

Como citar este artigo

Lima DM, Riesco MLG, Schneck CA. [Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital]. Rev Paul Enferm [Internet]. 2018;29(1-2-3):47-55.

Remoções neonatais do centro de parto normal peri-hospitalar para o hospital

Neonatal transfers from alongside birth center to a hospital setting

Traslado neonatal desde un centro de parto peri-hospitalario al hospital

Danielly Mascarenhas de Lima^I, Maria Luiza Gonzalez Riesco^I, Camilla Alexandra Schneck^I

^I Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo-SP, Brasil.

^{II} Universidade Estadual de Campinas, Colégio Técnico de Campinas. Campinas-SP, Brasil.

^{III} Universidade Estadual de Campinas, Hospital das Clínicas. Campinas-SP, Brasil.

RESUMO

Introdução: As remoções neonatais de centros de parto para o hospital são um indicador indireto da segurança desse local para recém-nascidos de mulheres com gestação de baixo risco. **Objetivos:** Descrever as características dos recém-nascidos removidos do Centro de Parto Normal Casa de Maria para o Hospital Geral do Itaim Paulista e identificar os motivos para a remoção. **Método:** Estudo descritivo com 72 recém-nascidos removidos em 2006 e 2007. Os dados foram coletados a partir dos prontuários e realizou-se análise descritiva. **Resultados:** 5,6% eliminaram mecônio no parto; um teve Apgar <7 no 1º e 5º minutos de vida; 81,8% pesavam entre 2500 e 4000g; a taxa de remoção foi 12,7% e os principais motivos foram icterícia (46%), recém-nascido pequeno ou grande para a idade gestacional (11,5%) e problemas relacionados com a amamentação (9,2%); 11,1% foram internados na unidade neonatal; não houve nenhum caso de óbito neonatal ou de seqüela grave. **Conclusão:** Os principais motivos para remoção neonatal devem-se razões clínicas freqüentes entre neonatos, não representam situação de emergência e não estão relacionados com a assistência prestada durante o parto.

Descritores: Recém-Nascido; Centros Independentes de Assistência a Gravidez a ao Parto; Enfermagem Obstétrica; Perinatologia.

ABSTRACT

Introduction: Neonatal transfers from birth centers to hospital settings are an indirect indicator of the safety of this place for newborns of low-risk pregnant women. **Objectives:** To describe the characteristics of newborns from the Birth Center Casa de Maria to the General Hospital of Itaim Paulista and identify the reasons for these transfers. **Method:** A descriptive study was carried including of 72 newborns transferred from 2006 to 2007. Data were collected from medical records and a descriptive analysis was conducted. **Results:** 5.6% eliminated meconium intra-partum; one had an Apgar score <7 at 1st and at 5th minutes of life, 81.8% weighed between 2500 and 4000g; the transfer rate was 12.7% and the main reasons were jaundice

Autora Correspondente

Maria Luiza Gonzalez Riesco

E-mail: riesco@usp.br

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, São Paulo/SP, Brasil. CEP: 05403-000.

(46%), newborn small or large for gestational age (11.5%) and problems related to breastfeeding (9.2%); 11.1% were admitted into the neonatal unit; there were no cases of neonatal death or severe sequelae. Conclusion: The main reasons for neonatal transfers are due to neonatal medical reasons frequent among newborns, do not represent an emergency situation and are not related to the care provided during delivery. **Descritores:** Newborn; Birthing Centers; Midwifery; Perinatology.

RESUMEN

Introducción: El traslado neonatal de centros nacimiento al hospital es un indicador indirecto de la seguridad de ese lugar para recién-nacidos de mujeres con embarazo de bajo riesgo. Objetivos: Describir las características de los recién-nacidos trasladados del Centro de Nacimiento Casa de Maria para el Hospital General de Itaim Paulista e identificar los motivos para el traslado. Método: Estudio descriptivo con 72 recién-nacidos trasladados en 2006 y 2007. Los datos fueron obtenidos de los registros médicos y se realizó un análisis descriptivo. Resultados: 5,6% eliminaron meconio en el parto; uno tuvo Apgar <7 en el 1º y 5º minutos de vida; 81,8% pesaban entre 2500 y 4000g; la tasa de traslado fue 12,7% y los principales motivos fueron ictericia (46%), recién-nacido grande o pequeño para la edad gestacional (11,5%) y problemas con la lactancia materna (9,2%); 11,1% fueron ingresados en la unidad neonatal; no hubo casos de muerte neonatal o secuelas graves. Conclusión: Los principales motivos para el traslado son condiciones clínicas frecuentes entre los RN, no representan una situación de emergencia y no están relacionados con la atención durante el parto. **Descritores:** Recién-Nacidos; Centros Independientes de Atención al Embarazo y al Parto; Enfermería Obstétrica; Perinatología.

