

## **INFECÇÃO PUERPERAL SOB A ÓTICA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO EM MATERNIDADE PÚBLICA**

Elisângela Euripedes Resende Guimarães<sup>1</sup>  
Tânia Couto Machado Chianca<sup>2</sup>  
Adriana Cristina de Oliveira<sup>2</sup>

*Trata-se de estudo epidemiológico, tipo coorte, prospectivo e não concorrente, sobre infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto. Objetivou-se caracterizar as puérperas submetidas ao parto humanizado; determinar a incidência das infecções puerperais, bem como o intervalo de manifestação, além de verificar a associação entre a infecção e os fatores de risco. Os dados foram obtidos de 5.178 prontuários de puérperas que passaram pela experiência do parto humanizado. Verificou-se taxa de incidência de infecção puerperal acumulada de 2,92%. Os fatores de risco associados à infecção puerperal na modalidade de parto cesáreo foram a duração do trabalho de parto ( $p = 0,002$ ) e o número de toques ( $p = 0,011$ ). Nenhuma variável se comportou como fator de risco para infecção na modalidade parto normal; porém, o parto cesariano comportou-se como importante fator de risco para a infecção puerperal ( $p = 0,000$ ). Considerando que o modelo atual de assistência humanizada ao parto tem buscado mudança de paradigma nas práticas assistenciais, sendo bastante favorável ao parto normal, acredita-se que esse modelo possa estar contribuindo diretamente para a redução nos índices de infecção puerperal. Reforça-se aqui a necessidade de estimular a realização de partos normais e a diminuição de cesarianas.*

**DESCRITORES:** *infecção puerperal; parto; parto humanizado*

## **PUERPERAL INFECTION FROM THE PERSPECTIVE OF HUMANIZED DELIVERY CARE AT A PUBLIC MATERNITY**

*This is an epidemiological, prospective and non-concurrent study of the cohort type about puerperal infection from the perspective of humanized delivery care, based on information from 5,178 records of patients who went through the experience of humanized delivery. The study aimed at describing the women who underwent humanized delivery, determining the incidence and time for manifestation of puerperal infections and investigating the association between the infection and the risk factors. An accumulated puerperal infection rate of 2.92% was found. The risk factors associated to puerperal infection in Cesarean delivery were the duration of labor and the number of digital examinations. No variable behaved as a risk factor for infection in normal delivery. Cesarean delivery was an important risk factor for puerperal infection. The results reinforce the need to develop alternative forms of delivery care that provides effective conditions for normal delivery, in order to reduce the number of Cesarean sections.*

**DESCRIPTORS:** *puerperal infection; parturition; humanizing delivery*

## **INFECCIÓN PUERPERAL DEL PUNTO DE VISTA DE LA ATENCIÓN HUMANIZADA AL PARTO EN MATERNIDAD PÚBLICA**

*Se trata de un estudio epidemiológico, tipo cohorte, prospectivo y no concurrente, sobre infección puerperal del punto de vista de la atención humanizada a los partos. En este estudio, se objetivó caracterizar las puérperas sometidas al parto humanizado; determinar la incidencia de las infecciones en el puerperio, así como el intervalo de manifestación, y también verificar la asociación entre la infección y los factores de riesgo. Los datos fueron obtenidos de 5178 prontuarios de puérperas que pasaron por la experiencia del parto humanizado. Fue verificada una tasa de incidencia de infección en el puerperio acumulada del 2,92%. Los factores de riesgo asociados a la infección en el puerperio en la modalidad del parto cesareano fueron la duración del trabajo de parto ( $p=0,002$ ) y el número de toques ( $p=0,011$ ). Ninguna variable se comportó como factor de riesgo para infección en el parto normal. Sin embargo, el parto cesarea se comportó como importante factor de riesgo para la infección puerperal ( $p=0,000$ ). Considerando que el modelo actual de atención humanizada al parto ha buscado cambio de paradigma en las prácticas asistenciales, siendo bastante favorable al parto normal, se cree que ese modelo puede estar contribuyendo directamente para la reducción en los índices de infección puerperal. Los resultados refuerzan la necesidad de estimular la realización de partos normales y la disminución de los partos cesáreos.*

