



Revista Saúde & Ciência
 (CCBS/UFCG)
 Ano I, V.1, Nº 2,
 Agosto / Dezembro de 2010

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO NO INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): RESULTADOS PERINATAIS

Melania Maria Ramos de Amorim¹, Sabina Bastos Maia¹, Debora Farias
 Batista Leite¹, Ivclayne Radaci Santiago de Araújo¹, Fabiana de Oliveira Melo²,
 Jânio do Nascimento Alves², Emanuela dos Santos Barros²,
 Gabriella Jussara Correia de Medeiros², Denise Maria Ramos de Amorim
 Albuquerque², Fernanda Cruz Lira Albuquerque²

RESUMO

Objetivo: descrever os resultados perinatais obtidos em um projeto de Humanização da Assistência ao Parto no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA). **Métodos:** estudo de intervenção, aberto, realizado como projeto-piloto para implementar um modelo de assistência humanizada ao parto e ao nascimento em um serviço do Sistema Único de Saúde (SUS). O acompanhamento do trabalho de parto, o parto e a assistência ao recém-nascido seguiu as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde. Logo após o nascimento, estimulou-se o contato precoce mãe-bebê com amamentação na sala de parto e ligadura tardia do cordão umbilical. Não se realizou aspiração de rotina das vias aéreas superiores, procedendo-se em geral apenas o aquecimento e secagem dos neonatos. Os dados foram analisados no programa Epi-Info 3.5.1. **Resultados:** a equipe atendeu 181 bebês (excluindo-se os natimortos e anencéfalos). Apenas 6,1% dos recém-nascidos (RN) apresentaram escore de Apgar menor que sete no 1º minuto e nenhum no 5º minuto. Ligadura tardia do cordão foi realizada em 91,2% dos RN. Cerca de 91% dos bebês foram amamentados na sala de parto. Aspiração de vias aéreas superiores foi procedida em 22,1% dos RN e em 3,3% houve ventilação por máscara. A evolução neonatal foi satisfatória, com um único caso de morte por erro inato do metabolismo. **Conclusões:** esta experiência-piloto demonstra como a assistência com o mínimo de intervenções promove resultados perinatais favoráveis e, assim, deve servir de estímulo à implementação de práticas humanizadas para atendimento neonatal nas maternidades do SUS.

¹ Unidade Acadêmica de Ciências Médicas. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Universidade Federal de Campina Grande (UACM. CCBS. UFCG).

² Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA).

Autor correspondente: Melania Maria Ramos de Amorim. Rua Neuza Borborema de Souza, 300 Bairro Santo Antônio, Campina Grande, PB. CEP: 58406-120.

E-mail: melamorim@uol.com.br

PALAVRAS-CHAVE: *Humanização; Nascimento; Recém-nascido.*

HUMANIZATION OF CHILDBIRTH IN INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA (ISEA): PERINATAL OUTCOME

ABSTRACT

Objetivo: To describe the perinatal outcome during a pilot study of humanization of childbirth in Instituto de Saúde Elpidio de Almeida (ISEA). **Methods:** An open intervention study was conducted as pilot experience for implementation of a model of humanized care to childbirth in Public Health System in Brazil. Obstetric and perinatal care followed the recommendations of World Health Organization (WHO) and Health Ministry of Brazil. Early skin-to-skin immediately after delivery was encouraged and late cord clamping was performed. Routine aspiration of neonates was avoided. Data were analyzed using Epi-Info 3.5.1. **Results:** The team attended 181 babies (stillborn and malformed babies were excluded). Apgar scores below seven at 1st minute were observed in only 6.1% of cases and no Apgar below seven was encountered at 5th minute. Late cord clamping was achieved in 91.2% of babies. Neonatal aspiration was performed in 22.1% of newborns and mask ventilation was needed in 3.3% of cases. Neonatal evolution was satisfactory with only one death by error of metabolism. **Conclusions:** This preliminary experience demonstrates that neonatal care with minimal interventions promotes favorable perinatal outcome and thus it serves as stimulus for implementation of humanized practices for neonatal care in maternities of Public Health System.

KEY-WORDS: *Humanization; Childbirth; Neonatal.*

INTRODUÇÃO

O parto representa um momento significativo para a criança, que abandona o aconchego do útero materno e recebe os primeiros estímulos do meio ambiente (DOMINGUES, 2004). Assim, a assistência humanizada ao parto inclui a humanização do cuidado neonatal.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou,

em 1996, recomendações para o atendimento ao parto normal, baseadas em evidências, que preconizam práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas (respeito à escolha da mãe sobre o local do parto, monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho de parto e ao término do processo de nascimento, respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto, métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, durante o trabalho de parto, promoção do clampeamento tardio de cordão umbilical, exame de rotina da placenta e estímulo à amamentação logo após o parto, associada à prevenção de hipotermia do bebê, oferta de alojamento conjunto; esforço para por em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, entre outras) (OMS, 1996).

