



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Danielle de Oliveira Miranda de Souza

**Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no
ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008**

Rio de Janeiro

2011

Danielle de Oliveira Miranda de Souza

**Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar
no período de 2004 a 2008**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Jane Márcia Proganti

Rio de Janeiro

2011

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S729 Souza, Danielle de Oliveira Miranda de.
Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008/ Danielle de Oliveira Miranda de Souza. - 2011.
84 f.

Orientadora: Jane Márcia Progianti.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Parto humanizado. 2. Humanização da assistência. 3. Prática profissional. 4. Enfermagem obstétrica. I. Progianti, Jane Márcia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Danielle de Oliveira Miranda de Souza

**Partos assistidos por enfermeiras: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar
no período de 2004 a 2008**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 08 de fevereiro de 2011.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof.^a Dra. Vania Reis Girianelli
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Prof.^a Dra. Lucia Helena Garcia Penna
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2011

DEDICATÓRIA

Á minha família, meu pai Paulo e minha mãe Neiva pelo apoio, compreensão e estímulo dedicados a mim, durante mais esta etapa da minha trajetória profissional.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Paulo e Neiva pelo amor, carinho e dedicação durante todos esses anos de minha vida, o que me permitiu chegar até aqui e cumprir mais esta etapa da minha caminhada profissional. Tudo isso é por vocês e para vocês!

À minha avó Tereza e ao meu saudoso avô Victoriano por todo o amor e apoio dedicados a mim, especialmente na minha infância.

A toda a minha família pelo carinho e pela compreensão da minha ausência em muitas reuniões familiares.

À minha orientadora Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti pelo respeito, confiança, estímulo e por compartilhar comigo seu profundo conhecimento em pesquisa e em enfermagem obstétrica.

À Prof.^a Dra. Vânia Reis Girianelli pela imensa contribuição na elaboração dos resultados desta pesquisa. Muito obrigada por toda dedicação e apoio na construção deste trabalho!

Ao Prof. Carlos Sérgio por toda a ajuda, parceria e confiança dispensados a mim durante a coleta dos dados desta pesquisa.

À minha querida amiga e chefe Enf. Mara Rosane por todo o apoio, estímulo, amizade e carinho com que sempre me tratou. Muito obrigada por toda a ajuda e compreensão dedicadas a mim neste momento!

Às minhas amigas, Rejane Cordeiro e Liana Costa, pelo incentivo para a realização do mestrado e por enxergarem em mim um potencial que eu não acreditava que tinha. Muito obrigada pelos intermináveis conselhos, por toda força e carinho e por alegrarem tanto a minha vida, mesmo nos momentos difíceis!

Às minhas companheiras de plantão Bárbara, Karla, Mirian e Osana por toda ajuda, apoio e compreensão durante esta jornada.

Aos membros da banca examinadora pela contribuição imprescindível para elaboração final deste trabalho.

A todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta nesta caminhada, o meu muito obrigado!

RESUMO

SOUZA, Danielle de Oliveira Miranda de. **Partos assistidos por enfermeiras**: práticas obstétricas realizadas no ambiente hospitalar no período de 2004 a 2008. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

A temática deste estudo está centrada na participação da enfermeira obstétrica no modelo humanizado de atenção ao parto e teve como objetivos: identificar as práticas de enfermeiras obstétricas atuantes no trabalho de parto e parto em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro; avaliar a consonância das práticas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto e parto com as recomendações do MS/OMS; analisar a implementação das práticas das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto entre 2004 e 2008. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, transversal. O período pesquisado foi de setembro de 2004 a setembro de 2008. A coleta dos dados foi através do livro de registro de partos onde foram registrados 4.510 partos assistidos por enfermeiras. Para a análise foram calculadas a média, mediana e proporção de cada variável estudada, conforme a indicação. As análises foram realizadas utilizando os programas Epi info versão 3.5.1 e Microsoft Word Excel 2007. Verificou-se que a maioria das parturientes assistidas foram jovens, sendo a mediana de idade de 23 anos, que já tinham engravidado duas vezes ou mais e que já tinham parido anteriormente pelo menos uma vez. Com relação à assistência pré-natal 92,8% realizaram o mesmo, contudo apenas 68,2% destas mulheres realizaram seis consultas ou mais. Identificou-se que o acompanhante esteve presente em 60,6% dos partos, porém esta presença foi maior nos partos das adolescentes (77,4%). A posição do parto predominante durante todo o período do estudo foi a vertical (77,6%). As lacerações perineais ocorreram em 52,3% dos partos e a mais incidente foi a laceração de primeiro grau (34,2%). As parturientes que não sofreram qualquer injúria perineal, seja esta espontânea ou cirúrgica, representaram 30,2% dos casos. As práticas obstétricas que não interferem na fisiologia do parto foram realizadas por 85,3% das parturientes, sendo que as mais utilizadas foram os exercícios respiratórios (73,6%), os movimentos pélvicos (42,1%) e a deambulação (29,8%). 67,9% das mulheres assistidas pelas enfermeiras receberam as práticas intervencionistas à fisiologia do parto, destas as mais registradas foram: a realização da amniotomia (25,1%), a administração endovenosa de ocitocina (54%), a realização da episiotomia (22,9%). A episiotomia foi mais utilizada entre as adolescentes (34,8%), nulíparas (44%) e naquelas que pariram na posição horizontal (28,8%). 40,2% das mulheres que não realizaram episiotomia não tiveram laceração perineal e a posição de parto com a menor incidência de laceração perineal foi a quatro apoios (25%), sendo esta classificada como primeiro grau. As adolescentes (55,1%) e as multíparas (71,8%) foram as que menos apresentaram lacerações de períneo. Conclui-se que tanto a prática apoiada no modelo tecnocrático, quanto àquela baseada no modelo humanizado de atenção ao parto, foram registradas na unidade pesquisada. Considera-se que tal fato pode ser investigado em outros estudos, com o objetivo de identificar os fatores que levam à realização de práticas que interferem na fisiologia do parto durante a assistência das enfermeiras obstétricas.

