo procedimento tenha sido relatado²³. Portanto, em 2017, a observância deste intervalo entrou nas recomendações das Diretrizes²⁴. Na Casa de Parto este intervalo, quando estratificado por ano, variou de 32,7% em 2014 a 69,4% em 2018, evidenciando uma adesão progressiva às recomendações (dados não mostrados).

Os métodos não farmacológicos (MNF) de alívio da dor são técnicas que utilizam recursos naturais para ajudar a mulher a lidar com a dor durante o TP, além de promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e aumentar o vínculo entre a mulher, acompanhante e equipe que os assiste²⁵. Os MNF mais utilizados são banhos, massagens, técnicas de respiração, bola suíça, deambulação, eletroestimulação, aromaterapia, acupuntura, musicoterapia²⁵⁻²⁷.

Resultados encontrados em CPN no Brasil, apontam o uso do banho variando de 51,7 a 92,9% e massagens 29,8% a 65,7%, além de outras práticas não medidas de forma individualizada¹⁶. Nos hospitais públicos o uso de MNF foi de 56,7% e nos privados 57,1%¹⁷. Entretanto, quando avaliado por profissional que assistiu os partos, naqueles acompanhados pelas enfermeiras obstétricas/obstetrizes o uso de MNF foi maior²⁸. Este achado corrobora com a percepção positiva das mulheres com o cuidado da enfermagem obstétrica, além de se consolidar como tecnologia não invasiva de cuidado, por ser relacional e estar estruturada com base em conhecimentos, objetos e procedimentos utilizados pelas enfermeiras obstétricas no cuidado^{29,30}.

Evidências apontam que caminhar e permanecer verticalizada durante o primeiro estágio do parto reduzem a duração do trabalho de parto, o risco de cesariana, a necessidade de analgesia peridural, sem aumentar as intervenções ou efeitos negativos para mães e bebês³¹. Em CPN do Brasil, verificamos que a deambulação variou de 47,6 a 85,1%¹⁶. Em modelos hospitalares, os registros apontam que a deambulação atingiu 69,2% nos serviços públicos e 89,8% nos serviços privados¹⁷. Quando relacionado com o profissional que assistiu, observamos que foi mais frequente no acompanhamento pelas enfermeiras obstétricas, se caracterizando como tecnologia não invasiva de cuidado na perspectiva da desmedicalização, pois respeita a fisiologia e as vivências da mulher²⁹.

Os cuidados não recomendados ou recomendados em situação específica no acompanhamento do trabalho de parto, fazem parte do rol de procedimentos que foram incorporados à prática obstétrica sem evidências científicas que

embasasse sua utilização, caracterizando a medicalização do cuidado³². A permanência do uso desses cuidados na prática obstétrica atual, tem sido caracterizado como violência obstétrica^{33,34}.

Estudos sobre CPN apontam para utilização reduzida ou abolida dos cuidados não recomendados em sua assistência³⁵, destacando que são mais frequentes no modelo hospitalar. Em CPN no Brasil, a amniotomia variou de 6,7 a 71,3% e a ocitocina variou de 13,7 a 45,8%, bem superior ao realizado na Casa de Parto¹⁶. Estes resultados estão de acordo com estudo internacional apontando que cuidados conduzidos por enfermeiras obstétricas/obstetrizes em CPN, apresentaram menor probabilidade de sofrer intervenções, maior probabilidade de as mulheres ficarem satisfeitas com o cuidado, e menos resultados adversos quando comparados com mulheres que receberam cuidados em outros modelos³⁶.

As posições verticalizadas podem ter mais benefícios potenciais na melhoria dos resultados maternos e neonatais e no manejo de complicações obstétricas. As posições supina e de litotomia devem ser evitadas, a menos que seja um desejo da mulher, pelo risco aumentado de trauma perineal grave, parto comparativamente mais longo, maior dor e mais padrões alterados de frequência cardíaca fetal³⁷.

As posições não litotômicas para o nascimento variaram de 60,5 a 98,3% em CPN no Brasil. Uma posição de parto ereta pode levar a uma maior satisfação com o parto, um segundo estágio significativamente mais curto e sem resultados neonatais adversos, sugerindo que pode ser uma intervenção não medicalizada para reduzir a duração do segundo estágio do trabalho de parto^{38,39}.

A episiotomia sem o consentimento da mulher e a Manobra de Kristeller são práticas que violam os direitos da mulher, sendo caracterizadas como violência institucional e de gênero, dentro de um contexto multifatorial, portanto, devem ser abolidas da assistência obstétrica⁴⁰. Nos CPN no Brasil, a episiotomia apresentou uma variação de 2,4 a 25,7%, com média de 13,5%¹⁶.

