

Centros de Parto no Brasil: revisão da produção científica

BIRTH CENTERS IN BRAZIL: SCIENTIFIC PRODUCTION REVIEW

CENTROS DE NACIMIENTO EN BRASIL: REVISIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA

Maria Luiza Gonzalez Riesco¹, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira², Isabel Cristina Bonadio³, Camilla Alexsandra Schneck⁴, Flora Maria Barbosa da Silva⁵, Carmen Simone Grilo Diniz⁶, Sheila Fagundes Lobo⁷, Emilia Saito⁸

RESUMO

RESUMO

Este artigo consiste em uma revisão narrativa com o objetivo de identificar a produção científica brasileira relacionada ao processo assistencial e aos resultados maternos e perinatais em centro de parto normal (CPN). As publicações foram recuperadas nas bases de dados e portais de periódicos PubMed/MEDLINE, CINAHAL, SciELO e REVENF. Incluíram-se, também, publicação em livro e produção não publicada de grupo de pesquisa. Foram selecionados oito estudos do tipo descritivo, dois transversais e dois casos-controle, realizados com 5.407 mulheres e 5.395 recém-nascidos, divulgados entre 2005 e 2009. Os estudos analisaram variáveis sócio-demográficas e obstétricas, práticas na assistência ao parto e nascimento e remoções maternas e neonatais para o hospital. A produção científica sobre CPN apresenta dados da última década, relativos a sete serviços. São, principalmente, estudos descritivos, com foco nas práticas obstétricas e nos resultados maternos, com ênfase menor na assistência neonatal.

DESCRIPTORES

Enfermeiras obstétricas.
Centros Independentes de Assistência à Gravidez e ao Parto.
Parto normal.
Assistência perinatal.

ABSTRACT

This article is a narrative review with the aim of identifying the Brazilian scientific production related to the care process and maternal and perinatal outcomes in birth centres (BC). The papers were recovered in the databases and portals PubMed/MEDLINE, CINAHAL, SciELO and REVENF. There were also included one book and the non published studies from a researcher group. There were selected eight descriptive, two cross-sectional and two case-control studies conducted with 5,407 women and 5,395 newborns, which were reported in the period from 2005 to 2009. These studies analyzed socio-demographic and obstetric outcomes in childbirth and maternal and neonatal transfers to the hospital setting. BC scientific production presents data about seven services, from the last decade. There are mainly descriptive studies, with focus on obstetric practices and maternal outcomes, with less emphasis on neonatal care.

KEY WORDS

Nurse midwives.
Birthing Centers.
Natural childbirth.
Perinatal care.

RESUMEN

Este artículo es una revisión narrativa, con el objetivo de identificar la producción científica brasileña relacionada con la atención y los resultados maternos y perinatales en centros de nacimiento (CN). Las publicaciones fueron recuperadas en las bases de datos y portales PubMed/MEDLINE, CINAHAL, SciELO y REVENF. Fueron incluidos también libro publicado y los trabajos no publicados de un grupo de investigadores. Fueron seleccionados ocho estudios de tipo descriptivo, dos transversales y dos casos-control, realizados con 5.407 mujeres y 5.395 recién-nacidos, divulgados en el período de 2005 a 2009. Los estudios analizaron variables socio-demográficas y obstétricas, prácticas en la atención al parto y nacimiento y el traslado materno y neonatal hacia al hospital. La producción científica sobre CN presenta datos de la última década, relativos a siete servicios. Son estudios principalmente descriptivos, con enfoque en las prácticas obstétricas y en los resultados maternos, con menos énfasis en la atención neonatal.

DESCRIPTORES

Enfermeras obstétricas.
Centros Independientes de Asistencia al Embarazo y al Parto.
Parto normal.
Atención perinatal.

