



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
*Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

**REMOÇÕES MATERNAS DA CASA DO PARTO DE SAPOPEMBA PARA
HOSPITAIS ENTRE 1998-2008¹**

Camilla Alexsandra Schneck²

Isabel Cristina Bonadio³

Ruth Hitomi Osava⁴

Maria Luiza Gonzalez Riesco⁵

¹ Auxílio FAPESP. Processo n 2006/04729-1.

² Enfermeira Obstétrica. Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Bolsista Capes. camilla_midwife@yahoo.com.br

³ Enfermeira Obstétrica. Prof Dr Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. ibonadio@usp.br Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 419. Cep 05403-000. Fone (11) 30617602 Fax (11) 30617615

⁴ Enfermeira Obstétrica. Prof Dr. Curso de Obstetrícia. Escola de Artes Ciências e Humanidades da USP. rosava@usp.br

⁵ Enfermeira Obstétrica. Professor Associado. Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. riesco@usp.br



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
*Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

**REMOÇÕES MATERNAS DA CASA DO PARTO DE SAPOPEMBA PARA
HOSPITAIS ENTRE 1998-2008**

Como parte de uma política de qualificação da assistência obstétrica e neonatal o Ministério da Saúde criou o Centro de Parto Normal no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). É um estabelecimento que pode funcionar integrado a um hospital ou de forma autônoma. Os objetivos foram identificar a taxa, motivos e características obstétricas de mulheres removidas da Casa do Parto de Sapopemba (CPS) para hospitais. Estudo transversal, realizado na CPS, centro de parto normal extra-hospitalar integrado ao Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. A CPS atende mulheres com gestação de baixo risco. A assistência é prestada por enfermeiras obstétricas/obstetrizes. Foram incluídas no estudo 229 mulheres removidas para hospitais entre 1998 e 2008. Foi realizada análise descritiva dos dados. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. A taxa de remoção foi 6,4%, sendo que 217 (5,5%) remoções ocorreram antes do parto e 12 (0,3%) no pós-parto. Os motivos mais frequentes para remoção intraparto foram anormalidades do trajeto ou feto 22,6%; cardiotocografia intranquilizadora 14,6%. A anormalidade da dequitação foi o motivo mais freqüente da remoção após o parto (50,0%). Destacam-se algumas condições das mulheres removidas: nuliparidade, dilatação cervical na admissão < 4 centímetros, membranas ovulares rotas e idade gestacional superior a 41 semanas como variáveis importantes para o estudo de fatores de risco para remoção materna.

Descritores: Centros independentes de assistência a gravidez e ao parto, Enfermagem obstétrica, Parto.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Introdução

A assistência ao parto em ambiente extra hospitalar para mulheres com gestação de baixo risco apresenta menos intervenções desnecessárias, ao contrario do parto em hospitais. Estas intervenções, ao alterarem o curso fisiológico do parto e nascimento, desencadeiam uma cascata de eventos em que uma intervenção condiciona a outra, de maneira sucessiva, adicionando riscos onde antes não havia (David; Riedmann, 1991).

As altas taxas de intervenções presentes no modelo de atenção ao parto centrado em intervenções rotineiras contribuem com indicadores desfavoráveis de saúde materna e perinatal. O exemplo mais notável de intervenção é a cesariana sem indicação justificada: além de não apresentar impacto positivo na melhoria da saúde materna ou neonatal, traz implicações em gestações futuras, riscos maternos e neonatais e aumento de custos para os serviços de saúde (Bétran et al, 2007). Ao contrário, a cesariana com indicação precisa teve grande importância na diminuição da mortalidade materna e perinatal.

No Brasil, como parte de uma política de qualificação da atenção obstétrica e neonatal surgiu, em 1998, a proposta de implantação de Centros de Parto Normal (CPN). A Portaria do Ministério da Saúde n. 985 de agosto de 1999 veio a seguir, estabelecendo critérios para criação destes centros no âmbito do Sistema Único da Saúde (SUS). Conforme a portaria ministerial, o CPN é um estabelecimento destinado à assistência ao parto normal que pode funcionar como parte de uma unidade hospitalar ou separadamente, integrado a um sistema local de atenção básica (Brasil, 1999).

