



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Dossiê Casa de Parto David Capistrano Filho

Hoje, o Brasil ainda apresenta a maior taxa mundial de cesáreas, a qual, em vários hospitais brasileiros atinge cifras iguais ou maiores que 80% dos partos realizados, parecendo fazer crer que este é o método normal de parir e nascer, uma inversão da naturalidade da vida⁵.

O Brasil está conseguindo reduzir a taxa de cesarianas nos hospitais da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos anos, mas ainda assim o índice é alto. O mais preocupante é que a cirurgia provoca mais mortes maternas do que o parto normal. Dados do Ministério da Saúde revelam que as cesáreas causam 3,7 vezes mais óbitos que o parto normal. (MS.2001)

Em 1994, as cesáreas representavam 32% do total de partos realizados no país. Em 2001, esse índice caiu para 25%. Apesar dessa redução, a taxa brasileira de cesariana ainda não atingiu o limite máximo de 20% recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para os países da América Latina. (MS.2001)

Do total de 2,4 milhões de partos realizados na rede SUS no Brasil em 2001, 603 mil foram cesáreas, que causaram a morte de 325 mulheres. Nos 1,8 milhões de partos normais, morreram 257 mulheres. Em cada cem mil cesáreas, morreram 53,8 parturientes; para cada grupo de cem mil que tiveram parto normal houve 14,2 mortes de mulheres.

No Brasil a média é 70% partos por cesariana nos hospitais públicos e 90% nos privados. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apenas 15% necessitam de intervenção cirúrgica ou de medicamentos. Os 85% restantes, com pré-natal de qualidade para evitar riscos e complicações, poderiam ser normais.

Os hospitais da rede SUS na Região Sudeste são os que apresentam o maior índice de morte materna por cesárea: são 58,5 mortes para cada cem mil cirurgias. O



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Centro-Oeste é a região que apresenta o menor número de mortes em cesáreas: são 42 óbitos para cada cem mil cesáreas.

Apesar da falta de números oficiais, as organizações não-governamentais estimam que a taxa de cesariana nos hospitais privados do país varia entre 70% e 80% do total de partos realizados.

No Município do Rio de Janeiro encontra-se a maior rede pública hospitalar instalada no país. Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) ocorrem, neste município, em torno de 100 mil partos/ano, dos quais 70% realizados em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). A imensa maioria destes nascimentos (99,7%) acontecem na rede hospitalar.

O modelo de assistência ao parto e nascimento, vigente na maioria dos serviços públicos brasileiros, está baseado na percepção destes eventos como atos médicos e não como momentos especiais, de grande valor social e afetivo para a mulher, seu bebê e sua família. A institucionalização do parto, com a substituição da casa pelo hospital e da parteira pelo médico; a incorporação de diversos avanços tecnológicos; e a formação do profissional médico voltada para patologias e seus determinantes biológicos, contribuíram acentuadamente para a consolidação deste modelo em nosso meio.

Se, de um modo geral, o objetivo de tornar o parto mais seguro foi alcançado neste modelo médico, deve-se reconhecer que ele também contribuiu para a perda de suporte social e emocional das mulheres no momento do parto. Com dor, em jejum, solitária, seminua, num ambiente estranho, com profissionais desconhecidos, a mulher tem, não raro, vivenciado a experiência do parto com muito sofrimento.

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) vem perseguindo com seriedade e determinação o objetivo de intervir nesta realidade, através da qualificação da assistência à mulher e à criança. Espera-se, assim, aliar boas práticas de assistência perinatal à oportunidade de oferecer às mulheres e seus bebês a vivência do parto e nascimento de forma segura e humanizada.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional

Triênio: 2009 a 2011

Em 1994 a (re)abertura da Maternidade Leila Diniz, em co-gestão com o Ministério da Saúde (MS), significou o primeiro passo de uma proposta inovadora de atenção ao parto e nascimento no setor público. Foram (re)ativados 32 leitos obstétricos e 15 leitos neonatais de risco. A maternidade passou a contar com seis leitos individualizados de pré-parto, permitindo a presença contínua de acompanhante de escolha da parturiente. O estímulo à deambulação, o uso de banheira para relaxamento durante o período ativo do trabalho de parto, a possibilidade de escolha da posição de parir, a exclusão da tricotomia e da enteróclise da rotina, assim como um cuidadoso monitoramento das indicações de cesarianas constituíram algumas das inovações introduzidas na redefinição do modelo assistencial. A institucionalização da atuação da enfermagem obstétrica no pré-parto e na sala de parto foi, sem dúvida, um marco neste processo de reestruturação da assistência perinatal.

A expansão deste modelo para outras unidades públicas municipais ocorreu em 1998, com a incorporação de enfermeiras obstetras no atendimento pré-natal de 13 unidades ambulatoriais e no acompanhamento das parturientes durante o trabalho de parto e parto em duas maternidades. A SMS/RJ contou com a participação fundamental da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) no treinamento, capacitação e supervisão das(os) enfermeiras(os). Hoje é possível observar resultados positivos que se traduzem pelo gradual fortalecimento e reconhecimento desta prática no cotidiano institucional.