INTRODUÇÃO

Reconhecer o parto e o nascimento como fenômenos fisiológicos e não interferir desnecessariamente em seu curso são desafios constantes. Práticas intervencionistas e medicalizadas na assistência ao parto não têm colaborado para a melhoria de indicadores de saúde materna e perinatal. Além disso, têm sido comprovados os riscos para mulheres e recém-nascidos (RN), decorrentes destas intervenções. O uso abusivo e desnecessário de tecnologia acaba por alterar o curso fisiológico do parto e nascimento, levando ao aumento gradual de intervenções assistenciais e aumentando os riscos, consequentemente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas últimas décadas ocorreu rápida expansão no desenvolvimento e uso de práticas a fim de acelerar, corrigir ou regular o processo do parto e nascimento, com a finalidade de melhorar seus resultados e racionalizar os padrões de assistência hospitalar⁽¹⁾. Algumas das práticas mais difundidas e utilizadas de forma rotineira são: cesariana eletiva, isolamento e confinamento da parturiente no leito, infusão endovenosa de ocitocina, monitorização eletrônica fetal, aspiração das vias aéreas do RN, separação mãe-filho após o nascimento.

Dentre as políticas do Ministério da Saúde do Brasil, promovidas a partir da segunda metade da década de 1990 com a finalidade diminuir as taxas de cesariana e promover o parto fisiológico, houve a criação do centro de parto normal (CPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Portaria n.º 985/99GM⁽²⁾. A partir de então, foram criados diversos CPN com características extra e intra-hospitalares¹.

O CPN é uma unidade destinada à assistência ao parto de mulheres de baixo risco. Pode funcionar fora do ambiente hospitalar, com um hospital de referência para remoções. A equipe pode ser coordenada por enfermeiras obstétricas ou obstetrias. Possui características diferentes do ambiente hospitalar e cria uma estrutura que possibilita a adoção de um modelo menos intervencionista, que de fato considere o parto como um processo fisiológico.

¹ Relatório do I Encontro de Casas de Parto de São Paulo "O lugar do parto: dentro e fora do hospital", realizado em São Paulo, em 29 e 30 de setembro de 2005. Disponível em: <http://abenfo.redesindical.com.br/textos.php?id=64>

O estudo dos resultados da assistência realizada nestes locais tem sido importante para subsidiar a implantação e manutenção de CPN no Brasil e fornecer dados sobre a segurança deste modelo.

Estudos apontam que, quando comparados à ambientes tradicionais, estes locais apresentam menos intervenções, maior taxa de parto vaginal espontâneo e maiores índices de satisfação materna. Não apresentam diferenças relacionadas com hemorragia pós-parto e taxa de mortalidade perinatal. Além das características relacionadas ao local de realização do parto, também existem evidências científicas sobre os benefícios dos serviços conduzidos por enfermeiras obstétricas e obstetrias para o aumento das taxas de parto vaginal espontâneo⁽³⁻⁴⁾.

No entanto, a implementação e manutenção deste modelo requerem monitoramento contínuo dos resultados e das características da assistência. Os resultados relacionados ao recém-nascido, como as remoções, são medidas indiretas da segurança e da qualidade do modelo extra-hospitalar, sobretudo no que se refere à distância do hospital, habilidade dos profissionais dos centros de parto extra-hospitalares no manejo das complicações mais graves e interação com os serviços de referência⁽⁵⁻⁶⁾.

Os objetivos deste estudo foram descrever as características dos recém-nascidos removidos do Centro de Parto Normal Casa de Maria (CPN-CM) para o Hospital Geral do Itaim Paulista (HGIP) e identificar os motivos para a remoção.

MÉTODO

Desenho e local do estudo

Estudo descritivo sobre a remoção de RN do CPN-CM para o HGIP. Ambas as instituições estão localizadas no bairro do Itaim Paulista, zona leste da cidade de São Paulo.