Os CPNs diferenciam-se quanto à distância da unidade de referência para remoções, porém o modelo e a filosofia do atendimento são convergentes: a assistência ao parto e nascimento de evolução fisiológica está sob a responsabilidade de enfermeiras obstétricas ou obstetrites.

Uma revisão feita pelo “National Perinatal Epidemiology Unit” (NPEU), da Universidade de Oxford na Inglaterra, incluiu estudos realizados em centros de parto extra hospitalares de países desenvolvidos e abordou resultados clínicos, psicossociais e econômicos de mulheres que planejaram dar à luz nestes locais. Os



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

autores concluíram que estes serviços podem oferecer assistência acessível, apropriada e individualizada às mulheres e suas famílias. (Stewart; McCandlish; Henderson; Brocklehurst, 2005). Entre os estudos em andamento no NPEU está o *Birth Place Research Program*, um projeto sobre os resultados maternos e neonatais da assistência em partos domiciliares, centro de parto e hospitais no Reino Unido. Este protocolo também inclui um estudo específico sobre remoções maternas dos diferentes locais de parto para o hospital (NPEU, 2007; NPEU, 2008).

A revisão da Biblioteca Cochrane com cerca de 9.000 mulheres atendidas em centros de parto e em hospitais convencionais encontrou menores taxas de intervenções e maior satisfação entre as mulheres atendidas em centros de parto. Não foram verificadas diferenças estatisticamente significantes para mortalidade perinatal (Hodnett, 2008).

Um estudo epidemiológico do tipo caso-controle realizado em um centro de parto normal extra hospitalar da cidade de São Paulo, com o objetivo de identificar os fatores de riscos associados as remoções neonatais mostrou que as intercorrências no trabalho de parto e parto estão associadas com remoção de recém-nascidos (OR 5,5; IC 95% 1,06 – 28,26) (Koiffman, Schneck, Bonadio, Riesco, 2009).

No Brasil, poucos estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a segurança desse modelo assistencial. As experiências recentes dos centros de parto extra hospitalares em nosso meio devem merecer a atenção da Enfermagem Obstétrica.

O conhecimento sistematizado desses serviços apresenta-se como uma demanda de investigação e poderá contribuir para consolidar as bases de um modelo de assistência que vem se comportando como uma tendência (Stewart, McCandlish, Henderson, Brocklenhurst 2005; Schneck e Riesco, 2006).

Objetivo

Identificar a taxa, motivos e características obstétricas de mulheres removidas da Casa do Parto de Sapopemba (CPS) para hospitais.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Material e Método

Estudo transversal com coleta retrospectiva de dados, realizado na CPS, centro de parto normal extra hospitalar que funciona no âmbito do SUS e está integrado ao Programa de Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

A equipe assistencial é composta por enfermeiras obstétricas, auxiliares e técnicas de enfermagem. Fazem parte da equipe de apoio um motorista de ambulância, um vigia e um auxiliar de serviços gerais. Todas as enfermeiras obstétricas recebem treinamento periódico para o atendimento de emergências relacionadas à mulher e ao recém-nascido. As remoções maternas e neonatais para os hospitais de referência são realizadas por meio de ambulância exclusiva e disponível 24 horas por dia.

Na CPS são atendidas mulheres com gestação de baixo risco respeitando-se os critérios estabelecidos pelo protocolo institucional: gestação única com feto vivo e em apresentação cefálica fletida, idade gestacional entre 37 e 42 semanas, ausência de complicações clínicas ou obstétricas e parâmetro biofísico fetal normal. O atendimento inicia-se a partir da 37ª semana com avaliação individual e periódica da condição clínica e obstétrica, como vistas a preparar a mulher e sua família para o parto natural. A gestante e seu acompanhante recebem informações sobre a fisiologia do parto, sinais e sintomas do início do trabalho de parto e práticas que favorecem a evolução do parto.