Modelos de atenção ao parto e nascimento menos intervencionistas e baseados no acompanhamento da mulher, no estímulo à sua participação ativa e no suporte emocional têm sido desenvolvidos em serviços nacionais e internacionais, sejam estes hospitalares ou não.

A implantação de unidades não hospitalares, como os centros de parto normal, surge como uma outra possibilidade de resgatar a percepção do parto e nascimento como eventos fisiológicos, dissociados da imagem de doença normalmente vinculada ao hospital.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

A Casa de Parto como bom Ambiente para se Nascer

Atualmente vivenciamos momentos mesclados de lutas e conquistas na tentativa de retomar a fisiologia do parto. As Casas de Parto são um exemplo de possibilidades para as mulheres empoderarem-se e assumirem o seu processo de parturição. As casas de parto tem em comum o acolhimento das gestantes e o estímulo à participação da família, em especial o companheiro.

A Casa de Parto David Capistrano Filho, em Realengo, fica inserida numa área carente e com pouquíssimos recursos assistenciais. Acrescido a este fato oferece o Pré-Natal desde o início da gestação, o que facilita o acesso e a cobertura deste serviço, influenciando diretamente nos resultados perinatais. Diferente de outras casas de parto, a de Realengo somente acolhe as gestantes que realizaram seu pré-natal na própria casa, sob a justificativa de ser comunitária e não peri-hospitalar. Neste ponto, destacam-se algumas vantagens: o conhecimento prévio da gestante e família, de sua situação social, emocional e biológica, da possibilidade de vínculo aos profissionais e à unidade, gerando maior segurança, conhecimento das tecnologias de cuidados através da participação nas oficinas.

Centro de Parto Normal

Trata-se de estabelecimento assistencial de saúde destinado ao acompanhamento do parto e nascimento de evolução fisiológica.(Portaria MS: 985/1998)

Tipos de Centros de Parto Normal

Admite-se três modalidades de Centros de Parto Normal:

- Intra-hospitalar
- Peri-hospitalar
- Comunitário



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Centro de Parto Normal Comunitário

Serviço com administração própria, situado a distâncias variáveis do hospital de retaguarda. Idealmente, a distância máxima para a remoção da parturiente é de uma hora.

Exige ambulância de plantão, bem como autonomia técnica da equipe no atendimento de emergências obstétricas e neonatais. Todo o processo de atendimento – captação, triagem, admissão, prestação de cuidados, remoção e alta, são de responsabilidade de enfermeiras obstetras.

CASA DE PARTO DAVID CAPISTRANO FILHO

Breve Histórico

A Casa de Parto David Capistrano Filho (CP) foi inaugurada no dia 08/03/2004. Na primeira semana de funcionamento atuou apenas para finalizar sua organização interna e ampliar sua relação com a comunidade. A expectativa da equipe da CP era de que apenas a partir do final do mês de abril ocorresse algum nascimento, uma vez que o protocolo da Unidade prevê a inscrição no PN de gestantes apenas até a 34ª semana de gravidez. O atendimento à população com inscrição para realizar o acompanhamento pré-natal (PN) iniciou-se efetivamente em 15/03/04.

A Casa de Parto tem como referência o Hospital Maternidade Alexander Fleming, que fica a 07 km de distancia. O acesso da gestante em situação de risco é garantido, assim como a ambulância para remoção em situação de emergência/urgência.

Com a grande procura pelo atendimento na CP tornou-se clara a necessidade de formação e grupos de acolhimento onde as mulheres/ casais/ famílias fossem orientadas sobre a proposta de atenção daquela Unidade, os limites de sua resolutividade e a formação dos profissionais que atuam na assistência. A clientela-alvo são mulheres classificadas como “GESTANTES DE BAIXO RISCO” conforme o protocolo da



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Unidade. Até o mês de junho de 2009 foram acolhidas 3768 gestantes, sendo 32,5% delas adolescentes.

Equipe da casa:

A equipe da Casa de Parto é composta por enfermeiros obstetras, auxiliares/técnico de enfermagem, assistentes sociais, nutricionista, auxiliares de serviços diversos, vigias, cozinheiras e motoristas da ambulância.

Antes da inauguração, os enfermeiros e técnicos realizaram várias atividades de sensibilizações, psicodramas, capacitações em atividades como CTG, pré-natal. A Casa tem como rotina, realizar oficinas e grupos de reflexões sempre que entram membros novos na equipe.

Atividades desenvolvidas pela Casa de Parto:

A casa de Parto desenvolve diversas atividades com a clientela, com a comunidade, com profissionais e com alunos dos cursos de graduação e técnico de enfermagem e outros.

- Com a clientela: pré-natal, pós-natal, trabalho educativo, assistência ao parto e nascimento;
- Com a comunidade: trabalho educativo em escolas da região, igrejas, ONGs, rádio comunitária, associações de moradores;
- Com profissionais e alunos: capacitações e visitas técnicas, residência de enfermagem.

Acolhimento

Para realizar o pré-natal na casa de parto, a cliente e familiar é agendada para o grupo de acolhimento, onde são informadas sobre a filosofia da Casa, sobre as rotinas de atendimento, quem são as pessoas que trabalham na Casa. Escutamos delas as expectativas, como souberam da Casa. Em seguida é realizada uma triagem para saber



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

quem pode e deseja ser inscrita no pré-natal da Casa, são solicitados os exames laboratoriais e faz-se o agendamento da consulta individual. O grupo termina com uma visita pelas instalações da casa.