¹ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. riesco@usp.br ² Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. soniaju@usp.br ³ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ibonadio@usp.br ⁴ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Bolsista CAPES. São Paulo, SP, Brasil. camillaschneck@usp.br ⁵ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Enfermeira Obstétrica Casa do Parto de Sapopemba. São Paulo, SP, Brasil. floramaria@usp.br ⁶ Professora Doutora do Departamento de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. sidiniz@usp.br ⁷ Mestre em Enfermagem. Enfermeira Obstétrica do Hospital da Mulher da Secretaria Municipal de Saúde de Santo André. Santo André, SP, Brasil. sheilafagundeslobo@ig.com.br ⁸ Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. miwa@usp.br

INTRODUÇÃO

O século XXI inaugurou-se com grandes desafios para a atuação de enfermeiras obstétricas e obstetrias brasileiras no cuidado à saúde da mulher na gestação, parto e pós-parto. Estes desafios iniciaram-se na década de 1990, quando o movimento de profissionais de saúde e usuárias pela transformação na assistência ao parto tornou-se mais difundido e incisivo. As críticas ao modelo obstétrico hospitalar, centrado na doença, ampliaram-se devido ao uso inapropriado de tecnologia, aumento no número de cesarianas e estagnação das elevadas taxas de mortalidade materna e perinatal, no país. Apesar da aplicação crescente de tecnologia na assistência à parturiente e neonato, o impacto nos indicadores de saúde não mostrou resultados positivos, na mesma proporção⁽¹⁻²⁾.

No contexto apontado acima, algumas políticas formuladas pelo Ministério da Saúde (MS) foram importantes para orientar e regulamentar as transformações no cenário da atenção ao parto e nascimento. Nesse sentido, a inclusão do parto realizado pela enfermeira obstétrica na tabela de remuneração do SUS⁽³⁾ e a criação do centro de parto normal (CPN)⁽⁴⁾ constituem um marco técnico e político na inserção da enfermeira obstétrica e obstetrix na assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal e no estímulo ao parto fisiológico, com resolutividade no nível da atenção básica.

O CPN é um estabelecimento destinado à assistência ao parto normal sem distocia, inserido no sistema de saúde local, que atua de maneira complementar às unidades de saúde existentes e pode funcionar de maneira intra ou extra-hospitalar; o ambiente hospitalar funciona como referência para remoções em um período máximo de uma hora. Deve permitir a presença de acompanhantes e pode funcionar com a enfermeira obstétrica como coordenadora da assistência. Possui características diferentes do ambiente hospitalar e cria uma estrutura que possibilita a adoção de um modelo menos intervencionista, que de fato considere o parto como um processo fisiológico.

A partir do financiamento do MS para construção e equipamentos de CPN, novos serviços foram implementados em São Paulo e em Minas Gerais, Rio de Janeiro e Distrito Federal. Em outros países como Estados Unidos, Alemanha, Reino Unido, Itália, França, Suécia, Japão, Austrália e Nova Zelândia esse modelo foi adotado, principalmente, a partir da década de 1980⁽⁵⁾.

A denominação de CPN varia na literatura e a mais amplamente utilizada na língua inglesa é *birth center* ou *birth centre*, que em português pode ser entendido como centro de parto; o termo intra, peri ou extra-hospitalar é acrescentado, dependendo de sua localização. Outras denominações podem ser encontradas, como *maternity home*, na Noruega, ou *geburtshaus*, na Alemanha. A revisão da Biblioteca Cochrane sobre centros de parto emprega o termo *home-*

like settings para designar genericamente, esses ambientes alternativos semelhantes ao domicílio⁽⁶⁾.

Revisão sistemática sobre o local do parto, conduzida no Reino Unido, apontou a necessidade de padronizar a definição, a fim de determinar com precisão o tipo de centro de parto e favorecer a comparação entre os estudos. Segundo a definição proposta pelos autores⁽⁷⁾,

Centro de Parto é uma instituição que oferece cuidados à mulher com gestação de baixo risco e onde parteiras têm a responsabilidade pela assistência. Durante o trabalho de parto e o parto a assistência médica, incluindo neonatologia, obstetrícia e anestesia, está disponível, se necessário, mas devem estar em local separado ou em outro prédio, que implica remoção por meio de carro ou ambulância.