**DESCRIPTORES:** *infección puerperal; parto; parto humanizado*

<sup>1</sup> Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, da Universidade Católica de Goiás, Brasil, e-mail: elisangelaenf2@uol.com.br;

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Docente da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que o tipo de parto, a subnotificação dos casos de infecção pós-parto decorrente da falta de vigilância após a alta, a alta precoce das puérperas e o retorno da paciente fora da instituição onde ocorreu o parto, bem como fatores ambientais, individuais e materiais têm sido relacionados à incidência de infecções puerperais<sup>(1)</sup> e preocupam, à medida que, enquanto enfermeiras, há o compromisso com a prevenção e o controle das infecções hospitalares.

Nos dias atuais, a humanização do parto e sua influência nas infecções puerperais têm sido valorizadas e, no entanto, observa-se que, em várias instituições obstétricas, não se tem trabalhado com essa filosofia e as rotinas e condutas recomendadas pelo Ministério da Saúde para a humanização são, sistematicamente, desconsideradas. O parto, nessas unidades, ocorre em ambiente totalmente estranho e enigmático, no qual a parturiente fica isolada de sua família, e a assistência durante ato que envolve grande número de intervenções que podem influenciar o aumento das infecções.

A proposta da humanização não visa, simplesmente, diminuir o número de partos cesáreos, mas prestar assistência humanizada ao nascimento e ao parto e resgatar a posição central da mulher no processo do nascimento, respeitando sua dignidade e autonomia, além de romper com o intervencionismo desnecessário sobre o parto. Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, com o objetivo de alterar o modelo de assistência ao parto, no momento considerado intervencionista, tem implementado medidas e recomendações fundamentadas na humanização da assistência<sup>(2)</sup>.

Humanização na assistência é aquela que reconhece os direitos fundamentais de mães e bebês. Isso inclui o direito à escolha do local do parto, das pessoas e dos profissionais envolvidos, das formas de assistência durante o parto, do respeito ao parto uma experiência altamente pessoal, sexual e familiar, além da execução mínima de intervenções no processo natural de parturição<sup>(3)</sup>.

O hospital, por sua vez, é o local onde se concentram os aparatos tecnológicos mais sofisticados que têm sido entendidos como necessários à realização do parto. Nele, a mulher é o objeto do processo, pois cabe a ela se submeter aos procedimentos definidos pela equipe que a assiste. O parto no ambiente hospitalar tem se caracterizado

como evento cirúrgico, deixando, quase sempre, de ser privado, íntimo e feminino para ser vivido de maneira pública, com a presença de outros atores sociais<sup>(2)</sup>.

Por sua vez, a prática de controle das infecções hospitalares tem sido reconhecida pelos profissionais e usuários do sistema de saúde como parâmetro essencial de qualidade do cuidado. Existe a necessidade de se buscar a qualidade na assistência hospitalar e oferecer à população serviço de menor risco e maior eficácia<sup>(4)</sup>.

A infecção hospitalar é considerada como aquela que é adquirida após a admissão do paciente e que se manifesta durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou aos procedimentos hospitalares<sup>(5)</sup>.

O grande marco no conhecimento sobre as infecções hospitalares deve-se a Semmelweis, ginecologista-obstetra que suspeitou que a infecção puerperal pudesse ser transferida para as mulheres através das mãos de médicos e estudantes<sup>(6)</sup>.

Atualmente, apesar do avanço científico e tecnológico nas diversas áreas do conhecimento, a infecção puerperal constitui, ainda, grande problema pela sua prevalência, morbidade e, até mesmo, letalidade.

Internacionalmente, a infecção puerperal apresenta índices que oscilam entre 3 e 20%, com valores médios de 9%. No Brasil, esses índices variam em torno de 1 a 7,2%<sup>(7)</sup>. Entretanto, vale ressaltar que esses índices de infecção podem estar subestimados, considerando o alto índice de parto cesáreo, importante fator de risco, falha no sistema de vigilância, bem como a inexpressiva conscientização e envolvimento das pessoas para melhor apresentação da realidade.