A assistência imediata ao recém-nascido objetiva proporcionar condições ótimas que visam auxiliá-los em sua adaptação à vida extra-uterina e estar preparado para intervir naqueles casos que apresentem condições patológicas que coloquem em risco sua vida. Para a assistência ao recém-nascido normal, que constitui a maioria das situações, nada mais deve ser feito além de se enxugar, aquecer, avaliar e entregar à mãe para um contato íntimo e precoce. As manobras de reanimação devem ser realizadas apenas em situações necessárias, sendo desaconselhável empregar estes procedimentos de rotina. Isso é o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, no manual "Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher", publicado em 2001 (BRASIL, 2001).

Importantes estudos evidenciando as vantagens do contato precoce pele a pele, clampeamento tardio do cordão umbilical e outras práticas relacionadas com a humanização estão disponíveis na Biblioteca Cochrane evidenciando a efetividade e a segurança dessas medidas (MOORE, 2008; RABE, 2008).

Segundo a portaria número 1.067 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), todo recém nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura. Porém, a assistência ao neonato, no Brasil, ainda é tecnocrática. Nesse modelo, a aspiração das vias aéreas e outros procedimentos desnecessários são realizados em praticamente todos os recém nascidos, sendo que apenas menos de 10% podem necessitar desses cuidados

especiais. A importância do primeiro contato mãe-bebê é ignorada e os recém-nascidos são afastados da mãe após o nascimento.

O objetivo do presente estudo é descrever os resultados perinatais de um Projeto de Humanização da Assistência ao Parto desenvolvido no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, em Campina Grande-Paraíba, desde julho de 2007.

MÉTODOS

O presente artigo corresponde à análise descritiva de um estudo de intervenção visando à Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA), iniciado em julho de 2007. O ISEA é a única maternidade pública de Campina Grande, atendendo mensalmente cerca de 500 partos. Este serviço recebe parturientes tanto de baixo quanto de alto-risco, possuindo 10 leitos de pré-parto e de UTI neonatal.

O projeto de pesquisa e extensão foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (da Universidade Estadual da Paraíba, número 0314.0.133.000-06) e todas as participantes concordaram voluntariamente em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. São apresentados os resultados parciais, dos primeiros 185 nascimentos entre 20 de julho de 2007 e oito de março de 2009. O projeto continua em andamento, prevendo-se a sua ampliação para atingir um maior número de parturientes e de recém-nascidos.

Uma equipe multidisciplinar voluntária, composta por médicas (obstetra e neonatologistas), fisioterapeutas, acadêmicos de medicina e fisioterapia e doulas, vem atuando em plantões quinzenais, com o objetivo de colocar em prática as recomendações da Organização Mundial de Saúde para a assistência humanizada ao trabalho de parto (TP) e parto.

Os critérios de inclusão para admissão no projeto foram: fase ativa do trabalho de parto (espontâneo ou induzido) e condições de entender e assinar o Termo de Consentimento. A fase ativa do trabalho de parto foi definida como presença de contrações uterinas regulares, de moderada à forte intensidade, duas ou mais contrações em 10 minutos,

associadas à dilatação cervical maior que 3 cm. Não se excluíram gestantes de risco, adolescentes, casos de morte fetal ou malformações, mas foram excluídas as mulheres com indicação de cesárea de urgência (placenta prévia parcial ou total, descolamento prematuro de placenta, prolapso de cordão) ou eletiva (antes do trabalho de parto, geralmente gestantes de alto-risco com comprometimento do bem-estar materno ou fetal).

A intervenção consistiu em se proporcionar suporte contínuo durante o trabalho de parto, seguindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para assistência ao parto: suporte contínuo intraparto, presença do acompanhante, liberdade de posição e deambulação, garantida a ingestão de líquidos claros e alimentos leves, não realização de tricotomia e enteroclise, uso preferencial de métodos não farmacológicos para alívio da dor, uso judicioso de ocitocina (somente em casos de hipoatividade), registro da evolução do trabalho de parto com partograma, ausculta fetal intermitente, preferência pelas posições não supina para assistência ao parto, não realização de episiotomia de rotina, contato precoce mãe-bebê, ligadura tardia do cordão, realização de procedimentos como aspiração de vias aéreas criteriosamente e início precoce da amamentação (BRASIL, 2001).