No Brasil, apesar de CPN ser a nomenclatura adotada pelo MS para designar o ambiente intra ou extra-hospitalar, os centros de parto extra-hospitalares são amplamente conhecidos como Casas de Parto.

Embora o local de parto represente um elemento fundamental do modelo assistencial, entre nós, às vezes é compreendido como seu principal definidor, ou mesmo como equivalente. No entanto, ao se considerar os modelos de atenção ao parto, é importante ressaltar seus diferentes componentes, como o financiamento e regulação do sistema de saúde, rede de serviços, estrutura física e equipamentos, profissionais envolvidos, práticas adotadas, além da participação das usuárias. Todos esses elementos devem ser continuamente monitorados e avaliados, levando em conta resultados, segurança, custos e satisfação da população atendida.

OBJETIVO

Identificar a produção científica brasileira relacionada ao processo assistencial e aos resultados maternos e perinatais em CPN.

MÉTODO

Revisão narrativa de artigos de pesquisas realizadas no Brasil, recuperados nas bases de dados e portais de periódicos PubMed/MEDLINE, CINAHAL, SciELO e REVENF. A busca foi realizada utilizando-se Descritores em Ciências da Saúde-DeCS da BVS-BIREME em português (*enfermeiras obstétricas, centros independentes de assistência à gravidez e ao parto, centro de parto normal, parto normal, parto humanizado, assistência perinatal, recém-nascido*) e inglês (*nurse midwives, birthing centres, childbirth, perinatal care*). Os descritores em inglês foram associados com o operador booleano AND *brazil*. Incluiu-se também a única publicação em livro disponível, além da produção não publicada do Grupo de Pesquisa *Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas*, da Escola de

Enfermagem da Universidade de São Paulo. Foram incluídos exclusivamente trabalhos de pesquisa sobre o processo e os resultados da assistência à mulher e ao recém-nascido em CPN. Os artigos selecionados foram analisados e sistematizados, considerando tipo e local do CPN, desenho e amostra do estudo e principais resultados.

RESULTADOS

Os 12 trabalhos⁽⁸⁻¹⁹⁾ incluídos na revisão foram organizados por ordem cronológica de publicação e são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Produção científica em CPN no Brasil - Brasil - 2005-2009