Atualmente, em média 80 mulheres são acolhidas no pré-natal da Casa, a cada mês.



Reunião de Acolhimento

Serviço Social

Todas as clientes inseridas na CP são encaminhadas ao serviço social, sendo traçado o perfil social da família. Mediante o diagnóstico social de cada cliente, é elaborado um plano de ação por estas profissionais, tais como: necessidade de documentação; licença maternidade, atividades educativas; suspeição de violência doméstica e encaminhamentos diversos.

Essas profissionais estão constantemente fazendo cursos de atualização em questões sociais pertinentes à abordagem sobre gênero, violência e participação da mulher em nossa sociedade, com o propósito de subsidiar toda a equipe no



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

levantamento de questões que perpassam o risco biológico e que possam afetar direta ou indiretamente o desenrolar da gestação, parto, nascimento e puerpério.

Recentemente foi criado um grupo reflexivo sobre violência, coordenadas pelas assistentes sociais, com o objetivo de possibilitar as mulheres vítimas um espaço onde podem verbalizar suas questões.

Trabalho educativo

O trabalho educativo na CP tem por objetivo empoderar a mulher e sua família nesta fase de sua vida, fortalecer a cidadania, estreitar os vínculos (familiares, institucional e profissionais).

Ele vem sendo desenvolvido através de oficinas, grupos de gestantes, atividades culturais envolvendo a comunidade.

Após várias tentativas para dar cobertura a todas as gestantes inscritas na CP, optou-se por organizar oficinas com vários temas, matriculando as mulheres e famílias ao longo do acompanhamento Pré-Natal. Após 34 semanas de gestação, as mulheres são encaminhadas ao grupo de final de gestação, onde são discutidos temas específicos do parto e cuidados com o bebê. As adolescentes participam de encontros específicos para o grupo.

Os grupos usam como metodologia oficinas, dinâmicas, gincanas, discussões abertas e projeções de filmes relativos aos temas discutidos.

Recentemente foi iniciado o grupo dos avós, com o objetivo de integrar a família nos cuidados com a mulher e bebê, principalmente no apoio a amamentação.

O grupo reflexivo sobre violência funciona em dias variados, de acordo com a demanda.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Grupo de adolescentes Roda de conversa (consulta coletiva de pós-natal)



Incentivo ao Aleitamento materno

A Casa de Parto tem como objetivo incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo. Para isto, foram estabelecidos como meta os 10 passos da Unidade Amiga da Criança.

Durante a gestação, as clientes são incentivadas a participar de oficinas de amamentação, onde se discute os mitos, o querer, as dificuldades, além do manejo. No final da gestação o tema é novamente inserido, quando se fala nos cuidados do recém-nascido.

Quando o bebê nasce, imediatamente é colocado no colo materno, fortalecendo o vínculo, através do contato olho a olho. O corte do cordão umbilical acontece tardiamente, apenas quando o mesmo para de pulsar e quase sempre é realizado pelo pai. Enquanto permanece no colo materno, a mãe é incentivada a oferecer o seio.

O bebê permanece todo o tempo com a mãe e família na suíte. Um dos critérios de avaliação para a alta é se estabeleceu de forma efetiva a amamentação.

A cliente é informada todo o tempo que a Casa está aberta para retorno em qualquer dificuldade no processo, e isto fortalece a confiança da mesma.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Todos os profissionais são sensibilizados e capacitados em cursos de aleitamento materno e trabalham efetivamente na promoção do mesmo.

Na alta a cliente é encaminhada ao acolhimento mãe-bebê da rede básica, que também trabalha com as questões do aleitamento.



Acompanhamento Pré-natal

A casa de Parto oferece o pré-natal para as mulheres residentes na área adstrita à Casa de Parto.

A rotina de pré-natal implantada na Casa de parto, segue as recomendações do Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde(2000). No momento a Casa realiza em média 800 consultas/mês.

A consulta pré-natal realizada na Casa tem a característica de trabalhar as questões sociais, emocionais, familiares e culturais das clientes acompanhadas, além de envolver a participação do companheiro e da família.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011



Consulta de Pré-Natal

Acompanhantes

Como um dos objetivos da CP é integrar a família no cuidado, é estimulada a participação de um acompanhante tanto nas consultas, como nos grupos e nos partos.

Têm sido uma experiência bastante positiva, tanto para a mulher como para os profissionais da Casa. Essa prática tem servido como fator de divulgação dentro da própria comunidade, além de aumentar a segurança das mulheres e seus familiares frente ao cuidado prestado pela equipe.

No ano de 2009, até o mês de maio, 99,3% das mulheres contaram com a presença de 01 ou mais acompanhantes de sua escolha durante todo o período de internação na casa de parto.