Os partos foram assistidos sempre pela mesma equipe, estando presentes a obstetra, um dos estudantes de Medicina, um acompanhante da preferência da parturiente, um fisioterapeuta ou uma doula e a neonatologista de plantão. Privilegiaram-se as posições verticais em cadeira de parto ou banquetá, de acordo com a preferência da parturiente. Excepcionalmente, os partos foram assistidos em posição de cócoras sustentada (na cama ou no chão), ou ainda em posição semi-sentada (na mesa de parto).

Não se utilizaram manobras de Valsalva ou outro tipo de respiração, nem se dirigiram os puxos com orientações do tipo “força comprida”. Aguardaram-se os puxos espontâneos e as parturientes decidiam quando e como fazer força, sendo encorajadas e amparadas pela equipe.

Não foi realizada episiotomia em nenhuma parturiente e estratégias de proteção perineal foram adotadas sempre que possível, desde que a parturiente achasse confortável e permitisse sua realização. Essas

estratégias incluíram massagem perineal e uso de compressas quentes no período expulsivo, aplicadas pelo estudante de Medicina e/ou pela obstetra assistindo ao parto.

Aguardou-se o desprendimento espontâneo do concepto, realizando-se tração para desprendimento dos ombros somente quando este não ocorria depois de um minuto com contrações regulares e esforços expulsivos. Caso se verificasse distocia de ombro, previa-se a realização de pressão supra-púbica e, em caso de insucesso, a adoção do conjunto de medidas propostas pelo *Advanced Life Obstetrics Support* (ALSO) sob o acrônimo HELPFERR (GOBBO e BAXLEY, 2000).

Parto instrumental foi indicado em casos de período expulsivo prolongado, segundo os critérios do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (com analgesia, mais de três horas em primípara e mais de duas horas em múltipara; sem analgesia, mais de duas horas em primípara e mais de uma hora em múltipara), na presença de exaustão materna ou padrão não tranquilizador de frequência cardíaca fetal (ACOG, 2003). Não foram realizadas aplicações de fórceps “eletivas” ou “de alívio”.

Os recém-nascidos normais foram entregues às suas mães para estabelecer um contato precoce e íntimo pele a pele favorecendo o vínculo e evitando as perdas de calor, utilizando-se campos cirúrgicos para enxugá-los. Procedeu-se a identificação do RN com pulseira. O estímulo à amamentação foi realizado ainda no ambiente do parto e as condições do RN foram devidamente avaliadas pelo neonatologista de plantão. O sangue do cordão umbilical foi colhido para realização de exames e o clampamento foi realizado após término dos batimentos. A aspiração das vias aéreas superiores foi procedida em casos selecionados, bem como as manobras de reanimação.

O único momento de afastamento mãe-bebê foi durante a realização do exame físico do RN, durante o qual foram aferidos peso, comprimento, perímetro cefálico, calculando-se a idade gestacional pelos dados do exame somático (Capurro) e garantindo-se os testes de triagem neonatal e imunização. Todos os bebês receberam aplicação ocular de nitrato de prata para

profilaxia da oftalmia gonocócica (método de Credé) e vitamina K por via intramuscular para prevenção da doença hemorrágica do recém-nascido (BRASIL, 2000).

O alojamento conjunto foi empregado como rotina, exceto em casos de impedimento clínico com indicação de admissão do RN na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.

Analisaram-se as seguintes variáveis: tipo de parto, contato precoce pele a pele mãe-bebê, clampamento tardio do cordão umbilical, amamentação na sala de parto, procedimentos realizados, admissão na UTI neonatal, gemelares, anencéfalos, natimortos, óbito neonatal, idade gestacional pelo Capurro (semanas), prematuridade, peso ao nascer, classificação do peso e escores de Apgar no primeiro e quinto minutos.

Prematuridade foi definida como idade gestacional inferior a 37 semanas. A partir da classificação do peso em função da idade gestacional, os recém-nascidos foram considerados como pequenos para idade gestacional - PIG (peso abaixo do percentil 10), adequados para idade gestacional - AIG (peso entre os percentis 10 e 90) e grandes para idade gestacional - GIG (peso acima do percentil 90), utilizando-se a curva de Lubchenco (LUBCHENCO, 1963). O índice de Apgar, utilizado para mensurar a vitalidade do recém-nascido, varia de 0 a 10 e avalia cinco sintomas objetivos: frequência cardíaca (ausente: 0; < 100/min: 1; > 100/min: 2); respiração (ausente: 0; fraca/irregular: 1; forte/choro: 2); irritabilidade reflexa (ausente: 0; algum movimento: 1; espirros/choro: 2); tônus muscular (flácido: 0; flexão de pernas e braços: 1; movimento ativo/boa flexão: 2) e cor (cianótico/pálido: 0; cianose de extremidades: 1; rosado: 2) (APGAR, 1953).