O *Centers for Disease Control* (CDC) define a infecção puerperal como qualquer isolamento de microorganismo no endométrio, elevação de temperatura igual a 38°C no período após o parto recente, presença de taquicardia consistente e súbita, drenagem uterina purulenta e dor abdominal acompanhada de hipersensibilidade do útero.

Atualmente, no Brasil, a intervenção no parto ocorre sobretudo em unidades hospitalares, verificando-se menor número de opção pelo parto normal e uso abusivo do procedimento de parto cesáreo. Vale destacar que o Brasil é considerado um dos países que tem apresentado um dos maiores índices de parto cesáreo do mundo, o que contribui

para o aumento do risco de mortalidade materna, especialmente, por infecção<sup>(2)</sup>.

A assistência hospitalar ao parto deve ser segura, garantindo, para cada mulher, além dos benefícios dos avanços tecnológicos e científicos, a sua autonomia no parto, permitindo que ela seja o sujeito do processo e defina aquilo que entenda ser melhor para ela e para seu filho.

Atualmente, o parto tem sido realizado em ambiente hospitalar com todos os recursos tecnológicos e científicos e, apesar de todas as medidas de prevenção e controle de infecção, as infecções puerperais parecem perdurar no cenário das instituições. A partir da inquietude proporcionada por essa problemática, surgiu o interesse em estudar a infecção puerperal sob a ótica da assistência humanizada ao parto, objetivando caracterizar as puérperas submetidas ao parto humanizado, determinar a incidência e o intervalo de manifestação das infecções puerperais, além de verificar a associação entre a infecção e os fatores de risco.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo epidemiológico, tipo coorte, prospectivo e não concorrente, também designado como coorte histórico<sup>(8)</sup>, realizado em uma maternidade pública da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Goiânia, GO, instituição essa que tem como propósito prestar atendimento às mulheres e às adolescentes durante o pré-natal, parto e puérperio, na qual a humanização da assistência vem sendo implantada como filosofia de trabalho.

Para o estudo foram selecionadas as puérperas submetidas ao parto humanizado que atendiam aos critérios de ter passado pela experiência do parto humanizado na MNC (Maternidade Nascer Cidadão), no período compreendido entre dezembro de 2000 a julho de 2003, as quais se enquadraram nos critérios estabelecidos para a denominação de pacientes NNIS (National Nosocomial Infections Surveillance System), proposto pelo CDC<sup>(9)</sup>, sendo verificado nos prontuários dessas o registro de infecção puerperal na admissão e até os trinta primeiros dias do pós-parto.

A população estudada foi composta pelos prontuários de todas as puérperas que passaram pela experiência do parto humanizado na MNC. Da população prevista para o estudo (5.203),

desconsiderou-se vinte e cinco puérperas, cujos partos haviam ocorrido no domicílio, tendo as puérperas sido encaminhadas à maternidade após o parto. Dessa forma, a amostra do estudo foi constituída pelas informações contidas em 5.178 prontuários.

Analisou-se a infecção puerperal em partos humanizados e seus possíveis fatores de risco. A categorização da infecção puerperal baseou-se na ausência (não) ou presença (sim) da infecção, podendo essa ser caracterizada como endometrite, infecção de sítio cirúrgico e infecção de episiotomia.

Considerou-se como variáveis independentes: modalidade de parto (parto normal e cesáreo), ruptura das membranas ovulares (íntegra e rota), tempo de ruptura das membranas (período de tempo em minutos desde o momento da ruptura das membranas até o momento do parto). Considera-se o tempo esperado de ruptura de membranas em até seis horas), característica do líquido amniótico (claro, meconial e purulento), duração do trabalho de parto (período de tempo em horas e minutos desde a admissão da parturiente na fase de trabalho de parto até o final deste. Considera-se a duração esperada do trabalho de parto em até 12 horas); toques vaginais (até 6 toques, entre 7 e 13 toques e acima de 13 toques); duração do parto (período de tempo em minutos). Para o parto normal considerou-se desde o início da expulsão do feto até à expulsão da placenta e, para o parto cesáreo, do início da anestesia até ao fechamento completo da incisão cirúrgica. O tempo máximo esperado para a realização do procedimento é de uma hora, tipo de anestesia (geral, raqui, peridural e local), uso de antimicrobiano, idade e ganho de peso.