Na comparação dos resultados obtidos nas maternidades vinculadas à RC foi verificado que a episiotomia foi realizada em 27,7% e a Manobra de Kristeller em 15,9% das mulheres no sistema público, enquanto no sistema privado que aderiram ao Parto Adequado da ANS, foi respectivamente, 39,4% e 21,4%¹⁷. Quando avaliado pelo profissional que assistiu, entre as enfermeiras obstétricas a episiotomia foi realizada em 21,6%

das mulheres e a Manobra de Kristeller em 13,4%. Apesar da frequência maior quando comparado ao CPN, observamos que quando realizados por enfermeiras obstétricas está associada a melhores resultados, com redução de intervenções desnecessárias no trabalho de parto e parto²⁸.

A “hora de ouro” do recém-nascido é definida como a primeira hora da vida e engloba cuidados tais como: contato pele a pele (PP) por pelo menos uma hora, o clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical, realização de avaliação do bem-estar do recém-nascido no abdome da mãe, adiamento de tarefas não urgentes, início precoce da amamentação. Tais práticas baseadas em evidências contribuem para a estabilização fisiológica da mãe e do recém-nascido após o nascimento⁴¹⁻⁴³.

Em CPN do Brasil, a prevalência do contato pele a pele variou de 50,3 a 95,2%¹⁶. Esse contato é essencial para criar o apego mãe-bebê, pois nesse período ainda permanecem os hormônios liberados pelo TP e nascimento por pelo menos uma hora. Também favorece a iniciação e exclusividade da amamentação, a termorregulação eficaz do RN, diminui a reatividade ao estresse materno e neonatal, o que favorece a estabilização cardiopulmonar. Portanto, é muito importante que sejam evitadas intervenções desnecessárias dos profissionais durante esse tempo^{41,43,44}.

Amamentação na primeira hora varia de 85,5 a 97,9% em outros CPN no Brasil¹⁶. Esses valores foram bem superiores aos encontrados em maternidades da Rede Cegonha, que apresentaram 41,9% de amamentação na sala de parto²⁸. A prática de colocar o RN ao seio materno logo após o nascimento, adotada sistematicamente em Casas de Parto, é uma medida que também auxilia na prevenção da hemorragia pós-parto^{35,45,46}.

O clampeamento oportuno/tardio do cordão umbilical foi superior ao encontrado em um CPN intra-hospitalar, que foi de 77,8%⁴⁷. O clampeamento precoce do cordão umbilical em recém-nascidos a termo, diminui o hematócrito, a pressão arterial, o volume sanguíneo e os estoques de ferro e aumenta a anemia, e parece resultar em diminuição da Bainha de Mielina e em habilidades do neurodesenvolvimento em comparação com a manutenção do cordão íntaco por pelo menos 3 minutos⁴⁸.

O uso profilático da vitamina K se mostrou eficaz na prevenção da doença hemorrágica clássica^{49,50}. Não há evidências que a profilaxia da oftalmia evita resultados graves e tem evidência moderada de redução de incidência de qualquer etiologia, sugerindo estudos para avaliar o agente

farmacológico mais eficaz e universalmente aplicável⁵¹.

Na assistência ao RN, a aspiração das vias aéreas (AVA) foi realizada em 2,7% dos recém-nascidos e em apenas 0,5% foi realizada a aspiração gástrica. Em comparação com CPN do Brasil, a aspiração foi verificada em 7 a 34,5% dos recém-nascidos, não tendo sido avaliado os outros indicadores¹⁶. Em maternidades da rede Cegonha, a aspiração foi realizada em 25,6% dos recém-nascidos, um avanço quando comparados com o período de 2011/2012 que apresentou 71,4% de AVA⁵².

As mulheres demonstraram satisfação com a experiência do nascimento em CPN, apontando como motivos o apoio contínuo das enfermeiras obstétricas, uso de tecnologias não invasivas para alívio da dor, estímulo à autonomia da mulher, a presença do acompanhante, o uso de cuidado baseado em evidência, além do ambiente privativo, seguro e calmo^{53,54}.

Conclusão

A análise da conformidade do cuidado oferecido pela Casa de Parto David Capistrano Filho às recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal foi classificada como conformidade total, no trabalho de parto, assistência ao parto e na assistência ao recém-nascido, demonstrando que as práticas desenvolvidas estão alinhadas com as melhores evidências disponíveis até o momento.

O cuidado em CPN é conduzido por enfermeiras obstétricas/obstetizes e vem evidenciando uma prática desmedicalizada, com base na fisiologia feminina, respeita as escolhas das mulheres e incentiva a autonomia feminina. Tais profissionais também desenvolvem um modelo de tecnologias próprias de cuidar, constituindo as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica.