A coleta de dados foi realizada com um formulário padrão, pré-codificado para entrada de dados no computador. Criou-se um banco de dados no programa Epi-Info 3.5.1, de domínio público, que também foi utilizado para análise estatística. A análise estatística foi realizada pelos próprios pesquisadores, construindo-se tabelas de distribuição de frequência para variáveis

categóricas e calculando-se medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas.

RESULTADOS

Foram incluídas 181 parturientes durante o período do estudo, com um total de 185 nascimentos (quatro gemelares). As frequências foram calculadas para 181 nascimentos, incluindo os gemelares, porém excluindo dois anencéfalos e dois natimortos. Os dois natimortos corresponderam aos bebês de gestantes admitidas no projeto já com o diagnóstico de óbito fetal e ao nascimento, constatarem-se fetos macerados (óbito fetal antigo). Não houve óbitos fetais intraparto.

A taxa de cesáreas ficou em 7,7% e a de fórceps foi de apenas 5%. Foi realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical em cerca de 91% dos partos assistidos e a amamentação na sala de parto ocorreu em mais de 90% dos partos. O contato precoce pele-a-pele foi estabelecido em 93,4% dos nascimentos. Aspiração de vias aéreas superiores foi realizada em 22,1% dos RN e em 3,3% houve ventilação por máscara. Quatorze RN

(4,4%) foram admitidos na UTI neonatal, sendo que a principal indicação de internação em UTI neonatal foi prematuridade (10 bebês) e infecção (quatro bebês). A taxa de óbito neonatal foi de 0,6% (um caso de morte por erro inato do metabolismo) (Tabela 1, abaixo).

A idade gestacional pelo Capurro variou entre 29 e 43 semanas com média de $39,1 \pm 2,3$ semanas. A taxa de prematuridade ficou em torno de 10,5%. O peso ao nascer variou entre 1.100 e 4.355g, com média de $3.159,4 \pm 595,3$ g. Considerando a classificação do peso, 83,4% eram AIG, 7,2% eram GIG e 9,4% FIG.

Apenas 6% dos recém-nascidos apresentaram escore de Apgar menor que sete no 1º minuto, sendo apenas um caso com escore de Apgar igual a quatro, quatro com Apgar igual a cinco e seis casos com escore de Apgar no valor de seis. Nenhum Apgar no 5º minuto foi inferior a sete. A mediana de Apgar no primeiro minuto foi de nove e no quinto minuto de 10 (Figura 1, pág. 36).

Tabela 1. Assistência neonatal em sala de parto.