Desde o início do funcionamento da CPS, em setembro de 1998 até julho de 2008, foram admitidas 3.937 mulheres para acompanhamento do trabalho de parto. No período, 257 mulheres foram removidas para hospitais durante o trabalho de parto ou no pós-parto. Do total de remoções, foram excluídas 28 mulheres; duas por falta de registro do motivo da remoção e 26 cujos prontuários não foram localizados. A população deste estudo é composta por 229 casos de remoção materna da CPS para hospitais.

Os dados foram coletados a partir dos registros dos prontuários das mulheres e recém-nascidos, livros de registro de nascimento e de remoções.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
*Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

As variáveis estudadas foram: idade, paridade, número de consultas de pré-natal, número de atendimentos na casa do parto, idade gestacional, condições obstétricas na admissão (dilatação cervical, estado das membranas ovulares, tempo de rotura de membranas), tipo de parto, motivo da remoção.

Os motivos de remoção no intraparto relacionaram-se a anomalias na evolução do trabalho de parto e/ou intercorrências associadas, como presença de mecônio, cardiotocografia intranquilizadora ou solicitação de transferência por parte da mulher e seus familiares. Quanto as anomalias na evolução do trabalho de parto, para fins de categorização e agrupamento, consideramos as fases funcionais do parto propostas por Friedman (Greenhill e Friedman 1976).

As variáveis incluídas foram analisadas por meio de médias e proporções e apresentadas em forma de tabelas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (Parecer nº 223/2006/CEP/SMS).

Resultados

Os resultados apresentados referem-se as 229 mulheres admitidas para o trabalho de parto na CPS e que foram removidas para hospitais de referência no período de setembro de 1998 a julho de 2008.

A taxa de remoção observada foi de 5,8%. Dentre as remoções 217 (5,5%) ocorreram durante o trabalho de parto e 12 (0,3%) no pós-parto.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
*Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Tabela 1. Características das parturientes e puérperas removidas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital. São Paulo, 1998-2008.

Características sociodemográficas e obstétricas	N	%
Idade (anos)	Mediana 22 Média 23,89(dp±6,06)	
Até 19	63	27,5
20-25	88	38,4
26-30	39	17,0
31-35	21	9,2
≥ 35	18	7,9
Número de partos anteriores		
Nenhum	180	78,6
≥1	49	21,4
Número de consultas de pré-natal		
1 a 3	5	2,2
4 a 7	31	13,5
≥8	29	12,7
Ignorado	164	71,6
Número de atendimentos na Casa do Parto		
Nenhum	33	14,4
1 a 3	108	47,2
4 a 7	64	27,9
≥ 8	12	5,3
Ignorado	12	5,2
Idade gestacional (semanas)	Média 39,85 (dp ± 1,08)	
36	2	0,9
37 – 40	156	68,1
41	57	24,9
42	7	3,0
Ignorado	7	3,0
Total	229	100,0

A idade média das mulheres é 23,89 anos (dp ± 6,06); com idade mínima de 14 e máxima de 40 anos; 27,5% tinham idade até 19 anos; 26,2% freqüentaram pelo menos três consultas de pré-natal; 75,1% compareceram em pelo menos três atendimentos com a enfermeira obstétrica anteriormente a admissão para o parto na CPS.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
*Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Tabela 2. Condições na admissão das parturientes e puérperas removidas da Casa do Parto de Sapopemba para hospital. São Paulo, 1998-2008.

Condições na admissão	N	%
Dilatação cervical (cm)		
Até 4	172	75,1
5 a 9	54	23,6
Ignorado	3	1,3
Estado das membranas ovulares		
Íntegra	150	65,5
Rota	78	34,0
Ignorado	1	0,5
Tempo de rotura das membranas (horas) £		
Até 6	54	83,1
>6 <12	8	12,3
≥ 12	3	4,6
Total	229	100,0

£ n=65 (excluídas 13 sem informação)

Em relação às condições obstétricas na admissão, a dilatação cervical média foi 3,46 cm (dp \pm 1,79) e mediana 3. O tempo médio de rotura das membranas na internação foi de 3:37 horas (dp \pm 4:23). Para o cálculo da média do tempo de bolsa rota foram excluídos os valores extremos superiores a 9:45 horas.