O HGIP, gerenciado pela Organização Social de Saúde Santa Marcelina, é um hospital geral que atende no âmbito do SUS e funciona como referência para o CPN-CM. Esta é uma unidade integrada ao HGIP e é considerado CPN peri-hospitalar, pois se localiza ao lado do hospital de referência. Foi inaugurado em março de 2002 e presta assistência ao parto de mulheres de baixo risco encaminhadas pelas unidades básicas de saúde da região ou que buscam espontaneamente o serviço. Os critérios para admissão são: gestação única; idade gestacional igual ou superior a 37 e inferior a 41 semanas; ausência de intercorrências clínicas e obstétricas progressas e atuais; exames do pré-natal sem alterações².

A assistência obstétrica e neonatal é prestada por enfermeiras obstétricas e obstetrias. A presença do médico pediatra no pode ser solicitada, se necessário, e a partir de 2007, todos os RN passaram a ser avaliados pelo pediatra antes da alta.

População e amostra

A população do estudo foi composta pelos 96 RN removidos para o HGIP no período de 2006 e 2007, num total de 752 nascimentos. Devido à não localização de todos os prontuários maternos e dos RN no Serviço de Pacientes e Prontuários, não foram incluídos 24 prontuários e a amostra foi de 72 RN removidos.

Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados do prontuário dos RN removidos para o HGIP e do prontuário das respectivas mães. As variáveis foram: condições perinatais (mecônio intraparto, Apgar, peso, bossa serossanguínea, fratura de clavícula, desconforto respiratório); intervenções durante os primeiros cuidados (aspiração das vias aéreas e gástrica, lavagem gástrica, uso de oxigênio, internação em unidade neonatal); motivos para a remoção; desfecho após a remoção; encaminhamento após alta. Para análise dos dados foram calculadas as frequências absolutas e relativas das classes de cada variável.

² Sanches F. Protocolo de admissão de parturientes no centro de parto normal. Hospital Geral do Itaim Paulista - Organização Social Santa Marcelina, 2008.

Aspectos éticos

Este estudo integra a pesquisa “Resultados maternos e perinatais em centro de parto normal peri-hospitalar e hospital”, vinculada ao Grupo de Pesquisa “Enfermagem e Assistência ao Parto: Modelos, Agentes e Práticas”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HGIP (processo nº. 50).

RESULTADOS

Os resultados referem-se a 72 RN removidos do CPN-CM para o HGIP, no período de 2006 e 2007. A taxa de remoção neonatal foi de 12,7%.

Conforme mostra a Tabela 1, a grande maioria (94,4%) dos RN tinha líquido amniótico claro ao nascer e o índice de Apgar apontou proporções maiores que 98% para escores acima de 6 entre os RN. Quanto ao peso, 59,4% estavam na faixa entre 2500 e 3500 gramas. As demais condições, como bossa serossanguínea, fratura de clavícula e desconforto respiratório apresentaram proporções abaixo de 10%.

Tabela 1 – Distribuição dos recém-nascidos removidos do Centro de Parto Normal para o hospital, segundo as condições perinatais, São Paulo, Brasil, 2006-2007

Condições perinatais	n	%
Mecônio intraparto		
Sim	4	5,6
Não	68	94,4
Apgar 1º minuto		
1 a 6	1	1,4
≥ 7	71	98,6
Apgar 5º minuto		
1 a 6	1	1,4
≥ 7	71	98,6
Peso (gramas)		
1500 † 2500	6	8,4
2500 † 3000	22	30,0
3000 † 3500	21	29,4
3500 † 4000	16	22,4
≥ 4000	7	9,8
Bossa serossanguínea		
Sim	7	9,7
Não	65	90,3
Fratura de clavícula		
Sim	1	1,4
Não	71	98,6
Desconforto respiratório		
Sim	3	4,2
Não	69	95,8
Total	72	100

A intervenção realizada com mais frequência durante os primeiros cuidados ao RN foi a aspiração das vias aéreas superiores (11,1%). Todas as demais tiveram proporções inferiores a 10%. Nenhum bebê recebeu oxigênio por pressão positiva ou foi submetido à entubação orotraqueal. A internação em unidade neonatal foi indicada para 11,1% dos RN (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos recém-nascido removidos do Centro de Parto Normal para o hospital, segundo as intervenções utilizadas no nascimento, São Paulo, Brasil, 2006-2007