Outro benefício observado é a inclusão do pai em todas as fases do gestar e parir. Este dado se traduz na participação do companheiro durante o pré-natal, no trabalho e parto, inclusive participando no corte tardio do cordão umbilical. Esta participação ajuda a fortalecer a relação do casal, além de favorecer a formação do vínculo familiar.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011



Acompanhamento Pós-Natal

A primeira consulta de pós-parto ocorre no 2º dia e depois no 5º dia. Se não houver intercorrências (dificuldades na amamentação, ganho insuficiente de peso, icterícia) é agendada consulta coletiva entre o 35º e 45º dia de nascimento. Nestas consultas além do exame físico da mãe e do bebê, são avaliados a amamentação e o vínculo familiar, levantadas as demandas da mulher e da família. Caso o profissional identifique algumas dificuldades, agenda mais consultas.

Em relação à cobertura no pós-natal, é preconizado pelo MS (2002), que esta mulher retorne para conclusão do pré-natal pelo menos 01 vez até quarenta e dois dias após o nascimento. Na CP, como a alta se dá em torno de doze horas após o nascimento, foi estabelecido o calendário mínimo de retorno para as clientes, conforme descrito acima.

Observamos que 100% das mulheres retornam para a avaliação pós-natal do 2º e 5º dia, e apresentam uma boa frequência na consulta coletiva.

É importante ressaltar que todas as crianças nascidas na Casa de Parto são encaminhadas para o acolhimento na rede básica, e saem com consultas de puericultura agendadas.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional

Triênio: 2009 a 2011

Serviço de Pronto Atendimento (SPA)

Além das consultas de Pré-Natal e Pós-Natal, oferecemos o SPA para as mulheres inscritas no Pré-Natal da CP que apresentam alguma intercorrência fora do dia da consulta. Vale ressaltar que temos atendido mulheres que não são clientes, mas que solicitam avaliações e orientações. Dentre esses atendimentos ressaltamos as principais queixas:

- Pródromos de trabalho de parto
- Dificuldades no aleitamento materno
- Cuidados com o bebê
- Ameaça de parto prematuro
- Trabalho de parto

O número médio de consultas no SPA é de 160/mês, sendo que 10% destas tiveram que ser removidas para a maternidade de referência (HMAF) por motivos diversos.

Assistência ao parto e nascimento

A assistência ao parto na Casa segue as diretrizes do MS(2000) e da OMS(1996), favorecendo práticas que facilitam a mulher assumir papel de sujeito no processo de parturição. São estimuladas a participação da família e do companheiro durante o trabalho de parto e do parto, respeitando o desejo da mulher.

A cliente é estimulada a fazer o Plano de Parto, que é anexado ao prontuário. No momento da internação os desejos expressos no Plano são cumpridos pela equipe plantonista. No acompanhamento do trabalho de parto e parto, os enfermeiros obstetras estimulam o parto ativo, através da utilização de tecnologias não invasivas de cuidado.

Até o mês de maio/2009, foram acompanhados 1350 partos e nascimentos na casa de parto.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011



Práticas não farmacológicas de alívio da dor

Todo o cuidado desenvolvido na Casa de Parto foi estabelecido tendo como princípio norteador o cuidado baseado em evidências científicas. Por conta disso segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS,1996), como utilização de práticas não farmacológicas para o alívio da dor, como:

- Banho de chuveiro ou imersão na banheira;
- Massagens;
- Respiração;
- Ambiente tranquilo, acolhedor e na penumbra, música ambiente, entre outros.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional

Triênio: 2009 a 2011

Capacitações e treinamento de profissionais

■ **Visitas técnicas:** são agendadas visitas técnicas de cursos de graduação e nível técnico, de diversas áreas da saúde. Nestas visitas são discutidos a humanização do cuidado, a mudança nos paradigmas, são passados vídeos de partos ocorridos na Casa e realizamos a visita guiada pelas dependências da Casa. Em média agendamos 02 visitas semanais, com média de 25 pessoas por grupo.

■ **Residência de enfermagem:** a Casa de Parto é campo de prática para os residentes em enfermagem obstétrica (especialização na modalidade de residência), no 1º(R1) e no 2º ano (R2). Durante o período na Casa, o residente tem oportunidade de vivenciar o cuidado humanizado, assim como a autonomia do profissional enfermeiro.

■ **Capacitação dos enfermeiros do PSF:** até o presente momento realizamos 08 capacitações, com uma média de 18 enfermeiros por grupo. Cada curso teve duração de 60h, em pré-natal e trabalho educativo com gestantes. Além dos encontros reflexivos, os enfermeiros acompanham as consultas e participam das oficinas de gestante.

■ **Trabalhos de pesquisa:** a Casa de Parto participa como cenário para pesquisas de campo da UERJ e outras Universidades, cumprindo as recomendações da Resolução 196 que trata das pesquisas com seres humanos.

Avaliando os resultados

Sabendo de toda a polêmica relacionada à abertura das Casas de Parto e já prevendo os inúmeros questionamentos sobre os resultados perinatais, houve uma preocupação da coordenação da Casa e da Gerência dos Programas do nível central em criar um Banco de Dados que pudesse fornecer de forma contínua os indicadores apresentados pela Casa.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Através da análise dos dados é possível avaliar em tempo real e modificar continuamente as rotinas de cuidado implantadas.

Outra rotina estabelecida pela coordenação é a avaliação de todos os prontuários das clientes atendidas diariamente na Casa, nos diversos serviços oferecidos.