Palavras-chave: Parto humanizado. Humanização da assistência. Prática profissional. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

The theme of this study is centered on the participation of nurse midwives in humanized delivery, and was performed with the following objectives: identify the procedures carried out by nurse midwives while assisting labors and deliveries at a maternity hospital in Rio de Janeiro; evaluate the agreement of the assistance provided by nurse midwives during labor and delivery with the recommendations of the Brazilian Health Ministry and the World Health Organization; analyze the implementation of nurse midwife practice in labor and delivery care between 2004 and 2008. This descriptive, quantitative, cross-sectional study was performed from September 2004 to September 2008. Data was collected from the labor record book which listed 4.510 nurse-assisted deliveries. For the analysis, the mean, median and proportion of each studied variable was calculated, as per indication. The analyses were performed using Epi info 3.5.1 and Microsoft Word Excel 2007. It was found that most assisted parturients were young, with a median age of 23 years, had had two or more pregnancies and at least one previous delivery. As for the prenatal care, 92.8% followed the program, but only 68.2% of the women attended six appointments or more. It was observed that in 60.6% of the deliveries the woman's partner was present, and this presence was greater among the adolescent women's deliveries (77.4%). Most women assumed a vertical delivery position (77.6%). Perineal lacerations occurred in 52.3% of the deliveries and the most frequent was first degree laceration (34.2%). Parturients who did not suffer any perineal injuries, either spontaneous or surgical, accounted for 30.2% of cases. Obstetrical practices that do not interfere in the physiology of delivery were performed by 85.3% of the parturients, with the most common being breathing exercises (73.6%), pelvic movements (42.1%) and walking (29.8%). Of the women assisted by nurse midwives, 67.9% received interventionist procedures, with the most frequent being: amniotomy (25.1%), venous administration of oxytocin (54%), episiotomy (22.9%). Episiotomies were mostly used among adolescents (34.8%), nuliparae (44%) and those who delivered in the horizontal position horizontal (28.8%). Of the women who were not submitted to episiotomy 40.2% did not have perineal laceration and the delivery position with the smallest incidence of perineal laceration was on hands and knees (25%), classified as first stage. Adolescent (55.1%) and multipara women (71.8%) were those who least presented perineal lacerations. In conclusion practice based on both the technocratic model and humanized delivery models were observed in the studied unit. This fact could be investigated in other studies, with the purpose of identifying the factors that lead to nurse midwives to assisting with practices that interfere in the physiology of delivery.

Keywords: Humanized delivery. Humanization of assistance. Professional practice. Obstetrical nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Posições mais utilizadas pelas parturientes nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	48
Gráfico 2 -	Utilização de práticas que não interferem na fisiologia do parto, que necessitam de instrumentos para a sua realização, no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	54
Gráfico 3 -	Utilização de práticas que não interferem na fisiologia do parto e que não necessitam de instrumentos para a sua realização, no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	55
Gráfico 4 -	Realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	59

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição numérica e proporcional da faixa etária das parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas, durante o parto e por presença de acompanhante, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	43
Tabela 2 -	Distribuição numérica e proporcional dos antecedentes obstétricos de parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas, durante o trabalho de parto e parto, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	44
Tabela 3 -	Distribuição numérica e proporcional das características dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	47
Tabela 4 -	Distribuição numérica e proporcional das práticas registradas nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	50
Tabela 5 -	Distribuição numérica e proporcional dos tipos de práticas, que não interferem na fisiologia do parto, realizadas por enfermeiras obstétricas e por presença de acompanhante, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	52
Tabela 6 -	Distribuição numérica e proporcional do quantitativo de práticas, que não interferem na fisiologia do parto, realizadas pelas parturientes nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	53
Tabela 7 -	Distribuição numérica e proporcional dos tipos de práticas, que interferem na fisiologia do parto, registradas nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas e por presença de acompanhante, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.....	58
Tabela 8 -	Distribuição numérica e proporcional da realização de episiotomia em relação à faixa etária, posição do parto e paridade nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	61

Tabela 9 -	Distribuição numérica e proporcional da ocorrência de laceração de períneo em relação à posição do parto, à realização de episiotomia, à faixa etária e à paridade nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	63
Tabela 10 -	Distribuição numérica e proporcional dos graus de laceração de períneo em relação à posição do parto, à realização de episiotomia, à faixa etária e à paridade nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas no HMMCD no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008	65

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCO	Centro Cirúrgico Obstétrico
CIMS	Coalition for Improving Maternity Services
CPN	Centros de Parto Normal
DLE	Decúbito lateral esquerdo
HMMCD	Hospital Municipal Maternidade Carmela Dutra
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LRP	Livro de Registro de Partos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
REHUNA	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
SESC	Serviço Social do Comércio
SMS-Rio	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1	Contextualização mundial do movimento de humanização do parto	19
1.2	Estudos científicos que evidenciam as práticas obstétricas recomendadas pela OMS	23
2	METODOLOGIA	35
2.1	Tipo de estudo	35
2.2	Local do estudo	35
2.3	População	37
2.4	Fonte de dados	37
2.5	Variáveis do estudo	38
2.6	Análise dos dados	40
2.7	Aspectos éticos	40
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4	CONCLUSÃO	66
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados	80
	APÊNDICE B - Solicitação de divulgação do nome da instituição	82
	APÊNDICE C - Carta ao Comitê de Ética da SMS-Rio	83
	ANEXO - Carta de resposta do Comitê de Ética da SMS-Rio	84

INTRODUÇÃO

As práticas¹ de saúde no processo da parturição modificaram-se ao longo dos tempos, impulsionados pelas transformações históricas, políticas, econômicas, sociais e pelas diferentes percepções das questões de gênero. O entendimento do corpo feminino ao longo da história tem determinado estas práticas e o planejamento das políticas de saúde na área obstétrica (ZAMPIERI, 2006).

Em tempos remotos, as práticas de saúde empregadas durante a gestação, parto e nascimento eram baseadas no conhecimento empírico, transmitido através das gerações. Eram práticas que enfatizavam a religiosidade, o uso de recursos naturais e o empoderamento da mulher, onde o personagem masculino permanecia afastado de todo o processo, sendo o parto assistido pelas parteiras. De acordo com Zampieri (2006, p. 21), as parteiras

tratavam as pessoas por meio de plantas, trocavam entre si segredos de suas práticas. Sem livros, suas vivências e experiências formavam seu saber. Transmitiam seus conhecimentos e experiências no espaço e no tempo ao interagirem com outras mulheres. Assim, o saber se perpetuava de vizinha para vizinha, de mãe para filha ao longo dos anos. A maternidade, o parto e os cuidados com o bebê iniciavam a mulher nas práticas do corpo, enquanto que as gravidezes e os cuidados com o recém-nascido levaram-na a descobrir os segredos das plantas e a arte de cuidar e tratar.

Ao longo dos tempos, essa prática essencialmente feminina foi transformando-se em masculina. Dessa forma, o parto antes acompanhado pelas parteiras que atuavam utilizando o mínimo de intervenções possíveis, passa gradualmente a ser foco da assistência médica. Os médicos, na visão biomédica, percebiam a gestação e o parto como doenças que necessitavam de intervenções e controle por um profissional habilitado, transformando o cenário das práticas de saúde que tinham sido construídas durante séculos (ZAMPIERI, 2006).