Autor	CPN; período estudado	Desenho; amostra	Principais resultados
Fernandes, Kimura ⁽⁸⁾	Intra-hospitalar, São Paulo (SP); 2003	Transversal; n=100 RN	AVAS=47%; O ₂ nasal=21%; internação em UN=6%; motivo: desconforto respiratório
Machado, Praça ⁽⁹⁾	Intra-hospitalar, Itapeverica da Serra (SP); 2000-2003	Caso-controle; n=51 mulheres (17 casos e 34 controles)	Taxa de re-internação por infecção puerperal=0,16%; duração do trabalho de parto como evento relacionado à infecção puerperal (p=0,031)
Fernandes ⁽¹⁰⁾	Extra-hospitalar, Juiz de Fora (MG); 2001-2002	Descritivo; n=178 mulheres e RN	Escolaridade: ≥8 anos=69,3%; nulípara=48,9%; amniotomia=30,6%; ocitocina=34,8%; episiotomia=24,7%; integridade perineal*=60,6%; posição não litotômica=100%; alimentação=53,4%; acompanhante=93,8%; Apgar 5º min ≥7=99,4%; contato pele-a-pele=89,3%; taxa de remoção: materna=10,1%; neonatal=4,5%
Koiffman et. al. ⁽¹¹⁾	Extra-hospitalar, São Paulo (SP); 1998-2005	Descritivo; n=32 RN removidos para o hospital	Taxa de remoção=1,1%; principal motivo: desconforto respiratório; mortalidade neonatal=1:1.000
Schneck, Riesco ⁽¹²⁾	Intra-hospitalar, Itapeverica da Serra (SP); 2001	Descritivo; n=830 mulheres e RN	Escolaridade: ≥8 anos=49%; nulípara=38,7%; amniotomia=75,1%; ocitocina=44,5%; episiotomia=26,5%; posição não litotômica=69%; Apgar 5º min ≥7=99,6%
Campos, Lana ⁽¹³⁾	Peri-hospitalar, Belo Horizonte (MG); 2002-2003	Descritivo; n=2.117 mulheres e RN	Escolaridade: ≥8 anos=54,8%; nulípara=48,8%; taxa de remoção materna=11,4%; motivos: parto prolongado; desejo de analgesia; Apgar 5º min ≥7=99,2%; internação em UN=4,5%; motivos: depressão respiratória; infecção; icterícia; mortalidade neonatal=1,9:1.000
Koiffman et. al. ⁽¹⁴⁾	Extra-hospitalar, São Paulo (SP); 1998-2005	Caso-controle; n=96 RN (32 casos e 64 controles)	Fatores de risco associados à remoção neonatal: tabagismo na gestação (OR=4,1); complicações no parto (OR=5,5); Apgar 1º min ≤7 (OR=7,8)
Lima, Schneck, Riesco ⁽¹⁵⁾	Peri-hospitalar, São Paulo (SP); 2006-2007	Descritivo; n=72 RN removidos para o hospital	Taxa de remoção neonatal=12,7%; motivos: icterícia=46%; PIG/GIG=11,5%; problemas com amamentação=9,2%; Apgar 5º min ≥7=98,6%; AVAS=11,1%; O ₂ nasal=8,3%; internação em UN=11,1%
Lobo ⁽¹⁶⁾	Peri-hospitalar, São Paulo (SP); 2003-2006	Descritivo; n=991 mulheres e RN	Escolaridade: ≥8 anos=75,4%; nulípara=46,3%; amniotomia=48,3%; episiotomia=24,8%; integridade perineal*=64,6%; deambulação=47,6%; massagem=29,8%; banho de imersão=21,9%; acompanhante=92,2%; Apgar 5º min ≥7=98,9%; AVAS=9,3%; O ₂ nasal=3,4%; internação em UN=1,4%
Paixão, Silva, Oliveira ⁽¹⁷⁾	Extra-hospitalar, São Paulo (SP); 2006-2008	Descritivo; n=778 mulheres e RN	Escolaridade: ≥8 anos=70,3%; nulípara=46,8%; amniotomia=51,9%; ocitocina=33,7%; episiotomia=16,2%; integridade perineal*=72,9%; posição não litotômica=100%; alimentação=95,4%; acompanhante=93,3%; deambulação=70%; massagem=64%; banho de imersão=33%; Apgar 5º min ≥7=100%; Taxa de remoção: materna=2,1%; neonatal=0,8%
Rocha et al. ⁽¹⁸⁾	Intra-hospitalar, Itapeverica da Serra (SP); 2004-2005	Transversal; n=233 mulheres e RN	Nulípara=39,5%; amniotomia=52,8%; ocitocina=46,3%; episiotomia=35%, posição não litotômica=100%; deambulação=88%; amniotomia e ocitocina mais utilizadas em zonas II e III do partograma, respectivamente (p<0,05); Apgar 5º min ≥7=98,7%
Schneck et al. ⁽¹⁹⁾	Extra-hospitalar, São Paulo (SP); 1998-2008	Descritivo; n=229 mulheres removidas para o hospital	Taxa de remoção: intra-parto=5,5%; pós-parto=0,3%; motivos: anormalidade do trajeto ou feto; cardiotocografia intranquilizadora; anormalidade da dequitação; hemorragia pós-parto

Esses estudos foram conduzidos em sete CPN – três intra-hospitalares, dois peri-hospitalares e dois extra-hospitalares –, localizados nos Estados de São Paulo e Minas Gerais, que atendem exclusivamente pelo SUS. As pesquisas são estudos do tipo descritivo (oito), transversal (duas) e caso-controle (duas). Em relação à população, a amostra analisada nos estudos compreendeu 5.407 mulheres e 5.395 recém-nascidos (RN), no período de 1998 a 2008.