Segue abaixo algumas estratégias de avaliação:

- Reuniões mensais com a equipe: nestas reuniões são realizados grupos de estudos, onde são discutidos casos, rotinas, mudanças de fluxos, além de apresentar os resultados perinatais.
- Parceria com a UERJ
- Contatos sempre que necessários com a unidade de referência
- Avaliações contínuas com a Gerência do Programa da Mulher –SMS/RJ e com a Maternidade de Referência, onde são revistas o protocolo e as rotinas, além de discutir as dificuldades encontradas.
- Pela clientela: é oferecido impresso de avaliação do cuidado prestado, além de termos um livro de depoimento onde a mulher e familiar podem se expressar como quiserem.

A comunidade compreendeu a proposta de funcionamento da CP e as mulheres lá residentes que querem ter seus filhos em maternidades continuam tendo as mesmas possibilidades de antes de sua inauguração. A CP tem recebido inúmeras manifestações de apoio das usuárias e de seus familiares mesmo quando a mulher necessita de encaminhamento para a maternidade de referência e não pode continuar a fazer lá o seu acompanhamento. A possibilidade da participação de maridos/companheiros e outros familiares durante o pré-natal e trabalho de parto/parto é motivo de enorme satisfação para a população. Este direito garantido às clientes da CP fortalece os vínculos familiares, os vínculos com o bebê e também diminui as situações de violência doméstica e familiar.

A parceria nos cuidados à mulher e ao bebê estabelecido entre a equipe da CP, o PSF, as Unidades Básicas da área 5.1 e o HMAF, com o apoio da Coordenação de



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Área e da Coordenação dos Programas de Atenção Integral tem possibilitado uma verdadeira integração da rede de serviços.

O movimento de mulheres que se inscrevem para o atendimento PN na CP vem crescendo progressivamente. Embora os números apresentados ainda sejam pequenos, os resultados preliminares tanto pelos indicadores obtidos quanto pela satisfação das usuárias, superam as expectativas da SMS/RJ com este modelo de atenção.

Efetivamente foi ampliado o acesso ao pré-natal para uma comunidade extremamente carente e também ampliado a oferta de atenção ao parto de baixo risco, o que permite que os leitos de maternidade estejam mais disponíveis para gestantes que efetivamente necessitem de cuidados médicos.

È possível aliar o desejo de parir de uma forma mais natural e participativa, com a segurança e acompanhamento.

Segue um levantamento com apontamentos técnicos e aspectos legais, bem como o contexto histórico e político que acompanharam os mesmos, visto que sustentam todo o discurso realizado neste documento.

Em 1985, pela primeira vez, houve uma reunião envolvendo peritos em obstetrícia da região européia, da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Escritório Regional para as Américas, em Fortaleza-BR, para esclarecer, à luz dos conhecimentos científicos, qual o papel das práticas obstétricas na assistência ao parto normal. Desta reunião resultou a Carta de Fortaleza, na qual foram feitas diversas recomendações baseadas numa variedade similar de práticas, com ênfase na medicina baseada em evidências².

Com base neste consenso de 1985 (Carta de Fortaleza), o mesmo grupo de trabalho classificou suas recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias: a) práticas comprovadamente úteis, que devem ser estimuladas; b) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas; c) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação e



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

que devem ser empregadas com cautela, até que novas pesquisas esclareçam a questão;
d) práticas freqüentemente utilizadas, de modo inadequado.

Na mesma reunião, os especialistas reconheceram as enfermeiras-parteiras ou enfermeiras obstetras, como profissionais de saúde com competência para assumir a responsabilidade pela assistência à gestação e ao parto normal, incluindo avaliação de riscos e diagnóstico e manejo de complicações, principalmente quando da ausência de médico local. Nessas ocasiões, deviam agir de modo decidido e independente, experiência esta, já vivenciada em hospitais como em centros de saúde, casa de parto e na comunidade (Parto domiciliar) em muitos países em desenvolvimento.

A competência e a autonomia da enfermeira, para prestar assistência ao parto normal sem distocia, foram conferidas pelo Decreto Lei nº. 94.406 que regulamentou a Lei nº. 7.498 de 25 de junho, de 1986, sobre o exercício da enfermagem, quando, no Art. 9, incumbe os profissionais titulares de diploma ou certificado de Obstetrix ou Enfermeira Obstétrica de⁶: 1) prestação de assistência à parturiente e ao parto normal; 2) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências, até a chegada do médico; 3) realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestésico local, quando necessário.