Assim, o modelo de atenção à saúde obstétrica ainda vigente considera que o risco é inerente ao processo do parto e nascimento, portanto este evento é considerado uma patologia e por isso mesmo necessita de um hospital para se tornar seguro. Desta maneira, as práticas obstétricas são alicerçadas em rotinas rígidas, sem uma avaliação criteriosa da necessidade de seu uso. Sendo assim, no modelo biomédico de assistência ao parto, as práticas obstétricas

¹ Prática neste estudo será um conceito entendido como ações desenvolvidas pelas enfermeiras do Centro Obstétrico da Maternidade Municipal Carmela Dutra. Essas ações são disposições incorporadas pelas enfermeiras durante sua trajetória profissional no campo obstétrico, e por isso mesmo, expressam representações, sentidos e valores adquiridos durante esta trajetória.

interferem na fisiologia do parto e do corpo feminino, que perdeu sua autonomia em um ambiente dominado pelo saber científico médico.

A partir da década de 1980, na tentativa de mudar esta concepção, vários movimentos internacionais, tiveram a percepção que o uso irracional das tecnologias provoca mais danos que benefícios, por isso mesmo, defenderam e apoiaram menos intervenções no parto, a relação interpessoal entre parturiente e seus cuidadores e a desvalorização da tecnologia danosa (DINIZ, 2005).

Neste período, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) debateram a temática da necessidade de um novo modelo de atenção ao parto em algumas conferências internacionais, que foram de fundamental importância na construção de novos paradigmas voltados a parturição.

A primeira Conferência (WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Prenatal) foi realizada em Washington e teve como principais discussões os cuidados durante o pré-natal e as tecnologias apropriadas ao parto e ao nascimento. A segunda Conferência (WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for Birth) ocorreu em 1985, na cidade de Fortaleza e destacou as dimensões sociais e emocionais inseridas no pré-natal e no parto, além de coibir o uso de práticas prejudiciais ou inadequadas na parturição. Em 1986, a terceira Conferência (WHO Consensus Conference on Appropriate Technology for following Birth) foi sediada em Trieste e abordou o respeito aos direitos das mulheres, atentando para a preservação da integridade, privacidade e da autonomia destas no parto e pós-parto (BOARETTO, 2003).

No Brasil, as discussões a respeito da mudança dos modelos assistenciais iniciaram-se em meados da década de 80, quando o país estava inserido num processo de redemocratização, após o fim da ditadura militar. Naquele momento, importantes movimentos feministas protestaram contra a atual assistência dispensada às mulheres e reivindicaram que a atenção à saúde desse grupo fosse voltada para o respeito dos direitos sexuais e reprodutivos, com justiça social e maior autonomia feminina. Tais pressões populares culminaram com a elaboração das primeiras políticas públicas voltadas para a saúde da mulher em abordagem integral, não considerando apenas o aspecto reprodutivo (DESLANDES, 2005).

No ano de 1982, o governo regulamentou, através da Portaria 18 do Ministério da Saúde, o alojamento conjunto em todas as suas unidades, propiciando o início de importantes transformações no cuidado ao binômio mãe-filho (SANTOS NETO et al., 2008).

Em 1983, tivemos um marco histórico na saúde da mulher brasileira que foi a implantação do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). O objetivo

deste programa foi promover a integralidade da assistência à mulher com atenção em todas as fases de seu ciclo vital, abrangendo além das questões de assistência pré-natal, ao parto e puerpério, mas também aspectos relativos a doenças sexualmente transmissíveis, contracepção, ao câncer, aos distúrbios na adolescência e na menopausa (OSIS, 1998).

Nesse contexto, Osis (1998, p.28) ressalta que

entre as reações mais favoráveis ao PAISM esteve a dos grupos organizados de mulheres em geral, que, logo de início, passaram a lutar pela implantação do Programa, considerando-o uma resposta satisfatória, naquele momento, às suas crescentes e expressivas demandas por uma atenção à saúde das mulheres não centralizada no cuidado materno-infantil, especialmente desvinculada do controle da reprodução.

A partir da década de 1990, as iniciativas, que até então faziam parte de demandas internas ao cenário da saúde e à prática de seus profissionais, foram incorporadas como um conjunto de princípios e diretrizes que constituíram o alicerce de diversos programas e políticas voltadas para a humanização da saúde no Brasil (DESLANDES, 2005).

Em 1990, no Rio de Janeiro, o processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) promoveu a descentralização de ações e serviços para a esfera municipal, que desta forma, passou a ter uma maior autonomia governamental, favorecendo o planejamento e desenvolvimento de iniciativas locais. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio), veio desde então, implantando diversas ações e políticas embasadas na qualificação e humanização da assistência à saúde da mulher e da criança (BOARETTO, 2003).

Em 1994, com uma proposta inédita no estado, o município do Rio de Janeiro inaugurou a Maternidade Leila Diniz que foi a primeira maternidade concebida à luz do modelo humanizado de atenção ao parto, com ambiente adequado. À época, profissionais de saúde foram treinados para o desenvolvimento de práticas na perspectiva da humanização da assistência (BOARETTO, 2003).

Em 1996, em âmbito internacional, a síntese de diversos estudos gerou a redação das recomendações da OMS para o parto normal, onde foi criado um guia prático que contém as condutas que são recomendadas durante a assistência ao parto, ou seja, norteiam as práticas humanizadas na atenção ao parto (BRASIL, 2000a).

Nesse sentido, Wei (2007, p. 26) retrata a importância deste momento:

a divulgação desses resultados aponta para a proposta de um novo paradigma na assistência, que se propaga mundialmente, apoiado pela Organização Mundial de Saúde que, em 1996, divulgou novas diretrizes nessa área, propondo que o objetivo da assistência era obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção, que fosse compatível

com a segurança. Esta abordagem implica que, no parto normal, deveria haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.

Posteriormente, outros dispositivos governamentais, tanto na esfera federal quanto na municipal, foram adotados com o propósito de fortalecimento do processo de humanização do parto e nascimento. Nesse contexto, podemos citar a regulamentação em 1998 dos Centros de Parto Normal (CPN) e ainda neste ano, a criação do Prêmio Galba Araújo, que visa reconhecer as maternidades brasileiras que se adéquam às práticas humanizadas da assistência ao parto (DINIZ, 2005).

Nesta prerrogativa, o Ministério da Saúde (MS) lançou em junho de 2000 o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) que teve como objetivo reduzir as taxas de mortalidade materna e perinatal e estabeleceu alguns critérios relacionados à assistência pré-natal, propondo a garantia de acesso às unidades de saúde (BRASIL, 2000b).

O PHPN abordou aspectos de relevância inquestionável para a humanização do atendimento, porém concentrou-se mais nas questões de como seria o financiamento de estados e municípios. Nessa ótica, vislumbramos que o programa despreendeu-se de questões suscitadas pelos ativistas do movimento de humanização concernentes ao uso rotineiro e desnecessário de técnicas invasivas, sendo basicamente um instrumento de gestão (DINIZ, 2005).

No ano de 2001, o MS redigiu o manual “Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher” que tratou além dos princípios da política de humanização, a redação das práticas humanizadas da assistência ao parto (BRASIL, 2001).

O Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, firmado em março de 2004, também pode ser considerada uma importante medida do governo federal na perspectiva da humanização visto que, através de diversas estratégias, pretendeu promover o resgate dos direitos da mulher e do bebê (BRASIL, 2004).

Neste contexto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) conceituou a atenção humanizada como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam contribuir para o parto e nascimento fisiológicos, evitando com que condutas desnecessárias e muitas vezes prejudiciais façam parte do processo de parir, prevenindo a morbimortalidade materna e perinatal.

Diante do exposto, compreende-se que no modelo humanizado de assistência ao parto, as práticas obstétricas são caracterizadas como aquelas que não interferem no processo parturitivo, onde o profissional de saúde está pautado por uma postura ética e solidária, recebendo com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, reconhecendo que a

instituição de saúde deve criar um ambiente acolhedor rompendo assim com atitudes que estejam relacionadas com o isolamento imposto à grande maioria das parturientes. Além disso, tais práticas referem-se à adoção de condutas comprovadamente benéficas para a mulher e para o bebê, evitando práticas desnecessárias que, embora sejam amplamente realizadas, não agregam benefícios a parturição e frequentemente trazem riscos para a saúde da díade mãe - filho (BRASIL, 2002).

A temática deste estudo centrou-se na participação da enfermeira obstétrica no modelo humanizado de atenção ao parto. A inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto e nascimento no campo obstétrico hospitalar do Rio de Janeiro ocorreu a partir de 1988, no Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, em um contexto pré-humanização. Nessa instituição de alto risco obstétrico, enfermeiras lutaram para a ocupação de espaços para reduzir os índices de asfixia perinatal intraparto, intensificando a vigilância no pré-parto e acompanhando diretamente ao parto normal sem complicações (SANTOS, 2006).

No ano de 1991, a maternidade do Hospital Raphael de Paula Souza, localizado em Curicica, foi fechada. Tal fato comprometeu muito o acesso das mulheres aos serviços de pré-natal e de assistência ao parto na região (LIMA, 1997). Em 1993, diante de um estudo realizado nas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, foram detectados vários problemas na assistência obstétrica, tais como: a má distribuição de recursos financeiro, material e humano nas unidades das diversas regiões municipais; o isolamento imposto às parturientes; a baixa oferta de leitos obstétricos e neonatais diante da demanda, entre outras questões. Frente a esse diagnóstico foram levantadas estratégias para a melhoria da atenção obstétrica no Rio de Janeiro, mais especificamente na região oeste da metrópole (MOUTA, 2009).

Assim, em 1994, com a criação da maternidade Leila Diniz diversas estratégias de luta foram desenvolvidas pelas enfermeiras, que mesmo sob forte resistência da corporação médica, conseguiram viabilizar a implantação de algumas práticas menos intervencionistas na assistência ao parto hospitalar segundo as recomendações da OMS/MS (MOUTA, 2009).

A partir de 1998, o Ministério da Saúde estimulava o parto normal em detrimento aos altos índices de cesarianas. Ao editar a portaria 2816/98 que inclui o parto feito por enfermeira obstétrica na tabela de pagamento do SUS e financiar cursos de pós-graduação em enfermagem obstétrica (MOURA et al., 2007) demonstrou que para reduzir os índices de cesarianas, estava incentivando a entrada no campo obstétrico de profissionais não médicos. Ao mesmo tempo, reconheceu a luta e a competência das enfermeiras e ao associar

simbolicamente uma de suas especialidades ao parto normal fortaleceu sua identidade profissional.

Nesse mesmo ano, a SMS-Rio incentivou a atuação da enfermeira obstétrica no acompanhamento do pré-natal de baixo risco, promovendo a expansão desta assistência em diversos postos de saúde e centros municipais de saúde, principalmente na Área Programática 3.3. Esta região da cidade engloba bairros do subúrbio com a maior taxa anual de nascimentos, além de reunir três grandes Maternidades: Carmela Dutra, Alexander Fleming e Herculano Pinheiro (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Em 1999, no município do Rio de Janeiro, as enfermeiras obstétricas atuavam nas salas de parto de quatro maternidades. Três maternidades eram direcionadas para gestantes de baixo risco e uma priorizava o atendimento para gestantes de alto risco (TUESTA et al., 2003).

Durante todos esses anos, a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado no campo obstétrico tem sido árdua diante da hegemonia da corporação médica. Embates políticos, filosóficos e questões de gênero estão atrelados cotidianamente aos cenários de atuação desses dois profissionais. Mesmo assim, esta especialista da enfermagem gradativamente vem conseguindo desenvolver seu fazer junto à população de mulheres, desde os primórdios do processo de humanização no país e no Rio de Janeiro.

Desta forma, é de fundamental importância aprofundar os conhecimentos sobre a contribuição da enfermeira obstétrica no modelo de humanização do parto, visto que esta política tem nesta profissional uma importante aliada.

Diante do exposto, e após quinze anos desde que as enfermeiras começaram a ocupar espaços no campo obstétrico hospitalar no contexto da humanização do parto e nascimento, trouxe-se como questão de pesquisa: As enfermeiras obstétricas utilizam práticas assistenciais preconizadas pelo Ministério da Saúde referentes à humanização do trabalho de parto e parto?

Os objetivos foram:

- identificar as práticas de enfermeiras obstétricas atuantes no trabalho de parto e parto em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro;
- avaliar a consonância das práticas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto e parto com as recomendações do MS/OMS;
- analisar a implementação das práticas das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto entre 2004 e 2008.

O interesse pelo tema surgiu com a minha experiência acadêmica no curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica, onde pude permanecer por quatro meses em unidades municipais de saúde, englobando centros municipais e maternidades.

Neste momento, pude perceber a luta das enfermeiras obstétricas em alguns desses cenários pela implantação das práticas obstétricas preconizadas pela política de humanização. Tal situação inquietou-me, despertando-me o interesse em estudar a participação da enfermeira no processo de humanização, através do conhecimento das ações que esta profissional desenvolve na assistência ao parto e nascimento.

Acredita-se que o desenvolvimento deste estudo será de grande valia para a enfermagem obstétrica já que trata de um campo profissional amplo, onde a assistência de enfermagem pode trazer melhoria para a saúde do binômio mãe - filho, ao realizar o cuidado de forma humanizada, o qual agrega benefícios ao processo de parir e nascer.

Com a realização deste trabalho espera-se contribuir para a elaboração de um diagnóstico da prática obstétrica dos enfermeiros inseridos em maternidades municipais, já que consideramos ser de suma importância conhecermos a atuação assistencial dos profissionais, visto que são estes que possibilitam a implementação da política de humanização em cada unidade de saúde.