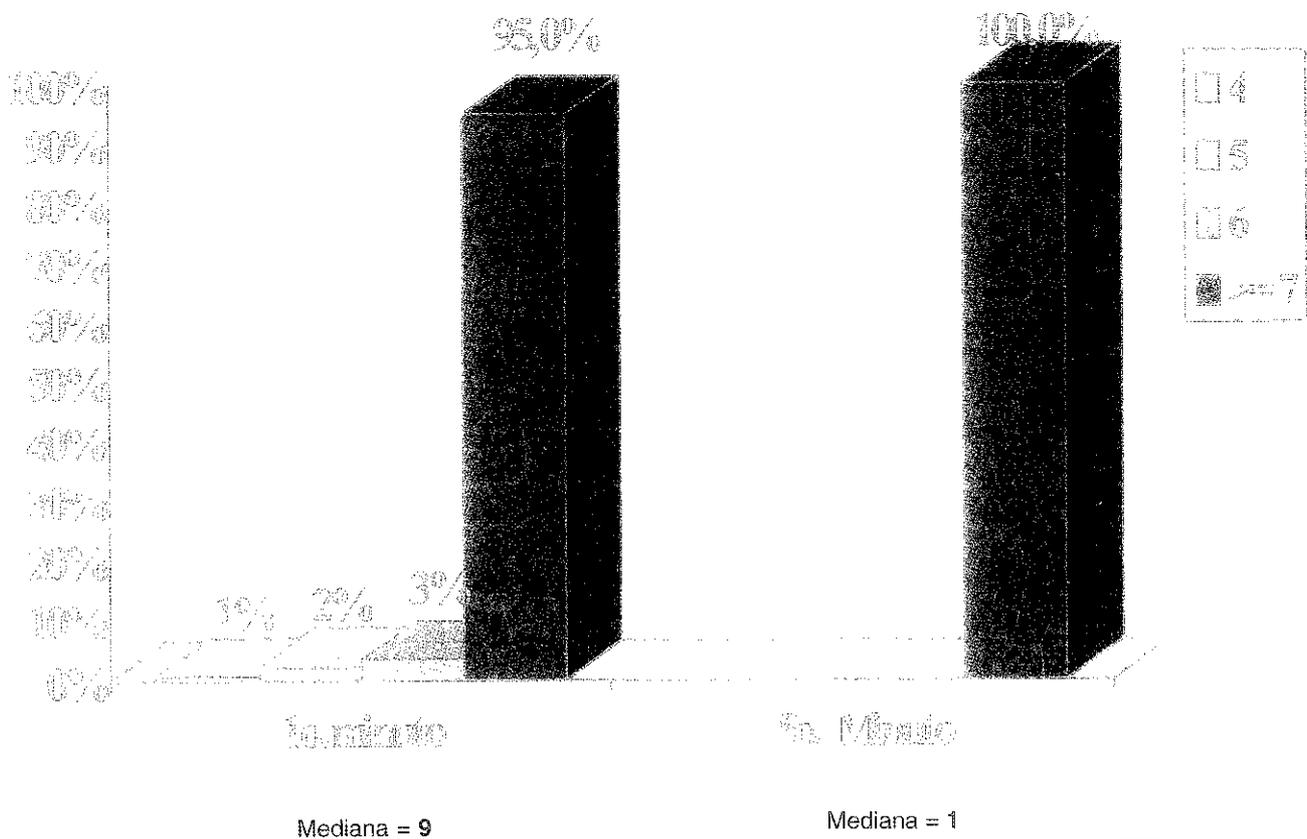
CARACTERÍSTICAS	Nº	%
Tipo de parto		
Vaginal, espontâneo	158	87,3
Vaginal, fórceps	9	5,0
Cesárea	14	7,7
Assistência		
Contato precoce pele a pele mãe-bebê	169	93,4
Clampeamento tardio do cordão umbilical	165	91,2
Amamentação na sala de parto	165	91,2
Procedimentos realizados		
Aspiração de vias aéreas	40	22,1
Ventilação por máscara	6	3,3
Hallo	8	4,4
Intubação na sala de parto	2	1,1
Admissão na UTI neonatal	14	7,7
*Óbito neonatal	1	0,6

Fonte: Projeto ISEA

Tabela 2. Características neonatais

CARACTERÍSTICAS NEONATAL	
Idade Gestacional (semanas pelo Capurro)	29 - 43
Variação	39,1 ± 2,3
Média ± DP	19 (10,5%)
Prematuridade (n, %)	
Peso ao nascer (g)	1.100 - 4.355
Variação	3.159,4 ± 595,3
Média ± DP	
Classificação do peso	151 (83,4%)
AIG (n, %)	13 (7,2%)
GIG (n, %)	17 (9,4%)
PIG (n, %)	

Fonte: Projeto ISEA



Fonte: Projeto ISEA

Figura 1. EscORES de Apgar no primeiro e quinto minutos.

O Projeto-Piloto de Humanização da Assistência ao Parto vem sendo desenvolvido no ISEA desde julho de 2007 e desde então já foram incluídas 181 parturientes, com um total de 185 recém-nascidos (quatro gemelares). Obtiveram-se resultados perinatais bastante satisfatórios, demonstrando que essas mudanças na prática obstétrica são seguras e devem ser estimuladas.

Obteve-se uma taxa de cesárea de 7,7%, o que é aceitável de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde, que recomenda nível máximo de 15%. As indicações de cesariana foram precisas, pois é sabido que este procedimento cirúrgico, comparado ao parto normal, associa-se com maior morbidade e mortalidade materna e neonatal (VILLAR et al., 2007). As cesarianas foram realizadas de forma humanizada, com clampeamento tardio do cordão umbilical e contato precoce mãe-recém nascido. Cabe destacar a importância da monitoração intermitente com controle rigoroso dos batimentos cardíacos fetais e do correto preenchimento do partograma quando se objetiva o diagnóstico correto de sofrimento fetal e a detecção precisa de distócia, respectivamente. Estas medidas estão relacionadas à prevenção de intervenções desnecessárias, a exemplo de infusão de ocitócitos, cesariana e outros. Dos nove fórceps realizados, cinco foram de Simpson (para tração), três de Kielland (rotação) e um fórceps de Piper foi utilizado para extração de um segundo gemelar pélvico.