A maioria das remoções ocorreu no primeiro período do parto (81%). A maior proporção das mulheres (46,7%) foi removida para hospitais na fase ativa do trabalho de parto (5 a 9 cm de dilatação cervical) e 34,3% na fase latente (dilatação cervical de até 4cm).

Em relação ao tipo de parto são conhecidos os desfechos de 168 (77,4%) mulheres; sendo 47,6% por cesariana, 3,6% por fórceps ou vácuo extrator e 48,8% parto normal.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
*Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido*
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Tabela 3. Motivos para as remoções de parturientes da Casa do Parto para hospitais. São Paulo, 1998-2008.

Motivos para as remoções intraparto	N	%
Anormalidades do trajeto ou feto	49	22,6
Cardiotografia intranquilizadora	32	14,6
Fase pélvica prolongada	25	11,4
Presença de mecônio no líquido amniótico	24	11,0
Fase latente prolongada	24	11,0
Fase ativa prolongada	22	10,0
Índice de Bishop desfavorável	10	4,6
Taquissistolia	9	4,1
Estresse materno	8	3,7
Decisão da família	7	3,1
Laterocidência de cordão	2	0,8
Outros*	5	2,3
Total	217	100,0

*outros motivos: alteração de pressão arterial (2); desejo da mãe (1); febre (1); VDRL + 1:4 (1).

Tabela 4. Motivos para as remoções pós-parto da Casa do Parto para hospitais. São Paulo, 1998-2008.

Motivos para as remoções pós-parto	N	%
Anormalidade da dequitação	6	50,0
Hemorragia pós-parto	2	16,7
Alteração da pressão arterial	1	8,3
Parestesia de membros	1	8,3
Dor coccígea	1	8,3
Hematoma de parede vaginal	1	8,3
Total	12	100,0

Os motivos mais freqüentes para remoção intraparto foram anormalidades do trajeto ou feto (22,6%), cardiotocografia intranquilizadora (14,6%), prolongamento da fase pélvica (11,4%) e presença de mecônio (11,0%).

No entanto, o prolongamento do primeiro ou segundo estágio do parto motivou a remoção de 32,4% das mulheres para hospitais, e condições que



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

comprometem o bem-estar fetal como cardiocotografia intranquilizadora, presença de mecônio no líquido amniótico e taquissistolia, determinaram 29,1% das remoções maternas da CPS para hospitais.

A anormalidade da dequitação foi o motivo de remoção de seis mulheres no pós-parto, representando 50,0% do total neste período, seguido da hemorragia pós-parto, 16,7%. Para a metade das remoções pós-parto houve dequitação manual da placenta.

Discussão

As taxas de remoção materna apresentadas no Fórum Permanente de Centros de Parto Normal da Região Sudeste, realizado em São Paulo no ano de 2005*, foram de 5,8% no Centro de Parto Normal David Capistrano Filho (RJ), 3,1% Centro de Parto Normal Casa de Maria (SP), 10,7% Centro de Parto Normal de Juiz de Fora (MG), 11,7% no Centro de Parto Normal David Capistrano (MG), 6,7% Casa do Parto de Sapopemba (SP). Estas taxas de remoção são menores do que a maioria das relatadas na literatura internacional.