Face às recomendações da OMS e da OPAS e em consonância com o disposto no Decreto Lei nº 94.406, o Ministério da Saúde, adotou as seguintes condutas⁶:

- Instituiu o programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco pela Portaria nº. 3.016/GM/98⁷;
- Reduziu as cotas de partos cirúrgicos no SUS de: 32%, em 1997, 28%, em 1998, 25%, em 1999, e 24% em 2000, pela Portaria nº. 2.816/GM/98⁸;
- Regulamentou a realização por enfermeira obstetra do parto sem distocia, assim como da analgesia para partos normais, pela Portaria nº.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

2.815/GM de 29 de maio de 1998⁹; Aprovou o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) pela Portaria n°. 163/98¹⁰ da Secretaria de Assistência à Saúde; Instituiu o projeto de casas de parto e maternidades-modelo, no SUS, pela Portaria n°. 888/98¹¹;

- **Criou o Centro de Parto Normal (CPN), tendo por diretora uma enfermeira obstetra como membro da equipe mínima pela Portaria n°. 985/99¹²;**

- Aprovou o Prêmio Galba de Araújo para instituições de assistência humanizada à saúde da mulher, no pré-natal, parto, nascimento e puerpério, que mais se destaquem em cada região do país, pela Portaria n°. 1.406/99¹³;

- Criou e implantou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) pelas Portarias GM/569²³, GM/570²⁴, GM/571²⁵ e GM/572/2000¹⁴;

- Elaborou, em parceria com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO e com a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras - ABENFO, manuais baseados em evidências para respaldar a nova política de saúde da mulher, devendo servir para nortear os cursos ministrados em universidades brasileiras;

- Financiou cursos de especialização em enfermagem obstétrica, de acordo com a Resolução n°. 3 do Comitê de Ensino Superior - CES/99, ministrados por Instituições de Ensino Superior, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, para garantir o envolvimento dos órgãos formadores com as instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS);

- Firmou convênio com a Agência de Cooperação Internacional do Japão para que enfermeiras obstetras brasileiras realizassem Curso de Assistência ao Parto Humanizado em Casas de Parto no Japão.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Além do Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), após ampla consulta pública, reconheceu o Centro de parto Normal, como instituição de saúde, através da **RDC nº 36, de 03/06/2008, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que regulamenta o “Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal”;**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, com o objetivo de reduzir as absurdas taxas de cesáreas nos Planos de Saúde, atualizou seu rol de procedimentos, após ampla consulta pública e discussão com os setores de saúde, onde reconhece a autonomia do enfermeiro obstetra na ao parto de baixo risco- **A Resolução Normativa RN nº 167, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, de 09/01/2008, que demandou a “Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde em especial na Seção IV, do Plano Hospitalar com Obstetrícia, art. 16, Parágrafo único”;**

Assim, nas últimas duas décadas, a avaliação da assistência médica na área de perinatologia levou à revisão e mudança de muitos dos procedimentos comuns nas práticas de assistência à gravidez e ao parto, no mundo inteiro (Enkin, 2005). A partir do movimento pela medicina baseada em evidências, constatou-se que apenas uma minoria das práticas de assistência eram baseadas em evidências científicas sólidas sobre sua efetividade ou segurança. Esta situação é ainda mais séria nos países da América Latina, onde a mudança necessária tem sido muito lenta e uma parte significativa da assistência às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério são cientificamente consideradas como ineficazes ou mesmo prejudiciais à saúde (CLAP, 2003).

A diminuição de intervenções desnecessárias, que são associados a um aumento da morbidade de mães e bebês (*overtreatment*¹) tem sido um dos grandes objetivos no atual planejamento das ações de saúde materno-infantis (Albers, 2005).

¹ Termo proposto por Albers (2005) Pode ser traduzido como “sobretreatamento”. O termo se refere as taxas de procedimento realizada e que são desnecessárias pois se deixadas de serem aplicadas em populações semelhantes em modelos de assistência com menos intervenções estas – as populações- alcançam os mesmo resultados sem estas intervenções.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

Atualmente, se avolumam as evidências de que esse modelo fundamentado em intervenções de rotina sobre o parto fisiológico tem contribuído para a piora tanto dos resultados maternos quanto neonatais no caso brasileiro (Victora, 2006).

Várias estratégias foram desenvolvidas para melhorar a qualidade da experiência do parto em vários países, entre elas, a criação ou a expansão, de Centros de Parto, em hospitais ou fora deles, onde mulheres de baixo risco podem dar à luz numa atmosfera semelhante à domiciliar, com assistência obstétrica primária, em geral aos cuidados de enfermeiras-partadeiras. A maioria desses centros não utiliza a intervenção sobre a dinâmica uterina ou aceleração do trabalho de parto, assim como o uso de analgesia farmacológica é mínima (Enkin e cols, 2004). Faz parte da estratégia, poupar grandes contingentes de mulheres, de intervenções desnecessárias e sem base em evidências científicas. Vale ressaltar que estas interferências, além de não conferirem benefícios diretos, podem desencadear repercussões negativas na saúde reprodutiva e sexual das mulheres, e na sua capacidade de cuidar dos recém-nascidos (Hodnett, 2006).

O Ministério da Saúde atribui a queda na taxa de cesáreas aos limites fixados para o pagamento da cirurgia na rede do SUS. O governo também aumentou o preço da tabela de pagamento para partos normais e passou a reembolsar a rede conveniada pela anestesia aplicada nesses casos.

Além disso, reconheceu o parto normal realizado por enfermeiros, que também passou a ser pago ao hospital.

No Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, os Centros de Parto Normal (CPN) fazem parte da estratégia de garantir o acesso universal à assistência ao parto nos Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde-SUS.