Adiar o clampeamento do cordão umbilical 30 a 120 segundos após o nascimento promove uma transferência adicional de 30-150 ml de sangue da placenta para o RN, que ocorre principalmente durante o primeiro minuto de vida. Já o clampeamento imediato do cordão pode privar o recém-nascido de até 25% do volume de sangue circulante e está relacionado a valores mais baixos de hemoglobina e hematócrito. Assim, retardar o clampeamento do cordão em 30 a 120 segundos está associado à menor necessidade de transfusão e menor incidência de hemorragia intraventricular (RABE, 2008) e também está associado com benefícios que se estendem durante a infância: melhora do hematócrito, da concentração de ferritina e redução do risco de anemia (HUTTON e HASSAN, 2007). Os cordões umbilicais

foram tratados de forma fisiológica em 94,5% dos casos, com clampeamento tardio.

A amamentação na sala de parto e contato precoce mãe-bebê são medidas indicadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Organização Mundial de Saúde. Segundo uma metanálise disponível na Biblioteca Cochrane, o contato precoce pele a pele parece favorecer os resultados neonatais, especialmente no que diz respeito à amamentação, choro e estabilidade cardio-respiratória, além de não existirem efeitos negativos (MOORE, 2008).

Infelizmente, no modelo assistencial ao nascimento que vigora no nosso país, após o nascimento, os RN são afastados de suas mães para serem submetidos a procedimentos desnecessários, como a aspiração de vias aéreas, a qual é realizada como rotina na maioria dos serviços. Destacamos que a aspiração das vias aéreas foi restrita a menos de um quarto dos RN, sendo quatorze nascidos de parto por cesárea (100%) e somente 27 nascidos de parto normal o que corresponde a 16,2% dos casos. Este número poderia ser ainda significativamente reduzido, porque mesmo os recém-nascidos de cesárea, quando nascidos com bons escores de Apgar, não requerem obrigatoriamente aspiração de vias aéreas. Observamos ainda que alguns recém-nascidos de parto normal em boas condições também foram aspirados, mas isso correspondeu a condutas isoladas de alguns neonatologistas, uma vez que a norma da Unidade Neonatal do ISEA é bem clara, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde, de não aspirar os neonatos vigorosos (BRASIL, 2000). Certamente, a discussão com toda a equipe neonatal deve vir a mudar este panorama no futuro, na medida em que os plantonistas forem se desvinculando de hábitos e práticas ultrapassadas.

Segundo a resolução número 36 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) sobre regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (ANVISA, 2008), deve-se estimular o contato imediato, pele-a-pele da mãe com o recém-nascido, favorecendo o vínculo e evitando a perda de calor; possibilitar o controle de luminosidade, de temperatura e de ruídos no ambiente; estimular o aleitamento materno ainda no ambiente do parto;

garantir que o atendimento imediato ao recém-nascido seja realizado no mesmo ambiente do parto, sem interferir na interação mãe e filho, exceto em casos de impedimento clínico. Essas normas foram devidamente seguidas nas atividades do Projeto, diferentemente da assistência prestada em diversas maternidades públicas do país.

Apenas em torno de 10% dos nascimentos, o RN pode necessitar de cuidados especiais de acordo com a portaria de número 1.067 do Ministério da Saúde, de julho de 2005 (BRASIL, 2005). Assim, ventilação por máscara (ambu) na sala de parto foi restrita a seis RNs (3,3%), incluindo quatro RNs de parto normal (um prematuro, um fórceps, um com analgesia, um que tinha uma circular apertada e dois de cesárea). Halo foi utilizado em oito bebês (4,4%) e houve dois casos de intubação na sala de parto, um pós-parto normal (prematuro para receber surfactante) e um nascido através de parto por cesárea. Os resultados encontrados estão de acordo com Hermansen & Hermansen (2005), apontando que a necessidade de ressuscitação em partos de baixo risco (não antecipada) é de aproximadamente 1 a 3%. Cumpre destacar, todavia, que incluímos no estudo tanto parturientes de baixo quanto de alto-risco. Nenhum dos recém-nascidos de baixo-risco necessitou de intubação na sala de parto no presente estudo, embora é claro que o tamanho da amostra neste caso não foi suficiente para demonstrar eventos raros.

Apenas quatorze RNs (7,7%) foram admitidos na UTI neonatal. Sendo assim, o alojamento conjunto foi oferecido a quase todas as puérperas, seguindo-se o décimo passo para a atenção humanizada ao parto da OMS. As admissões na UTI neonatal tiveram indicações precisas, o que se diferencia claramente da assistência tradicional. Na maioria das maternidades públicas do Brasil, muitos bebês são admitidos sem necessidade na UTI neonatal, permanecendo muito tempo distante de suas mães, o que gera ansiedade e desconforto que poderiam ser evitados. Acreditamos que esse primeiro contato poderá determinar em parte a maneira com a futura criança se relacionará com as outras pessoas e com o mundo, podendo influenciar na sua capacidade de amar e na relação que estabelecerá com a sua mãe (ODENT, 2002).