De maneira geral, os estudos incluem variáveis sócio-demográficas e obstétricas, com a finalidade de caracterizar a população atendida no CPN. Os dados indicam prevalência de mulheres com ensino fundamental completo, no mínimo, e elevada proporção de nulíparas.

Com relação às práticas utilizadas no parto, como amniotomia, infusão de ocitocina e episiotomia, os principais resultados sugerem o uso criterioso, não rotineiro (amniotomia: 30,6-75,1%; ocitocina: 33,7-46,3%; episiotomia: 16,2-35%). Por sua vez, práticas demonstradamente benéficas no parto normal, segundo as evidências científicas, destacam-se como cuidados realizados no CPN. Dentre as variáveis avaliadas, estão alimentação (53,4-95,4%) e deambulação (46,7-88%) no trabalho de parto e uso de métodos não farmacológicos para conforto e alívio da dor (massagem: 29,8-64%; banho de imersão: 21,9-33%). Além dessas, as posições não litotômicas no parto, o partograma e a presença de acompanhante de escolha da mulher também são largamente adotadas no CPN. A laceração perineal de primeiro grau é um desfecho que costuma ser agrupado ao períneo íntegro, por não apresentar impacto negativo na morbidade pós-parto. Os dados dos estudos analisados mostram alto percentual de integridade perineal, variando de 60,6% a 72,9%. O único estudo que trata da infecção puerperal, indicou taxa de 0,16%, considerando as mulheres re-internadas no CPN para tratamento.

No que se refere à assistência ao RN, as variáveis analisadas nos estudos concentram-se na avaliação da vitalidade e nas práticas de reanimação neonatal, como aspiração de vias aéreas superiores e uso de oxigênio nasal, entre outras. Taxas mais elevadas de intervenção estão entre os RN de CPN onde o neonatologista é responsável pela recepção do bebê⁽⁸⁾ e num dos estudos com RN removidos para o hospital⁽¹⁵⁾.

Um desfecho relevante para análise da segurança do modelo de CPN são as remoções maternas e neonatais para o hospital, que oscilou de 5,8% a 11,4% e de 1,1% a 12,7%, respectivamente. Dentre os aspectos importantes que compõem o processo de remoção estão os protocolos assistenciais, o sistema de referência, as condições de transporte e a capacitação da enfermeira obstétrica para avaliar as condições maternas e neonatais.

DISCUSSÃO

Os dados iniciais disponíveis sobre a assistência em CPN provêm de relatórios técnicos dos serviços e relatos de

experiência em reuniões e eventos científicos. Um importante evento sobre CPN foi o *I Encontro de Casas de Parto da Cidade de São Paulo*, realizado em 2005, quando foram discutidas mudanças de paradigma e políticas na atenção ao parto, evidências científicas e questões legais e sociais do parto em CPN, além da apresentação de experiências e resultados de sete CPN da Região Sudeste do país.

Quanto às primeiras pesquisas publicadas, os autores são, principalmente, enfermeiras obstétricas vinculadas aos serviços estudados e docentes pesquisadores. Os estudos foram realizados com a finalidade de descrever características sócio-demográficas, condições obstétricas na internação das mulheres atendidas no CPN e práticas assistenciais no parto. Como limitação, pode-se apontar que são estudos com base em dados secundários, com lacunas nas informações obtidas.