Em 1984, estudo realizado na Califórnia incluindo 16 centros de parto extra-hospitalares mostrou que dentre 2002 mulheres admitidas para o parto 166 (8%) foram removidas. A taxa de remoção apresentada pelos diferentes centros de parto foi de até 37%. A taxa de cesariana foi de 4%. No ano seguinte foram estudados sete centros de parto (1443 mulheres admitidas) e a taxa apontada foi de 9% durante o trabalho de parto e 0,3% no pós-parto. A desproporção céfalopelvica foi o primeiro motivo 44%(56) seguido de trabalho de parto prolongado 38%(48), comprometimento da vitalidade fetal 7%(9) e 4%(5) por presença de mecônio no líquido amniótico (Eakins, 1989).

Os resultados do *The National Birth Center Study* apontam que dentre 11.814 mulheres admitidas para o parto em 84 centros de parto nos Estados Unidos entre 1986 e 1987, 11,9 % foram removidas para o hospital durante o trabalho de parto. Os motivos para essas remoções foram falha no progresso do trabalho de parto (57,5%), presença de mecônio no líquido amniótico (13,4%) e comprometimento da

* Resumo da Apresentação das Experiências das Casas de Parto. In: I Encontro de Casas de Parto da Cidade de São Paulo. O lugar do parto: dentro e fora do hospital; 2005 set. 29-30; São Paulo.



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

vitalidade fetal (10,0%). Os dois principais motivos para remoção no pós-parto foram hemorragia e retenção placentária. Os autores citam que houve maior proporção de nulíparas em relação às multíparas dentre as mulheres que necessitaram de remoção (Rooks et. al., 1989).

Estudo realizado no Texas (EUA), em dois centros de parto extra-hospitalares entre 1993 e 1994, apontou taxa de remoção materna de 25,1% e 20,0%. Os motivos apontados nos dois serviços foram, respectivamente, 32,3% e 20,4% por falha na evolução do trabalho de parto; 12,7% e 4,9% pela presença de mecônio no líquido amniótico; 5,4% e 22,3% por comprometimento da vitalidade fetal (Fullerton, 1997).

Segundo dados do National Perinatal Epidemiology Unit no Reino Unido as remoções maternas em centros de parto extra-hospitalares variaram de 12,0% até 21,6% e as taxas para centros de parto anexos variaram entre 16% e 30% (Stewart, McCandlish, Henderson, Brocklenhurst 2005).

No Centro de Parto Normal anexo ao Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte os motivos para remoção intraparto foram: 25,8%, distocia do trabalho de parto, 25,3% desejo por analgesia, 18,7% presença de mecônio no líquido amniótico; dentre outros motivos apresentados estão pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg, febre, hemorragia, apresentação anômala, e prolapso de cordão (Campos, Lana, 2007).

A taxa de remoção intra-parto observada em centros de parto na Noruega entre 1995 e 1997 dentre 1275 mulheres admitidas para o trabalho de parto foi de 4,5% e 4,4% no pós-parto. Dentre os três primeiros motivos estão rotura de membrana por período maior que 24 horas sem contrações efetivas, trabalho de parto prolongado e comprometimento da vitalidade fetal. (Schmidt, Abelsen, Oian, 2002).

Em dois centros de parto em Berlim a taxa de remoção encontrada foi de 18,2% entre 801 mulheres admitidas entre 1992 e 1994. A taxa de remoção no pós-parto foi de 3,6%. O comprometimento da vitalidade fetal (32,9%) e a falha no progresso do trabalho de parto (28,0%) foram os dois principais motivos citados para a remoção (David et al. 2006).



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Em dois estudos sobre CPNs extra-hospitalares nos Estados Unidos da América (EUA), a taxa de remoção materna foi de 15,8% e de 19,6% (Rooks et al., 1989; Nguyen, Rothman, Demissie, Jackson, Lang, Ecker, 2009). Estudo realizado no Texas, em dois centros de parto extra-hospitalares, entre 1993 e 1994, apontou taxa de remoção materna de 25,1% e 20,0% (Fullerton, Jackson, Snell, Besser, Dickinson, Garite, 1997).

