

Pacientes de Um Centro de Parto Normal Atendidas no Hospital: Demanda Espontânea ou Referida?

RESUMO

OBJETIVO: compreender as causas da demanda espontânea e referida de parturientes vinculadas à Casa de Parto para o Hospital de Referência, no Distrito Federal. **MÉTODO:** estudo epidemiológico, descritivo, transversal, prospectivo de abordagem quanti-qualitativa. **Participantes:** puérperas atendidas no hospital, referenciadas ou por demanda espontânea, entre agosto e dezembro de 2024. **Instrumento de coleta:** entrevista semiestruturada com dados do perfil socioeconômico e obstétrico, causas da internação, além da análise do prontuário. **RESULTADO:** participaram 95 puérperas, sendo 31 encaminhadas pelo pré-natal, 47 pela Casa de Parto e 17 foram por demanda espontânea. **CONCLUSÃO:** a maioria das mulheres são referenciadas à unidade hospitalar pelo pré-natal ou pela própria casa de parto, devido à risco gestacional não habitual ou àquelas fora do protocolo institucional. Medo de intercorrências, desconhecimento dos sinais de trabalho de parto ativo e falhas no fluxo de atendimento estão entre as causas da demanda espontânea.

DESCRITORES: Centros de assistência à gravidez e ao parto; Enfermagem obstétrica; Parto normal; Tomada de decisões; Transferência de pacientes.

SUMMARY

OBJECTIVE: To understand the causes of spontaneous and referred demand for laboring women linked to the Maternity House to the Referral Hospital in the Federal District. **METHOD:** Descriptive, cross-sectional, prospective epidemiological study with a quantitative-qualitative approach. **Participants:** Postpartum women treated at the hospital, either referred or by spontaneous demand, between August and December 2024. **Data Collection Instrument:** Semi-structured interview with socio-economic and obstetric profile data, causes of hospitalization, and analysis of the medical records. **RESULT:** 95 postpartum women participated, with 31 referred by prenatal care, 47 by the Maternity House, and 17 by spontaneous demand. **CONCLUSION:** Most women are referred to the hospital unit by prenatal care or the Maternity House due to unusual gestational risks or those outside the institutional protocol. Fear of complications, lack of knowledge of active labor signs, and failures in the service flow are among the causes of spontaneous demand.

KEYWORDS: Maternity and childbirth care centers; Obstetric nursing; Normal delivery; Decision-making; Patient transfer.

RESUMEN

OBJETIVO: Comprender las causas de la demanda espontánea y referida de mujeres en trabajo de parto vinculadas a la Casa de Parto hacia el Hospital de Referencia en el Distrito Federal. **MÉTODO:** Estudio epidemiológico, descriptivo, transversal y prospectivo con enfoque cuantitativo-cualitativo. **Participantes:** Mujeres en el posparto atendidas en el hospital, referidas o por demanda espontánea, entre agosto y diciembre de 2024. **Instrumento de recolección de datos:** Entrevista semi-estructurada con datos del perfil socioeconómico y obstétrico, causas de la hospitalización y análisis de la historia clínica. **RESULTADO:** Participaron 95 mujeres en el posparto, de las cuales 31 fueron referidas por el control prenatal, 47 por la Casa de Parto y 17 por demanda espontánea. **CONCLUSIÓN:** La mayoría de las mujeres son referidas a la unidad hospitalaria por el control prenatal o por la propia Casa de Parto debido a riesgos gestacionales no habituales o a aquellas fuera del protocolo institucional. El miedo a las complicaciones, el desconocimiento de los signos del trabajo de parto activo y fallos en el flujo de atención son algunas de las causas de la demanda espontánea.

PALABRAS CLAVE: Centros de atención al embarazo y parto; Enfermería obstétrica; Parto normal; Toma de decisiones; Transferencia de pacientes.

Handeson Brito Araújo

Enfermeiro e Residente em Enfermagem Obstétrica pela Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Brasília (DF).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8798-4289>.

Hygor Alessandro Firme Elias

Enfermeiro Obstetra, Mestre em Enfermagem, Tutor do Programa de Residência de Enfermagem Obstétrica da Fundação de Ensino em Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Brasília (DF).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4285-902X>,

Kelly da Silva Cavalcante Ribeiro

Coordenadora da Residência de Enfermagem Obstétrica da Fundação de Ensino em Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS). Brasília (DF).
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9882-9455>.

Recebido em: 15/01/2025

Aprovado em: 27/01/2025

INTRODUÇÃO

Até o início do XX, o trabalho de parto e o parto foram fenômenos naturais rodeados de muita tensão e medo pelas parturientes e suas famílias, pois parir àquela época, oferecia grandes riscos para o binômio. Ainda na primeira metade do século XX, o parto passou por uma grande revolução quando a cesariana avançou de modo significativo e, ao final daquele século, os médicos já tinham predominância sobre o parto quando comparado às tradicionais parteiras⁽¹⁾.

As tecnologias médicas como as transfusões sanguíneas, anestésias e cesarianas contribuíram significativamente para a redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil. Entretanto, essa medicalização transformou o parto, um evento fisiológico em um evento iatrogênico, quando essas tecnologias são utilizadas erroneamente, afetando a saúde do binômio e a autonomia feminina em relação ao seu corpo⁽²⁻³⁾.

Entre as iniciativas brasileiras para mudar esse cenário está a implantação dos Centros de Partos Normais (CPNs) ou Casas de Partos (CPs), por meio da Rede Cegonha (Portaria Nº 1.459/2011), que são unidades especializadas em parto normal de mulheres com gestação de risco habitual, oferecendo a elas uma assistência contínua durante a gravidez, o parto e o pós-parto, tendo o enfermeiro obstetra (EO) como o responsável técnico pelo cuidado e contando com um Hospital de Referência para eventuais complicações maternas e/ou neonatais⁽³⁾.

Ainda dentro deste contexto, é importante ressaltar que o pré-natal é parte fundamental para os desfechos favoráveis no parto e no pós-parto, pois com ele é possível identificar e agir sobre os fatores de risco que possam impactar as fases do processo gravídico-puerperal⁽⁵⁾.

O EO é o profissional de saúde que tem na sua formação o desenvolvimento de habilidades e competências que permitem uma assistência integral e

respeitosa ao parto como um fenômeno fisiológico, com menos intervenções e aplicação de práticas baseadas em evidências, repercutindo positivamente na saúde do binômio, além de promover a autonomia e o protagonismo da mulher na parturição⁽⁶⁾.

Estudos demonstram que gestantes de risco habitual ao darem à luz em unidades como as CPs, possuem desfechos maternos e neonatais mais favoráveis se comparadas às unidades hospitalares, uma vez que as CPs estão associadas a menores taxas de intervenções durante o parto, complicações maternas-infantis e admissões em unidades neonatais, além de promover a amamentação precoce e sua manutenção por períodos mais longos, fortalecendo o vínculo mãe-filho⁽⁷⁾.

A necessidade de transferência materna e/ou neonatal de uma CP para uma unidade hospitalar, assegura a continuidade da assistência em um nível de complexidade maior, o que não reflete em aumento da morbimortalidade do binômio. Assim sendo, os CPNs são considerados uma alternativa segura para o parto de gestantes de baixo risco⁽⁴⁾.

A Casa de Parto do Distrito Federal (DF) está situada na região administrativa (RA) de São Sebastião e atende toda a Região Leste de Saúde, composta pelas RAs de São Sebastião, Jardim Botânico, Itapoã e Paranoá, além da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) que abrange municípios de Minas Gerais e Goiás localizados no entorno do DF, conforme a Portaria Nº 1.321, de 14 de dezembro de 2018. A Casa de Parto de São Sebastião (CPSS) tem como o Hospital de Referência, o Hospital da Região Leste (HRL), na RA do Paranoá, a 15 minutos de distância⁽⁹⁻¹⁰⁾.

A CPSS é um campo de atuação exclusivo do EO que presta assistência ao pré-parto, parto e puerpério de gestantes de risco habitual, todavia, a CPSS assiste cerca de 30 a 40 partos por mês, número considerado pequeno se levado em consideração a sua localização e área de abrangência, uma vez que muitas partu-

rientes que poderiam ter o parto assistido na CPSS, acabam procurando primeiro o Hospital de Referência, resultando na internação e, conseqüentemente, no nascimento fora da CPSS⁽⁹⁾.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: “As pacientes vinculadas à Casa de Parto, quando buscam atendimento no Hospital de Referência, são efetivamente referenciadas ou fazem isso por demanda espontânea?”. Essa pesquisa objetivou compreender as causas da demanda espontânea e referida de parturientes vinculadas à Casa de Parto de São Sebastião para o Hospital de Referência, HRL, no Distrito Federal; permitindo estudar, a partir das causas, que ações podem ser tomadas para que o fluxo Atenção Básica-Casa de Parto-Hospital de Referência seja melhor empregado, podendo ampliar o escopo de atuação do EO tanto no DF quanto em outros lugares, como também pode contribuir na redução da demanda do Hospital de Referência, que se destina aos partos com maiores riscos.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo, transversal, prospectivo de abordagem quanti-qualitativa, estruturado conforme recomendações do checklist STROBE.

As participantes da pesquisa foram puérperas que procuraram espontaneamente o Hospital de Referência, ou que foram referidas pela Casa de Parto ou pelo Pré-Natal, no período de agosto a dezembro de 2024. A composição da amostra dessa pesquisa não foi aleatória e se deu por limitação temporal, isto é, todas as participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão, dentro do período de coleta de dados, fizeram parte da amostra. No total, participaram 95 puérperas.

O local de pesquisa foi o HRL, localizado na RA do Paranoá, por ser o Hospital de Referência para a CPSS. As participantes foram abordadas no Alojamento

Conjunto do referido hospital, a partir de 24h de pós-parto. Foram incluídas as puérperas procedentes das RAs de São Sebastião e Jardim Botânico, que procuraram espontaneamente o Hospital de Referência ou que foram referidas pelo Pré-Natal ou pela CPSS e que tinham 18 ou mais anos. Foram excluídas as puérperas das RAs do Paranoá e Itapoã e menores de 18 anos.

O presente estudo se desenvolveu obedecendo as seguintes etapas após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP): coleta de dados através do preenchimento de um roteiro de entrevista semiestruturado (instrumento de coleta) e análise de prontuário, tabulação e análise dos dados, discussão e conclusão dos resultados.

O instrumento de coleta foi dividido em cinco partes: dados socioeconômicos; dados obstétricos à admissão e parto no hospital de referência; participante referenciada pelo pré-natal; participante referenciada pela casa de parto; participante não referenciada (demanda espontânea). Todas as participantes deveriam responder às duas primeiras partes da entrevista e a uma das outras três partes de acordo com o seu caso, se houve referenciamento ou se foi demanda espontânea.

A análise dos dados coletados ocorreu a partir do programa Microsoft Excel 2013 Office, com a construção de gráficos e tabelas. Foi realizada uma análise inicial para identificação de erros de digitação, de classificação, fazendo correções quando necessário.

Às participantes da pesquisa foram esclarecidas previamente acerca do: tema, os objetivos e outras informações pertinentes ao estudo; também foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) onde trouxe todas as informações detalhadas do projeto, como também estava descrita a liberdade de escolha da participante em desistir de contribuir com a pesquisa a qualquer momento, independente do motivo; estando garantida, também, o anonimato; além de descritos os benefícios, os pos-

síveis riscos e os meios que os pesquisadores poderiam utilizar para saná-los ou minimizá-los.

O presente estudo foi apresentado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer de nº 6.949.630 e o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de nº 79952124.6.0000.5553.

RESULTADO

Ao todo 95 puérperas participaram

do estudo. Acerca do perfil socioeconômico, um pouco mais da metade (n=50) das participantes tinham entre 18 a 27 anos de idade. A maior parte (n=57) dessas mulheres eram casadas ou possuíam união estável. Quanto à escolaridade, 65,26% tinham ao menos o ensino médio completo. Sobre a renda familiar, 54,73% tinham renda superior a dois salários mínimos. Em relação à procedência, quase a totalidade (n=90) eram de São Sebastião. A tabela 1 detalha esses dados.

Tabela 1. Perfil socioeconômico das participantes. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024.

Faixa etária	n	%
18-27	50	52,63
28-37	35	36,84
≥38	10	10,53
Total	95	100
Estado civil	n	%
Solteira	35	36,84
Casada/União Estável	57	60,0
Divorciada/Separada/Viúva	3	3,16
Total	95	100
Escolaridade	n	%
Alfabetizada	12	12,63
Fundamental Completo	21	22,11
Médio Completo	55	57,89
Graduação Completa ou mais	7	7,37
Total	95	100
Renda familiar	n	%
Até 2 Salários Mínimos	43	45,26
Mais que 2 Salários Mínimos	52	54,74
Total	95	100
Procedência	n	%
São Sebastião	90	94,74
Jardim Botânico	5	5,26
Total	95	100

Fonte: Dados da Pesquisa.



Em relação ao perfil obstétrico, 81,06% (n=77) eram gestações a termo, da 37ª a 40ª semana. Um pouco mais de dois terços (n=66) das mulheres estavam na segunda gestação ou mais. Sobre as vias de parto, mais da metade das mulheres (n=55) nunca haviam vivenciado o parto normal e 75,79% não haviam sido submetidas a uma cesariana. A maior

parte das participantes (n=74) nunca havia sofrido um aborto.

Sobre o pré-natal, todas as mulheres fizeram ao menos 01 (uma) consulta de pré-natal; 87,36% das puérperas tiveram 06 (seis) ou mais consultas. A maior parte das participantes (n=67) foram classificadas como de alto risco gestacional no momento da internação no Hospital de

Referência. Quanto ao encaminhamento, quase um terço (n=31) foi encaminhada diretamente do pré-natal (risco alto ou mesmo baixo risco), o centro de parto normal encaminhou a metade (n= 47) das parturientes e a minoria (n=17) procurou espontaneamente o hospital de referência. A tabela 2 mostra as características obstétricas das pacientes do estudo.

Tabela 2. Perfil obstétrico à admissão no Hospital de Referência. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024.

Idade gestacional na internação em semanas completas	n	%
Pré-termo (< 37ª semana)	9	9,47
A termo (37ª a 40ª semana)	77	81,06
Pós-termo (≥ 41ª semana)	9	9,47
Total	95	100
Número de gestações (paridade)	n	%
1	29	30,53
2	29	30,53
3 ou mais	37	38,94
Total	95	100
Número de partos normais	n	%
0	55	57,89
1	17	17,89
2 ou mais	23	24,22
Total	95	100
Números de partos cesáreos	n	%
0	72	75,79
1	17	17,89
2	6	6,32
Total	95	100
Número de abortos	n	%
0	74	77,90
1	17	17,89
2 ou mais	4	4,21
Total	95	100

Fizeram pré-natal	n	%
Sim	95	100
Não	0	0,0
Total	95	100
Número de consultas	n	%
1-5	12	12,63
6-11	51	53,68
≥ 11	32	33,69
Total	95	100
Classificação de risco na admissão no Hospital de Referência	n	%
Baixo Risco	28	29,47
Alto Risco	67	70,53
Total	95	100
Referenciamento ou demanda espontânea	n	%
Referenciamento pelo Pré-Natal de Alto Risco	24	25,26
Referenciamento pelo Pré-Natal de Baixo Risco	7	7,37
Referenciamento pelo Centro de Parto Normal	47	49,47
Demanda Espontânea	17	17,90
Total	95	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Ao todo, 7 mulheres foram referenciadas pelo pré-natal de baixo risco, sendo que 6 delas por pós-datismo. Entre as causas do referenciamento pelo pré-natal de alto risco, chama a atenção a alta prevalência de distúrbios metabólicos do tipo diabetes gestacional (n=11), seguido das síndromes hipertensivas gestacionais (n=9), conforme a tabela 3.

Tabela 3. Motivos do referenciamento pelo Pré-Natal de Baixo e de Alto Risco. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024.

Motivo do referenciamento pelo pré-natal de baixo risco	n	%
Iteratividade	1	14,29
Pós-datismo	6	85,71
Total	7	100
Motivo do referenciamento pelo pré-natal de alto risco	n	%
Distúrbios Metabólicos (diabetes gestacional)	11	45,83
Gemelaridade	1	4,17
Hipotireoidismo	2	8,33
Síndromes hipertensivas gestacionais	9	37,50
Toxoplasmose	1	4,17
Total	24	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

À respeito do encaminhamento feito pelo CPN ao Hospital de Referência, das 47 mulheres encaminhadas, daquelas que já estavam internadas quando se indicou a transferência (n=5), o tempo de bolsa rota prolongado (n=3) e a parada de progressão (n=2) foram as principais causas.

A grande maioria das pacientes transferidas (n=42) foi referida diretamente do atendimento em consultório ao hospital; tendo como principais razões a prematuridade (n=6), as síndromes hipertensivas (n=5) e o pós-datismo (n=4). Dentre outras causas que merecem destaque

e que fogem ao protocolo assistencial, indicando remoção para o hospital de referência, estão: apresentação pélvica (n=3), cesárea prévia (n=3), infecções maternas não tratadas (n=3), líquido meconial espesso em início de trabalho de parto (n=3) e pré-natal insuficiente (n=3). Causas como desejo materno de parir no hospital, diminuição da movimentação fetal, distúrbios metabólicos (diabetes e hipotireoidismo), obesidade, restrição de plantão por insuficiência de recursos humanos, alterações na frequência cardíaca fetal, taquissístolia uterina e uso de drogas ilícitas também foram achados com

menor frequência.

Durante a entrevista, quando questionadas se compreendiam o porquê do encaminhamento, 85,11% compreenderam a necessidade de parir em um centro de maior complexidade e 14,89% referiram que “não”, dentre estas todas relataram que “não houve explicação” por parte do profissional que indicou a transferência. Mais da metade dos casos (n=30), o encaminhamento se deu por meio da ambulância do CPN. Observam-se estes resultados na tabela 4.

Tabela 4. Motivos do encaminhamento pelo Centro de Parto Normal. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024.

A participante estava internada no Centro de Parto Normal?	n	%
Sim	5	10,64
Não	42	89,36
Total	47	100
Motivo do encaminhamento das participantes que estavam internadas no Centro de Parto Normal	n	%
Parada de Progressão ou Progressão Lenta	2	40,0
Tempo de Bolsa Rota Prolongado	3	60,0
Total	5	100
Motivo do encaminhamento das participantes que não estavam internadas no Centro de Parto Normal	n	%
Apresentação Pélvica	3	7,14
Cesárea Prévia	3	7,14
Desejo Materno	2	4,77
Diminuição da Movimentação Fetal	1	2,38
Distúrbios Metabólicos (DM/DMG)	1	2,38
Hipotireoidismo	2	4,77
Infecções não tratadas (Infecção do Trato Urinário e Sífilis)	3	7,14
Líquido Amniótico Meconial espesso em início de TP	3	7,14
Obesidade	2	4,77
Plantão Restrito	1	2,38
Pré-Natal Insuficiente	3	7,14

Pós-datismo	4	9,52
Prematuridade	6	14,29
SHEG e HAS	5	11,90
Taquicardia Fetal	1	2,38
Taquissístolia Uterina	1	2,38
Usuária de Drogas Ilícitas	1	2,38
Total	42	100
Compreende o motivo do referenciamento?	n	%
Sim	40	85,11
Não	7	14,89
Total	47	100
Se não, por quê?	n	%
Não houve explicação	7	100
Total	7	100
A remoção se deu por	n	%
Por meios próprios da participante	17	36,17
Pela ambulância do Centro de Parto Normal	30	63,83
Total	47	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

Destaca-se, a seguir, na tabela 5, as razões da demanda espontânea das pacientes para o hospital de referência. Nesse estudo, 17 mulheres procuraram o Hospital de Referência sem referenciamento algum. Entre as causas, 5 mulheres referiram que “Buscou atendimento no Centro de Parto Normal, mas não foi internada”, 3 referiram o “Medo de intercorrências maternas e/ou neonatais” e 2 relataram que o “Profissional do pré-natal disse para não ir ao Centro de Parto Normal, sem encaminhamento oficial”. Outras causas menos citadas foram: achar que não poderia ser atendida no CPN, achar mais fácil ir diretamente ao Hospital de Referência, não conseguir ou não gostar do atendimento no CPN, orientação por outra unidade de saúde a procurar o hospital, o fato do bebê ainda estar prematuro e o próprio desejo de não ter parto normal.

Tabela 5. Motivos da demanda espontânea ao Hospital de Referência. Brasília, Distrito Federal, Brasil, 2024.

Motivo da demanda espontânea	n	%
Profissional do pré-natal disse para não ir ao CPN, sem encaminhamento oficial ao HR	2	11,78
Medo de intercorrências maternas e/ou neonatais no CPN	3	17,65
Buscou atendimento no CPN, mas não foi internada	5	29,41
Achava que não era atendida no CPN	1	5,88
Achou mais fácil ir ao HR	1	5,88
Não conseguiu atendimento no CPN	1	5,88
Não gostou do atendimento no CPN	1	5,88
Foi orientada por outra unidade de saúde que não fosse o serviço de Pré-Natal ou o CPN	1	5,88
Prematuridade	1	5,88
Desejava parto cesáreo	1	5,88
Total	17	100

Fonte: Dados da Pesquisa.

DISCUSSÃO

Caracterizando o perfil socioeconômico das parturientes que foram à unidade hospitalar, esse estudo definiu que a maioria era maior de idade, vivia com o parceiro, havia completado ao menos o ensino médio e recebia dois ou mais salários mínimos. Indo de encontro a esses achados em hospitais de referência, Christensen *et al.* (2017) em sua pesquisa definiu que a maioria das mulheres viviam com o companheiro, possuíam o ensino médio ou formação superior; já Grigg *et al.* (2015) categorizou em sua pesquisa que a maioria das participantes era maior de idade, tinham um relacionamento estável, e estudaram até o ensino médio ou mais e todas recebiam mais que dois salários mínimos no seu país⁽⁸⁻¹¹⁾.

O estudo evidenciou que partes das participantes foram encaminhadas ao Hospital de Referência pela CPSS justamente por apresentarem um número insuficiente de consultas; e ainda, um terço das pacientes procuraram espontaneamente o Hospital de Referência, após buscarem atendimento no CPN e não serem internadas. Pesquisas demonstram que o pré-natal é um instrumento importante para a garantia do risco habitual, e conhecimento das fases do parto, é fundamental para o exercício da livre escolha da mulher sobre onde e como quer parir; envolvê-la na tomada de decisão é permitir que sua autonomia seja respeitada^(7, 12-14).

Também foi constatado nesta pesquisa, o desconhecimento do fluxo por parte dos profissionais, e das pacientes a respeito da atuação da CPSS, quando as participantes responderam que procuraram primeiro o Hospital de Referência por achar que não era atendida no CPN, achou mais fácil ir ao Hospital de Referência e ainda, o profissional do pré-natal disse para não ir ao CPN, sem encaminhamento oficial.

É atribuição do profissional do pré-natal inteirar-se dos fluxos do sistema

de saúde ao qual pertence para que faça as orientações adequadas à paciente, permitindo que haja discussão das opções disponíveis e ela tome uma decisão, reforçando sua autonomia^(7, 12-13).

O principal componente na tomada de decisão das mulheres em relação ao local de nascimento é a segurança do binômio. Neste estudo, observamos que um número significativo das mulheres que deixaram de ir inicialmente à CPSS relataram medo de intercorrências maternas e/ou neonatais no CPN. Os relatos demonstram que as CPs enfrentam resistências e desconfianças por parte de alguns segmentos da população, acerca da qualidade e segurança dos cuidados prestados⁽¹⁵⁾.

O presente trabalho evidenciou que um pequena minoria, das parturientes que foram encaminhadas ao Hospital de Referência após serem avaliadas na CPSS foram apenas pelo desejo materno em ter o parto no hospital; também foram identificados que uma pequena parte das mulheres que foram de forma espontânea ao Hospital de Referência desejavam um parto cesáreo e o mesmo número relatou que não gostou do atendimento no CPN. No que tange às transferências e remoções, um estudo americano realizado em 2021 revelou que 23% dos encaminhamentos anteparto e 2,3% das transferências intraparto ocorreram por razões não clínicas como desejo materno em ter o parto em uma unidade hospitalar, desejo por uma cesariana e o descontentamento com o atendimento no CPN. Compreender os fatores que influenciam a decisão de uma gestante sobre o seu local de parto, permite explorar se essas razões estão ou não alinhadas a algum risco clínico, e trabalhar sobre elas⁽¹⁵⁾.

Esse estudo evidenciou que a CPSS encaminhou menos de 10% das parturientes por gravidez prolongada, ao Hospital de Referência. Na Nova Zelândia, um estudo de 2015 revelou que o motivo mais comum para a mudança de local de parto de mulheres que dese-

javam parir em um CPN foi a gravidez prolongada que exigia indução (21,9%)⁽¹⁶⁾.

Os principais motivos de transferência da CPSS para o Hospital de Referência foram: a parada de progressão ou progressão lenta e o tempo de bolsa rota prolongado. Importa ressaltar que, foi constatado que quando há maior risco ao binômio, a CPSS faz o transporte da paciente ao Hospital de Referência, este dado expõe o comprometimento do profissional EO e da CPSS com a segurança do binômio. Corroborando para os dados apresentados no estudo, verificamos em outras pesquisas que, em 2012, o motivo mais comum para transferências na Inglaterra, de acordo com o grande estudo de coorte prospectivo *Birthplace*, de CPN para Hospital de Referência, foi a parada de progressão com 35%. Já na Nova Zelândia, em 2015, as razões mais comuns para as transferências foram: rotura prolongada da bolsa amniótica (23,7%, n=8), líquido amniótico meconial (14,6%, n=11), trabalho de parto prolongado (7,9%, n=6), trabalho de parto prematuro (6,6%, n=5) e alterações cardíofetais (3,9%, n=3)⁽¹⁶⁾.

Em 2017, na Dinamarca, a razão mais comum para a transferência foi um progresso lento do trabalho de parto (33,3%). No Brasil, um estudo de 2019 constatou que as principais causas para a transferência materna em CPNs, foram o tempo de bolsa rota prolongado (50%), presença de mecônio (32,2%) e alterações cardíofetais (17,8%)^(4, 8, 18).

A avaliação contínua do risco intraparto é essencial para garantir bons resultados com segurança e o EO é capacitado para isso. Quando ocorrem complicações que elevam o risco de morbimortalidade materno-fetal, a transferência da parturiente de um CPN para um Hospital de Referência assegura a continuidade da assistência em um nível de complexidade maior. Esse referenciamento faz parte do modelo de assistência de um centro de parto nor-

mal e representa uma rede de segurança eficaz para dar suporte às mulheres que desejam dar à luz em uma CP^(7, 18).

CONCLUSÃO

Diante dos resultados desse estudo, fica evidente que a maioria das mulheres são efetivamente referenciadas à unidade hospitalar, seja pelo pré-natal ou pela própria casa de parto. A mino-

ria que procurou o hospital por demanda espontânea foi, entre outras causas, por sentir medo de intercorrências que podem acontecer durante o trabalho de parto, além de uma parcela que demonstrou desconhecimento do fluxo de atendimento do CPN, e outras por desconhecimento sobre a fase ativa do trabalho de parto, o que pode levar à internação precoce e intervenções desnecessárias no hospital.

Assim sendo, um pré-natal de qualidade que visa assegurar as informações essenciais sobre o direito de escolha, vinculação e autonomia da parturiente sobre o local de parto, como de informações sobre o processo do trabalho de parto são essenciais para tornar o fluxo Pré-natal-CPN-Hospital de Referência mais eficiente.

Referências

1. Silva AF, Assis BF de, Melo NGR, Oliveira R do AB de, et al. Atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto: saberes e práticas humanizadas. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research - BJSCR* [Internet]. 2018;23(3):2317–4404. Available from: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20180805_111247.pdf.
2. Löwy I. The birthing house as a place for birth: contextualizing the Rio de Janeiro birthing house. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018 Dec;25(4):1161–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702018000500014>.
3. Medina ET, Mouta RJO, Carmo CN do, Filha MMT, Leal M do C, Gama SGN da. Boas práticas, intervenções e resultados: um estudo comparativo entre uma casa de parto e hospitais do Sistema Único de Saúde da Região Sudeste, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2023 Apr 17 [cited 2023 May 8];39:e00160822. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fzPT9Z54btXFHmKnmTr8bFb/?lang=pt>.
5. Ministério da Saúde (MS). *Cadernos de Atenção Básica, nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco*. 1ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.
6. Reis T da R dos, Zamberlan C, Quadros JS de, Grasel JT, Moro AS dos S. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2015;36:94–101. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.57393>.
7. Alliman J, Bauer K, Williams T. Freestanding Birth Centers: an evidence-based option for birth. *The Journal of Perinatal Education*. 2022 Jan 1;31(1):8–13. Available from: <https://doi.org/10.1891/JPE-2021-0024>.
9. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Portaria Nº 109, de 21 de março de 2023. Protocolo Assistencial da Casa de Parto de São Sebastião. 2023.
10. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Portaria Nº 1.321, de 14 de dezembro de 2018. Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. 2018.
11. Grigg CP, Tracy SK, Schmied V, Daellenbach R, Kensington M. Women's birthplace decision-making, the role of confidence: Part of the Evaluating Maternity Units study, New Zealand. *Midwifery*. 2015 Jun;31(6):597–605. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.006>.
12. Mahato P, van Teijlingen E, Simkhada P, Angell C, Hundley V. Evaluation of a health promotion intervention associated with birthing centres in rural Nepal. *East CE, editor. PLOS ONE*. 2020 May 22;15(5):e0233607. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233607>.
13. Hinton, L., Dumelow, C., Rowe, R. et al. Birthplace choices: what are the information needs of women when choosing where to give birth in England? A qualitative study using online and face to face focus groups. *BMC Pregnancy Childbirth* 18, 12 (2018). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1601-4>.
14. Elias EA, Floriani DTGC, Paiva A do CPC, Manhães LSP, Silva LM da, Torres DMA, et al. O parto vaginal e o corpo feminino no puerpério: Contribuições para a enfermagem obstétrica. *Nursing (São Paulo)* [Internet]. 2022 Nov 7 [cited 2023 Jun 15];25(294):8904–15. Available from: <https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i294p8904-8915>.
15. Sanders SA, Niemczyk NA, Burke JG, McCarthy AM, Terry MA. Exploring Why Birth Center Clients Choose Hospitalization for Labor and Birth. *Nursing for Women's Health*. 2021 Feb;25(1):30–42. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.202011.007>.
16. Grigg CP, Tracy SK, Tracy M, Schmied V, Monk A. Transfer from primary maternity unit to tertiary hospital in New Zealand - timing, frequency, reasons, urgency and outcomes: Part of the Evaluating Maternity Units study. *Midwifery*. 2015 Sep;31(9):879–87. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.018>.
17. Zugaib M. *Obstetria*. 4ª ed. São Paulo: Manole, 2020.
18. van Stenus CMV, Boere-Boonekamp MM, Kerkhof EFGM, Need A. Client satisfaction and transfers across care levels of women with uncomplicated pregnancies at the onset of labor. *Midwifery*. 2017 May;48:11–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.02.007>.