Além disso, com esse estudo deseja-se ainda despertar novas investigações sobre a temática, possibilitando o esclarecimento sobre como os enfermeiros atuam na atenção obstétrica, objetivando a adequação das práticas de atendimento ao binômio mãe - filho.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Contextualização mundial do movimento da humanização do parto

A medicalização do parto e nascimento vem ocorrendo em todo o mundo. Inclusive, nos países desenvolvidos, a grande maioria dos partos vaginais e de baixo risco ainda é conduzida com condutas intervencionistas sem evidências científicas de sua eficácia. Em muitos países, parturientes de baixo risco obstétrico são submetidas a infusões intravenosas rotineiras e a administração de ocitocina² durante o trabalho de parto sem uma real indicação. As mulheres permanecem deitadas na posição horizontal durante o trabalho de parto, com monitorização cardíaca fetal³ contínua e porem na posição litotômica⁴. Em alguns países europeus, a assistência obstétrica ainda segue o modelo medicalizado onde a tricotomia, o enema⁵ e a episiotomia⁶ são aplicados rotineiramente, ignorando por completo as recomendações da OMS para um parto normal saudável e humanizado (JOHANSON; NEWBURN; MACFARLANE, 2002; SMITH; GARNER, 2002).

Na tentativa de transformar a realidade da atenção obstétrica, ao redor do mundo, muitas organizações não governamentais vêm trazendo propostas para que o parto seja retomado como um processo fisiológico e para que o cuidado seja centrado no bem estar da mulher e de seu filho. Nessa perspectiva, o Instituto Lamaze International, através de estudos científicos sobre o efeito das práticas obstétricas durante o trabalho de parto e parto, descreve seis práticas obstétricas para promover, apoiar e proteger o parto normal, a formação de vínculo entre o binômio mãe-filho e o aleitamento materno (BINGHAM, 2007).

As práticas obstétricas incentivadas pelo Instituto Lamaze International (HOTELLING, 2001) são:

- o parto deve iniciar-se sozinho;
- as parturientes devem estar livres para se movimentarem durante todo o trabalho de parto e parto;

² É um hormônio produzido pelo hipotálamo e armazenado na hipófise posterior (Neuro hipófise), e tem a função de promover as contrações uterinas durante o parto e a ejeção do leite durante a amamentação (REZENDE, 2005).

³ Exame não invasivo utilizado para identificar a frequência e o padrão cardíaco fetal (REZENDE, 2005).

⁴ Decúbito dorsal, com as pernas flexionadas sobre o abdome, afastadas; usada para exame dos órgãos genitais internos e externos (REZENDE, 2005).

⁵ Introdução de líquido no ânus para lavagem, purgação ou administração de medicamentos (REZENDE, 2005).

⁶ Incisão cirúrgica na região da vulva, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto; favorecer a liberação do concepto e evitar lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo (REZENDE, 2005).

- as parturientes devem contar com o apoio contínuo dos acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- não devem existir intervenções rotineiras durante o parto e nascimento;
- as mulheres não devem parir em posições horizontais;
- mães e bebês não devem ser separados após o nascimento e as oportunidades para o aleitamento materno devem ser ilimitadas.

O Instituto Lamaze foi fundado em 1960, nos Estados Unidos, como uma instituição sem fins lucrativos formada por pais, educadores, profissionais de saúde e administradores de estabelecimentos de saúde, que visavam espalhar por todo o mundo a filosofia do parto e nascimento como um processo saudável e natural. Através de muitas pesquisas realizadas ao longo destes 50 anos de existência, esse Instituto tem por objetivo promover, apoiar e proteger o parto normal através da educação das mulheres, da família, dos profissionais e das instituições.

A filosofia do nascimento para os integrantes do Instituto Lamaze International (HOTELLING, 2001) compreende:

- o parto é normal, natural e saudável;
- a experiência do nascimento afeta profundamente as mulheres e suas famílias;
- a própria sabedoria feminina guia as mulheres durante o nascimento;
- a confiança e a capacidade de dar à luz das mulheres pode ser reforçada ou diminuída, dependendo do prestador de cuidados e do local do nascimento;
- as mulheres têm o direito de parir livre das intervenções rotineiras;
- o parto pode ocorrer com segurança em centros de parto normal e em domicílios;
- os profissionais de saúde devem habilitar as mulheres a participarem ativamente do processo decisório dos cuidados prestados às mesmas, para que estas possam assumir a responsabilidade pela sua saúde e confiem em sua sabedoria interior.

A Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) é outra entidade não governamental fundada nos Estados Unidos, em 1996. Esta representa uma união de cerca de 90.000 pessoas e mais de 50 organizações nacionais, que se preocupam com a assistência ofertada às mães, aos bebês e às famílias. O objetivo desta coligação é promover um modelo humanizado de assistência ao parto que poderá qualificar os nascimentos e reduzir drasticamente os custos deste processo. Este modelo é baseado em evidências e é centrado na

prevenção e nas alternativas ao alto custo com diagnósticos, tratamentos e programas (CIMS, 1996).

Em julho de 1996, vários pesquisadores norte-americanos integrantes desta rede lançaram o projeto “mother-friendly”, que corresponde a um título adquirido por maternidades, hospitais ou centros de parto de acordo com a assistência prestada às parturientes. Segundo Coalition for Improving Maternity Services (CIMS, 1996), para que um estabelecimento de saúde possa adquirir o título de “Amigo da mãe”, este deve conseguir alcançar os dez passos a seguir:

- oferecer a todas as parturientes acesso irrestrito durante todo o parto aos acompanhantes de sua escolha incluindo o pai, companheiro, membros da família, amigos e doulas. Além disso, o local do parto deve estar disponível para a assistência de parteiras;
- fornecer informações estatísticas descritivas e precisas ao público sobre as suas práticas e procedimentos durante o parto e nascimento, incluindo medidas de intervenção e resultados;
- fornecer um cuidado respeitando as crenças, valores e costumes maternos, assim como sua religião;
- fornecer à parturiente liberdade para caminhar, se movimentar e assumir posições de sua escolha durante o trabalho de parto e parto, a menos que a mulher tenha alguma complicação que a impossibilite de realizar tais práticas, e desencorajar a posição litotômica para o parto;
- deve ter claramente definido políticas e procedimentos para a interligação e comunicação entre os serviços de pré-natal e o profissional responsável pelo parto, além de garantir o acompanhamento pós-natal e o suporte ao aleitamento materno;
- não empregar rotineiramente práticas e procedimentos que não são embasados por estudos científicos como sendo eficazes, tais como: tricotomia, lavagens intestinais, infusões endovenosas, restrição de líquidos ou alimentos, ruptura prematura das membranas ovulares, monitorização fetal intermitente;
- informar aos profissionais sobre os métodos não farmacológicos para o alívio da dor e não indicar o uso de analgesias, a menos que necessário, para evitar complicações;

- encorajar todas as mães e famílias para tocar, abraçar e cuidar de seus bebês;
- desencorajar as circuncisões não religiosas dos recém nascidos;
- esforçar-se para promover o aleitamento materno e conseguir alcançar os dez passos de um hospital amigo da criança.