Já em 2001, foram abertos, 14 Centros de Parto Normal, distribuídos pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Ceará, Rio Grande do Norte, Goiás e no Distrito Federal.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional

Triênio: 2009 a 2011

A assistência à gestante deve priorizar ações que visem: a redução da mortalidade materna e perinatal; a necessidade de humanização da assistência à gravidez, ao parto e ao puerpério no âmbito do SUS, e a necessidade da melhoria de qualidade da assistência pré-natal e do parto, objetivando a diminuição dos óbitos por causas evitáveis (Ministério da Saúde, 2001).

A maioria dos médicos e demais profissionais de saúde acreditam fortemente, devido a um processo histórico, que o parto no hospital é mais seguro que fora deste. Esta opinião é compartilhada pela maioria das gestantes, a partir da influencia de ações instituídas pelo processo sócio-cultural de medicalização (medidas tecnológicas e interventivas abusivas) que atendem ao mercado capitalista atual. Entretanto, a realização de partos planejados fora do âmbito hospitalar também é segura. Para tal faz-se necessário que: as mulheres sejam selecionadas a partir de avaliação e acompanhamento por profissionais capacitados e que estes possam contar com um sistema hospitalar de retaguarda adequado. (The Cochrane Library, 2002).

Em relação ao local do parto, a OMS tem recomendado que ele ocorra no local em que a mulher se sinta segura e no nível mais periférico, onde a assistência adequada seja viável e segura. Reafirma, ainda, que este deve ser um local onde toda a atenção e cuidados estejam concentrados nas necessidades e segurança da parturiente e de seu bebê (OMS, 1996).

O “ambiente extra-hospitalar” é caracterizado pelo domicílio ou por centros de parto extra ou peri-hospitalares. As pesquisas comparando os resultados da assistência nestes dois ambientes mostram um número significativamente menor de intervenções, e que seus resultados não são inferiores quando comparados aos atendimentos realizados em hospitais.

Nestas pesquisas, observamos que existem diferenças marcantes entre os modelos institucionais estudados. A maior parte deles foi desenvolvida em centros de parto que funcionam anexos a um hospital (centro de parto normal peri-hospitalar) e outros, em serviços extra-hospitalares. As experiências de centros de parto normal extra



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

peri-hospitalares mostram uma tendência favorável em relação aos resultados maternos e perinatais, satisfação das usuárias e redução de intervenções obstétricas (Rooks et al., 1989; Fullerton e Severino, 1992; Waldenström e Nilsson; 1997; Waldenström, Nilsson, Windbladh; 1997; David, Schwarzenfeld, Dimer e Kentenich, 1999; Jackson et al., 2003; Enkin et al., 2005; Hodnett, 2006).

Diante das evidências sobre satisfação e segurança no atendimento extra-hospitalar de gestantes de baixo risco, a ampliação do leque de escolhas do local de parto é uma tendência em vários países, como parte das estratégias de melhoria dos indicadores perinatais. No Reino Unido por exemplo, em 2006 a Secretária (ministra) da Saúde Patricia Hewitt afirmou que as gestantes (para mulheres saudáveis) devem ser informadas de que dar à luz em casa ou numa casa de parto pode ser tão ou mais seguro que em hospitais. O que foi divulgado na imprensa como “parte de uma revolução que questiona o mito de que o hospital é o lugar mais seguro para dar a luz”². Em fevereiro de 2007, o *Department of Health*, órgão oficial responsável pelo sistema de saúde da Inglaterra, publicou uma recomendação sobre cuidado com o parto e nascimento, na qual enfatiza necessidade de que os serviços se organizem de acordo com os diferentes níveis de complexidade da assistência e recomenda fortemente a implementação de centros de parto como estratégia para o aprimoramento da qualidade da atenção ao parto e nascimento no Reino Unido (Shribman, 2007).

No âmbito nacional, a fim de garantir o direito social à informação e estimular as mulheres a optarem pelo parto normal, a organização não-governamental Amigas do Parto listou uma série de médicos, enfermeiras obstetras e parteiras comprometidos com programas de humanização do parto e que são recomendados para as gestantes. Entretanto a ONG identificou, por enquanto, apenas 50 médicos nas 20 maiores cidades do país. A entidade sugere também às interessadas hospitais e maternidades e se

²***Childbirth revolution: Mummy State More women should have babies at home, not in hospital, says Health Secretary.***
http://news.independent.co.uk/uk/health_medical/article448999.ece



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

colocam como Procon da obstetrícia ensinando a identificar médicos cesaristas e seus argumentos.

Entre as estratégias para a assistência ao parto do Ministério da Saúde estão os centros de Parto Normal (CPN). Em 1999 foi publicada a Portaria 985³, que institui os CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde. Define os requisitos necessários para sua abertura, equipe mínima e outros quesitos. Também nesse ano foi aberta no Ministério da Saúde, uma linha de financiamento para Construção / Implantação de Centro de Parto Normal, que recebeu inúmeros projetos. Destes foram aprovados 19 projetos, referentes a 33 Centros de Parto Normal, dos quais apenas uma minoria estão terminados e em funcionamento.

No Nordeste do Brasil, por exemplo, as Casas de Parto já existiram em alguns estados inclusive nas capitais, há várias décadas. Algumas delas, no Ceará, foram vinculadas ao trabalho de Galba de Araújo com as parteiras tradicionais.