Intervenções	n	%
Aspiração das vias aéreas		
Não	64	88,9
Sim	8	11,1
Aspiração gástrica		
Não	65	90,3
Sim	7	9,7
Lavagem gástrica		
Não	70	97,2
Sim	2	2,8
Uso de oxigênio nasal		
Não	66	91,7
Sim	6	8,3
Internação em unidade neonatal		
Não	64	88,9
Sim	8	11,1
Total	72	100

A Tabela 3 mostra o agrupamento dos motivos para a remoção do RN. Esse agrupamento foi realizado considerando a semelhança dos motivos e os conceitos da literatura, intrínsecos ao campo da perinatologia. Assim, o total de motivos foi de 87, pois que para alguns RN existiu mais um motivo para remoção.

A alteração dos níveis séricos de bilirrubina, classificada como icterícia, foi mais frequente e representa quase a metade dos motivos para remoção. (46%). Os outros dois motivos mais frequentes foram aqueles relacionados com a proporção entre peso e idade gestacional (11,5%) e com a amamentação (9,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Agrupamento dos motivos para remoção dos recém-nascido do Centro de Parto Normal para o hospital, São Paulo, Brasil, 2006-2007

Motivo para remoção	n	%
Icterícia	40	46,0
⁽¹⁾ Pequeno ou grande para idade gestacional	10	11,5
⁽²⁾ Problemas relacionados à amamentação	8	9,2
Avaliação da glicemia capilar	6	6,9
⁽³⁾ Alterações do sistema cardiocirculatório	6	6,9
⁽⁴⁾ Desconforto respiratório	3	3,4
⁽⁵⁾ Malformação	2	2,3
Eliminação de mecônio intraparto	2	2,3
Tremores	2	2,3
⁽⁶⁾ Outros	8	9,2
Total	87	100

Nota: ⁽¹⁾ Pequeno para idade gestacional: 5; grande para idade gestacional: 5; ⁽²⁾ Déficit de sucção; dificuldade de pega; mãe com pouco colostro; ⁽³⁾ Cianose; arritmia cardíaca; sopro cardíaco; ⁽⁴⁾ Dois casos com hipotonia associada; ⁽⁵⁾ Pé torto com atrofia de membros inferiores; suspeita de síndrome de Down; ⁽⁶⁾ Regurgitamento; hipoatividade; impetigo; reticulócitos aumentados; enterorragia; náuseas; rompimento do cordão umbilical ao nascer; abaulamento occipital.

Todos os recém-nascidos receberam alta em boas condições. Não houve nenhum caso de óbito ou de seqüela grave. Seis RN foram encaminhados para ambulatório de especialidades (três para ambulatório de amamentação, dois para ambulatório de pediatria e uma para ambulatório de oftalmologia). Estas especialidades são oferecidas pelo HGIP.

DISCUSSÃO

No período de estudo houve 752 partos e a taxa de remoção foi de 12,7%. Este valor é superior àquele encontrado em outros CPN no Brasil e em outros países, em que as taxas de remoção neonatal variaram de 1% até 3,6%^(5,7-10).

Neste estudo houve apenas um caso de RN com Apgar menor que sete no primeiro e quinto minutos de vida. O índice de Apgar é uma medida usada para avaliação das condições de nascimento. Também é considerada uma variável importante acerca da assistência ao parto e nascimento em ambientes extra-hospitalares. Contudo, é importante ressaltar este índice é limitado e, isoladamente, não indica os cuidados necessários após o nascimento e o prognóstico do RN.

Em uma revisão sistemática realizada por Hodnett⁽³⁾, apenas um ensaio clínico incluiu o Apgar do primeiro minuto como uma variável do estudo. Os resultados apontaram que o nascimento fora do hospital foi um fator de proteção para pontuações menores que sete.

As variáveis relacionadas com as condições dos recém-nascidos – fratura de clavícula e bossa serossanguínea – apresentaram baixa proporção. Poucos estudos analisam estas variáveis, como resultados de interesse da assistência ao parto. No Brasil, estes eventos têm sido recentemente incluídos nos estudos sobre o parto de mulheres de baixo risco⁽¹¹⁾.

Estudo realizado nos Estados Unidos comparou resultados de mulheres com gestação de baixo risco e seus RN atendidos em hospitais, centros de parto extra-hospitalares e partos domiciliares planejados. O risco dos RN apresentarem necessidade de ventilação artificial e internação em unidade neonatal, eliminação de mecônio durante o trabalho de parto e Apgar menor que sete no quinto minuto foi menor para aqueles nascidos em centros de parto⁽¹²⁾.

A relação inadequada entre peso e idade gestacional representou 11,5% dos casos de remoção, embora 18,2% dos RN fossem de baixo peso ou macrossômicos. Conforme o protocolo de admissão do CPN-CM, as gestantes em trabalho de parto prematuro ou com alteração do crescimento fetal (avaliado pelo exame obstétrico, por meio da relação entre idade gestacional e altura uterina ou por laudo de ultra-sonografia) não são internadas na instituição.

As intervenções realizadas durante os primeiros cuidados não ultrapassaram 11,1% e não diferiram da proporção apresentada em um estudo com 991 RN do mesmo serviço, entre 2003 e 2006⁽¹³⁾. O procedimento de aspiração rotineira para remover secreções das vias orais e nasais do neonato tem utilidade incerta, porém não foi avaliado em estudos clínicos. A maioria dos bebês saudáveis não requer aspiração, pois geralmente eles eliminam as secreções sem qualquer intervenção externa. A aspiração bucal e das vias aéreas com sonda somente deve ser realizada se for estritamente necessário, tomando-se cuidado para minimizar a estimulação faríngea⁽¹⁴⁾.

De maneira geral, os motivos para remoção neste estudo não mostram relação com o cuidado prestado pelo CPN-CM. O quadro de icterícia, principal motivo apontado, foi caracterizado a partir dos seguintes termos relacionados, registrados nos prontuários: incompatibilidade de Rh, BTF (Bilirrubina Total Fracionada) aumentada, fototerapia, Coombs direto positivo e a própria icterícia. Vale considerar que a icterícia fisiológica, que ocorre após 24 horas de vida, pode acometer cerca de metade dos recém-nascidos a termo⁽¹⁵⁾. Além disso, em gestações normais, em que são excluídos os fatores de risco, não há como prever sua ocorrência.

Estudo de caso-controle realizado em um CPN extra-hospitalar, em São Paulo, o primeiro motivo para remoção neonatal foi o desconforto respiratório, todos os RN removidos

apresentaram Apgar menor que oito no quinto minuto de vida e este escore representou um fator de risco para a remoção neonatal (OR=7,8; IC95% 1,62-37,03). Em outro estudo, dentre 80 RN removidos, o desconforto respiratório também foi o primeiro motivo (36,3%), seguido por infecção (22,5%) e icterícia 15 (18,8%)⁽⁹⁾.

O terceiro motivo mais freqüente para remoção neonatal foram problemas relacionados à amamentação. Este motivo foi apontado em 9,2% dos RN removidos. É possível que a maioria destes problemas sejam atendidos no próprio CPN, se não estão acompanhados de outras situações adversas. A intensificação dos cursos de multiplicadores de manejo e aconselhamento em amamentação tem capacitado profissionais para o atendimento de mulheres e bebês com dificuldades na amamentação. A necessidade de remoção nestes casos deve ser avaliada, considerando o custo-benefício de se remover a mãe e filho saudáveis para o ambiente hospitalar, ante a possibilidade de se resolver estas dificuldades no próprio CPN.

As divergências encontradas entre os estudos refletem as diferenças nos protocolos institucionais, nas condições de remoção (distância, transporte, serviço de referência) e na definição das condições de saúde do RN. Além disso, o contexto político relacionado a pressões políticas sobre os CPN extra e peri-hospitalares, exercidas por diversos grupos profissionais e gestores, pode influenciar a decisão de remoção do RN. Muitas vezes, a remoção é motivada, não por uma condição de cuidado urgente, mas como uma precaução contra críticas a esse modelo assistencial.

CONCLUSÃO

Os principais motivos para remoção neonatal devem-se razões clínicas freqüentes entre neonatos, não representam situação de emergência e não estão relacionados com a assistência prestada durante o parto. Assim, o parto de mulheres de baixo risco em ambiente extra-hospitalar oferece condições de segurança para os bebês.

Embora a mortalidade neonatal seja a variável mais polariza as preocupações de mulheres, gestores e profissionais de saúde na análise da segurança do parto e nascimento fora do hospital, a comparação desses resultados exige amostras muito grandes, devido a sua baixa prevalência em gestações de baixo risco. Por isso, esta variável é, geralmente, inadequada como medida primária dos estudos^(3,14,16). Neste sentido, as remoções maternas e neonatais e as variáveis sobre morbidade têm sido privilegiadas nos estudos sobre centros de parto.