Utilizando-se a idade gestacional pelo Capurro, a taxa de prematuridade obtida foi de 10,5% o que indica que gravidez de alto-risco não representou critério de exclusão em nosso estudo, sendo incluídas pacientes com síndromes hipertensivas, outras complicações da gravidez e com uma ou duas cesáreas anteriores. O único critério de inclusão era encontrar-se em trabalho de parto, independente da idade gestacional. Quase 10% de RN PIG reflete o perfil da maternidade do ISEA, que recebe gestantes de alto-risco, mas também pode estar associado ao baixo nível sócio-econômico da clientela aqui atendida.

O índice de Apgar é um importante indicador de risco para a morbimortalidade perinatal; de acordo com um estudo realizado no Hospital Universitário de Dakar entre 1994 e 2003, a mortalidade neonatal precoce atinge particularmente os nascidos vivos com baixo índice de Apgar (CISCE, 2006). Os nossos resultados nitidamente se diferenciam dos encontrados na cidade de Campina Grande e dentro do próprio ISEA, fora das atividades do Projeto, destacando que apenas 11 recém-nascidos (6%) apresentaram escore de Apgar menor que sete no 1º minuto. Os seis casos com escore de Apgar de seis no primeiro minuto corresponderam a um bebê prematuro, três bebês nascidos de parto a fórceps, um de cesárea por desproporção cefalo-pélvica, outro de cesárea após tentativa falha de fórceps e extração fetal difícil, procedendo-se à versão interna. Os quatro bebês com escore de cinco (2,8%) nasceram através de parto espontâneo, sendo dois com analgesia e um bebê foi de gestante com pré-eclâmpsia grave. O escore de quatro (0,6%) foi encontrado em apenas um bebê prematuro. Destaca-se, outrossim, que não se observou nenhum escore de Apgar menor que sete no quinto minuto, indicando assim o sucesso da assistência neonatal.

O único óbito neonatal que aconteceu durante o Projeto foi de um bebê nascido de gestação pós-termo, com cesárea intraparto por desproporção céfalo-pélvica, Apgar de seis no primeiro minuto e nove no quinto minuto, que evoluiu com convulsões depois das primeiras 24 horas de vida e teve o diagnóstico de erro inato do metabolismo. Todos os outros bebês tiveram alta hospitalar em boas

condições. Evidentemente, o nosso estudo não tem ainda poder estatístico suficiente para determinar a real taxa de óbito neonatal, evento raro que se mensura por 1.000 nascimentos. Mesmo diante dessa limitação estatística com clara necessidade de aumento da nossa amostra, diante do conhecimento de que a taxa de mortalidade neonatal no ISEA fora das atividades do projeto é de 20 óbitos por mil nascidos vivos, prevemos menos de oito óbitos por mil nascidos vivos.

Segundo as três grandes coortes de Pelotas, entre 1993 e 2004 (SANTOS, 2008), houve uma ligeira redução da mortalidade neonatal, de 14,3 para 12,3 por 1000 nascidos vivos e uma redução de 16% na mortalidade entre crianças de baixo peso ao nascer de famílias pobres; entretanto, esse mesmo coeficiente aumentou mais de 100% entre famílias de renda alta, devido ao aumento no número de partos prematuros nesse grupo. A mais surpreendente descoberta da coorte de 2004 foi o acentuado aumento na prevalência de nascimentos prematuros, de 6,3% em 1982 para 11,4% em 1993 e 14,7% em 2004. A presença de profissionais treinados durante o parto é essencial para reduzir a mortalidade infantil devido a causas relacionadas com a asfixia neonatal e infecção. Por outro lado, a excessiva intervenção médica na assistência ao parto provavelmente representou um efeito negativo em Pelotas. Procedimentos médicos como cesarianas, episiotomia, amniotomia e o uso indiscriminado de ocitocina, além do não preenchimento do partograma, são indicadores de excesso de intervenção médica, o que pode levar a um aumento dos riscos para o recém-nascido. O aumento da taxa de cesarianas em Pelotas de 28% para 45% representa bem isso (SANTOS, 2008).

Cabe destacar que, apesar da redução na taxa de mortalidade infantil nas últimas décadas, o componente neonatal representa ainda a maior parcela da taxa de mortalidade infantil (MARANHÃO et al. 1999). A redução da mortalidade neonatal é mais difícil, pois está associada tanto a fatores biológicos como à assistência pré-natal, parto e ao recém-nascido. Diante disso, a assistência ao parto e ao recém-nascido baseada nas melhores evidências científicas disponíveis, deve ser estimulada.