Esses dez passos para o “Mother-friendly” fornecem orientações para os profissionais atuantes no campo obstétrico, para os hospitais e maternidades que estão empenhados em assegurar que nessas unidades a assistência obstétrica está voltada para o modelo humanizado de atenção (LOTHIAN, 2007).

The Better Births International Network corresponde a uma rede de indivíduos, engajados na promoção da melhoria da assistência obstétrica nos países em desenvolvimento. Sua ação iniciou-se na África do Sul em 2000, através de estudos científicos que demonstraram uma discrepância entre o que é preconizado na assistência qualificada baseada em evidências científicas e o que é realizado na prática.

Depois disso, outros estudos foram desenvolvidos por este grupo na China e Zimbábue, onde comprovaram que a qualidade da atenção obstétrica poderá mudar sensivelmente, se os profissionais de saúde mudarem suas práticas e apoiá-las no modelo humanizado de assistência. The Better Births Initiative procura encorajar os profissionais de saúde a abandonarem condutas que não possuem evidências de que são benéficas ao binômio mãe - filho (SMITH; GARNER, 2002).

No Brasil, um grande marco na abordagem das intervenções no processo de parturição ocorreu em 1985, na Conferência sobre Tecnologia Apropriada, sediada em Fortaleza. Nessa conferência foram elaboradas diversas recomendações para um parto e nascimento mais fisiológicos (MAMEDE, 2005).

Nesse sentido, o movimento de humanização do parto é reafirmado com o projeto “Maternidade Segura”, onde a OMS conjuntamente com diversos órgãos internacionais estabeleceu estratégias para assegurar a gestação e partos seguros. As ações priorizavam o planejamento familiar, o pré-natal, o parto saudável e as práticas obstétricas essenciais (MAMEDE; ALMEIDA; CLAPIS, 2004).

Outro passo fundamental no movimento pela humanização do parto e nascimento brasileiro ocorreu em 1993, com a fundação da Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (REHUNA). Esta rede foi formada a partir de um encontro, realizado em Campinas, onde diversos profissionais, com ideais semelhantes diante da busca por um novo modelo de atenção ao parto, redigiram a carta de Campinas. Este documento retratava a

assistência obstétrica dispensada às mulheres como um atendimento prestado com pouca responsabilidade profissional, onde as gestantes e parturientes eram constantemente constrangidas e vítimas de várias formas de violência institucional (DINIZ, 2005).

Desde sua fundação, a REHUNA vem agregando centenas de participantes na sua maioria profissionais de saúde, com o objetivo de promover uma assistência obstétrica fisiológica pautada em evidências científicas, para que assim seja possível minimizar as condutas intervencionistas e desnecessárias amplamente utilizadas na gravidez, parto e nascimento (TORNQUIST, 2007).

1.2 Estudos científicos que evidenciam as práticas obstétricas recomendadas pela OMS

A saúde materna e neonatal tem sido alvo de amplos debates e transformações profundas em muitos países, devido à situação precária em que as parturientes são recebidas e assistidas em muitas instituições de saúde. Nesta realidade, as práticas obstétricas têm sido alvo de diversos estudos científicos que procuram embasar a assistência profissional no cuidado centrado na família e em condutas benéficas e efetivas para a díade mãe-filho durante o parto e nascimento (KHAYAT; CAMPBELL, 2000).

Estudos baseados em evidências científicas subsidiaram a OMS, em 1996, a redigir a publicação “Assistência ao parto normal: um guia prático”, que abordou as práticas obstétricas dividindo-as em quatro categorias: a) condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas; b) condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas; c) condutas sem evidência suficiente para fomentar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não as tornarem evidentes; d) condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas (BRASIL, 2001).

Nas práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas encontram-se condutas que podem ser facilmente aplicadas e que estão sendo objeto de avaliação e discussão em diversos estudos, com o intuito de promover o embasamento teórico-científico à prática obstétrica na perspectiva da humanização. Algumas destas condutas referem-se ao: oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto; respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto; respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto; fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem; utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de

relaxamento, durante o trabalho de parto; liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto; estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Com relação ao oferecimento de líquidos durante o trabalho de parto é possível constatar que a assistência à saúde materna indica que por muitos anos a prática obstétrica foi orientada com base na prescrição do jejum absoluto para as parturientes, com a alegação de que caso fosse necessário a realização de um procedimento cirúrgico, a anestesia poderia provocar broncoaspiração.

Como o trabalho de parto produz um alto gasto de energia, a restrição de alimentos por longos períodos pode provocar desidratação e produção de cetonas. Desta forma, as parturientes podem ingerir líquidos sem resíduos e alimentos leves de forma moderada, sendo que se deve sempre afastar a possibilidade da realização de procedimentos cirúrgicos com anestesia geral, para evitar a possibilidade de broncoaspiração do conteúdo gástrico durante o efeito anestésico (ANDINA, 2002).

Para Christóforo (2005), a pouca evidência científica existente referente aos benefícios advindos do jejum imposto às parturientes ressalta a importância do oferecimento de líquidos ou alimentos durante o início do trabalho de parto.

O jejum absoluto, muitas vezes imposto às mulheres em trabalho de parto, está intimamente relacionado com a prescrição rotineira de hidratação endovenosa. Esse procedimento acaba interferindo no processo natural da parturição, já que limita a movimentação da parturiente e pode provocar desconforto e dor nessas mulheres. Sendo assim, esta intervenção deve ser evitada, exceto em casos onde a indicação clínica ou obstétrica seja clara e precisa.

A presença do acompanhante na sala de parto foi regulamentada em todo território nacional, através da Lei nº 11108 de 2005. Com esta lei todo estabelecimento do SUS, inclusive a rede conveniada, é obrigado a permitir a presença do acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2005).

Mesmo diante da legislação, muitas instituições e profissionais, em particular, não permitem a presença do acompanhante denotando o despreparo institucional e dos profissionais para acolher o acompanhante e a desvalorização da importância da presença de um acompanhante de escolha da mulher. Ainda nessa ótica, outra questão importante é o não conhecimento desse direito por parte das parturientes e acompanhantes. Tal fato retrata a submissão das mulheres aos profissionais e ao mesmo tempo, aponta para a falha dos serviços

públicos na divulgação dos direitos reprodutivos das parturientes (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008).

Segundo Brüggemann (2005), a presença do acompanhante promoveu um índice cinco vezes maior de satisfação, relacionado às condutas realizadas durante todo o parto e pós-parto, em relação às parturientes não acompanhadas. Essa discrepância ocorreu mais acentuadamente com as mulheres acompanhadas por familiares e durante todo o trabalho de parto, com a representação de um índice oito vezes maior de satisfação em relação àquelas não acompanhadas.

