

Características clínicas e demográficas de mães e recém-nascidos atendidos na casa de parto David Capistrano Filho/RJ

Clinical and demographic characteristics of mothers and newborns seen at the David Capistrano Filho birthing center/RJ

Nayane Batista Neves¹ 
Edymara Tatagiba Medina² 
Ricardo Jose Oliveira Mouta³ 

Sandra Cristina de Souza Borges Silva⁴ 
Nathalia Quadros de Mesquita⁵ 
Aline Lorrane Santos Silva⁶ 

¹Autora para correspondência. Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. nevesnayane@hotmail.com

²⁻⁶Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro). Rio de Janeiro, Brasil. edymaramedina@gmail.com, ricardomouta@hotmail.com, scribsborges@hotmail.com, nah.quadros@hotmail.com, alinelorranesilva@gmail.com

RESUMO | OBJETIVO: Descrever as características clínicas e demográficas de mães e recém-nascidos atendidos em casa de parto. **MÉTODO:** Pesquisa epidemiológica transversal com coleta retrospectiva em banco de dados de prontuários de uma casa de parto de um município de Rio de Janeiro de 949 neonatos referente ao período de 2014 e 2018. **RESULTADOS:** A grande parte das mulheres se autodeclarou negra (64,9%). A faixa etária prevalente foi de 20 a 34 anos (81,3%) e o pré-natal foi iniciado no segundo trimestre gestacional (53,5%). Quanto às características dos recém-nascidos, 50,8% eram do sexo feminino e 73,3% pesaram 3.000g ou mais. O índice de Apgar no primeiro (98,7%) e no quinto minuto (99,6%) foram maiores que 7. O aleitamento materno (98,3%) e o contato pele a pele (99,3%) foram realizados na maioria dos nascimentos, assim como o clampeamento tardio e oportuno (98,6%). A administração da vitamina K ocorreu em 97,8% e vacina de Hepatite B em 97,4% dos recém-nascidos e a maioria não necessitou de aspiração de vias aéreas superiores (97,4%) e manobras de reanimação (97,5%). **CONCLUSÃO:** Os dados apontam um perfil de mães adultas jovens e de recém-nascidos, em sua maioria saudáveis, para os quais foram prestados cuidados baseados nas boas práticas recomendadas pelas diretrizes nacionais de assistência ao parto normal do Brasil.

DESCRIPTORIOS: Parto normal. Parto humanizado. Recém-nascido. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT | OBJECTIVE: To describe the clinical and demographic characteristics of mothers and newborns treated at a birthing center. **METHOD:** Cross-sectional epidemiological research with retrospective collection in a database of medical records of a birthing center in a city of Rio de Janeiro with 949 neonates for the period 2014 and 2018. **RESULTS:** Most of the women declared themselves to be black (64,9%), the prevalent age group was 20 to 34 years old (81,3%) and prenatal care started in the second gestational trimester (53,5%). As for the newborn's characteristics, 50,8% were female and weighed 3.000g or more (73,3%). The Apgar score in the first (98,7%) and in the fifth minute (99,6%) were greater than 7. Breastfeeding (98,3%) and skin-to-skin contact (99,3%) were performed in most births, as well as late and timely clamping (98,6%), administration of vitamin K (97,8%) and Hepatitis B vaccine (97,4%). Most newborns did not need upper airway aspiration (97,4%) and resuscitation maneuvers (97,5%). **CONCLUSION:** The data point to a profile of young adult mothers and newborns, most of whom are healthy, for whom care was provided based on good practices recommended by the national guidelines for normal childbirth care in Brazil.

DESCRIPTORS: Natural childbirth. Humanizing delivery. Newborn Infant. Obstetric Nursing.

Introdução

De acordo com a Portaria nº 371 de 7 de maio de 2014, pode-se entender que o atendimento ao recém-nascido (RN) consiste na assistência por profissional capacitado, médico (preferencialmente pediatra ou neonatologista) ou profissional de enfermagem (preferencialmente enfermeiro obstetra ou neonatal), desde o período imediatamente anterior ao parto, até que o RN seja encaminhado ao Alojamento Conjunto, junto com sua mãe, ou à Unidade Neonatal – ou ainda, no caso de nascimento em quarto de pré-parto, parto e puerpério (PPP) seja mantido junto à sua mãe, sob supervisão da própria equipe profissional responsável pelo PPP.¹

O cuidado com a saúde RN tem importância fundamental para a redução da mortalidade infantil, ainda elevada no Brasil. As ações de promoção, prevenção e assistência à saúde dirigidas à gestante e ao RN têm grande relevância, pois influenciam na condição de saúde dos indivíduos, desde o período neonatal até a vida adulta. E cada vez mais, vem sendo salientada a relação determinante entre a vida intra-uterina, as condições de saúde no nascimento e no período neonatal e os problemas crônico-degenerativos na vida adulta, como obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, saúde mental, entre outros.²

A maior parte das mortes infantis ocorre nos primeiros dias de vida da criança, e por causas consideradas evitáveis, como infecção, asfixia ao nascer e complicações da prematuridade, sendo a asfixia neonatal uma das principais causas de morbidade hospitalar em RN e de sequelas graves para o indivíduo. Reforçando a relevância de um acompanhamento de trabalho de parto cujo cuidado seja baseado em evidências científicas visando à segurança desse momento, pois ainda são notórias as taxas de complicações insatisfatórias, que estão diretamente ligadas com uso abusivo de técnicas e procedimentos.²⁻³

Destaca-se que ao falar sobre nascimento em centros de partos normais (CPN) é válido mencionar que eles podem ser entendidos como uma unidade cujo objetivo é prestar assistência ao parto normal de risco habitual. Sua implementação no Brasil ocorreu de forma mais acentuada na década de oitenta e o movimento de mulheres foi responsável por encorajar esse processo ao levantar questionamentos acerca das práticas obstétricas rotineiras e repensar formas de humanizar o cuidado ao parto e nascimento.

Ele oferece um atendimento humanizado e leva em consideração que o parto é um processo fisiológico que pode ser realizado sem complicações para a maioria das mulheres e bebês.⁴

A implantação da atenção aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, uma vez que suas condutas são ancoradas na humanização da assistência baseada na centralidade da mulher e na fisiologia do parto, rompendo com as práticas desnecessárias e utilizando um cuidado baseado em evidências científicas para garantir maior segurança, integralidade, empatia, respeito e dignidade. Mas a entrada da enfermagem obstétrica neste espaço de assistência infelizmente tem provocado embates entre categorias profissionais da área, o que dificulta a implantação da política de humanização.⁵

O modelo de atenção obstétrica no Brasil ainda se encontra voltado para a tecnocracia da parturição em sua grande maioria, favorecendo a manutenção de práticas assistenciais que vão contra os direitos humanos das mulheres, uma vez que o cotidiano da assistência à mulher no ambiente do parto e nascimento ainda é marcado por uma atenção voltada às intervenções desnecessárias. O grande desafio para a implementação de um modelo baseado em práticas humanizadas seria a articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, para que a grade curricular dos cursos de saúde incorpore, além dos fundamentos da “Medicina Baseada em Evidências”, uma visão humana imprescindível ao bom exercício profissional.⁵

Segundo Dias e Domingues⁶, que defendem a proposta de fortalecer o modelo de atenção multiprofissional, o maior desafio a ser enfrentado pelos profissionais que prestam assistência ao parto é minimizar o sofrimento e contribuir para que a vivência do trabalho de parto seja uma experiência de crescimento e realização para a mulher e sua família, além de garantir segurança e apoio nesse momento importante e que certamente será sempre lembrado pela parturiente e família.

As recomendações de cuidados imediatos ao RN após o nascimento são: clampeamento tardio do cordão umbilical para melhorar os resultados de nutrição e saúde materna e infantil; em recém-nascidos sem complicações é recomendado contato pele a pele com suas mães durante a primeira hora após o

nascimento para prevenir a hipotermia e promover a amamentação, incluindo bebês com baixo peso ao nascer que podem ser amamentados – assim, deve ser feito o mais rápido possível após o nascimento, quando estiverem clinicamente estáveis e mãe e bebê estiverem prontos.⁷

Ao observar a relevância de descrever os achados clínicos, demográficos e também cuidados ofertados por enfermeiras obstétricas em casa de parto notou-se a importância de discutir tal temática para que a assistência ao parto normal esteja alinhada com as evidências científicas e boas práticas da OMS, enfatizando sempre o respeito pela fisiologia, humanização, protagonismo da mulher e menos intervenções sem necessidade.

Devido às questões supracitadas, este estudo apresenta a seguinte pergunta de pesquisa: quais características clínicas e demográficas de mães e recém-nascidos são encontradas nos atendimentos em casa de parto? Para responder tal pergunta o objetivo do estudo foi descrever as características clínicas e demográficas de mães e recém-nascidos atendidos em casa de parto.

Metodologia

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal com coleta retrospectiva através da análise de banco de dados dos prontuários de uma casa de parto localizada no município do Rio de Janeiro. É válido mencionar que este estudo faz parte de um projeto maior, denominado “Resultados perinatais, boas práticas e intervenções do modelo de parto adotado na Casa de Parto David Capistrano Filho RJ”. Os dados foram colhidos através de um instrumento de coleta de dados e foram armazenados em um banco da casa de parto, com todos os partos ocorridos no período de 2014 a 2018.

Os critérios de inclusão foram: gestação a termo, sem intercorrências clínicas, sem cesáreas anteriores, classificadas como risco habitual, definidas pelo protocolo assistencial da Casa de Parto. Como critérios de exclusão foram utilizados os dados referentes a mulheres que internaram em período expulsivo, que não eram da unidade e por conta disso foram

transferidas no pós-parto e também observações com dados faltantes relacionados às variáveis que foram analisadas.

Do total de partos ocorridos no recorte temporal de 2014 a 2018 (968), foram excluídas 19 que não atenderam aos critérios de inclusão, apresentando uma amostra final composta por 949 prontuários de neonatos, nascidos na Casa de Parto David Capistrano Filho. O levantamento dos dados incluiu a caracterização sociodemográfica materna como: idade, escolaridade, estado civil, raça/cor e número de consulta pré-natal; dados do RN como: medidas antropométricas, Apgar, necessidade de reanimação; e cuidados oferecidos como: contato pele a pele com a mãe, clampeamento oportuno, aleitamento, administração de vitamina K, hepatite B, credeização e aspiração de vias aéreas.

Foi realizada análise descritiva dos dados (frequência absoluta e relativa). Os dados foram processados e tabulados por meio do Programa Microsoft® Office Excel® 2010.

Segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e nº 510/16,⁸ o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, vinculada à Sub-reitoria de Pós-graduação e Pesquisa da UERJ. Também foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sendo aprovado pelos dois comitês. E obteve resultado favorável com o parecer: 3.316.926/2019 e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com parecer 3.450.662/2019.

Resultados

Na tabela 1, foi evidenciado que 13,7% das mães eram adolescentes e dentre elas 0,4% tinham entre 12 e 14 anos. Mulheres na faixa etária de 20 a 34 anos apresentaram o maior percentual, equivalente a 81,3%. Referente à escolaridade materna foi visto que 87,2% possuíam de 8 a 12 anos ou mais de estudo. A raça parda foi predominante no estudo correspondendo a 46,4%, seguindo com 34,9% brancas e 18,5% negras. O pré-natal foi iniciado precocemente por 40,4% delas e 53,5% iniciaram no segundo trimestre.

Tabela 1. Distribuição dos dados relacionados às características sociodemográficas maternas e da gestação na Casa de Parto David Capistrano Filho, de 2014 a 2018. (N= 949)

Variável		N	%
Faixa Etária Materna	10 a 14 anos	4	0,4
	15 a 19 anos	126	13,3
	20 a 34 anos	772	81,3
	35 anos ou mais	47	5,0
Escolaridade Materna	1 a 3 anos	8	0,8
	4 a 7 anos	113	11,9
	8 a 12 anos ou mais	828	87,2
Cor ou raça da mãe	Branca	331	34,9
	Parda	440	46,4
	Preta	176	18,5
	Indígena	1	0,1
	Amarela	1	0,1
Situação Conjugal	Com parceiro	479	50,5
	Sem parceiro	470	49,5
Início do Pré Natal	1º trimestre	383	40,4
	2º trimestre	508	53,5
	3º trimestre	58	6,1
7 consultas ou mais	Não	82	8,6
	Sim	867	91,4
Semana Gestacional	< 37 semanas	7	0,7
	37 a 41 semanas	936	98,6
	>41s	6	0,6

Fonte: Os autores (2022).

Em relação ao sexo do RN, 50,8% eram do sexo feminino e 73,3% nasceram com 3.000g ou mais. O índice de Apgar no primeiro minuto foi maior que 7 em 98,3% e o Apgar no quinto minuto foi majoritariamente maior que 7 em 99,6%. O aleitamento na primeira hora atingiu 98,3%. A grande maioria dos bebês (99,3%) teve a oportunidade de ir para o colo de suas mães em seus primeiros minutos de vida favorecendo o contato pele a pele. O clampeamento tardio prevaleceu com 61,2% e em apenas 1,4% ele foi realizado de forma precoce. Em 55,6% quem clampeou o cordão umbilical foi o pai do bebê (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das características relacionadas ao nascimento de bebês na Casa de Parto David Capistrano Filho, no período de 2014 a 2018. (N= 949)

Variável		N	%
Sexo	Feminino	482	50,8
	Masculino	467	49,2
Peso	< 2.500g	21	2,2
	2.500g a 2.999g	163	17,2
	3.000g a 3.499g	431	45,4
	3.500g a 3.999g	265	27,9
	4.000g ou mais	69	7,3
	Apgar 1 minuto	De 0-2	1
	De 3-4	1	0,2
	De 5-6	13	1,4
	De 7-10	933	98,3
Apgar5 minuto	De 5-6	4	0,4
	De 7-10	945	99,6
Aleitamento da 1ª hora	Não	16	1,7
	Sim	933	98,3
Contato pele a pele	Não	7	0,7
	Sim	942	99,3
Clampeamento	Precoce	13	1,4
	Oportuno	355	37,4
	Tardio	581	61,2
Quem clampeou?	Pai	527	55,6
	Avó/ Avô	97	10,2
	Outros	102	10,7
	Profissional	223	23,5

Fonte: Os autores (2022).

No que abrange os cuidados ofertados ao RN, foi evidenciado que a aspiração de vias aéreas superiores não foi feita em 97,4% dos casos. Também é válido apontar que a administração de vitamina K foi realizada em 97,8%, a vacina da Hepatite B em 97,6% e o aleitamento exclusivo em 94,7% (Tabela3).

Tabela 3. Distribuição dos cuidados ao recém-nascido na Casa de Parto David Capistrano Filho, no período de 2014 a 2018. (N= 949)

Variável		N	%
Aspiração de VAS	Não	924	97,4
	Sim	25	2,6
Vitamina K	Não	21	2,2
	Sim	928	97,8
Credeização	Não	28	3,0
	Sim	921	97
Vacina Hepatite B	Não	23	2,4
	Sim	926	97,6
Aleitam. Exclusivo	Não	50	5,3
	Sim	899	94,7

Fonte: Os autores (2022).

Já no que concerne à distribuição das intercorrências no RN, apenas 2,5% precisaram de reanimação, 0,6% necessitou de suporte de oxigênio e 2,2% necessitaram do uso de ambu. A asfixia ocorreu em 0,4% dos casos e 7,1% precisaram ser transferidos (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das intercorrências no recém-nascido assistido na Casa de Parto David Capistrano Filho, no período de 2014 a 2018. (N=949)

Variável		N	%
Reanimação	Não	925	97,5
	Sim	24	2,5
Suporte Oxigênio	Não	943	99,4
	Sim	6	0,6
Ambu	Não	928	97,8
	Sim	21	2,2
Asfixia	Não	945	99,6
	Sim	4	0,4
Tipo de saída	Alta	882	92,9
	Transferência	67	7,1

Fonte: Os autores (2022).

Discussão

Em relação aos achados sociodemográficos, os números assemelham-se com o que foi encontrado no estudo acerca da assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha, no qual as adolescentes correspondiam a 20,5% e mães entre 12 e 14 anos de idade com menos de 1%. As parturientes entre 20 e 34 anos eram 68,5% delas, já mulheres em idade avançada (35 anos ou mais) condiz com 11% do total de mulheres.⁹

Referente à escolaridade materna, o estudo vai ao encontro dos resultados de estudo sobre a casa de parto Casa Ângela em São Paulo, no qual 49,6% tinham ensino superior completo e 44,6% tinham ensino fundamental completo.¹⁰ Os autores apontaram que as mulheres com maior grau de escolaridade estão optando pela assistência durante gestação, parto e puerpério nas casas de parto normal cuja filosofia é alicerçada no parto como um evento fisiológico, respeitando o protagonismo da mulher juntamente com suas dimensões sociais e culturais e sem intervenções desnecessárias.