CONCLUSÕES

A implementação de um protocolo de assistência neonatal humanizada no ISEA apresentou resultados preliminares favoráveis, destacando-se o sucesso das práticas menos invasivas preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil e referendadas pela Organização Mundial da Saúde. Reforça-se que é perfeitamente possível acolher recém-nascidos saudáveis sem excesso de intervenções médicas, a maioria das quais, pode ser considerada desnecessária à luz das evidências atuais.

A partir da divulgação desses resultados, sugerimos que essas novas práticas passem a ser utilizadas de rotina em todos os hospitais, incluindo as maternidades-escola onde estudantes e residentes precisam ser treinados dentro de um novo modelo de assistência ao parto e ao neonato baseada em evidências científicas e consistente com o paradigma da Humanização em Saúde.

AGRADECIMENTOS

À equipe de Neonatologia do ISEA, pelos seus esforços em humanizar a assistência ao recém-nascido nesta instituição.

REFERÊNCIAS

ACOG. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 49, December 2003: Dystocia and augmentation of labor. *Obstet Gynecol*; 102(6): 1445-1454, 2003.

AMERICAN Heart Association, American Academy of Pediatrics and Neonatal Patients: Neonatal Resuscitation Guidelines Resuscitation (CPR) and Emergency Cardiovascular Care (ECC) of Pediatric. 2006; 117; e1029-e 1038 Pediatrics DOI: 10.1542/peds.2006- 0349.

AGÊNCIA Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Disposição sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Resolução RDC nº 36, de 3 de junho de 2008.

- APGAR, V.: A proposal for a new method of evaluation of the newborn infant. *Curr Res Anesth Analg*, 1953; 32:260-7.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência ao parto normal: Um guia prático, 2000
- BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência pós-parto: manual técnico. Brasília: MS; 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília: MS; 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Mulher: manual técnico. Brasília: MS; 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria No. 1.067/GM de 04 de julho de 2005.
- CISSE C.T.; YACOUBOU Y.; NDIAYE O.; DIOP-MBENGUE R.; MOREAU J.C. Time-course of neonatal precocious mortality between 1994 and 2003 at the Dakar University Teaching Hospital. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*; 35:46-52, 2006.
- DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad. Saúde Pública*, 2004, vol.20, supl.1, p.S52-S62.
- GOBBO, R.; BAXLEY, F.G. Shoulder dystocia. In: *ALSO: advanced life support in obstetrics provider course syllabus*. Leawood, Kan.: American Academy of Family Physicians, 2000.
- HERMANSEN M.C.; HERMANSEN M.G. Pitfalls in neonatal resuscitation: *Clinics in Perinatology*. 32(1):77-95, vi. 2005.
- HUTTON E. K.; HASSAN E. S. Late vs Early Clamping of the Umbilical Cord in Full-term Neonates: Systematic Review and Meta-analysis of Controlled Trials *JAMA*. 297(11):1241-1252; 2007.
- LUBCHENCO, L.O. et al. Intrauterine growth as estimated from liveborn birth-weight data at 24 to 42 weeks of gestation. *Pediatrics*, 32: 793-800, 1963.
- MARANHÃO, A.G.K.; JOAQUIM M.M.C.; KALUME, P.; CASTILHO, O.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e neonatal no Brasil. *TEMA. Radis*, v.17, p. 6-17, 1999.
- MOORE E.R.; ANDERSON G.C.; BERGMAN N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2008.
- ODENT, M. O renascimento do parto. Florianópolis: Saint Germain, 2 ° Ed, 2002,65p.
- RABE H.; REYNOLDS G.; DIAZ-ROSSELLO J. Early versus delayed umbilical cord clamping in preterm infants (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4. Oxford: Update Software, 2008.
- SANTOS, I. S.; MENESES, A. M. B.; ALBERNAZ, E. P.; BARROS, A. J. D. et al. Infant mortality in three population-based cohorts in Southern Brazil: trends and differentials. *Cad. Saúde Pública*. 2008, v. 24, suppl. 3.
- VILAR, J. et al. Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ*, 17; 335(7628):1025.
- WORLD Health Organization. Gender and Reproductive rights. What is a rights-based approach? 2005 Disponível em <http://www.who.int/reproductive-health/gender/rightshtml>.
- WORLD Health Organization. Appropriate technology for birth *Lancet* 24; 436-7, 1985.
- WORLD Health Organization. Care in normal birth: a practical guide.12.Geneve: WHO; 1996.