No estudo com 13.391 mulheres conduzido por Hodnett et al. (2007), os resultados mostraram que o acompanhante durante o parto pode reduzir o tempo do trabalho de parto, facilitar partos vaginais espontâneos e diminuir a incidência de analgesias durante o trabalho de parto. Em geral, o apoio durante a parturição revelou maiores benefícios quando o acompanhante era um membro da família e quando este suporte ocorreu desde o início do trabalho de parto até o nascimento.

Andina (2002) reforça a importância da presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto para promover um relaxamento materno, minimizando a sensação dolorosa deste momento e diminuindo assim a administração de medicamentos para o alívio da dor. Além disso, a presença do acompanhante de forma contínua no processo de parturição está associada a menores incidências de cesáreas, a índices de Apgar superiores a sete no quinto minuto de vida e a durações mais curtas de trabalho de parto.

Diversos estudos afirmam que a presença do acompanhante de escolha da mulher promove segurança, conforto, suporte físico e emocional e satisfação às parturientes (BANDA et al., 2010; BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005; HODNETT et al., 2007). Todos esses benefícios advindos da presença do acompanhante podem propiciar que a mulher desenvolva um papel mais ativo no parto (ODENT, 2002).

Para Hodnett (2002), a experiência de uma parturiente em sentir-se realmente apoiada pelo acompanhante é o elemento mais importante na determinação da satisfação da mulher durante o parto. Além disso, estudos demonstram que mulheres acompanhadas por pessoas de sua escolha recebem apoio emocional e físico quando o acompanhante desenvolve, junto à parturiente, ações como massagens, ajudando-a e encorajando-a durante a deambulação, o banho e também no período expulsivo (DOMINGUES, 2002; PINTO et al., 2003; TORNQUIST, 2003).

Nessa concepção, é de suma importância abordar a representatividade da enfermeira fornecendo um apoio contínuo à parturiente aos seus cuidados, já que em muitas ocasiões

essas mulheres permanecem desacompanhadas durante o trabalho de parto. Diante disso, ressaltamos que o profissional de saúde - mais especificamente a enfermeira - necessita apreender elementos para a construção de uma relação interpessoal que considere as queixas da mulher com uma escuta atenta, com uma abordagem empática e com o propósito de desenvolver ações para que a vivência do trabalho de parto e do parto seja positiva, amenizando o medo e o estresse geralmente presentes neste processo (ALMEIDA; OLIVEIRA, 2005).

Na abordagem do desconforto ou dor durante o trabalho de parto e parto, mesmo sendo este um sentimento subjetivo onde cada mulher vivencia a dor de um modo pessoal e adaptativo, as intervenções não farmacológicas podem ajudar a reduzir as percepções dolorosas, alterando essa resposta na maioria das parturientes (DAVIM et al., 2008). Além disso, na abordagem da dor durante o trabalho de parto, estratégias não farmacológicas têm sido aplicadas para promover um alívio sem o uso de anestésicos e analgésicos (SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Existem várias práticas obstétricas não invasivas relacionadas a esta temática, tais como: o uso de calor úmido na região inferior do abdome, inguinal ou períneo pode promover o alívio da dor durante o trabalho de parto e o uso de compressas frias aplicadas na região lombar, ânus ou períneo.

O uso da imersão em água morna durante o trabalho de parto e parto ainda é um tema bastante discutido entre diversos autores. Para aqueles que defendem a utilização dessa prática não invasiva relatam o efeito relaxante da água, a possibilidade de acelerar o trabalho de parto, reduzir a pressão arterial materna, propiciar um menor traumatismo perineal e aumentar o controle materno sobre o ambiente do parto (CLUETT et al., 2004). Porém, existem críticos à utilização dessa conduta afirmando que poderia haver um maior risco de infecção materno infantil, aumento do risco de trauma perineal, diminuição de contrações uterinas eficazes, além de hemorragia pós-parto (ENKIN, 2004).

A utilização da água no trabalho de parto e parto tem conseguido conquistar as mulheres em muitos países, como um método natural, seguro e eficaz para o alívio das sensações dolorosas na parturição. Estima-se que mais de 150.000 nascimentos entre 1985 e 1999 já ocorreram na água em todo o mundo e o uso da água na parturição está gradativamente mais popular. Nos Estados Unidos, a taxa de realização de partos na água ou da utilização da água durante o trabalho de parto ainda é desconhecida, porém existe uma grande procura pelas piscinas de parto nesse país. As parteiras americanas são as grandes

responsáveis pela utilização da água no parto e nascimento tanto nos domicílios, hospitais, como em centros de parto independentes (MACKEY, 2001).

Silva e Oliveira (2006) referem que o banho de imersão proporciona à mulher a retomada de sua autonomia no processo de parturição, pois a mesma poderá mobilizar seus próprios recursos na busca de seu bem estar durante este momento. Além disso, é uma prática relaxante e que não interfere na progressão do trabalho de parto.

Com a água a mulher pode relaxar, sentir menos dor e conseqüentemente estar menos ansiosa, o que provavelmente reduzirá os níveis de adrenalina. A redução dos níveis do hormônio do estresse pode desencadear um aumento da produção endógena de ocitocina, o hormônio do amor (ODENT, 2002).

A imersão em água elimina a compressão na veia cava inferior, o que resulta no aumento da irrigação sanguínea para o útero, provocando uma maior oxigenação do tecido uterino, resultando em contrações mais eficazes e duradouras. Além disso, a imersão em água morna pode produzir uma leve diminuição nos níveis de pressão arterial materna, o que acelera ligeiramente os batimentos cardíacos maternos, aumentando assim a oxigenação para o útero e para o feto (MACKEY, 2001).

Para Odent (2002), a imersão em água morna torna o trabalho de parto mais fácil, mais confortável e mais eficiente, já que o calor da água promove o relaxamento da musculatura ao se diminuir a secreção de adrenalina. Além disso, no banho de imersão a mulher pode flutuar, não sentindo seu próprio peso durante as contrações. A água, tanto na imersão quanto na aspersão, pode ter o poder de produzir um relaxamento mental, o que promove uma dilatação cervical mais rápida.

A utilização desta conduta é capaz de promover a diminuição da ansiedade durante a primeira fase do trabalho de parto e propiciar o alívio da dor durante esta fase (BENFIELD et al., 2001; CLUETT et al., 2004; SIMKIN; O'HARA, 2002).

No estudo de Simkin e O'Hara (2002), o uso da imersão em água morna foi relacionado ao aparecimento de poucos casos de apresentações fetais desfavoráveis como as occipitais posteriores e transversas.