Na Suécia, um estudo realizado para investigar a prevalência e os fatores de risco associados a remoções em partos domiciliares planejados, encontrou uma taxa de 12,5%, ocorrida durante o trabalho de parto ou pouco tempo após o parto. Dentre as remoções, 85% ocorreram antes do parto e a razão mais comum foi a falha na progressão do trabalho de parto (54,13%). Em relação às remoções ocorridas no pós-parto, o principal motivo foi hemorragia (47,38%), seguido de retenção placentária (21,05%) (Lindgren; Hildingsson; Christensson; Radestad, 2008).

Uma revisão que incluiu cinco estudos realizados no período de 1970 à agosto de 2002, sobre CPNs independentes gerenciados por enfermeiras obstétricas, assim como a CPS, mostrou que em três deles, a taxa de remoção materna no período intraparto variou de 14,6% a 22% (Walsh e Downe, 2004).

As taxas de remoção materna de centros de parto para hospitais encontradas na literatura são variadas e podem refletir as diferenças na composição da equipe que presta o atendimento, a distância em relação ao hospital de referência e os diferentes critérios clínicos e obstétricos para a admissão e remoção.

São grandes as diferenças entre os motivos e o modo de classificação das remoções maternas encontrados nos estudos. Não são citados os protocolos de admissão e de remoção das instituições estudadas.

Ao se estudar as taxas de remoção entre centros de parto vários fatores devem ser considerados. Dentre eles estão os aspectos sociodemográficos, perfil de risco da população atendida, distância em relação ao hospital de referência, características do processo de remoção, definição do diagnóstico que gera a remoção e os protocolos utilizados por cada centro de parto (Fullerton 1997).

Em nosso estudo, as condições obstétricas no momento da admissão e a paridade são fatores que se destacam entre mulheres que necessitaram de



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

remoção. A proporção de mulheres admitidas com dilatação cervical de até 4 cm (75,1%) e com membranas amnióticas rotas (34,0%) pode indicar um grupo com potencial necessidade de remoção. Essa condição em conjunto com a nuliparidade (78,6%) pode representar um grupo de mulheres em que o tempo necessário para a evolução do trabalho de parto pode influenciar a decisão de remoção.

Em estudo com 84 centros de parto nos Estados Unidos a proporção de mulheres admitidas com dilatação menor que cinco centímetros foi de 76,6% entre as removidas e 49,7% entre as que pariram em centros de parto (Rooks, Weatherby, Ernst, 1992).

Assim como em outros dois estudos, a maioria das mulheres removidas para hospitais eram nulíparas, 78,6% e 58,3%, respectivamente (David et al., 2006; Rooks et al., 1989).

Considerações

Neste estudo destacam-se algumas condições das mulheres removidas tais como nuliparidade, dilatação cervical na admissão menor que 4 centímetros, membranas ovulares rotas e idade gestacional superior a 41 semanas como variáveis importantes para o estudo de fatores de risco para remoção materna. Neste sentido, a análise conjunta destas variáveis entre mulheres removidas e não removidas pode apontar aspectos importantes para o aprimoramento de protocolos para admissão de mulheres para o parto em ambiente extra-hospitalar.

É preciso destacar a necessidade de estudos que tenham como objeto a experiência das mulheres que foram removidas para o hospital e o impacto das remoções nos resultados maternos e perinatais.

Referências

BÉTRAN, A.P.; MERIALDI, M.; LAUER, J.Á.; BING-SHUN, W.; THOMAS, J.; VAN LOOK, P.; WAGNER, M. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. **Paediatric and Neonatal Epidemiology**, v. 21, p.98-113, 2007.

BRASIL. 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. [Internet].



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Brasília; 1999 [citado 2008 Jan 11]. Disponível em:

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>.

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p.1349-59. 2007.

DAVID, L.; RIEDMANN, G. Recommendations for the management of low risk obstetric patients. **Int J Gynecol Obstet.**, v. 35, p.107-15. 1991.

DAVID, M.; BERG, G.; WERTH, J.; PACHALLY, J.; MANSFELD, A.; KENTENICH, H. Intrapartum transfer from a birth centre to a hospital - reasons, procedures and consequences. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v. 85, p.422-8. 2006.