O conhecimento das características das mulheres e da assistência é preparatório, pois aponta variáveis importantes para outros delineamentos, especialmente para investigar a segurança do modelo de atenção ao parto em ambiente extra-hospitalar. Considerando que as mulheres assistidas no CPN são aquelas consideradas de baixo risco, um dos desafios para a pesquisa é garantir a comparabilidade dos achados com os de serviços que atendem a população em geral. Essa comparação pode ser obtida com gestantes de quaisquer serviços, desde que elegíveis para atenção em CPN.

Em sua maioria, as pesquisas descritivas realizadas no Brasil, até o momento, configuraram uma fase exploratória importante para o estudo do local e modelo de atenção ao parto. A partir desta fase preliminar, surgiu a necessidade de criar instrumentos e indicadores mais apropriados para analisar e avaliar a segurança e a viabilidade do CPN. Assim, as pesquisas seguintes foram incluindo novas variáveis, que inicialmente não eram consideradas nos desfechos, tais como práticas de conforto e alívio não farmacológico da dor, permanência do recém-nascido com a mãe, duração do aleitamento materno, estresse materno e satisfação da mulher com a assistência.

A necessidade de incorporar outras variáveis nos estudos decorre do próprio objeto em construção – o parto no modelo de CPN –, que extrapola a tradição hegemônica na investigação sobre a assistência ao parto. Além dos desfechos clássicos, relacionados com morbidade e mortalidade materna e perinatal, o foco é lançado para o cuidado do parto como um evento fisiológico, sócio-cultural e familiar, considerando uma população específica de mulheres de baixo risco. Nesse contexto, surge o desafio metodológico de ampliar o estudo dos desfechos, em suas relações com o modelo praticado em CPN, como a integridade corporal e emocional da mulher.

Esta construção avança para além dos pressupostos do pensamento moderno, inspirado na física, que concebe o parto como um processo *mecânico*, com a descrição exata da contração uterina, da anatomia pélvica e da ca-

beça fetal. A nova perspectiva supera a pretensão de corrigir o processo de nascimento e compreende o parto e nascimento como um objeto complexo, que se desenvolve segundo uma dinâmica própria e fisiológica, desvinculada da doença⁽²⁰⁾.

Na interpretação dos resultados apresentados, sejam convergentes ou divergentes, deve-se considerar sua validade externa restrita e a limitação do delineamento utilizado – estudos descritivos, com coleta retrospectiva de dados, em fontes secundárias. Assim, a magnitude dos eventos e desfechos na assistência ao parto e nascimento em CPN seria melhor estimada em estudos prospectivos, longitudinais e com variáveis padronizadas nos diferentes estudos.

Vale destacar que as autoras deste artigo vêm conduzindo estudos que buscam comparar os resultados em CPN e hospitais, bem como analisar a percepção dos profissionais e das usuárias destes serviços, principalmente com relação à satisfação da mulher.

Retomando o desafio de contribuir para transformar o modelo de atenção ao parto e nascimento, as enfermeiras obstétricas e obstetrias precisam manter o compromisso de ampliar seus conhecimentos e aplicá-los na prática

assistencial. Para tanto, o CPN representa um espaço privilegiado para desenvolver e fortalecer um modelo de cuidados próprio, tanto do ponto de vista conceitual, como na relação com a equipe de saúde e na aliança com as mulheres e sua família⁽²¹⁾.

Diante do exposto, as autoras reafirmam a defesa do modelo de atenção ao parto no CPN, na medida em que desenvolvem ensino, pesquisa e assistência orientados pela concepção do parto como processo fisiológico e sócio-cultural. Além disso, consideram que o parto é um evento próprio de cada mulher, a qual tem direito à escolha do local do parto e do profissional que deve prestar essa assistência.

CONCLUSÃO

A produção científica brasileira sobre CPN é de autoria de número restrito de pesquisadores, vinculados à área de enfermagem. Apresenta dados produzidos ao longo de uma década, porém limitados a sete serviços. Os estudos são principalmente descritivos, sem padronização das variáveis estudadas. O foco predominante das pesquisas está direcionado às práticas obstétricas e aos resultados maternos; a assistência neonatal recebe menor ênfase.