O estudo das remoções neonatais é relevante, pois indica as taxas de morbidade e é uma medida indireta da segurança do modelo de assistência ao parto em ambientes extra-hospitalares. Não há evidências de que estes ambientes devam ser desencorajados para as mulheres de baixo risco que desejem dar à luz nesses locais. Ao contrário, as evidências vêm revelando que a assistência ao parto fora do hospital, em locais com estrutura adequada para remoções nos casos de emergência, pode promover o nascimento seguro e mais fisiológico.

Davis-Floyd⁽¹⁷⁾ cita o trabalho colaborativo entre os diversos profissionais e o funcionamento do sistema de referência para a remoção, incluindo o transporte seguro de centros de parto para o hospital, como componentes importantes de modelos eficientes. Cita, ainda, a ênfase em prevenir não só a mortalidade, mas a morbidade decorrente de intervenções desnecessárias, incluindo os prejuízos psicossociais das intervenções prejudiciais.

Finalmente, o estudo das remoções neonatais é parte da geração de dados que estão sendo produzidos no Brasil e em lugares do mundo sobre resultados de nascimentos em ambiente extra-hospitalar e, que analisados em conjunto com outros resultados, como morbidade materna entre outros, podem compor o conhecimento sobre a segurança deste modelo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde-OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. MS; Brasília: 2000. 53p.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 985, 5 de agosto de 1999. Cria o Centro de Parto Normal-CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 1999 [cited 2010 Sep 15]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/portarias/Port99/GM/GM-0985.html>
3. Hodnett ED, Downe S, Edwards N, Walsh D. Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2005 [cited 2010 Sep 15];(1):CD000012. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15674867>
4. Sandall J, Hatem M, Devane D. Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. *Midwifery*. 2009;25:8-13.
5. Koiffman MD, Schneck CA, Riesco MLG, Osava RH, Bonadio IC. Remoções neonatais da Casa do Parto de Sapopemba, São Paulo, 1998-2005. *Rev Paul Enferm*. 2006;25(4):227-34.
6. Koiffman MD, Schneck CA, Riesco MLG, Bonadio IC. Risk factors for neonatal transfers from the Sapopemba free-standing birth centre to a hospital in São Paulo, Brazil. *Midwifery* [Internet]. 2010 [cited 2010 Sep 15];26(6):e37-43. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19327877>
7. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EKM. The national birth center study. Part III - Intrapartum and immediate postpartum and neonatal complications and transfers, postpartum and neonatal care, outcomes and client satisfaction. *J Nurse Midwifery* [Internet]. 1992 [cited 2010 Sep 15];37:361-97. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0091218292901221>
8. Fernandes BM. Casa de parto: experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde. Juiz de Fora: Editora UFJF; 2006.
9. Campos SEV, Lana FCF. Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2010 Sep 15];23(6):1349-59. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000600010>
10. Boulton M, Chapple J, Saunders D. Evaluation a new service: clinical outcomes and women's assessment of the Edgware Birth Centre. In: Kirkham M, editor. *Birth centres: a social model for maternity care*. London: Elsevier Science; 2003. p.115-29.
11. Riesco MLG, Oliveira SMJV, Bonadio IC, Schneck CA, Silva FMB, Diniz CSG, Lobo SF, Saito E. Centros de parto no Brasil: revisão da produção científica. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2009 [cited 2010 Sep 15]; 43(spe2):1297-302. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000600026>
12. Wax JR, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn morbidity by birth facility among selected United States 2006 low-risk births. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 [cited 2010 Sep 15];202(2):152.e1-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004882>
13. Lobo SF. Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo-Escola de Enfermagem; 2009.
14. Enkin M, Keirse, MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. 279p.
15. Kenner C. Enfermagem neonatal. [tradução e revisão técnica de M. I. Carmagnani, C. C. Marra, M. J. Avena] 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 2001. 375p.

16. Fahy K, Colyvas K. Safety of the Stockholm Birth Center study: a critical review. Birth [Internet]. 2005 [cited 2010 Sep 15];32(2):145-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15918872>
 17. Davis-Floyd RE, Barclay L, Daviss B, Tritten J. Birth models that work. Berkeley: University of California Press; 2009. 496p.
-