Para as variáveis ordinais foram estabelecidos códigos de intervalos para designar os agrupamentos a serem processados pela análise estatística. Elaborou-se instrumento baseado na classificação e nos critérios de diagnósticos das infecções puerperais<sup>(7)</sup>, de forma a contemplar as variáveis específicas à modalidade de atendimento ao parto e nascimento humanizados e à inclusão de dados referentes a infecções, exigidos para o preenchimento de protocolo estabelecido pelo Sistema NNIS<sup>(9)</sup>.

Procedeu-se à coleta de informações junto aos prontuários das usuárias submetidas à assistência humanizada ao parto na MNC, após a aprovação do projeto de pesquisa (Protocolo nº 090/2003) pela

Comissão de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/COEP), respeitando a Resolução nº 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Para o lançamento e tratamento dos dados utilizou-se o programa EPI-INFO, versão 2002. Criou-se um banco de dados específico, no qual foram tratados estatisticamente os dados. Para a análise descritiva das variáveis numéricas, utilizou-se a distribuição de frequências simples, medidas de tendência central como média, mediana e desvio padrão.

Para a avaliação de associação entre as variáveis independentes e a dependente foram utilizados testes de significância não-paramétricos, como o teste de Qui-quadrado, teste Exato de Fisher, medida de significância estatística como o Risco Relativo (RR), com intervalo de confiança de 95% e que avalia a associação entre infecção e fator de risco suspeito.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 5.178 puérperas submetidas a partos humanizados na MNC caracterizam-se, em sua maioria (59%), por mulheres com idade acima de vinte anos (média e mediana de 22 anos). Identificou-se alto índice de partos em adolescentes primíparas. As adolescentes (idade entre 10 e 20 anos) corresponderam a 41% da população. A maternidade na adolescência pode ser considerada questão de saúde pública, tendo em vista problemas psicossociais que dela podem advir<sup>(10)</sup>.

Em relação à associação entre a faixa etária das parturientes e a infecção puerperal, os dados não revelaram diferença estatisticamente significativa para a infecção puerperal em parturientes com idade até vinte anos ou para aquelas com mais de vinte anos.

Em relação ao peso das parturientes, observou-se que 2.121 puérperas (41%) ganharam até 10kg de peso durante a gestação; 2.712 (52%), entre 11 e 20kg e, 345 (7%) mais de 21kg. A média de ganho de peso foi de 12,2kg. Apesar da literatura indicar aumento na incidência de infecção nas pacientes com condições clínicas comprometidas e naquelas consideradas obesas, neste estudo não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre a variável ganho de peso de parturientes e a

infecção puerperal<sup>(6)</sup>. Esse fato pode ser justificado pelas boas condições clínicas que normalmente apresenta uma mulher em trabalho de parto.

Quanto à ruptura das membranas, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre as duas modalidades de parto, normal e cesáreo, e a infecção puerperal. Apesar de alguns estudos sobre endometrite em partos vaginais terem demonstrado que a combinação de ruptura de membranas e trabalho de parto prolongado constitui importante fator de risco para a frequência e severidade das infecções<sup>(11)</sup>.

Em relação ao tempo de ruptura das membranas e infecção puerperal, tanto para os partos normais como para os cesáreos, não houve associação estatisticamente significativa. Porém, diversos autores investigaram essa associação e encontraram resultados bastante controversos<sup>(12)</sup>. Os autores citados evidenciaram em um estudo sobre infecção em parturientes submetidas a partos cesáreos, que essas apresentavam colonização do líquido amniótico seis horas após rotura das membranas e também identificaram que a prevalência de culturas positivas de líquido amniótico em pacientes com membranas rotas foi de 27%.

Quanto às características do líquido amniótico, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre essa variável e a presença de infecção puerperal em partos normais e cesáreos. Estudos realizados com a finalidade de estabelecer correlações entre a presença de mecônio no líquido amniótico e o aumento da taxa de infecção materna, identificaram que o mecônio eleva o teor de fosfato, inativando o complexo zinco-protéico, o que favorece o aumento da susceptibilidade da parturiente à infecção puerperal<sup>(13)</sup>.

Encontrou-se, neste estudo, que a duração do trabalho de parto e o parto cesáreo constituem-se fatores de risco para o desenvolvimento da infecção puerperal, com um risco relativo de 2,16 - [1,36-3,44]. Entretanto, quando associada à variável duração do trabalho de parto ao parto normal, essa não se apresentou como fator de risco para a infecção puerperal.

O número de toques ocorridos durante os partos normais não constituiu fator de risco para a infecção puerperal. Entretanto, observou-se associação significativa entre o número de toques e a infecção na modalidade de parto cesáreo, o que pode também estar relacionado com a duração do

trabalho de parto. Análises estatísticas subseqüentes são necessárias para comprovar essa associação. Foi encontrado o valor de  $p=0,011$ , mostrando que há tendência ao aumento no risco de infecção à medida que aumenta o número de toques cervicais.

Identificou-se taxa de parto cesáreo que corresponde a 23%, taxa essa que ainda é alta se se considerar as características da maternidade em estudo e a taxa recomendada pela OMS, de 10 a 15%<sup>(14)</sup>. Esse fato pode ser justificado visto o curto prazo (três anos) de funcionamento da maternidade e pelo processo de adaptação dos profissionais aos procedimentos, normas e rotinas estabelecidas.

Encontrou-se associação do tipo fator de risco ( $p=0,000$  e Risco Relativo de 4,40-[3,19-6,06]), havendo, portanto, associação estatisticamente significativa entre a variável modalidade de parto e infecção puerperal. Logo, as parturientes submetidas ao parto cesáreo apresentaram risco 4,4 vezes maior de contraírem infecção do que aquelas submetidas ao parto normal. Fato comprovado por alguns autores que, analisando o tipo de parto e a infecção puerperal, constataram que incidências crescentes de cesarianas têm contribuído para o aumento das taxas de infecção puerperal. O parto cesáreo está relacionado à maior incidência de morbidade infecciosa pós-operatória quando comparado ao parto normal, Tabela 1<sup>(15)</sup>.

Tabela 1 – Distribuição dos casos de infecção puerperal segundo a modalidade de parto. Goiânia, GO, dez. 2000 - jul. 2003

Modalidade de parto	Infecção puerperal		Total	R.R	I.C. 95%
	Sim	Não			
Normal	63 (42,8%)	3.911 (75,8%)	3.974	1,00	
Cesariano	84 (57,2%)	1.120 (22,3%)	1.204	4,40	[3,19-6,06]
<b>Total</b>	<b>147 (100%)</b>	<b>5.031 (100,0%)</b>	<b>5.178</b>		

$p=0,000$

Os números entre parênteses são as porcentagens em relação ao total da coluna

RR= Risco Relativo; IC 95% = intervalo de confiança de 95%

Quanto à duração do parto, essa não apresentou associação estatisticamente significativa para a infecção puerperal. Utilizou-se um ponto de corte de uma hora para a duração do parto e não foi evidenciada associação entre a duração do procedimento acima de uma hora e a ocorrência de infecção puerperal nas mulheres submetidas ao parto normal e cesariano.

Por sua vez, o tipo de anestesia utilizada nos partos não mostrou associação com a presença de infecção puerperal.

Verificou-se incidência de infecção puerperal acumulada dentro dos limites previstos (2,92%), quando comparada com os índices normalmente descritos (Figura 1) e que variam entre 1 e 7,2% no Brasil<sup>(7)</sup>.

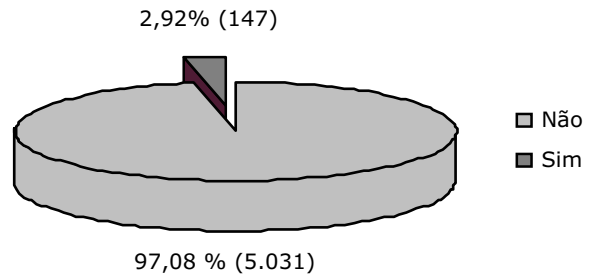


Figura 1- Infecção puerperal na assistência humanizada ao parto. Goiânia, GO, dez. 2000 - jul. 2003

Foram calculadas as incidências mensais de infecção puerperal nas parturientes submetidas ao parto humanizado no período estudado, tendo elas apresentado pico maior na incidência de infecção em janeiro de 2001, sendo de 1,4%. Essa maior incidência poderia ser explicada pelo processo de adaptação às normas, rotinas e aos procedimentos pelo qual a maternidade estava passando naquele período, coincidente com o ano de inauguração.

Dos 147 casos de infecções puerperais analisados, 74 (50,3%) ocorreram no parto cesariano e foram considerados como infecção de sítio cirúrgico, com taxa de incidência de 1,47%; 57 (77%) foram considerados como infecção de sítio cirúrgico superficiais; 14 (19%), profundas e 3 (4%) de órgão/cavidade. As infecções categorizadas como endometrite corresponderam a 31,3% (46 casos) e tiveram taxa de incidência de 0,91%, enquanto as infecções de episiotomia (27 casos) corresponderam a 18,4%, taxa de incidência de 0,54%. Dessas, 25 (93%) foram consideradas superficiais e 2 (7%) profundas.

Chama a atenção o fato de as infecções de sítio cirúrgico (ISC) constituírem a maioria das infecções neste estudo, o que pode estar relacionado às incisões cirúrgicas envolvidas nos partos cesarianos.

Observou-se que somente em um caso de ISC profunda foi realizada cultura da secreção de ferida, na qual se verificou a presença do

*Staphylococcus epidermidis*, o que pode indicar ter havido contaminação por contato, através da pele das parturientes, conseqüentes à precariedade na higienização e assepsia da pele. Em 146 prontuários, não havia resultado de cultura, os exames não foram realizados pela instituição devido à falta de recursos materiais destinados para esse fim.

Neste estudo comprovou-se o esperado na medida em que a utilização da antibioticoprofilaxia no período que antecede o parto não mostrou associação com o acometimento da infecção puerperal em nenhuma das modalidades de parto. Entretanto, o uso da antibioticoterapia no período pós-parto nas mulheres submetidas, tanto ao parto cesariano como normal, mostrou associação estatisticamente significativa, com valor de  $p=0,000$ . Tais resultados implicam que a utilização de antibiótico no período pós-parto está associado à presença da infecção puerperal ou que pacientes que necessitam de antibioticoterapia apresentam maior predisposição à infecção puerperal. O esquema e as indicações para profilaxia devem ser feitos após avaliação minuciosa.

O intervalo de manifestação da infecção puerperal na assistência humanizada ao parto normal e cesariano, verificado em todos os 147 casos de infecção foi de que essa se manifestou no período pós-alta, dentro dos trinta dias, mais especificamente entre o quinto e o vigésimo sexto dia após a alta hospitalar (100%). A alta precoce das puérperas impede a realização do diagnóstico ainda na maternidade. Assim, a vigilância pós-alta é considerada matéria de grande importância, em especial em procedimentos nos quais o período de internação pós-operatório é curto, torna-se cada vez mais importante a presença de um sistema de vigilância adequado<sup>(7)</sup>.

## CONCLUSÕES

Pelo estudo realizado, pôde-se concluir que:

- a incidência de infecção puerperal encontrada no estudo foi de 2,92% (147/5031), taxa considerada baixa visto os índices normalmente aceitos pelo CDC de Atlanta e os descritos na literatura nacional (1 a 7,2%), o que não descarta a suspeita de subnotificação das taxas de infecção puerperal, pois

os dados da literatura apontam também que esses podem estar subestimados;

- todas as infecções encontradas foram diagnosticadas e notificadas no período de pós-alta hospitalar e categorizadas como endometrite, infecção de sítio cirúrgico e infecção de episiotomia. As infecções puerperais manifestaram-se dentro dos trinta dias pós-parto;

- as variáveis idade, peso, ruptura de membranas, tempo de ruptura das membranas, característica do líquido amniótico, tipo de anestesia e uso de antimicrobiano profilático, não se comportaram como fatores de risco para a infecção puerperal;

- as variáveis que se comportaram como fatores de risco para a infecção puerperal, na modalidade parto cesariano, foram a duração do trabalho de parto e o número de toques cervicais. Nenhuma variável se comportou como fator de risco para infecção na modalidade parto normal;

- o parto cesariano também se comportou como fator de risco para a infecção puerperal. Logo, as parturientes submetidas ao parto cesariano apresentaram risco maior de contraírem infecção em relação àquelas submetidas ao parto normal.

Considerando que o modelo atual de assistência humanizada ao parto tem buscado mudança no paradigma das práticas assistenciais, sendo bastante favorável ao parto normal e visando a diminuição das taxas de partos cesarianos, acredita-se que esse modelo pode estar contribuindo diretamente para a redução nos índices de infecção puerperal. Recomenda-se que a partir dos resultados de infecções puerperais identificados neste estudo, se crie mecanismos educacionais de sensibilização da equipe médica no sentido de romper com o paradigma da medicalização e intervenção sobre o parto e que se invista no processo de formação da enfermagem obstétrica.

Reforça-se aqui a necessidade de implantação de um serviço de controle de infecção hospitalar eficaz, por meio de método prospectivo de vigilância, ainda na admissão, com seguimento pós-alta, que possa possibilitar a implementação de ações sistematizadas e direcionadas a essa população, bem como estabelecer medidas de prevenção e controle das infecções além de conhecer o perfil microbiológico das infecções detectadas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starling CEF, Couto BR, Pinheiro SMC. Vigilância epidemiológica das infecções hospitalares na prática diária: ensaios. Belo Horizonte (MG): Cuatiara; 1993.
2. Ministério da Saúde (BR). Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Dossiê Humanização do Parto. Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo (SP); 2002.
4. Richtmann R. Ginecologia e Obstetrícia. In: Rodrigues EAC, Mendonça JS, Amarante MB, Filho MBA, Grinbaum RS, Richtmann R. Infecções Hospitalares Prevenção e Controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997. p. 269-73.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria 2.616. Normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1998.
6. Silveira JCB. Uso profilático de antimicrobianos. In: Martins MA, coordenador. Manual de Infecção Hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle. Rio de Janeiro (RJ): Medsi; 2001. p.1000-6.
7. Gabriellone MC, Barbieri M. Infecção em obstetrícia. In: Fernandes AT. Infecção hospitalar e suas interfaces na área saúde. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 91-128.
8. Szklo M; Nieto FJ. Epidemiology: beyond the basics. Aspen: Gaithersburg 2000.
9. Ministério da Saúde (BR). NNIS. Vigilância epidemiológica por componentes. Brasília (DF): Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar; 1994.
10. Oliveira ZMLP. Vivenciando o parto humanizado: um estudo compreensivo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): Escola de Enfermagem/UFMG; 2001.
11. Gibbs RS, Rodgers PJ, Castaneda YS. Endometritis following vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 1990; 56(pt 1): 555-9.
12. Romero R, Ghidini A, Mazor M, Behnke E. Microbial invasion of the amniotic cavity in premature rupture of membranes. *Clin Obstet Gynecol* 1991;34(4):769-78.
13. Ledger W J. Puerperal endometritis. In: Bennett JV, Brashmsn PS. *Hospital infection*. 3ª ed. Boston: Little Brown; 1992. p. 659-71.
14. Ministério da Saúde (BR). Tecnologia Apropriada para o parto. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1985.
15. Spiandorello WP, Madi JM, Spiandorello FSA, Tregansin M. Antibioticoprofilaxia pela cefazolina e cefalotina para partos cesáreos eletivos e de baixo risco para desenvolvimento de infecção pós-operatória: Antibiotic prophylaxis for cefazolin and cefalotin in elective risk to infection cesarean section. *Rev Ci Amecs* 2000 January;9(1):12-6.