Já no sudeste, em 1998 foi inaugurado o Centro de Parto Normal de Sapopemba, na periferia de São Paulo, vinculado ao Programa Saúde da Família Qualis II, para o atendimento da clientela do SUS. No Rio de Janeiro, foi inaugurada em 08 de março de 2004 a Casa de Parto David Capistrano Filho, em Realengo. Segundo os dados do Fórum de Casas de Parto da Região Sudeste⁴ existem sete Centros de Parto nesta área do Brasil.

Mesmo que no Brasil as pesquisas estejam em andamento tímido e que a realidade de país subdesenvolvido não seja a mesma de países desenvolvidos, os dados internacionais pontuam/asseguram que:

³ Ministério da Saúde-MS. Portaria n. 985, de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde.[online]. Brasília; 1999. Disponível em:
<http://www.Saude.gov.br/doc/Portarias/1999/b%20985%20CENTRO%20DE%20PARTO%20NORMAL-CPN.rtf>.

⁴ I Encontro de Casas de Parto de São Paulo “O lugar do parto dentro e fora do hospital” promovido pelo Fórum Permanente de Casas de Parto da Cidade de São Paulo. Relatório preliminar. São Paulo, 29/30 Setembro de 2005.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

- Existe possibilidade, a partir do cumprimento de pré-requisitos supracitados, em acompanhar/realizar de modo seguro, partos normais sem distócia, fora do âmbito corporativo hospitalar;
- A prática obstétrica peri-hospitalar, realizada por equipe multiprofissional (ênfase enfermeira-obstetra / enfermeira-parteira), não traz prejuízo para atenção a saúde da mulher; Ao contrário, contribui com a diminuição da morbi-mortalidade materna e perinatal, através da operacionalização de serviços que ampliam o acesso das mulheres, além de efetivar uma atenção à saúde de qualidade em defesa da vida.

Na última quarta-feira dia 04 de junho de 2009, a diretora da Casa de Parto recebeu intimação para comparecer à Vigilância Sanitária do Estado do Rio de Janeiro, para tomar ciência do laudo de inspeção realizado por esta Instituição no dia 09/02/2009 e do Termo de Intimação.

Bibliografia

1. WHO. World Health Organization. Appropriate technology for birth. *Lancet*, 1985; 8452:436-437.
2. Basile ALO. Estudo randomizado controlado entre as posições de parto: litotômica e lateral-esquerda. [dissertação] São Paulo (SP): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo; 2000



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde/Departamento de Atenção Básica. Secretaria Executiva/ Departamento de Informática do SUS – DATASUS. *Pacto de Indicadores de Atenção Básica*. Série histórica e metas dos indicadores. 2006.

5. Rattner D. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea no Estado de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* 1996; (30):19-33.

6. Conselho Federal de Enfermagem. COFEN. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Brasília 1998. p. 17 a 21.

7.. Brasil. Portaria nº 3.016 de 19 de junho de 1998. Cria o sistema estadual de referência para gestação de alto risco. Brasília 22 de agosto de 1998, seção 1: 33.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.816/98 GM de 29 de maio de 1998. Determina o pagamento de um percentual máximo de cesariana em relação ao número total de partos de cada hospital no âmbito do SUS. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.815/98 GM de 29 de maio de 1998. Inclui na tabela do sistema de informações hospitalares do SUS, e na tabela do sistema de informações ambulatoriais, o grupo de procedimentos parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra. Brasília, 2 de junho de 1998, seção 1:48.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 163. *Cria o laudo de enfermagem para emissão da AIH de parto normal*. DOU de 22 de setembro de 1999.

11. Brasil. Portaria nº 888 de 12 de junho de 1999. *Institui o Projeto de Casas de Parto e Maternidades – Modelo SUS*. Brasília 1999.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional
Triênio: 2009 a 2011

12. Brasil. Portaria nº 985 de 5 de agosto de 1999. *Dispõe sobre Criar o Centro de Parto Normal, no âmbito do SUS, para o atendimento a mulher no período gravídico-puerperal.* Brasília 1999.

13. Brasil. Portaria nº. 1.406 de 16 de dezembro de 1999. Estabelece que os hospitais, sob coordenação estadual poderão ter diferentes limites para o parto cirúrgico, contemplando a complexidade de cada serviço obstétrico. Brasília, 2 de junho de 1999, seção 1: 22.

14. Brasil. Portaria nº 569 de 1 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 6.

15. Brasil. Portaria nº 570 de 1 de junho de 2000. Institui o Componente I do PHPN - Incentivo à assistência pré-natal. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 8.

16. Brasil. Portaria nº 571 de 1 de junho de 2000. Institui o Componente II do PHPN – Organização, Regulação e Investimentos na Assistência Obstétrica e Neonatal. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 8.

17. Brasil. Portaria nº 572 de 1 de junho de 2000. Institui o Componente III do PHPN – Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. Brasília, 8 de junho de 2000, seção 1: 9.

18. Brasil. Resolução. Câmara de Ensino Superior nº 3 de 5 de outubro de 1999. Brasília, 1999.



Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras - Nacional

Triênio: 2009 a 2011

19. REHUNA. Rede pela Humanização do Parto. *II Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento. XV Encontro de Geração e Parto Natural Conscientes*. Rio Centro: Rio de Janeiro. 2005.