EAKINS, P.S.; O'REILLY, W.B.; MAY, L.J.; HOPKINS, J. Obstetric outcomes at the birth place in Menlo Park: the first seven years. **Birth**, v. 16, n. 3, p.123-9. 1989.

FULLERTON, J.T.; JACKSON, D.; SNELL, B.J; BESSER, M.; DICKINSON, C.; GARITE, T. Transfer rates from free-standing birth centers: a comparison with the National Birth Center Study. **J Nurse-Midwifery**, v. 42, n. 1, p.9-16. 1997.

GREENHILL, J.P.; FRIEDMAN, E.A. Forças Dinâmicas do trabalho de parto. In: _____ **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976. p 203-6.

HODNETT, E.D.; DOWNE, S.; EDWARDS, N. Home-like versus a conventional institutional setting for birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software.

KOIFFMAN, M.D.; SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G.; BONADIO, I.C. Risk factors for neonatal transfers from the Sapopemba free-standing birth centre to a hospital in São Paulo, Brazil. **Midwifery**, 2009. (no prelo)

LINDGREN, H.E.; HILDINGSSON, I.M.; CHRISTENSSON, K.; RADESTAD, I.J. Transfers in planned home births related to midwife availability and continuity: a nationwide population-based study. **Birth**, v. 35, n. 1, p.9-15. 2008.

NATIONAL PERINATAL EPIDEMIOLOGY UNIT (NPEU), Annual Report 2007. Oxford: NPEU, 2008. [citado 2009 Mar 23] Disponível em:

<http://www.npeu.ox.ac.uk/annualreport>

NATIONAL PERINATAL EPIDEMIOLOGY UNIT (NPEU). National Prospective Cohort Study of Place of Birth. [internet]. Oxford; 2007. [citado 2009 Mar 19]



**VI CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM
OBSTÉTRICA E NEONATAL**
***Qualificação da Atenção e dos Recursos Humanos de
Enfermagem em Saúde da Mulher e do Recém-nascido***
24 à 26 de junho de 2009
Teresina-PI

Disponível em: <http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/birthplace/Birthplace-protocol.pdf>

NGUYEN, D.T.; ROTHMAN, K.J.; DEMISSIE, S.; JACKSON, D.J.; LANG, J.M.; ECKER, J.L. Transfers among women intending a birth center delivery in the San Diego birth center study. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 54, n. 2, p.104-110. 2009.

ROOKS, J.P.; WEATHERBY, N.L.; ERNST, E.K.M.; STAPLETON, S.; ROSE, D.; ROSENFELD, A. Outcomes of care in Birth Centers. **N Engl J Med.**, v. 321, n. 26, p.1804-11. 1989.

ROOKS, J.P.; WEATHERBY, N.L.; ERNST, E.K.M. The National Birth Center Study. Part III - Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes, and client satisfaction. **J Nurse Midwifery**, v. 37, n. 6, p.361-97. 1992.

SCHMIDT, N.; ABELSEN, B.; OIAN, P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. **Acta Obstet Gynecol Scand.**, v. 81, n. 8, p.731-7. 2002.

SCHNECK, C.A.; RIESCO, M.L.G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um Centro de Parto Normal Intra-hospitalar. **Rev Min Enf.**, v. 10, n. 3, p.240-6. 2006.

STEWART, M.; MCCANDLISH, R.; HENDERSON, J.; BROCKLEHURST, P. Review of the evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straight forward pregnancies who plan give birth in a midwifery led-care birth-centre, and outcomes for their babies. National Perinatal Epidemiology Unit, University Oxford. Revised July 2005. [internet]. Oxford; 2005. [citado 2009 Jan 16] Disponível em: <http://www.npeu.ox.ac.uk/birthcentrereview/>.

WALSH, D.; DOWNE, S.M. Outcomes of free-standing midwife-led birth centers. A structural review. **Birth**, v. 31, n. 3, p.222-9. 2004.