Importante salientar que a publicação das recomendações foi posterior ao período analisado neste estudo e, ainda assim, os resultados foram muito favoráveis, mostrando que o centro de parto normal é uma opção para o parto de mulheres de risco habitual. Destaca-se também a satisfação das mulheres e famílias, com o cuidado oferecido nos centros de parto normal.

Nesse sentido, mais pesquisas são importantes e necessárias para evidenciar o cuidado em Centros de Parto Normal, que se consolida cada vez mais como um modelo desmedicalizado de cuidado ao parto e nascimento.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram para a elaboração do artigo. ET Medina contribuiu na criação e na redação final. RJO Mouta contribuiu na revisão e metodologia. SCSB Silva contribuiu na metodologia e revisão. SGN Gama contribuiu na metodologia e revisão final.

Referências

- Oliveira VLS, Santiago SA, Belarmino AC, Ferreira Júnior AR. O centro de parto normal na rede de atenção materno-infantil brasileira. *Rev Gerenc Polit Salud* 2021; 20:1-17.
- Lima DM, Riesco MLG, Schneck CA. Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital. *Rev Paul Enferm* 2018; 29(1/3):47-55.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015. Redefine as 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*; 2015.
- Freitas JMS, Narchi NZ, Fernandes RAQ. Práticas obstétricas em centro de parto normal intra-hospitalar realizadas por enfermeiras obstetras. *Esc Anna Nery* 2019; 23(4):e20190112.
- Sousa LS, Souto REM, Fernandes BKC, Esteche CM-GCE, Damasceno AKC, Melo LPT. Indicadores maternos dos partos assistidos em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Rev Enferm Atual In Derme* 2021; 95(34):e-021068.
- Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Bastos MH, Gama SGN. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* 2014; 30(Supl. 1):S17-S32.
- Bourguignon AM, Grisotti M. A humanização do parto e nascimento no Brasil nas trajetórias de suas pesquisadoras. *Hist Cien Saude Manguinhos* 2020; 27:485-502.
- Medina ET. *O modelo casa de parto como estratégia de desmedicalização do parto no Rio de Janeiro* [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2022.
- Medeiros A. A Casa de Parto David Capistrano Filho pelas lentes de uma fotógrafa. *Hist Cien Saude Manguinhos* 2018; 25(4):1171-1183.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal-versão resumida* [Internet]. Brasília: MS-CONITEC; 2017 [acesso 2020 jul 31]. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
- R Core Team. *A language and environment for statistical computing* [Internet]. Viena: Foundation for Statistical Computing; 2021 [cited 2020 jul 31]. Available from: <https://www.R-project.org/>.
- Barros DBM, Costa JMBS, Reis YAC, Albuquerque AC, Felisberto E. Avaliação da coordenação do cuidado de usuários com tuberculose multidrogarresistente em Recife, Pernambuco, Brasil. *Saude Debate* 2020; 44(124):99-114.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União* 2013; 13 dez
- Hodnett ED, Downe S, Walsh D. Alternative versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2012(8):CD000012.

15. Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 7(7):CD003766.
16. Medina ET, Mouta RJO, Silva SCSB, Gama SGN. Resultados maternos e neonatais dos partos acompanhados por enfermeiras obstétricas nos centros de parto normal no Brasil: uma revisão de escopo. *Res Soc Develop* 2020; 9(9):e854997933.
17. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, Lamy ZC, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Gama SGND, Domingues RMSM, Vilela MEA. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saude Publica* 2019; 35(7):e00223018.
18. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União* 2005; 8 abr.
19. Singata M, Tranmer J, Gyte GM. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 2013(8):CD003930.
20. Lavender T, Cuthbert A, Smyth RM. Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2018; 8(8):CD005461.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Resolução Normativa-RN nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar. *Diário Oficial da União*; 2015.
22. Alfirevic Z, Gyte GM, Cuthbert A, Devane D. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2(2):CD006066.
23. Downe S, Gyte GML, Dahlen HG, Singata M. Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 7:CD010088.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Diretriz Nacional de Atenção ao Parto Normal* [Internet]. 1ª ed. Brasília: MS; 2017 [acessado 2019 maio 25]. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf.
25. Coelho KC, Rocha IMS, Lima ALS. Métodos não farmacológicos para alívio da dor durante trabalho de parto. *Rev Recien* 2018; 8(22):14-21.
26. Mascarenhas VHA, Lima TR, Silva FMD, Negreiros FS, Santos JDM, Moura MÁP, Gouveia MTO, Jorge HMF. Evidências científicas sobre métodos não farmacológicos para alívio a dor do parto. *Acta Paul Enferm* 2019; 32(3):350-357.
27. Santos CB, Marçal RG, Voltarelli A, Silva RPM, Sakman R. Métodos não farmacológicos de alívio da dor utilizados durante o trabalho de parto normal. *Glob Acad Nurs* 2021; 1(1):e2.
28. Gama SGND, Viellas EF, Medina ET, Angulo-Tuesta A, Silva CKRTD, Silva SDD, Santos YRP, Esteves-Pereira AP. Atenção ao parto por enfermeira obstétrica em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, Brasil - 2017. *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):919-929.
29. Prata JA, Ares LPM, Vargens OMC, Reis CSC, Pereira ALF, Progianti JM. Tecnologias não invasivas de cuidado: contribuições das enfermeiras para a desmedicalização do cuidado na maternidade de alto risco. *Esc Anna Nery* 2019; 23(2):e20180259.
30. Lima MM, Ribeiro LN, Costa R, Monguilhot JJC, Gomes IEM. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. *Rev Enferm UERJ* 2020; 28:45901.
31. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 10:CD003934.
32. Nicida LRA, Teixeira LAS, Rodrigues AP, Bonan C. Medicalização do parto: os sentidos atribuídos pela literatura de assistência ao parto no Brasil. *Cien Saude Colet* 2020; 25(11):4531-4546.
33. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10(35):1-12.
34. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde* [Internet]. 2014 [acessado 2019 jul 21]. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/pt/.
35. Silva FMB, Paixao TCR, Oliveira SMJV, Leite JS, Riesco MLG, Osava RH. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(5):1031-1038.
36. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 4:CD004667.
37. Huang J, Zang Y, Ren LH, Li FJ, Lu H. A review and comparison of common maternal positions during the second-stage of labor. *Int J Nurs Sci* 2019; 6(4):460-467.
38. Thies-Lagergren L, Hildingsson I, Christensson K, Kvist LJ. Who decides the position for birth? A follow-up study of a randomised controlled trial. *Women Birth* 2013; 26(4):e99-e104.
39. Thies-Lagergren L, Kvist LJ, Sandin-Bojö AK, Christensson K, Hildingsson I. Labour augmentation and fetal outcomes in relation to birth positions: A secondary analysis of an RCT evaluating birth seat births. *Midwifery* 2013; 29(4):344-350.
40. Katz L, Amorim MM, Giordano JC, Bastos MH, Brilhante AVM. Quem tem medo da violência obstétrica? *Rev Bras Saude Mater Infant* 2020; 20:623-626.
41. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, DiCioccio HC, Field T, White-Traut R. Systematic Review of Skin-to-Skin Care for Full-Term, Healthy Newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017; 46(6):857-869.
42. Sharma D. Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Matern Health Neonatol Perinatol* 2017; 3:16.
43. Neczypor JL, Holley SL. Providing Evidence-Based Care During the Golden Hour. *Nurs Womens Health* 2017; 21(6):462-472.

44. Odent M. *Pode a humanidade sobreviver à medicina?* 1ª ed. Rio de Janeiro: Instituto Michel Odent; 2016.
45. Antunes LS, Antunes LAA, Corvino MPF, Maia LC. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Cien Saude Colet* 2008; 13(1):103-109.
46. Silva VM, Tonon TCA. Atuação do enfermeiro no processo da amamentação. *Res Soc Develop* 2020; 9(10):e7819109158.
47. Teixeira CS, Pinheiro VE, Nogueira IS. Resultados maternos e neonatais em centro de parto normal intra-hospitalar. *Enferm Foco* 2018; 9(1):71-75.
48. Andersson O, Mercer JS. Cord Management of the Term Newborn. *Clin Perinatol* 2021; 48(3):447-470.
49. Puckett RM, Offringa M. Prophylactic vitamin K for vitamin K deficiency bleeding in neonates. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (4):CD002776.
50. Martín-López JE, Carlos-Gil AM, Rodríguez-López R, Villegas-Portero R, Luque-Romero L, Flores-Moreno S. Prophylactic Vitamin K for Vitamin K Deficiency Bleeding of the Newborn. *Farm Hosp* 2011; 35(3):148-155.
51. Kapoor VS, Evans JR, Vedula SS. Interventions for preventing ophthalmia neonatorum. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 9(9):CD001862.
52. Gomes MASM, Esteves-Pereira AP, Bittencourt SDA, Augusto LCR, Lamy-Filho F, Lamy ZC, et al. Atenção hospitalar ao recém-nascido saudável no Brasil: estamos avançando na garantia das boas práticas? *Cien Saude Colet* 2021; 26(3):859-874.
53. Soares YKC, Melo SSS, Guimarães TMM, Feitosa VC, Gouveia MTO. Satisfação das puérperas atendidas em um centro de parto normal. *Rev Enferm UFPE on-line* 2017; 11(11):4563-4573.
54. Costa NS, Bracarense CF, Duarte JMG, Paula MSR, Simões ALA. Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. *Rev Min Enferm* 2018; 22:1-8.

Artigo apresentado em 07/10/2022

Aprovado em 26/12/2022

Versão final apresentada em 28/12/2022

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva