



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ELIS MILENA FERREIRA DO CARMO RAMOS

**CENTRO DE PARTO NORMAL: O CAMINHO PARA A
DESMEDICALIZAÇÃO E AUTONOMIA DA ENFERMAGEM**

ARIQUEMES – RO

2016

Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos

**CENTRO DE PARTO NORMAL: O CAMINHO PARA A
DESMEDICALIZAÇÃO E AUTONOMIA DA ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente - FAEMA
como requisito parcial à obtenção do
Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Esp. Mariana
Ferreira Alves de Carvalho

Ariquemes – RO

2016

Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos

**CENTRO DE PARTO NORMAL: O CAMINHO PARA A
DESMEDICALIZAÇÃO E AUTONOMIA DA ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Graduação
em Enfermagem da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente –
FAEMA, como requisito parcial a
obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora: Prof^a Esp. Mariana F. Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^a Esp. Jessica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof^o Esp. Rafael Alves Pereira
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 28 de Novembro de 2016.

Aos meus filhos, Maria Luíza e Victor, razão de todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a meu melhor amigo, meu companheiro de jornada, lutas e desafios, que foi a pessoa mais presente durante toda minha trajetória acadêmica, ao meu amor, que se não fosse pelo amor imenso certamente essa conquista seria mais difícil, ao meu esposo e amor da minha vida Genilson Ramos, obrigada por todo amor, carinho e dedicação! Eu te amo imensamente!

Ao grande amigo Fabrício Lara, que com uma generosidade sem fim me estendeu a mão quando precisei, sendo peça fundamental para que eu prosseguisse com meu objetivo, serei eternamente grata.

Ao amigo que se tornou irmão, Cristiano Soares, que me acolhia todas as sextas-feiras em sua casa por quase um ano inteiro, quando tínhamos as cansativas aulas sabatinas, e todas as vezes que virávamos a madrugada estudando, agradeço também o carinho de sua mãe dona Sônia, que nunca mediu esforços para nos ajudar, mesmo com palavras de incentivo.

Ao meu grupo de estágio ao qual demos carinhosamente o nome de G1 debandado, Eliel, Evelyn, Denise e Wallace, vocês foram o melhor grupo de estágio que alguém poderia ter, foi incrivelmente prazeroso todas as vezes que tínhamos nossos encontros, especialmente quando ficamos por quase um trimestre no HR, gente, eu amo vocês, queria falar individualmente a cada um, mas a estrela reluzente abraça e ilumina o quinteto de igual maneira, para não haver discórdia, hahahahaha.

Aos meus pais e irmãos, os melhores que existem que mesmo de longe sempre se fizeram presentes durante esta trajetória, amo vocês!

A minha cunhada/amiga Elíjane (in memoriam) que me incentivava e acreditava em meu potencial, mesmo todas as vezes que eu, por loucura, achei que não era capaz... como eu gostaria que você estivesse aqui...

Aos meus filhos, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo, sempre entenderam que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente.

A todo corpo docente que passou pela minha vida acadêmica, especialmente a querida professora Mônica Fernandes Freiberger, pessoa por quem tenho especial carinho, aos professores, Dionatas, Leandro, Nelson, Oliveira, Roberson, Thiago e Gustavo além das queridas professoras Thays, Sônia, Vera, Meika e Rosani, são pessoas pela qual tenho grande admiração.

A minha orientadora Mariana Carvalho, a pessoa por quem eu tive um relacionamento sério durante a produção da minha monografia, aos domingos na hora do almoço recebia minhas ligações, minhas mensagens no whatssap às 03 horas da manhã, no trabalho, na sala de aula, no seu curso de mestrado lá no Sul, pelos corredores da faculdade, no supermercado, onde quer que eu a encontrasse era uma perseguição sem fim, minha mestra que teve muita paciência comigo, que quase me mandou pro SPA, de tanto que eu mudava minha

monografia, a qual plantou a semente do amor pela Obstetrícia no meu coração, sendo hoje uma paixão. Você foi tudo e muito mais! Obrigada pela dedicação e carinho que sempre teve comigo e por ser a minha guia nestes últimos tempos! Obrigada, do fundo do meu coração!

A todos os conhecidos e desconhecidos que me estenderam a mão, que me deram uma palavra de incentivo, que me ensinaram algo, aos que não me atenderam em algum momento, agradeço.

A todos dessa faculdade que direta ou indiretamente fizeram parte desta trajetória, a Neiva Saori, meninas do financeiro, pessoal do administrativo, pessoal dos serviços gerais, aos vigilantes, todos esses a quem me chamavam pelo nome porque me conheciam por eu quase morar na FAEMA, o meu muito obrigada!

O Toque Humano

*É o toque humano que conta neste mundo
O toque da tua mão e da minha
Que significa muito mais para o coração fragilizado
Que o abrigo, o pão e vinho
Porque o abrigo vai-se quando a noite acaba
E o pão dura apenas um dia
Mas o toque de uma mão e o som da voz
Cantam para sempre na alma.*

Spencer Michael Free

RESUMO

O Centro de Parto Normal (CPN) têm como foco a desmedicalização do parto e traz consigo a autonomia dos profissionais de enfermagem que cada vez mais vem ganhando um espaço notório no pré-natal, parto e puerpério, haja vista ações não invasivas que contribuem com mais conforto e alívio da dor durante o trabalho de parto (TP). O objetivo geral é discutir a autonomia da enfermeira/enfermeiro junto aos Centros de Parto Normal humanizado no ciclo gravídico-puerperal. A metodologia utilizada foi a pesquisa de revisão bibliográfica, fundamentada através de livros, publicações periódicas e artigos científicos publicados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Sistema de Informações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Observou-se através da literatura o respaldo legal para a enfermeira/enfermeiro realizar os partos sem distocia em Centros de Parto Normal e a grande eficácia de métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto.

Palavras Chave: Centro de parto; Desmedicalização; Métodos não farmacológicos; Enfermagem.

ABSTRACT

The Center for Normal Birth (NCC) focuses on the demedicalization of childbirth and brings with it the autonomy of nursing professionals who are increasingly gaining a prominent place in prenatal, childbirth and puerperium, with invasive dwarfism contributing to More comfort and pain relief during labor (TP). The general objective is to discuss the autonomy of the nurse / nurse at the Humanized Normal Delivery Centers in the pregnancy-puerperal cycle. The methodology used was the bibliographical review, based on books, periodicals and scientific articles published in the databases of the Virtual Health Library (VHL), which corresponds to Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American Literature and Of the Caribbean in Health Sciences (LILACS) and Information System of the World Health Organization (WHO). It was observed through the literature the legal support for the nurse / nurse to perform deliveries without distocia in Normal Delivery Centers and the great effectiveness of non-pharmacological methods of pain relief during labor.

Keywords: Birth Center; Medicalization; Pharmacological methods not; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS Biblioteca virtual em saúde

COFEN Conselho federal de enfermagem

COREN Conselho regional de enfermagem

CPN Centro de parto natural

DECS Descritores da saúde

FAEMA Faculdade de educação e meio ambiente

LILACS Latino-americano e do caribe em ciências da saúde

OMS Organização mundial da saúde

OPAS Organização pan americana de saúde

SUS Sistema único de saúde

TP Trabalho de parto

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 OBJETIVO GERAL.....	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
3 METODOLOGIA.....	15
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
4.1 HISTÓRICO DOS CENTROS DE PARTOS.....	16
4.2 IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE PARTO NORMAL.....	19
4.3 AUTONOMIA DO ENFERMEIRO NO PARTO SEM DISTÓCIA.....	21
4.4 DESMEDICALIZANDO O PARTO.....	24
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28
ANEXO (A).....	34
ANEXO (B).....	47

INTRODUÇÃO

A obstetrícia hospitalar no Brasil vem ao longo do tempo passando por diversas modificações, dentre elas estão o acesso ao parto humanizado, surgindo às instituições chamadas de Centro de Parto Normal. Sendo aplicado com mais ênfase os métodos assistenciais que trazem alívio da dor durante o trabalho de parto oportunizando a essa mulher o empoderamento de seu corpo e seus desejos (DAWIM; TORRES; DANTAS, 2009).

Todavia, ainda existem algumas discrepâncias no que diz respeito aos campos obstétricos, descrevendo esses campos em dois modelos: o medicalizado e o não medicalizado. No primeiro modelo podemos observar um ambiente que remete dor e insegurança onde o parto é totalmente medicalizado e realizado somente por profissionais médicos e uma equipe mecanizada. Já no segundo modelo, se pode vislumbrar um atendimento totalmente humanizado, onde a dor perde espaço para métodos que trazem alívio, relaxamento e tranquilidade no decorrer do trabalho de parto (TP) e durante o parto (MELCHIORI et al. 2009).

Esta realidade pode ser encontrada em Instituições hospitalares distintas ou podem está acopladas numa mesma Instituição a qual o Ministério da Saúde (MS) deu o nome de Centro de Parto Normal onde a autonomia para a realização do parto sem distocia é da profissional enfermeira/enfermeiro.

Para que seja entendido e aplicado o modelo de parto desmedicalizado é necessário considerar o processo de construção deste significado partindo que a assistência ao parto para a enfermeira/enfermeiro obstétrica e apresentar propostas de cuidados não farmacológicos de alívio da dor durante o TP e o parto (PROGIONTE; BARREIRA, 2001).

Contudo, é sabido que uma grande parte dos profissionais adere ao cuidado medicalizado, realizando com freqüência diversas intervenções que não teriam indicação médica para tal realização. Em contrapartida, como no caso das profissionais enfermeiras/enfermeiros, que ultrapassaram este modelo de assistência e vem desenvolvendo habilidades não invasivas, que são próprias do modelo humanizado e desmedicalizado de assistência ao parto, é que foi dado autonomia para que esse profissional atue no decorrer do parto sem distocia.

Todavia este profissional traz grandes colaborações para a solidificação do padrão de humanização e da assistência ao parto, além de efetivamente trazer todos os métodos de atenção não medicalizado para esse processo e com autonomia dispostas em lei (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Desde então a desmedicalização ganhou diferentes sentidos e significados para os diversos profissionais. Há de se entender que desmedicalizar não significa a simples exclusão do profissional ou de práticas médicas da assistência, mas eliminar o raciocínio clínico-médico como única alternativa para entender a parturição. Significa ao mesmo tempo apresentar às mulheres outras opções de cuidado, tendo em mente que diferentes opções e estratégias podem e devem conviver como direito de escolha da mulher (VARGENS; PROGIONTE, 2004, p.48).

Vistas ao exposto, o objetivo desse trabalho de conclusão de curso é discutir a autonomia da enfermeira/enfermeiro junto aos centros de parto normal no atendimento humanizado no ciclo gravídico - puerperal, como também considerar o processo de construção do significado de desmedicalização da assistência ao parto para a enfermeira/enfermeiro obstétrica e apresentar novas propostas de cuidados não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto e parto.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Discutir a autonomia da enfermeira/enfermeiro junto aos Centros de Parto Normal no atendimento humanizado no ciclo gravídico – puerperal

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o histórico de implantação dos Centros de Parto Normal no Brasil;
- Discutir a importância do Centro de Parto no atendimento ao ciclo gravídico puerperal;
- Estabelecer a autonomia da enfermeira/enfermeiro na condução do parto natural sem distocia;
- Apresentar através de literatura métodos não farmacológicos utilizados durante o trabalho de parto executados pela enfermeira/enfermeiro, na condução do parto normal sem distocia.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico de caráter descritivo, onde se utilizou a base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), que compreendem Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-americano e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Acervo da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e Sistema de Informações da OMS (Organização Mundial da Saúde). Manuais do Ministério da Saúde e o acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA. O levantamento das fontes de publicações foi do período de Agosto de 2015 a Setembro de 2016, sendo utilizados os seguintes critérios de inclusão para revisão de literatura: artigos, manuais do ministério da saúde, monografias, dissertações, teses disponíveis na íntegra, publicados e escritos em línguas nacionais e internacionais, no período de 1986 a 2016, coerentes com o tema da pesquisa, sendo excluídos os materiais que não abordavam a temática proposta e/ou não atendiam aos critérios de inclusão descritos anteriormente. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Casa de parto; Desmedicalização; Métodos não farmacológicos; Enfermagem.

Foram encontrados 125 literaturas sobre o referente assunto através dos DeCS descritos. Somente utilizados 47 literaturas, dentre elas 71% eram artigos em língua portuguesa, 15% manuais, 7% artigos em língua estrangeira, e 7% livros.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 HISTÓRICO DOS CENTROS DE PARTOS

Para os povos mais antigos, tanto a gravidez quanto o parto eram considerados processos terminantemente biológicos, o que não necessitava de cuidados especiais no atendimento a gestante. Durante o parto, normalmente tudo era fácil e tranquilo, na posição de cócoras a descida do bebê e da placenta acontecia de forma normal e quase sem hemorragia. O recém-nascido era asseado no rio mais próximo, onde a mãe também se banhava, eram raras as distocias e os partos de gêmeos (PIRES, 1989).

Pessoa e Silva (2008), descrevem que se houvesse qualquer intercorrência durante o trabalho de parto dificultando assim a expulsão do feto, os maridos dessas parturientes entravam em cena e faziam pressão sobre suas barrigas (o que ficou conhecida por manobra de Kristeller) hoje em dia totalmente desaconselhada pela Organização Mundial de Saúde, (OMS).

De acordo com a cultura, o processo do TP e parto e também o puerpério, todo esse processo era acompanhado pelas mulheres conhecidas como aparadeiras, comadres e também parteiras. Essas mulheres carregavam com elas uma sabedoria nata, empírica e estavam ao lado de suas pacientes durante toda a gestação como também no parto e o puerpério, além de atuarem nos cuidados com os recém-nascidos. Estas mulheres tinham a total confiança de todas as famílias da época e sempre eram procuradas para intervir em todos os tipos de situações referente à saúde do corpo feminino. (BRENES, 1991).

A partir desse relato histórico se pode perceber que antes da hospitalização do parto todo o processo era domiciliar e feito somente por aquelas mulheres em que as gestantes tinham plena confiança, pois elas vinham com uma vasta experiência que era passada de geração a geração (HOTIMSKY, 2001).

O Brasil foi apontado como recordista mundial em realização de partos por intervenção de cesárea, segundo a OMS (2015) o número ultrapassa os 56% de todos os partos realizados. Desde 1985, as taxas para esse tipo de parto seriam de 10% a 15% em um país, e o que fora comprovado até o ano de 2015 são taxas alarmantes, fazendo com que o Brasil fosse visto como um país a qual passava por uma epidemia de partos cesarianos.

A cesariana consiste em um processo cirúrgico, uma intervenção médica onde só deveria ser indicada quando há o risco materno ou fetal de possíveis complicações, haja vistas ser interrompido o processo natural do parto a termo, como os hormônios que precedem esse parto onde preparam o sistema imune e respiratório além de proteger o cérebro fetal do trauma do parto. Na cesariana sem indicação médica os riscos de hipóxia para o feto e o risco de complicações no pós-parto para a mãe acabam como possíveis conseqüências que fogem ao natural (DINIZ et al, 2016).

Um parto por cesareana, a parturiente e o seu bebê se conhecem num ambiente mecanizado, frio e com um clima que remete dor/doença, sendo que o esperado nesse momento é uma chegada o mais acolhedora com o calor da família e mais natural possível.

O conceito de criar ambientes exclusivos para o parto se deve a chegada das Faculdades de medicina por volta dos anos de 1800, que propuseram criar maternidades anexas ao complexo da universidade, para a então realização exclusiva de partos, no entanto somente após algumas décadas se tronou uma lei que foi oficializada e dando início aos trabalhos para tal construção, nos estados da Bahia e Rio de Janeiro (BRENES, 1991).

Por esse prisma, se pode enxergar claramente a necessidade, desde os séculos passados, para que exista um ambiente exclusivo para a mulher ser recebida e enfrentar o trabalho de parto e parto, com um/uma profissional exclusivo para auxiliá-la nesse momento, tornando o resgate do processo normal e natural de parir.

Os CPN são locais que recebem gestantes com gravidez de baixo risco. Para ter seu parto, com o mínimo de intervenções possíveis, de forma que esse local não necessite estar incorporado em um ambiente hospitalar ou necessitar da presença do médico (BRASIL, 2015).

O parto é o fenômeno central de um CPN, Freitas et al (2010), afirmam que a biomedicina coloca o parto como processo fisiológico, natural, em que o corpo sofre alterações hormonais e físicas, que possibilitam a descida da criança pelo trajeto vaginal e assim passar a existir um novo ser.

O entendimento da definição atribuída ao nascimento parece categórico para a idéia das práticas de cuidado oferecido e o entendimento de todo o movimento que se desenvolveu até o surgimento dos CPN. Atualmente, o que se observa é o uso

indiscriminado de intervenções desnecessárias, aumentando os danos causados às mulheres submetidas a intervenções no parto, a diminuição da participação da mulher no projeto do seu parto e um aumento significativo dos casos de violência obstétrica entre outros (SILVA, 2015)

Os CPN são instalações que podem ser intra ou extra hospitalar, e são regulamentadas pela Portaria 985/GM de 05 de agosto de 1999, do Ministério da Saúde (MS) tendo o objetivo de gerar a ampliação do acesso, do vínculo e do atendimento humanizado na atenção ao parto e ao puerpério, podendo servir não só como uma alternativa para aliviar a grande demanda de partos normais realizados por maternidades públicas, assim como para fortalecer a atuação dos enfermeiros obstetras na assistência ao parto sem distocia e todo o ciclo gravídico-puerperal (RIESCO et al. 2009).

O primeiro CPN estava vinculado ao projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) do Programa Saúde da Família que fora implantada em 1998, pela então Fundação Zerbini do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estando como um de seu foco principal o oferecimento de assistência humanizada às mulheres com gestação fisiológica (SENA, 2012).

Aqui se fala de um estabelecimento que possuía uma peculiaridade e assim sendo uma referencia e que tinha como a característica a assistência e o amparo oferecidos, não podendo deixar de ser citado, em razão de sua natureza histórica e pioneira, teve um importante significado como casa de parto normal (HOGA, 2004).

No Estado do Rio de Janeiro, em 1988 , enfermeiras obstétricas, foram reconhecidas como agentes capazes de assistir ao parto hospitalar. Esta iniciativa se deu num contexto pré-humanização. Na ocasião, esta proposta atendia tanto à política onde os gestores desejavam reduzir o índice de asfixia perinatal, como aos escopos das enfermeiras que almejavam ocupar espaços na assistência ao parto no campo hospitalar (PROGIONTE; MOUTA; SANTOS, 2011).

Para suprir a necessidade da assistência ao parto desmedicalizado à de se atender os princípios da humanização, respeitando todo o período gestacional e o parto em si, como também o puerpério, para tanto é que foram criados esses CPN.

4.2 IMPORTÂNCIA DOS CENTROS DE PARTO NORMAL

Anteposto aos desafios que já foram vencidos referente ao parto humanizado, os CPN vem como escolha viável que proporcionam assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal, por ser uma estrutura institucional mais reduzida, preconiza o desempenho autônomo da enfermeira/enfermeiro obstetra, ou seja, promove a integração da equipe de trabalho, possibilitando a cooperação e respeito mútuo entre o grupo profissional e os usuários (MARTINS et al. 2005).

Para Bulhosa, Santos e Lunard (2005), a equipe de enfermagem necessita compreender e acreditar na sua importância como orientadora, realizando um trabalho comprometido, sistematizado e garantindo assim, a qualidade da assistência além de estar preparada para cuidar da mulher que procura o CPN desde o pré-natal até o puerpério, incluindo habilidades para comunicar-se e implementar ações que as deixe a mais tranquila possível.

Os CPN têm importante relevância para as gestantes, eles devem atender, entre os princípios de humanização, práticas educacionais que ofereçam orientações, oficinas, dinâmicas, dramatizações, entre outras alternativas lúdicas que devem abordar temas relacionados à gestação, ao trabalho de parto, à amamentação, ao binômio mãe e filho, aos direitos da gestante, aos procedimentos e cuidados de enfermagem, aos cuidados com o recém-nascido e o puerpério, sendo essas ações e cuidados de competência da enfermeira/enfermeiro obstétrica (AZEVEDO, 2008).

Para Progionte e Costa (2008), esses métodos de educação em saúde, trazem à enfermeira o meio de exercitar seu papel como cuidadora e educadora, facilitando com que haja troca de aprendizados entre ela e as mulheres além de discussões da concepção e de cuidado, e humanização na assistência ao parto e nascimento. Tais práticas dão possibilidades para essas mulheres refletirem e decidirem sobre as formas de cuidado apropriadas para si.

Os CPN vêm prover a necessidade da assistência ao parto desmedicalizado, a qual atende os princípios da humanização, respeitando todo o período gestacional e o parto em si, como também o puerpério.

Segundo Reis e Patrício (2005), o processo de humanização tem recomendação da OMS e nela estão contidas orientações, tais como:

a) No pré-natal

1. planejar onde e como o nascimento será assistido;
2. avaliação do risco durante a gestação;
3. monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher;
4. respeitar a escolha da gestante sobre o local e nascimento;
5. prestar informações sempre que necessário.

b) Na admissão

1. respeitar a privacidade da mulher;
2. respeitar a escolha do acompanhante;

c) Durante o trabalho de parto

1. oferecer líquidos via oral;
2. dar suporte emocional empático;
3. prestar informações sempre que necessário;
4. uso único de materiais descartáveis;
5. respeitar o direito à opinião sobre a episiotomia;
6. corte do cordão umbilical tardio com material estéril.

d) Controle da dor

Deve ser realizado o alívio das dores por meios não invasivos, não farmacológicos.

e) Monitoramento:

1. do bem-estar físico e emocional da mulher;
2. fetal, por ausculta intermitente;
3. do progresso do trabalho de parto por meio do partograma.

f) Após a dequitação

1. exame de rotina da placenta;
2. uso de ocitócitos no terceiro estágio se há risco de hemorragia;
3. prevenção da hipotermia do RN;
4. amamentação na primeira hora.

Culturalmente as mulheres têm como algo certo, que durante o TP e parto existe muita dor e sofrimento, que não serão respeitadas suas expressões e sentimentos durante o processo na maternidade. É dever da equipe de enfermagem as tranquilizarem quanto a esse processo, tanto antes durante e depois do parto. Para isso é de suma importância o atendimento da enfermeira/enfermeiro num CPN (COSTA e PROGIONTE, 2008).

O que as parturientes mais buscam durante o TP e parto, não é não sentir dor alguma, o que elas buscam é ter uma dor suportável à medida que o TP evolui. A maior satisfação nesse processo está associada a um ambiente acolhedor onde as profissionais tenham atitudes prestativas e além do mais, as parturientes possam ter a companhia que desejam (VEZO; CORONEL; ROSÁRIO, 2013).

Com o profissional tendo uma demonstração de empatia faz com que o TP e parto transcorram de uma maneira segura e com estímulos que dão autonomia para a parturiente fazendo com que haja um conforto e confiança maior (CRIZÓSTOMO; NERY; LUZ, 2007).

4.3 AUTONOMIA DA ENFERMEIRA/ENFERMEIRO NO PARTO SEM DISTOCIAS

A expectativa das gestantes com a importância da escolha do tipo de parto tem relação com o conhecimento dessas mulheres sobre o assunto e as informações que são tratadas pelos profissionais da área de saúde. Para tanto, torna-se importante à troca de conhecimentos durante a realização do pré-natal, não somente com o intuito de informar às gestantes, mas também como meio de interação entre o profissional e a futura mãe, possibilitando sanar suas dúvidas, minimizando assim a ansiedade das mulheres no que diz respeito ao período gestacional e ao momento do parto (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Para o COREN-SP (2010), existem alterações quanto ao parto normal e o natural, todavia os dois ocorrem por via vaginal. No entanto o parto natural não requer qualquer intervenção ou procedimentos que são tidos como indispensáveis, nesse tipo de parto tudo é feito da forma mais passiva e geralmente o procedimento está centrado na parturiente já o parto normal é quando durante o TP e parto há reais necessidades de intervenções (não são identificadas distocias) como, por exemplo o uso da ocitocina e a episiotomia.

Andrade e Aggio, (2014) dizem que o parto cirúrgico, mais conhecido por cesárea, é feito através de incisões nas paredes abdominais e no útero, associado à administração de anestésicos, tanto regional quanto geral. É uma cirurgia e como tantas outras, pode trazer benefícios, porém existe a possibilidade real de riscos significativos, tanto para a mãe quanto para o filho.

O significado de distocia segundo a literatura é a dificuldade de trabalho de parto e está caracterizada pela evolução normalmente lenta do trabalho de parto.

Em geral, o TP anormal é corriqueiro quando existe desproporção entre a apresentação fetal e o canal de parto. É consequência de irregularidades distintas que podem existir particularmente ou em combinação. A enfermeira/enfermeiro acaba atuando no parto por via vaginal de baixo risco e identificando as distocias e encaminhando ao médico (LEVENO et al. 2005).

A distocia ou falha na progressão do trabalho de parto representa um terço das causas de cesarianas nos países desenvolvidos. O diagnóstico é realizado quando a dilatação cervical na fase ativa do trabalho de parto encontra-se abaixo da média, mediana ou do 10º percentil. O uso do partograma foi sugerido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para evitar o trabalho de parto prolongado e as suas consequências (AMORIM; SOUZA; PORTO, 2010, p. 416).

No fim do século XIX houveram marco de discussões sobre as competências dos cuidados ao parto, onde as afirmações oficiais ditavam que não eram dignos de um médico ou cirurgião tal competência, cabia a esses profissionais apenas agir nas intercorrências mais graves, onde era necessária a utilização do fórceps ou a prescrição de uma cesariana. Com isso é evidente que os cuidados passariam ao profissional não médico. (BRENES, 1991).

Para tanto, é necessária que haja uma assistência pré-natal adequada, uma vez que se ofereçam todas as informações precisas e verdadeiras, auxiliam as gestantes a entenderem melhor os riscos e benefícios, os mitos e as crendices que vem sendo relacionadas ao parto, bem como a sua real condição pessoal. Todavia com todas as explicações pertinentes é que essas gestantes vão poder se sentir tranquilas e seguras a cerca do tipo de parto, seja ele qual for. (MELCHIORI et al, 2009)

Para que o parto tenha uma evolução tranquila é que a enfermeira/enfermeiro tem utilizado técnicas e procedimentos não invasivos de alívio à dor além do tratamento mais humanizado.

Assim, muitos profissionais são adeptos do cuidado medicalizado e frequentemente fazem uso de intervenções no cuidado ao parto. Outros, como é o caso das enfermeiras, superaram este modelo de assistência e desenvolvem habilidades não invasivas que são peculiares do modelo humanizado feminino e desmedicalizado de assistência ao parto. No contexto atual, a enfermeira obstétrica é a única profissional não médica que tem sido associada com um saber/fazer que vem ao encontro da possibilidade de resgatar o parto fisiológico como um fenômeno feminino onde a mulher seja a protagonista. Deste modo, esta profissional vem

contribuindo para a consolidação do modelo humanizado de assistência ao parto que necessariamente passa pelo cuidado desmedicalizado (Vargens; Progionte; Silveira, 2008 p. 340).

Corrêa, Exner, Ramos (2012), puderam verificar mediante pesquisa apresentada em forma de monografia que o parto normal sem distocia realizado por enfermeira obstétrica, é legítimo e plausível, afirmando que essas profissionais têm muito a contribuir nessa transformação da assistência obstétrica, para tentar torná-la menos intervencionista e mais humanista. As enfermeiras/enfermeiros obstétricas possuem respaldo legal, competência técnica e sensibilidade para relacionarem-se com as parturientes e seus íntimos, contudo, necessitam se fortalecer como grupo profissional diante de toda a sociedade, instituições e, sobretudo os médicos, para que possam atender às parturientes com mais confiança e autonomia, em colaboração com todos da área da saúde.

Pelo fato do parto na maioria das vezes já ser encarado como um episódio fisiológico, onde as necessidades do uso de intervenções tecnológicas já podem ser vista como reserva, aliado à preocupação crescente de humanização deste evento, incentiva-se o parto em ambiente acolhedor, sem medicalização ou procedimentos rotineiros, com suporte individualizado a cada parturiente assistida por enfermeira obstetra e não por médico (PROGIONTE; MOUTA; SANTOS, 2011).

O sistema público de saúde admite a atuação do profissional de enfermagem no processo de parturição, com normatização legal feita pela Portaria nº 163, de 22/09/1998, da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, e da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem 223/1999. Isso demonstra que a assistência ao parto não constitui um ato exclusivamente médico. (Anexo B)

Na portaria nº 2.815/1998 do MS está inclusa a tabela do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), o parto normal sem distocia, realizado por enfermeiro obstetra (BRASIL, 1998);

Amplia-se o leque de procedimentos permitidos ao profissional de enfermagem, como a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN - nº 195/1997, que garante a legalidade da solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro (BRASIL, 1997).

O COFEN, através da Resolução nº 223/1999, dispõe, em seu artigo 3º, sobre responsabilidade do enfermeiro obstetra:
a) assistência à parturiente e ao parto normal;

- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de todas as providências necessárias, até a chegada do médico, devendo intervir, de conformidade com sua capacitação técnico-científica, adotando os procedimentos que entender imprescindíveis, para garantir a segurança do binômio mãe/filho;
- c) realização de episiotomia, episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando couber;
- d) emissão do Laudo de Enfermagem para Autorização de Internação Hospitalar, constante do anexo da Portaria SAS/MS- 163/98;
- e) acompanhamento da parturiente sob seus cuidados, da internação até a alta (GARCIA; LIPPI; GARCIA, 2010, p.383).

A resolução COFEN nº 0516/2016 normatiza a atuação da enfermeira/enfermeiro, enfermeira/enfermeiro obstétrico e obstetriz no amparo às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos serviços de obstetrícia como também nos CPN (BRASIL, 2016).

4.4 DESMEDICALIZANDO O PARTO

Os CPN trazem como característica, alternativas e métodos de acolhimento diferenciados, com a atuação da enfermagem obstétrica mostrando-se cada vez mais preocupada com o movimento de defesa à individualidade e empoderamento da parturiente, assim, permitindo adequação da assistência à cultura, religião, valores e desejos da mulher e família (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2011).

Toda parturiente teme ao momento do parto, por medo da dor, pela ansiedade envolvida e também pelo fato de ser uma nova experiência, para isso se faz necessário que toda a informação possível seja passada para essa mãe durante o pré-natal, sendo que toda manutenção equilibrada das emoções durante o TP é fator crucial, pois com os níveis de adrenalina elevados o sistema nervoso libera hormônios que provocam o stress que é um mecanismo próprio de defesa do organismo (GAYESKY; BRÜGGEMANN, 2010)

Para tanto a dor presente durante o TP pode ser controlada e amenizada por métodos não medicamentosos que fazem parte da rotina dos CPNs e são apresentados a parturiente a partir das rotinas de consultas de pré-natal assim como no momento do trabalho de parto. Essas medidas não farmacológicas, também conhecidas por tecnologias do cuidado não invasivo, abrangem: banho morno de chuveiro ou de imersão; deambulação; massagens; técnicas de respiração; mobilidade materna entre outros.

A técnica de banho morno chuveiro (Anexo B) é feito com água aquecida que irá promover a vasodilatação periférica e redistribuindo todo fluxo sanguíneo, com isso ocorre o relaxamento muscular. Este método faz com que haja uma redução da dor e da ansiedade trazendo com isso um contentamento e uma sensação de alívio para a parturiente. Com a água em torno de 37 a 38°C, propõe-se que a parturiente fique pelo menos 20 minutos com a água caindo sobre a região que mais a incomoda, normalmente na região lombar e parte inferior do abdome (DAWIM; TORRES; DANTAS; 2009).

O banho de banheira ou imersão traz consigo a mesma eficácia do banho morno, com diferencial da parturiente esta dentro de uma banheira ou piscina e de ser solicitado no momento aproximado dos 6 cm de dilatação da parturiente, trazendo pra ela grande potencial de relaxamento (SILVA e OLIVEIRA, 2006).

Outro método é a deambulação sendo um dos recursos mais usado, que tem como finalidade fazer com que o TP seja mais acelerado, por favorecer o efeito da gravidade e a movimentando da região que atua coordenando a musculatura lisa do útero, com isso aumentando a atividade da dilatação cervical para a descida do feto. Estudos demonstraram que o fato da parturiente deambular ajuda a mudar o foco da dor durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

A massagem traz como benefício à excitação sensorial que se caracteriza por meio do toque e movimentação dos tecidos. No TP, a massagem traz uma forte potencialidade de gerar alívio de dor, além do contato físico com a parturiente, maximizando o teor de relaxamento, minimizando assim todo o stress emocional e aliviando o fluxo sanguíneo e a oxigenação dos tecidos (GALLO et al. 2011).

A Respiração durante o TP é de suma importância, as técnicas que ajudam na respiração tem como principal função a redução da dor, trazendo melhora nos níveis de saturação sanguínea de O₂, no corpo da parturiente trazendo assim um maior relaxamento e minimizando os níveis de ansiedade do momento. (ALMEIDA et al. 2005).

A mobilidade materna trata-se de oferecer autonomia para as mudanças de postura requeridas pela parturiente, acatando e incentivando-as para que adotem posturas alternadas, como: deitada lateralizada à esquerda, ajoelhada, agachada, em quatro apoios, sentada na cama, na cadeira, sempre observando as habilidades de cada parturiente (BRASIL, 2001).

Esses cuidados não-farmacológicos de alívio da dor fazem parte do que diz a humanização do parto em suas diretrizes e leis, que ao longo dos anos tem tido grande relevância tanto para OMS quanto para o MS, que buscam com tudo isso, ampliar a rede de conhecimento sobre a importância de promover a humanização do parto e do nascimento (DRUMMOND, 2000).

Desmedicalizar o parto significa deixá-lo mais humanizado tendo como finalidade de torná-lo o mais natural possível, minimizando o número de intervenções, de cesarianas sem indicação médica, além da administração de fármacos no alívio da dor (PROGIONTE; COSTA, 2008).

Contudo, esses cuidados não-farmacológicos de alívio da dor devem ser aperfeiçoados e utilizados, sendo que trazem mais segurança e corroboram com o mínimo de intervenções possíveis. Portanto a enfermeira/enfermeiro tem uma importância essencial na utilização desses cuidados, oferecendo à parturiente, alívio da dor, o que torna o momento sublime e humanizado oferecendo a essa mulher o prazer e a boa lembrança em que recebeu seu filho para a vida (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os centros de parto normal são estabelecimentos que vieram de encontro com as regras da humanização. Nestes locais toda a assistência é prestada por profissionais de enfermagem, com atenção aos cuidados que preconizam ações não invasivas, onde os desejos das parturientes são atendidos na medida do possível.

A autonomia do enfermeiro está claramente evidenciada, através de leis e da total autenticidade dessas. A desmedicalização do parto não vem para contestar ou sequer questionar a competência do médico, mas, para contribuir com métodos não farmacológicos e não invasivos que colaboram com o melhor bem estar da mulher, que na ocasião encontra-se sob forte emoção e ansiedade. Há de se concordar que todos os meios que proporcione ambiente mais tranquilo e confortável, com profissionais sensíveis a situação, corroboram com um trabalho de parto e parto mais tranquilo e com menos riscos de complicações futuras.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA et al; Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev Lat Am Enferm.** São Paulo. v. 13, n.1, p.52-58, 2005. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000100009>. Acesso em: 11 set 2016.

AMORIM; M. M. R., SOUZA; A. S. R., PORTO; A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **FEMINA**, v.38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=567185&indexSearch=D>>. Acesso em: 25 set 2016.

ANDRADE; B.P, AGGIO; C.M. **Violência obstétrica: a dor que cala.** Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248 Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014 . Disponível em:<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena%20Padilha%20Andrade.pdf>. Acesso em: 25 ago 2016.

AZEVEDO; L.G.F. **Estratégias de luta das enfermeiras obstétricas para manter o modelo desmedicalizado na casa de parto David Capistrano Filho.** 2008.112f[dissertação] (Mestrado em Enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16185&indexSearch=ID>>. Acesso em: 11 ago 2016.

BARBOSA, P.G.; CARVALHO. G.M.; OLIVEIRA.L.R. Enfermagem obstétrica: descobrindo as facilidades e dificuldades do especialista nesta área. **Rev O Mundo da Saúde.** Rio de Janeiro- RJ v. 32, n. 4, p. 458-465, 2008. Disponível em:<http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/65/07_Enfermagem_baixa.pdf>. Acesso em : 21 jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher** .2016 <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/sas/saude-da-mulher/noticias-saude-da-mulher/16297-mulheres-buscam-sistema-unico-de-saude-para-ter-parto-normal>>. Acesso em: 01 set 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde,** Portaria nº 11, 7 de Janeiro de 2015. Disponível em:<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html> Acesso em: 17 abril 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.**

Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: <[HTTP://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf)>. Acesso em: 18 set 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Lei federal nº 7498, de 25/06/1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, n 9273, p 1, 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm>. Acesso em : 28 ago 2016.

_____. **Decreto 94406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a lei 7498/1986 que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 09/06/1987. Seção 1,p:1, fls 8853-5. Disponível em : <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm>. Acesso em : 28 ago 2016.

BRENES, A.C., História da parturição no brasil, século xix. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro- RJ v.7, n.2, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X1991000200002&script=sci_arttext&tIng=es>. Acesso em : 17 jun 2016.

BULHOSA, M. S; SANTOS, M. G; LUNARD, V. L. Percepção de puérperas sobre o cuidado de enfermagem em unidade de alojamento conjunto. **Rev. Cogitare Enferm** -RS. v. 10, n. 1, p. 42-47 , 2005. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4668>>. Acesso em : 15 ago 2015.

CASTRO, C.J; CLAPIS, J.M. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem- São Paulo**, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>. Acesso em: 12 mai 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução cofen nº 0516/2016** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html>. Acesso em 12 jul 2016.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem-SP. **Parto Natural** . 2010. Disponível em: <www.coren.sp.br>. Acesso em: 12 jun 2016.

CORRÊA, E.; EXNER, S. R; RAMOS, V. P. **Enfermeiras Obstétricas no Parto sem Distócia, Hospitalar e/ou Domiciliar: um estudo comparativo**. 2012. 30f. Monografia. (Especialização em Enfermagem Obstétrica) – Centro Universitário Filadélfia de Londrina, Londrina, Pr. 2012. Disponível em: <<http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/10/estudando-casas-de-parto-e-o-modelo-de.html>>. Acesso em: 17 abril

CRIZÓSTOMO, C.D; NERY, I. S; LUZ, M. H. B. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**; Brasil . v. 11, n. 1, p. 98 - 104. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1277/127715305014.pdf>>. Acesso em: 18 abr 2016.

DAWIM; R. M. M., TORRES, G.V; DANTAS, J. C. Efetividades de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Ver Esc Enfer USP- SP.** v. 43, n. 2, p.438-445, 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000200025>. Acesso em: 29 ago 2016.

DINIZ, C. S. G. et al. Por que as mulheres no setor privado têm gestações mais curtas no Brasil?: Desvio à esquerda da idade gestacional, cesárea e inversão da disparidade esperada. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, v. 26, n. 1, p. 33-40, 2016. São Paulo. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412822016000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 ago 2016

DRUMMOND; JP. **Dor aguda: fisiologia, clínica e terapêutica.** São Paulo (SP): ed Atheneu, 2000.

FREITAS, F. et AL. **Rotinas em obstetrícia** 6ª Ed . ArtMed. 2010.

GALLO; R.B.S et al, Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. **FEMINA** v. 39, nº 1, p. 42-48, 2011. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=567185&indexSearch=ID>>. Acesso em: 22 mai 2016.

GARCIA, S. A. L; LIPPI, U. G; GARCIA, S. A. L. O parto assistido por enfermeira obstetra: perspectivas e controvérsias. **Rev Brasileira em Prom da Saúde**, Fortaleza- CE v. 23, n. 4, p. 380-388, 2010. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40818354012>>. Acesso em: 28 ago 2016.

GAYESKY, M.E; BRUGGEMANN; O. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática.**Texto Contexto Enferm.** Florianópolis – SC, v. 19, n. 4,p.774-782,2010.Disponível em :<<https://www.researchgate.net/publication/228481261>>. Acesso em: 12 set 2016.

HOGA, L. A. K. Casa de parto: simbologia e princípios assistenciais **Rev. Bras Enferm**, Brasília – DF, v. 57 n.5 p. 537-54, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a04v57n5.pdf>>. Acesso em 18 abril 2016.

HOTIMSKY, S. N. **Parto e nascimento no Ambulatório e na Casa de Partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica.** 172 f 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno-Infantil)– Faculdade de Saúde Pública/USP, São Paulo. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Sonia_Nussenzweig_Hotimsky2/publication/35224987_Partos_e_nascimento_no_ambulatorio_e_na_casa_de_partos_da_Associao_Comunitaria_Monte_Azul_uma_abordagem_antropolgica/links/553a3a800cf29b5ee4b477d2.pdf>.Acesso em: 13 Ago 2016.

LEVENO, K. J., et al. Manual de obstetrícia de Williams. Tradução de: Edison Capp. Porto Alegre: Artmed, 21 ed, p.171, 2005.

MARTINS, C.A; et al. Casas de parto: sua importância na humanização da assistência ao parto e nascimento. **Rev Eletrônica de Enfermagem**, Goiania – GO, v. 7, n. 3, p.360-365, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/891/1074>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Rev. Interação em Psicologia**, Curitiba – PR, v. 13 n.1, p. 13-23. 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/viewArticle/9858>>. Acesso em: 16 jun 2016.

O.M.S. Organização Mundial da Saúde. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas 2015**. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html>. Acesso em: 30 set 2016.

PESSOA, E. S. S. A; SILVA, M. J. D. A mulher tupinambá e práticas culturais indígenas no Brasil Colonial. In: **Anais do II encontro Internacional de História Colonial**. Mneme- Revista de humanidades. UFRN. 2008, Caicó (RN). Disponível em: <<http://docplayer.com.br/8197581-A-mulher-tupinamba-e-praticas-culturaisindigenas-no-brasil-colonial.html>>. Acesso em : 12 ago 2016.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. 1ª Ed, São Paulo: Cortez, 1989.

PROGIONTE, J .M; BARREIRA, I. A. A obstetrícia, do saber feminino à medicalização: da época medieval ao século XX. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro – RJ, v. 9, n. 1, p. 91-97, 2001. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=284374&indexSearch=ID>>. Acesso em: 25 ago 2016.

PROGIANTE, J. M; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro – RJ, v.8, n. 2, p. 194-197, 2004. Disponível em: <http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1018>. Acesso em: 22 set 2016.

PROGIONTE, J.M.; LOPES, S.A.; GOMES, R.C.P.;A participação da enfermeira no processo dedesmedicalização do parto. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro – RJ, v. 11, n. 3, p. 273-277. 2003. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=364791&indexSearch=ID>>. Acesso em: 04 abr 2016.

PROGIONTE, J.M; MOUTA, R. J. O; SANTOS, S. P. A inserção de enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar no rio de janeiro (1988-1992). **Rev. Enferm. Aben**. Rio de Janeiro – RJ, v. 2,n.2, p 89-104. 2011. Disponível em: <<http://www.here.abennacional.org.br/here/vol2num2artigo7.pdf>>. Acesso em: 04abr 2016.

PROGIONTE, J. M; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégia na desmedicalização do parto. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro- RJ, v.8, n.2. p. 194-197. 2004. Disponível em :<http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1018>. Acesso em: 18 abr 2016.

PROGIANTE, J. M; COSTA, R. F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc Anna Nery Ver Enfer**. Rio de Janeiro – RJ, v.12, n.4, p. 789-792, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000400025>. Acesso em: 17 abr 2016.

REIS, A. E; PATRÍCIO, Z. M. Aplicação das ações preconizadas pelo ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de santa catarina. **Ciênc. saúde coletiva**. Florianópolis – SC, v.10, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500023>>. Acesso em : 25 set 2016.

RIESCO, M.L.G. et al. Centros de parto no Brasil: revisão da produção científica. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo – SP, v. 43 n. 2, p.1297-1302. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a26v43s2.pdf>>. Acesso em: 08 ago2016.

SENA, C. D. et al, Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil. **Rev Enferm UFSM**. RS, v. 2, n. 3, p. 523-529, 2012. Acesso em: 17abr 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5902/217976923365>>. Acesso em: 15 abr 2016.

SESCATO, A.C; SOUZA, S.R. R. K; WALL, M. L.Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm**. Curitiba- PR, v. 13, n. 4,p. 585-90 2008. Disponível em:<revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/13120/8879>.Acesso em: 23 ago 2016.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. **Rev Esc Enferm USP**. RS, v. 40, n.1, p.57-63, 2006.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342006000100008>. Acesso em : 13 set 2016.

SILVA, L.R. **Um Estudo Qualitativo dos processos decisórios da Equipe de Enfermagem da Casa de Parto de São Sebastião- DF**. 2015. 81f. Monografia (Bacharelado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília- 2015. Disponível em : <<http://bdm.unb.br/handler/10483/10890>>. Acesso em: 08 set 2016.

SILVA, S. P. C.; PRATES, R. C. G; CAMPELO, B. Q. A. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante. **Rev Enferm UFSM**. Brasília – DF, v.4 n.1, p.1-9. 2014. Disponível em : <<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf>>. Acesso em: 10 jun2016.

VARGENS, O. M. C; PROGIONTE, J.M; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo – SP, v. 42, n. 2. 2008.

:339-46. Disponível em :<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/v42n2a17.pdf>>. Acesso em : 25jul 2016.

VARGENS, O. M. C; PROGIONTE, J. M. O processo de desmedicalização da assistência à mulher no ensino de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo – SP, v. 38, n. 1, p. 46-50, 2004. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/06.pdf>. Acesso em: 20 jul 2016.

VEZO, G.M.S; CORONEL, L.M; ROSÁRIO, M. S. O. Assistência humanizada de enfermagem no trabalho de parto. Licenciatura em Enfermagem Ano Lectivo de 2012/13- 89 f. **ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**. Cabo Verde. Disponível em:<www.portaldoconhecimento.gov.cv/.../Vezo,%20Coronel%20e%20Rosário%202013> Acesso em: 30 mai 2016.

ANEXO (A): Diretrizes para implantação dos Centros de Parto Normal

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 11, DE 7 DE JANEIRO DE 2015

Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nº 8.080, de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências;

Considerando a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, prevendo expressamente como atribuição do enfermeiro o acompanhamento da evolução e do trabalho de p

arto, a execução do parto sem distocia e a assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera, bem como prevendo especificamente para o enfermeiro obstetra a atribuição legal de assistência à parturiente e ao parto normal e identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico, inclusive com a possibilidade de realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessárias;

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, que regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do "caput" do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do "caput" do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 2012, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma dos blocos de financiamento, com respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 529/GM/MS, de 1º de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP);

Considerando a Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência   Atenção   Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa da Gestante, Beb  e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 3.390/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção   Saúde (RAS);

Considerando a Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde;

Considerando a Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal;

Considerando a importância de garantir a todas as mulheres o acesso   informação a respeito de seus direitos sexuais e reprodutivos e   atenção qualificada, segura e humanizada;

Considerando a priorização de a es na assistência   saúde que tenham por objetivo a redução das mortalidades materna, fetal e infantil;

Considerando as revisões sistemáticas e evidências científicas sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento, demonstrando os benefícios   mulher e ao beb  na assistência ao parto de risco habitual pela enfermeira obstetra ou obstetrix ("Hatem M", "Sandall J", "Devane D", "Soltani H", "Gates S" - Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; - Issue 4, Art. No.: CD004667;DOI:10.1002/14651858.CD004667.pub2);

Considerando a necessidade de organização e adequação das ofertas de serviços de atenção ao parto e nascimento em conformidade às diferentes necessidades de cuidado de acordo com o risco obstétrico e neonatal, e de superação do modelo biologicista e medicalizante de atenção ao parto;

Considerando a necessidade da implementação de medidas de proteção contra abuso, violência ou negligência no parto;

Considerando a necessidade da implementação de medidas para redução da taxa de cesarianas no país;

Considerando como direitos fundamentais de mulheres e crianças o acesso a tecnologias apropriadas de atenção ao parto e nascimento, com adoção de práticas baseadas em evidências, incluindo-se a privacidade, a liberdade de movimentação e de posições durante o trabalho de parto e parto, o direito a acompanhante de livre escolha e a preservação da sua integridade corporal e psíquica;

Considerando o direito das mulheres a ambientes de cuidado que favoreçam a realização das boas práticas de atenção ao parto e nascimento; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) de junho de 2014, resolve:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

Art. 2º Para efeito desta Portaria, considera-se:

I - alojamento conjunto: uma unidade de cuidados hospitalares em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 (vinte e quatro) horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar;

II - atenção humanizada ao parto e nascimento: respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto;

III - gestação de baixo risco: gestação na qual os fatores de risco indicam que a morbimortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, sem necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica;

IV - parto de baixo risco: parturiente com gestação atual considerada de baixo risco e história reprodutiva sem fatores de risco materno e fetal, com avaliação obstétrica no momento da admissão que evidencie um trabalho de parto eutócico;

V - parto normal: trabalho de parto de início espontâneo, sem indução, sem aceleração, sem utilização de intervenções como fórceps ou cesariana e sem uso de anestesia geral, raquiana ou peridural durante o trabalho de parto e parto; e

VI - quarto pré-parto, parto e puerpério (PPP): espaço destinado ao pré-parto, parto e puerpério, privativo para cada mulher e seu acompanhante, onde a atenção aos períodos clínicos do parto e do nascimento ocorre no mesmo ambiente, da internação à alta, com ambiência adequada à Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 3º Constitui CPN a unidade de saúde destinada à assistência ao parto de baixo risco pertencente a um estabelecimento hospitalar, localizada em suas dependências internas ou imediações, nos termos desta Portaria.

§ 1º Os CPN são classificados em:

- I - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo I;
- II - CPN Intra-Hospitalar (CPNi) Tipo II; e
- III - CPN Peri-Hospitalar (CPNp).

§ 2º O estabelecimento hospitalar poderá possuir mais de uma unidade de CPN, conforme a necessidade locorregional identificada no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha e mediante pactuação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

CAPÍTULO II

DA CONSTITUIÇÃO E HABILITAÇÃO COMO CPN NO ÂMBITO DA REDE CEGONHA

Seção I

Dos Requisitos de Constituição de CPN em Conformidade com a Rede Cegonha

Art. 4º São requisitos para a constituição da unidade como CPN:

- I - possuir estrutura física e equipamentos mínimos, nos termos do art. 5º;
- II - observar os requisitos específicos para cada tipo de CPN, nos termos dos art. 6º;
- III - possuir a equipe mínima de que trata o art. 7º;
- IV - possuir estabelecimento hospitalar de referência, observado o disposto no art. 8º;
- V - garantir a condução da assistência ao parto de baixo risco, puerpério fisiológico e cuidados com recém-nascido sadio, da admissão à alta, por obstetriz ou enfermeiro obstétrico;
- VI - garantir a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de complexidade pelo estabelecimento hospitalar de referência, incluindo acesso diagnóstico e terapêutico;
- VII - garantir a assistência imediata à mulher e ao recém-nascido nas intercorrências obstétricas e neonatais;
- VIII - ofertar orientações para o planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva após o parto, com promoção da continuidade deste planejamento na atenção básica em saúde;
- IX - garantir o fornecimento de relatório de alta e orientações pós-alta, de forma a promover a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica em saúde;
- X - possuir protocolos que orientem a linha de cuidado materna e infantil e protocolos assistenciais que promovam a segurança e a humanização do cuidado, assegurando as boas práticas de atenção ao parto e nascimento;
- XI - possuir rotinas que favoreçam a proteção do período sensível e o contato pele a pele imediato e ininterrupto entre a mulher e o recém-nascido, de forma a promover o vínculo, com a participação do pai, quando couber;
- XII - alimentar regularmente os sistemas de informação nacionais vigentes e monitorar periodicamente os indicadores estabelecidos no Anexo II;

XIII - possuir protocolos de admissão no CPN e de assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido por enfermeiro obstétrico/obstetriz; e

XIV - cumprir as exigências técnicas relativas a segregação, descarte, acondicionamento, coleta, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos sólidos de serviços de saúde, nos termos da Resolução - RDC nº 306/ANVISA, de 7 de dezembro de 2004.

Parágrafo único. A unidade que não possuir os protocolos de que trata o inciso XIII, deverá pactua-los juntamente com as equipes de atenção obstétrica e neonatal do estabelecimento hospitalar de referência, imediatamente após a habilitação do CPN.

Art. 5º A estrutura física do CPN deverá atender o disposto no anexo I e na Resolução - RDC nº 36/ANVISA, de 2008, no que se refere às finalidades e dimensões mínimas necessárias para cada ambiente e ao disposto no anexo III, quanto aos equipamentos mínimos necessários para seu funcionamento adequado.

Art. 6º Cada tipo de CPN deverá observar aos seguintes requisitos específicos:

I - CPNi Tipo I:

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

b) possuir ambientes fins exclusivos da unidade, tais como recepção e sala de exames, quartos PPP, área de deambulação, posto de enfermagem e sala de serviço, podendo compartilhar os ambientes de apoio; e

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta;

II - CPNi Tipo II:

a) estar localizado nas dependências internas do estabelecimento hospitalar;

b) possuir ambientes compartilhados com o restante da maternidade, como recepção, sala de exames, posto de enfermagem, sala de serviço e outros ambientes de apoio; e

c) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP durante o pré-parto e parto, podendo, após o puerpério imediato, serem transferidos para o alojamento conjunto; e

III - CPNp:

a) estar localizado nas imediações do estabelecimento hospitalar de referência, a uma distância que deve ser percorrida em tempo inferior a 20 (vinte) minutos do respectivo estabelecimento, em unidades de transporte adequadas;

b) garantir a transferência da mulher e do recém-nascido para o estabelecimento hospitalar de referência, nos casos eventuais de risco ou intercorrências, em unidades de transporte adequadas, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana;

c) ter como referência os serviços de apoio do estabelecimento ao qual pertence ou está vinculado, nos termos do anexo I; e

d) garantir a permanência da mulher e do recém-nascido no quarto PPP, da admissão à alta.

§ 1º O requisito de que trata a alínea "a" do inciso III do "caput" poderá ser excepcionado quando os estabelecimentos de saúde forem considerados estratégicos para a qualificação da atenção obstétrica e neonatal na região e/ou no Município, mediante solicitação do gestor de saúde,

após pactuação prévia na Comissão Intergestores Regional (CIR) e/ou na CIB, com inclusão do estabelecimento no Plano de Ação Regional da Rede Cegonha.

§ 2º Excepcionalmente, o CPNp poderá ser vinculado à Secretaria de Saúde Estadual, do Distrito Federal ou Municipal, desde que com referência hospitalar estabelecida, nos termos desta Portaria.

§ 3º O CPN poderá ser composto por:

I - 3 (três) quartos PPP, com produção mínima de 480 (quatrocentos e oitenta) partos anuais e média de 40 (quarenta) partos mensais; e

II - 5 (cinco) quartos PPP, com produção mínima de 840 (oitocentos e quarenta) partos anuais e média de 70 (setenta) partos mensais.

§ 4º A produção de partos anuais de que trata o § 2º será acompanhada periodicamente pelo gestor local de saúde e pelo Ministério da Saúde.

Art. 7º Cada CPN deverá possuir a seguinte equipe mínima: I - CPNi Tipo I e Tipo II com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de 40 (quarenta) horas de trabalho, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

II - CPNi Tipo I e Tipo II com 5 (cinco) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 2 (dois) técnicos de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

III - CPNp com 3 (três) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetriz como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) enfermeiro obstétrico ou obstetrix com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana, nas seguintes quantidades mínimas:

1. 1 (um), durante a presença do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a"; e

2. 2 (dois), durante as escalas noturnas, de finais de semana e feriados, bem como nas ausências prolongadas do coordenador do cuidado de que trata a alínea "a";

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

IV - CPNp com 5 (cinco) quartos PPP:

a) 1 (um) enfermeiro obstétrico ou obstetrix como coordenador do cuidado, responsável técnico pelo CPN, sendo profissional horizontal com carga horária semanal de trabalho de 40 (quarenta) horas, 8 (oito) horas por dia;

b) 2 (dois) enfermeiros obstétricos ou obstetrixes com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana;

c) 1 (um) técnico de enfermagem com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana; e

d) 1 (um) auxiliar de serviços gerais, com cobertura 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana.

§ 1º O enfermeiro obstétrico ou obstetrix coordenador do cuidado também exercerá as atividades de assistência relativas ao cuidado materno e neonatal.

§ 2º Os enfermeiros obstétricos que atuam nos CPN deverão apresentar certificado de especialista na área de enfermagem obstétrica, substanciado em especialização "latu sensu" ou programa de residência.

§ 3º O enfermeiro obstétrico ou obstetrix deverá dar continuidade aos cuidados materno e infantil no alojamento conjunto das mulheres e recém-nascidos assistidos no CPNi Tipo II, bem como alta hospitalar das mulheres com puerpério fisiológico e recém-nascidos saudáveis.

§ 4º A parteira tradicional poderá ser incluída no cuidado à mulher no CPN, em regime de colaboração com o enfermeiro obstétrico ou obstetrix, quando for considerado adequado, de acordo com as especificidades regionais e culturais e o desejo da mulher.

Art. 8º Cabe ao estabelecimento hospitalar de referência do CPN garantir equipe de retaguarda 24 (vinte e quatro) horas por dia, nos 7 (sete) dias da semana, composta por médico obstetra, médico anestesista e médico pediatra ou neonatologista, que prestará o pronto atendimento às solicitações e aos encaminhamentos da equipe do CPN.

Parágrafo único. Quando necessário, o estabelecimento hospitalar também deverá garantir o acesso da mulher e do recém nascido a profissionais de saúde de outras especialidades não elencadas no "caput".

ESTRUTURA FÍSICA DO CENTRO DE PARTO NORMAL

A planta física para este caso deverá conter os seguintes espaços físicos abaixo (a serem distribuídos de acordo com as especificidades do terreno ou estabelecimento):

	AMBIENTES	Quantificação (mínima- un)	Dimensão (mínima- m)	Área Unitária (mínima- m ²)
	AMBIENTES FINS			
1	Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante *	1	-	12,00
2	Sala de exames e admissão de parturientes*	1	-	9,00
3	Sanitário anexo à sala de exames *	1	1,20	2,40
4	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (sem banheira)	2	3,20	14,50
5	Quartos para pré-parto/parto/pós-parto - PPP (com banheira)	1	3,20	18
6	Banheiro anexo ao quarto PPP	3	1,70	4,80
7	Área para deambulação (Varanda/solário) - interna e/ou externa.	1	-	20,00
8	Posto de enfermagem *	1	-	2,50
9	Sala de serviço *	1	-	5,70
	AMBIENTES DE APOIO			
10	Sala de utilidades	1	1,50	6,00
11	Quarto de plantão para funcionários	1	2,00	5,00
12	Banheiro anexo ao quarto de plantão	2	-	2,30
13	Rouparia	-	-	-
14	Depósito de Material de Limpeza	1	1,00	2,00
15	Depósito de equipamentos e materiais	1	-	3,50
16	Copa	1	1,15	4,00
17	Refeitório	1	-	12,00
18	Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional)	-	-	-

* Como unidade Intra-hospitalar tipo II, o CPN poderá compartilhar também estes ambientes fins com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que sejam de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

Observação: Ao somatório da metragem específica de todos os ambientes deve ser acrescido 30% (trinta por cento), referente às áreas de circulação e elementos construtivos (paredes).

Planta recomendada pela Área Técnica de Saúde da Mulher/MS encontra-se no site: www.saude.gov.br/redecegonha

AMBIENTES FINS

1. Sala de recepção acolhimento e registro (parturiente e acompanhante): ambiente destinado a recepcionar e encaminhar parturientes e acompanhantes. Para este ambiente adotou-se área mínima de 12,00m² para receber uma maca e área para registro de paciente (mesa e prontuários).
- 2.

2. Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo: ambiente destinado a realização de exames, apresentando área mínima de 9,00m² e ser provido de bancada com pia com ponto de água fria e quente.

3. Sanitário anexo à sala de exames: ambiente com dimensão mínima de 1,20m e área mínima de 2,40m².

4. Quarto de Pré-parto, Parto e Pós-Parto (PPP): ambiente com capacidade para 1 (uma) parturiente e seu acompanhante e banheiro anexo, destinado à assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

5. Quarto PPP sem banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 14,50m², sendo 10,5m² para o leito e área de 4m² para cuidados de recém-nascido (RN), com dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

6. Quarto PPP com banheira: o ambiente deve apresentar área mínima de 18,00m², sendo 10,5m² para o leito, área de 4m² para cuidados de RN e 3,50m² para instalação de banheira (com largura mínima de 0,90m e com altura máxima de 0,43m, no caso de utilização de banheira de hidromassagem, deve ser garantida a higienização da tubulação de recirculação da água. Quando isso não for possível o modo de hidromassagem não deve ser ativado). O ambiente deverá possuir dimensão mínima de 3,2m, com previsão de poltrona para acompanhante, berço e área para cuidados de RN com bancada com pia, provida de ponto de água fria e quente. Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional).

7. Nos quartos PPP's devem ser previstas instalações de água fria e quente, oxigênio e sinalização de enfermagem. Esse ambiente deve ser projetado a fim de proporcionar à mulher e recém-nascido bem-estar e segurança, criando um ambiente familiar diferindo-o de uma sala cirúrgica, permitindo também a presença, bem como, a participação do acompanhante em todo o processo.

8. Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente: o banheiro anexo ao quarto PPP deve ter área mínima de 4,8m², com dimensão mínima de 1,70m. O Box para chuveiro deve ter dimensão mínima de 0,90x1,10m com instalação de barra de segurança. Deve ser provido ponto de água fria e quente.

9. Área de deambulação: espaço destinado à deambulação e estar das parturientes. Sugere-se que este seja interno, ligado a uma área externa provida de paisagismo, preferencialmente coberta a fim de ser utilizada independente das condições climáticas. Esse ambiente deve apresentar área mínima de 20m².

10. Posto de enfermagem: ambiente destinado a realizar relatórios de enfermagem e registro de parto. Deve apresentar área mínima de 2,5m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

11. Sala de serviço: realizar procedimentos de enfermagem. Deve ser previsto uma sala de serviço a cada posto de enfermagem, com área mínima de 5,70m², provido de ponto de água fria e elétrica de emergência.

AMBIENTES DE APOIO

12. Sala de utilidades: esse ambiente é destinado à recepção, lavagem, descontaminação e abrigo temporário de materiais e roupa suja. Deve ser provido de bancada com pia e uma pia de despejo, com acionamento por válvula de descarga e tubulação de 75mm, provido de ponto de água fria e água quente. Deve possuir área mínima de 6,00m², com dimensão mínima de 1,50m.

13. Quarto de plantão para funcionários com banheiros (feminino e masculino): esse ambiente é destinado ao repouso dos funcionários presentes na unidade em regime de plantão. Deve apresentar área mínima de 5 m².

14. Banheiros (masculino e feminino) do quarto de plantão de funcionários: ambiente com área mínima de 2,3m² para cada unidade, provido de ponto de água quente e fria.

15. Rouparia: essa área será destinada ao armazenamento de roupas limpas (fornecidas pela unidade vinculada), para esta pode ser previsto um armário com duas portas.

16. Depósito de Material de Limpeza (DML): ambiente de apoio destinado à guarda de materiais de limpeza. Deve apresentar área mínima de 2,00m², dimensão mínima de 1,0m e estar provido ponto de água fria.

17. Depósito de equipamentos e materiais: ambiente destinado a armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo. Para este ambiente adotou-se área mínima de 3,5m².

18. Copa: esse ambiente é destinado à recepção e distribuição da dieta das parturientes e acompanhantes. Deve apresentar área mínima de 4m² e ser provido de ponto de água fria.

19. Refeitório: essa área poderá estar contígua à copa, destinada à realização de refeições/lanches fora do quarto, pode constituir-se de um espaço aberto, não necessariamente um ambiente fechado. Deve apresentar área mínima de 12,00m² e ser provido de ponto de água fria.

20. Área para guarda de macas e cadeira de rodas: Armazenar os materiais e equipamentos por categoria e tipo.

ANEXO II

INDICADORES DO CENTRO DE PARTO NORMAL

Indicadores a serem monitorados mensalmente pelos gestores dos estabelecimentos responsáveis pelo CPN:

1) Dados dos partos:

a) Total de partos realizados no CPN intra-hospitalar tipos I e II e CPN peri-hospitalar

b) Percentual de partos realizados por cada profissional: enfermeiro (a) e médico (a)

c) Percentual de partos em adolescentes

d) Percentual de partos na água

e) Percentual de partos em posição vertical

2) Percentual de episiotomia

3) Percentual de Laceração 1º e 2º grau

4) Percentual de Laceração 3º e 4º grau

5) Percentual de RAM (Rotura Artificial de Membrana)

6) Percentual de parto com ocitocina no 2º estágio

- 7) Percentual de mulheres com acompanhante durante o TP/Parto/Puerpério
- 8) Percentual de mulheres assistidas com 6 ou mais consultas de Pré Natal
- 9) Dados do Recém-Nascido (RN):
 - a) Percentual de RN com peso ao nascer < 2.500 g e > 4.000g
 - b) Percentual de RN com idade gestacional < 37 semanas e > 41semanas
 - c) Percentual de RN com Apgar < 7 no 5º minuto
 - d) Percentual de RN com contato pele a pele ininterrupto imediato após o nascimento
- 10) Percentual de transferência de parturientes do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivo da transferência
- 11) Percentual de transferência da puérpera e do RN do CPN para outros setores do estabelecimento, discriminado por motivos da transferência
- 12) Percentual de avaliação/procedimento médico obstétrico ou pediátrico na unidade

ANEXO III

REQUISITOS COMPLEMENTARES PARA CONSTITUIÇÃO COMO CENTRO DE PARTO NORMAL

1. Infra-estrutura destinada especificamente ao seu funcionamento constituída por:
 - 1.1. Sala de Registro e recepção para acolhimento da parturiente e seu acompanhante;
 - 1.2. Sala de exames e admissão de parturientes;
 - 1.3. Sanitário anexo à sala de exames;
 - 1.4. Três a 5 (cinco) quartos PPP para CPN peri-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; e 3 (três) a 5 (cinco) quartos PPP para CPN intra-hospitalar, sendo 1 (um) com banheira; Cama executada em alvenaria de 50 cm de altura e dimensão de 1,48 x 2,48 (opcional), com arco e perneiras removíveis;
 - 1.5. Banheiro anexo ao quarto PPP;
 - 1.6. Área para deambulação (interna e/ou externa);
 - 1.7. Varanda /solário;
 - 1.8. Posto de enfermagem; e
 - 1.9. Sala de serviço.
2. Possuir os seguintes ambientes de apoio:
 - 2.1. Sala de utilidades;
 - 2.2. Quarto de plantão para funcionários;

- 2.3. Banheiros anexo ao quarto de plantão (masculino e feminino);
- 2.4. Rouparia (não necessariamente se constitui em um ambiente);
- 2.5. Depósito de material de limpeza;
- 2.6. Depósito de equipamentos e materiais;
- 2.7. Copa;
- 2.8. Refeitório das parturientes (para CPN intra-hospitalar este espaço é opcional);e
- 2.9. Área para guarda de macas e cadeiras de rodas (ambiente opcional).

OBS.: Como unidade intra-hospitalar, o CPN poderá compartilhar os ambientes de apoio com outros setores do estabelecimento ao qual pertence desde que estejam situados em local próximo, de fácil acesso e possuam dimensões compatíveis com a demanda de serviços a serem atendidos.

3. Equipamentos Mínimos do Centro de Parto Normal:

- 3.1. Estetoscópio clínico;
- 3.2. Esfigmomanômetro;
- 3.3. Fita métrica;
- 3.4. Estetoscópio sonar, 01 (um) por quarto PPP;
- 3.5. Amnioscópio com fonte de luz;
- 3.6. Mesa auxiliar;
- 3.7. Foco de luz móvel;
- 3.8. Instrumental para exame ginecológico incluindo espelho vaginal e pinça de Cheron;
- 3.9. Materiais para alívio não farmacológico da dor e de estímulo à evolução fisiológica do trabalho de parto, tais como:
 - 3.9.1. Barra fixa ou escada de Ling;
 - 3.9.2. Bola de Bobat e cavalinho;
 - 3.9.3. Arco de suporte (acoplável e removível na cama de alvenaria) que possibilite a adoção da posição de cócoras pela mulher;
 - 3.9.4. Banheira ou piscina para o trabalho de parto/parto;
- 3.10. Perneira para adoção da posição ginecológica pela mulher (acoplável e removível na cama de alvenaria);
- 3.11. Instrumental para parto normal com clampeador de cordão;
- 3.12. Mesa para refeição;

3.13. Colchão de 1,28m x 1,88m, D33 revestido com material lavável para quarto PPP

3.14. Banquetas e/ou cadeiras para o parto vertical;

3.15. Relógio de parede com marcador de segundos, 01 (um) por quarto PPP;

3.16. Balança para recém-nascido;

3.17. Oxímetro de pulso;

3.18. Berço aquecido para reanimação com fonte de calor radiante;

3.19. Berço de acrílico, 01 (um) por quarto PPP;

3.20. Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula números 4, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica números 6, 8 e 10. Dispositivo para aspiração de mecônio na traquéia;

3.21. Material para ventilação: balão auto-inflável de 500 ml e de 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, com válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O e/ou manômetro, máscaras faciais para recém-nascidos a termo;

3.22. Capacete HOOD para oxigenioterapia de RN;

3.23. Plástico protetor para evitar perda de calor;

3.24. Maleta de reanimação com material para intubação: laringoscópio com lâminas retas tamanhos 0 e 1, cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete, tamanhos 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm;

3.25. Material para cateterismo umbilical;

3.26. Incubadora de transporte (caso o estabelecimento não possua);

3.27. Fonte de oxigênio;

3.28. Poltrona reclinável para acompanhante;

3.29. Mesa para exame ginecológico;

3.30. Escadinha de dois lances; e

3.31. Computador com impressora;

3.32. Cardiotocógrafo

Equipamentos e Materiais Opcionais do Centro de Parto Normal:

4.1. Camas PPP;

4.2. Mesa de cabeceira; e

4.3. Equipamento áudio-visual.

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

ANEXO (B) : Imagem Ilustrativa de métodos não Farmacológicos de alívio da dor e do desconforto no momento do Trabalho de Parto e Parto:



Fonte: Movimento: Caminhando para o Parto Normal, 2012. Compilada pela autora.