REFERÊNCIAS

1. Rattner D, Abreu IPH, Araújo MJO, Santos ARF. Humanizing childbirth to reduce maternal and neonatal mortality: a national effort in Brazil. In: Davis-Floyd RE, Barclay L, Daviss B, Tritten J. Birth models that work. Berkeley: University of California Press; 2009. p. 385-413.
2. Althabe F, Sosa C, Belizán JM, Gibbons L, Jacquerioz F, Bergel E. Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low, medium and high-income countries: an ecological study. *Birth*. 2006;33(4):270-7.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.815, 29 de maio de 1998. Inclui na Tabela do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde o parto normal sem distócias realizado por enfermeiro obstetra [legislação na Internet]. Brasília; 1998 [citado 2009 set. 15]. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/obst/GM_P2.815_98obst.doc
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985, 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde [legislação na Internet]. Brasília; 1999 [citado 2009 set. 15]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port99/GM/GM-0985.html>
5. Kirkham M. Birth Centers: a social model for maternity care. Philadelphia: Elsevier; 2003.
6. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009. Oxford: Update Software.
7. Stewart M, McCandlish R, Henderson J, Brocklehurst P. Review of the evidence about birth-centre, and outcomes for their babies: revised July 2005 [report on the Internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit; 2005. [cited 2009 Sep 6]. Available from: <http://www.npeu.ox.ac.uk/downloads/reports/birth-centre-review.pdf>
8. Fernandes K, Kimura AF. Práticas assistenciais em reanimação do recém-nascido no contexto de um centro de parto normal. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(4):383-90.
9. Machado NXS, Praça NS. Infecção puerperal em centro de parto normal: ocorrência e fatores predisponentes. *Rev Bras Enferm*. 2005;58(1):55-60.
10. Fernandes BM. Casa de parto: experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde. Juiz de Fora: Ed. UFJF; 2006.
11. Koiffman MD, Schneck CA, Riesco MLG, Osava RH, Bonadio IC. Remoções neonatais da Casa do Parto de Sapopemba, São Paulo, 1998-2005. *Rev Paul Enferm*. 2006;25(4):227-34.

12. Schneck CA, Riesco MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(3):240-6.
13. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho. *Cad Saúde Pública.* 2007;23(6):1349-59.
14. Koiffman MD, Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC. Risk factors for neonatal transfers from the Sapopemba free-standing birth centre to a hospital in São Paulo, Brazil. *Midwifery.* In press 2009.
15. Lima DM, Schneck CA, Riesco MLG. Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital. In: *Anais do 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica*; 2009 nov. 10-11; Ribeirão Preto, BR [CD-ROM]. São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa/USP; 2009.
16. Lobo SF. Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
17. Paixão TCR, Silva FMB, Oliveira SMJV. Caracterização da assistência implementada por enfermeiras em um centro de parto normal segundo as práticas recomendadas pela OMS. In: *Anais do 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica*; 2009 nov. 10-11; Ribeirão Preto, BR [CD-ROM]. São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa/USP; 2009.
18. Rocha IMS, Oliveira SMJV, Schneck CA, Riesco MLG, Costa ASC. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev Esc Enferm USP.* 2009;43(4):880-8.
19. Schneck CA, Bonadio IC, Osava, RH, Riesco MLG. Remoções maternas da Casa do Parto de Sapopemba para hospitais entre 1998-2008. In: *Anais do 6º Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal*; 2009 jun. 24-26; Teresina, BR [CD-ROM]. Teresina: Abenfo-Seção-PI; 2009.
20. Downe S, McCourt C. From being to becoming: reconstructing childbirth knowledges. In: Downe S, editor. *Normal childbirth: evidence and debate.* 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008. p. 3-23.
21. Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2009. Oxford: Update Software.