A raça/cor parda foi predominante neste estudo seguindo das brancas e depois das pretas. Sendo assim, pode-se afirmar que mães negra (pardas e pretas) que representam um total de 64,9%, tiveram a oportunidade de vivenciar a experiência de um parto humanizado e respeitoso na casa de parto. Estes resultados corroboram achados de estudo⁹ em que 71,7% das mulheres eram pretas e pardas e 26% delas eram brancas. Já em relação à situação conjugal foi visto que a maioria das gestantes possuía parceiros. Assim como mostra o estudo de Viellas⁹, em que 78,5% das mulheres estavam com seus companheiros.

Ainda que expressivo percentual tenha iniciado o pré-natal no segundo trimestre, é válido frisar que a grande maioria das mulheres conseguiu atingir o quantitativo mínimo de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde. Segundo dados analisados no DATASUS, referente aos indicadores de saúde do Município do Rio de Janeiro também foi encontrada no período de 2014 a 2018 uma média de 67,8% de mulheres cujo pré-natal possuía sete ou mais consultas.¹¹

Já quanto às características relacionadas ao nascimento de bebês, pode-se notar que apenas um número muito pequeno apresentou peso inferior a 2.500g, o que pode ser explicado pela atenção durante o pré-natal, a qual tem o intuito de detectar precocemente possíveis alterações clínicas maternas ou fetais que possam deflagrar uma situação de alto risco, encaminhando adequadamente à gestante para avaliação médica.

O aleitamento na primeira hora foi obtido por quase todos os recém-nascidos e apenas 1,7% não foram contemplados com a hora de ouro. A grande maioria dos bebês teve a oportunidade de ir para o colo de suas mães em seus primeiros minutos de vida favore-

cendo o contato pele a pele, o que aumenta a probabilidade de aleitamento materno na primeira hora de vida, proporciona estabilidade do sistema cardiorrespiratório e maiores níveis de glicose no sangue para o RN.¹² Outro ganho é a manutenção do aleitamento exclusiva até seis meses após o nascimento, quando se tem o contato pele a pele.¹²

O Apgar predominante no primeiro minuto foi maior que 7 com 98,3%. Esse resultado também condiz com o encontrado na casa de parto Angela em que 96,6% dos bebês tiveram Apgar superior a 7 no primeiro minuto de vida.⁷ Ao analisar o quantitativo de bebês que nasceram com Apgar menor que 6, o que se configura um quadro de asfixia neonatal, obtivemos o mesmo percentual de bebês que ficaram sem a hora de ouro, ou seja, 1,7% deles. Sendo assim, têm-se uma possível justificativa para que tal prática do contato pele a pele não tenham sido implementada em alguns recém-nascidos.

A amamentação na primeira hora de vida e o contato pele a pele também são práticas que reduzem a morbimortalidade e evitam a hipotermia e infecção do recém-nascido, promovendo a redução da ansiedade e de sangramento após o parto na mãe.¹³ Embora a rotina hospitalar de assistência ao parto, por muitos anos, tenha priorizado os primeiros cuidados da criança recém-nascida, colocar em berço aquecido e enrolar a criança em campo esterilizado após o nascimento, o contato com sua mãe imediatamente após o nascimento tem sido recomendado pela Fundação para as Ações Unidas para a Infância, baseada em diversos benefícios que a prática pode oferecer tanto para a criança quanto para a mulher.¹⁴

É extrema a importância do contato pele a pele entre mãe e bebê, haja vista que essa comunicação não verbal irá reatar o contato com as funções fisiológicas da mãe, como sua respiração. Ao sentir os movimentos respiratórios maternos o bebê irá diminuir a acelerada respiração após o nascimento, aproximando-se dos batimentos cardíacos maternos. O corpo da mãe é o primeiro ambiente do qual o bebê precisa para se desenvolver emocionalmente, e essa relação constituirá o psiquismo do bebê, seu mundo interno.¹⁵

Outro fator evidenciado é que, após o nascimento, a sensibilidade da pele do bebê encontra-se muito aguçada. Ele nasce sem nenhuma experiência de contato com a realidade do mundo externo, sem o sentido

de sua própria corporeidade e dimensões de tempo e espaço. Sendo válido frisar que as mãos que seguram e sustentam o corpo nu do bebê no momento do nascimento são tão importantes quanto a própria experiência de nascimento ou contato que ele passará a ter com o corpo da mãe a partir de então.¹⁵

Revisão integrativa mostrou um aumento da taxa de hemoglobina na corrente sanguínea correlacionando ao clameamento tardio do cordão umbilical. Diante dos resultados encontrados no estudo, ficou evidente que o clameamento tardio do cordão pode aumentar em até 75 mg a mais de ferro para o recém-nascido, sendo uma forma eficaz e sem custo de promover o aumento das reservas de ferro ao organismo.³

Estudo publicado pela Cochrane, com 15 ensaios randomizados e envolvendo um total de 3.911 mulheres e pares de bebês evidenciou algumas vantagens importantes do clameamento tardio do cordão umbilical em bebês a termo saudáveis, como maior peso ao nascer, concentração precoce de hemoglobina e aumento das reservas de ferro até seis meses após o nascimento.¹⁶ Embora esse mesmo estudo também tenha mostrado um pequeno risco adicional de icterícia em recém-nascidos que requerem fototerapia, os benefícios são muito maiores e significantes.

Em relação às características do cuidado com o recém-nascido vale destacar o alto percentual da não aspiração de vias aéreas e da administração da vitamina K encontrados no presente estudo. Estes achados estão de acordo com a OMS e as diretrizes de parto normal de 2016 que afirmam que todos os recém-nascidos devem receber um miligrama de vitamina K por via intramuscular após o nascimento.¹⁴

Em neonatos nascidos através do líquido amniótico claro e que começam a respirar por conta própria após o nascimento, a sucção da boca e do nariz não deve ser realizada. Já em relação ao banho ficou estabelecido que o mesmo deve ser adiado até 24 horas após o nascimento. Se isso não for possível por razões culturais, o banho deve ser adiado por pelo menos seis horas. Além da importância de garantir ao binômio mãe-bebê a permanência no mesmo cômodo 24 horas por dia.⁴

Evidências demonstram que a avaliação da cor das extremidades, do tronco e das mucosas é subjetiva

e não tem relação com a saturação de oxigênio ao nascimento, por isso não é mais utilizada para definir conduta.² Além disso, RN com frequência cardíaca (FC) adequada pode demorar alguns minutos para ficar rosado. Nos RN que não precisam de procedimentos de reanimação ao nascer, a saturação de oxigênio com um minuto de vida situa-se ao redor de 60-65%, só atingindo valores de 87%-92% no 5º minuto de vida. O processo de transição para alcançar saturação de oxigênio acima de 90% requer cinco minutos ou mais em RN saudáveis que respiram ar ambiente.²

Ao nascer, o RN passa por uma avaliação de cinco sinais no primeiro, quinto e décimo minuto após o nascimento chamado Boletim de Apgar, sendo eles: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, cor da pele e presença de reflexos, atribuindo-se a cada um dos sinais a pontuação de 0 a 2. O somatório que resultará no Índice de Apgar, não deve ser utilizado para determinar o início da reanimação nem as manobras a serem instituídas no decorrer do procedimento. No entanto, sua aferição longitudinal permite avaliar a resposta do RN às manobras realizadas e a eficácia dessas manobras.²

Nas intercorrências encontradas no estudo foi visto que 2,5% precisaram de reanimação neonatal e segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é esperado que 10% deles precisem desse procedimento ao nascer. Já a asfixia neonatal, ocorrida em 4 casos, ficou dentro do que é esperado pela SBP que observou a incidência da doença em 1 a 6 / 1.000 nascidos vivos em países desenvolvidos e expressivamente maior nos países em desenvolvimento, representando a terceira causa mais comum de morte neonatal no mundo, estimado em 23%.¹⁷⁻¹⁸ Sendo assim, podemos entender que o quantitativo encontrado na casa de parto não foge à realidade encontrada em outras unidades, inclusive hospitalares, e também no âmbito mundial.

Estudo realizado na Noruega com o objetivo de avaliar a segurança do nascimento em centros de partos normais mostrou que do total de 1.275 mulheres apenas 4,5% das que iniciaram o trabalho de parto nos centros de partos normais tiveram que ser transferidas para o hospital durante o trabalho de parto; em 4,7% ocorreu a transferência de mãe e bebê após o parto; e em apenas 0,4% apresentaram índice de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto de vida.¹⁹

Após o nascimento é avaliada a vitalidade do RN através da ausência de mecônio, o termo da gestação, se nasceu respirando ou chorando e ainda como se apresenta o tônus muscular. Se a resposta for positiva a todas as perguntas, considera-se que o RN está com boa vitalidade e não necessita de manobras de reanimação. O que vai determinar essa necessidade é a avaliação simultânea da respiração e (FC), sendo a última a principal determinante para o início das manobras. Após o nascimento, o RN deve respirar de maneira regular e suficiente para manter a FC acima de 100bpm. Ela é avaliada por meio da ausculta precordial com estetoscópio, podendo eventualmente ser verificada pela palpação do pulso na base do cordão umbilical.²

É válido ratificar que dos bebês nascidos em casa de parto no período analisado neste estudo, 92,9% não precisaram de transferência para unidade hospitalar. Dentre os que precisaram ser transferidos, foram pelos seguintes motivos: desconforto respiratório, acompanhar a mãe, avaliação pediátrica, baixo peso e icterícia. Os resultados coincidem com os achados do estudo realizado numa casa de parto em Pernambuco, em que uma das maiores causas de transferência foi o desconforto respiratório (13,1%).²⁰

Também foi possível comparar os resultados obtidos com o estudo que buscou descrever as características de recém-nascidos removidos do CPN para unidade hospitalar, o qual verificou que os motivos para remoção não mostravam relação com o cuidado prestado pelo CPN.²¹ De acordo com os autores, o quadro de icterícia foi o principal motivo apontado, e caracterizado a partir dos seguintes termos relacionados, registrados nos prontuários: incompatibilidade de rh, bilirrubina total fracionada aumentada, fototerapia, coombs direto positivo e a própria icterícia. Esse mesmo estudo menciona ainda que a icterícia fisiológica, que ocorre após 24 horas de vida, pode acometer cerca de metade dos recém-nascidos a termo. Além disso, em gestações de risco habitual não há como prever sua ocorrência.

A limitação do estudo refere-se ao fato dos dados terem sido extraídos de prontuários e sujeitos a viés. No entanto, os resultados apresentados são esclarecedores quanto as características clínicas e demográficas de mães e recém-nascidos assistidos em casa de parto, e ainda que a maioria dos cuidados prestados

se encontram em consonância com as boas práticas preconizadas pela OMS no que diz respeito ao contato pele a pele, ao favorecimento de vínculo mãe e bebê, ao aleitamento materno na primeira hora de vida e ao clampeamento tardio e oportuno.

Destaca-se ainda a relevância do presente estudo para contribuição da literatura e prática em enfermagem uma vez que chama atenção para os cuidados prestados pelas enfermeiras para a construção de uma assistência capaz de reduzir intervenções desnecessárias e priorizar condutas que culminem em desfechos favoráveis para mãe e bebê.

Conclusão

Este estudo demonstrou as características clínicas e demográficas de mães e recém-nascidos atendidos na Casa de Parto David Capistrano Filho, do Rio de Janeiro, apontando que a maioria se auto-declara negra, a faixa etária mais prevalente foi de 20 a 34 anos, e o pré-natal foi iniciado no segundo trimestre gestacional.

Em relação às características do recém-nascido, a maioria era do sexo feminino e nasceram com 3.000g ou mais. O índice de Apgar, tanto no primeiro como no quinto minuto, foi majoritariamente maior que 7. O aleitamento materno e o contato pele a pele foram realizados na maioria dos nascimentos, assim como o clampeamento tardio e oportuno, administração da vitamina K e vacina de Hepatite B. A maioria dos recém-nascidos não necessitou de aspiração de vias aéreas superiores e manobras de reanimação.

Estes resultados evidenciam que o cuidado na Casa de Parto David Capistrano Filho-RJ segue as recomendações da OMS e das diretrizes nacionais de assistência ao parto normal. Cabe salientar a importância de novos estudos que possam correlacionar os resultados encontrados e aprofundar na implicação dos achados clínicos do recém-nascido e seus desdobramentos na sua adaptação extra-uterina e no seu crescimento e desenvolvimento, além de encorajar a inserção da temática nas grades curriculares dos cursos de saúde com o intuito de formar profissionais fundamentados em práticas baseadas em evidências e com uma visão humanística.

Contribuições dos autores

Neves NB contribuiu na concepção e desenho do estudo, revisão de literatura, coleta de dados e elaboração do manuscrito. Medina ET participou da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, elaboração e revisão intelectual do manuscrito. Mouta RJO trabalhou na coleta de dados e da revisão intelectual do manuscrito. Silva SCSB participou da concepção e desenho do estudo e da revisão intelectual do manuscrito. Mesquita NQ contribuiu na revisão de literatura e intelectual do manuscrito. Silva ALS participou da revisão de literatura e elaboração do manuscrito. Todos os autores aprovaram a versão final do artigo.

Conflitos de interesse

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo, mas não se limitando a subvenções e financiamentos, participação em conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Indexadores

A Revista Enfermagem Contemporânea é indexada no [EBSCO](#) e [DOAJ](#).

EBSCO

DOAJ

Referências

1. Ministério da Saúde (Brasil). Diretriz nacional de assistência ao parto normal. Relatório de recomendação. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
2. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v1.pdf

3. Angelim SMAV, Coelho ASF, Pires ACAC, Coelho AB, Ribeiro LSO, Schadosim JM, et al. Caracterização do modelo assistencial ao parto e nascimento realizado por residentes de enfermagem obstétrica. *Enferm foc.* 2021;12(4):813-9. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n4.4639>
4. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=05998F341ED82FD1AFC95ABE98600E55?sequence=1>
5. Pereira RM, Fonseca GO, Pereira ACCC, Gonçalves GA, Mafra RA. Novas práticas de atenção ao parto e os desafios para a humanização da assistência nas regiões sul e sudeste do Brasil. *Ciênc saúde colet.* 2018;23(11):3517-3524. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.07832016>
6. Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc saúde colet.* 2005;10(3):699-705. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300026>
7. Garcia LV, Telles JM, Bonilha ALL. O centro de parto normal e sua contribuição para atenção obstétrica e neonatal no Brasil. *Revista Eletrônica Acervo Saúde* [Internet]. 2017;7:S356-S363. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/8278>
8. Ministério da Saúde (Brasil). Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília: DOU nº. 12, Seção 1, Página 59. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Viellas EF, Franco Netto TL, Gama SGN, Baldisserotto ML, Prado Neto PF, Rodrigues MR, et al. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Ciênc saúde colet.* 2021;26(3): 847-58. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.12492020>
10. Lopes GA, Leister N, Riesco, MLG. Desfechos e cuidados perineais em centro de parto normal. *Texto contexto – enferm.* 2019;28:e20190168. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0168>
11. Ministério da Saúde (Brasil). Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Informações de Saúde, Sistema de Informações de Nascidos Vivos [Internet]. Disponível em: <https://bit.ly/3Ra8WRU>

12. Ritter SK, Gonçalves AC, Gouveia HG. Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas. *Acta paul. enferm.* 2020;33:eAPE20180284. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0284>
13. Broday GA, Kluthcovsky ACGC. Infant mortality and Family health strategy in the 3rd health regional of Paraná, from 2005 to 2016. *Rev paul pediater.* 2022;40:e2020122. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2022/40/2020122>.
14. Coca KP, Pinto VL, Westphal F, Mania PNA, Abrão ACFV. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar; evidências de revisões sistemáticas. *Rev paul pediater.* 2018;36(2):214-20. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00002>
15. Silva SG. Do feto ao bebê: Winnicott e as primeiras relações materno-infantis. *Psicol. clin.* [Internet]. 2016;28(2):29-54. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652016000200003&lng=pt&nrm=iso
16. McDonald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochr Datab Syst Rev.* 2013;7:cd004074. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3>
17. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Monitoramento do recém-nascido com asfixia perinatal [Internet]. Nº 8, Setembro de 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22631c-MO-Monitoram_do_RN_c_asfixia_perinatal.pdf
18. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Reanimação recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: Diretrizes 2016 da Sociedade Brasileira de Pediatria, 26 de janeiro de 2016 [Internet]. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/especiais/reanimacao/>
19. Schmidt N, Abelsen B, Øian P. Deliveries in maternity homes in Norway: results from a 2-year prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(8):731-7. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2002.810808.x>
20. Mendonça CPS, Araújo VMG, Barros JFS, Sousa RDV, Andrade BBF, Baltar MMS, et al. Transferências de gestantes e recém-nascidos em um Centro de Parto. *Rev eletr acerv saúd.* 2021;13(4):e6567. <https://doi.org/10.25248/reas.e6567.2021>
21. Lima DM, Riesco MLG, Schneck CA. Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital. *Rev Paul Enferm.* 2018;29(1-2-3):47-55. Disponível em: <https://repen.com.br/revista/wp-content/uploads/2018/11/Remo%C3%A7%C3%B5es-neonatais-do-centro-de-parto-normal-peri-hospitalar-para-o-hospital.pdf>