Silva, Oliveira e Nobre (2009) coordenaram um estudo randomizado com 108 mulheres nulíparas para avaliar a eficácia da imersão em água morna para o alívio da dor durante o trabalho de parto. Nesse estudo, os pesquisadores concluíram que a imersão em água morna (água em uma temperatura não excedente a 38°C) por cerca de 1 hora com nulíparas após 6-7 cm de dilatação do colo uterino foi uma excelente alternativa não farmacológica para o alívio da dor e não interferiu na progressão do trabalho de parto, nem

tampouco trouxe algum malefício para o binômio mãe-filho. Relataram ainda que a imersão em água morna impediu ou minimizou o uso de medicamentos para o alívio da dor durante o trabalho de parto, o que tornou a mulher mais ativa durante todo o processo.

Ohlsson et al. (2001) afirmaram que o banho morno de aspensão durante o primeiro estágio do trabalho de parto não traz nenhuma repercussão negativa para a parturiente e para o neonato, considerando essa prática não farmacológica para o alívio da dor como um método seguro para mães e filhos.

Para Eriksson, Mattsson e Ladfors (1997), a imersão em água morna durante o trabalho de parto não propiciou nenhum evento negativo à saúde do recém-nascido, já que seus estudos demonstraram que os batimentos cardíacos fetais não sofreram nenhuma alteração de padrão ou frequência após a imersão materna. Além disso, todos os bebês obtiveram índices de Apgar iguais ou superiores a sete no primeiro minuto de vida.

Como foi possível retratar, existem diversos benefícios que estão associados à utilização da água no trabalho de parto e parto, tais como: aceleração da dilatação do colo uterino, método não farmacológico para o alívio da dor; diminuição do uso de analgesias farmacológicas durante o parto; diminuição de cesáreas; redução de lacerações perineais e o aumento da satisfação materna com o parto. Os prováveis riscos e críticas associadas a esta prática estão relacionados com a ocorrência do parto dentro da água e não com a imersão da parturiente durante o trabalho de parto apenas. Esses riscos incluem: aumento da possibilidade de infecção materna e neonatal, problemas com a regulação térmica do recém-nascido, broncoaspiração de água pelo recém-nascido e o risco de torção do cordão umbilical (MACKEY, 2001).

Silva, Oliveira e Nobre (2009) tecem uma importante consideração acerca dos estudos científicos, que procuram comprovar ou não a relação entre o uso da água morna e a diminuição da dor durante o trabalho de parto. Para esses autores, os estudos devem indicar o estágio do trabalho de parto no qual essa estratégia não farmacológica foi utilizada. Além disso, na escolha dos participantes do estudo não devem ser selecionadas múltiparas e nulíparas como participantes da mesma pesquisa, já que isso pode influenciar na avaliação da dor durante o trabalho de parto. O uso da ocitocina também deve ser um fator a ser considerado nos trabalhos científicos, pois esta droga pode interferir na sensação dolorosa.

Para Mackey (2001), existem alguns critérios para que a utilização da água durante o trabalho de parto seja de forma segura para o binômio mãe-filho: é necessário que a parturiente não tenha patologias associadas na gestação; a gestação deve ter mais de 37 semanas e ser única; os sinais vitais maternos e a vitalidade fetal devem ser monitorados

intermitentemente; caso a bolsa das águas esteja rota o líquido amniótico deve estar claro. Parturientes com líquido amniótico com a presença de mecônio, ainda devem ser alvo de muitas pesquisas, para a melhor avaliação quanto ao uso dessa prática. As contra indicações para que o trabalho de parto seja acompanhado na água são: presença de infecções maternas como infecção pelo vírus da hepatite C ou atividade do vírus do herpes no momento do parto; sangramento vaginal excessivo; frequência cardíaca fetal fora dos padrões de normalidade; qualquer condição que requeira monitorização cardíaca fetal contínua; parturientes com administração endovenosa contínua de ocitocina e mulheres com cesárea prévia.

As recomendações gerais para a utilização da água no trabalho de parto compreendem: permitir a ingestão de líquidos durante o trabalho de parto para prevenir a desidratação materna; para manter o conforto da mulher, prevenir sua desidratação e impedir um super aquecimento, a temperatura da água deve estar sempre entre 35°C e 41°C; as mulheres podem utilizar a água em qualquer fase do trabalho de parto, porém quando a dilatação cervical ainda está inferior a 5 centímetros, a imersão na água pode provocar uma diminuição da força e da frequência das contrações uterinas (ERIKSSON; MATTSSON; LADFORS, 1997); a presença de um acompanhante deve ser estimulada; caso as parturientes permaneçam por mais de duas horas na banheira, pode haver uma diminuição das contrações uterinas. No intuito de evitar esta possibilidade, é aconselhável que a mulher também deambule durante o trabalho de parto para manter uma contração eficaz (MACKEY, 2001).

De acordo com Enkin (2004), a realização de massagens, seja através das mãos ou de aparelhos vibratórios, com maior ou menor intensidade, podem provocar um alívio do desconforto durante o trabalho de parto, porém não existem muitas evidências científicas sobre a efetividade desta prática, mas seu uso parece ser inofensivo e pode ser interrompido assim que a mulher desejar. Para Huntley, Coon e Ernst (2004) e Simkin e O'Hara (2002), o uso de massagens ou até mesmo o toque corporal podem reduzir a dor materna, diminuindo a ansiedade e o estresse emocional.

Em alguns estudos norte-americanos a hipnose também foi analisada como um método não farmacológico para o alívio da dor durante o parto. Nesse aspecto, Cyna, Mcauliffe e Andrew (2004) referem que esta técnica reduz a necessidade de analgesias, promovendo uma grande satisfação materna no alívio da dor, além de aumentar a incidência de partos espontâneos.

A musicoterapia pode promover a construção de um ambiente relaxante, onde outros sons desagradáveis podem ser bloqueados. O uso da música durante o trabalho de parto pode

ser usada com outras práticas humanizadas, como a massagem, potencializando o alívio da dor (ENKIN, 2004).

Federico (2003) ressalta que a musicoterapia já tem sido utilizada há mais de vinte anos durante o trabalho de parto. Diversas investigações demonstraram que a música auxilia na promoção de um relaxamento materno profundo, transformando sua percepção dolorosa na parturição. Além disso, a música pode propiciar uma introspecção materna, o que pode favorecer o acontecimento de um parto fisiológico, com mínima ou nenhuma intervenção.

Robertson e Johansson (2008) propuseram investigar a associação entre a nacionalidade da parturiente e o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, durante o trabalho de parto de mulheres estrangeiras e não estrangeiras. Esse estudo foi realizado entre 1996 e 1998 com 215.497 parturientes de gestação única entre 18 e 47 anos. Todos os grupos de mulheres estrangeiras, exceto as Finlandesas, tiveram uma menor utilização dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor quando comparadas com as Suecas (não estrangeiras). Mulheres provenientes da Bósnia, países Árabes, da África, Turquia, Irã e Ásia tiveram cerca de 40% menos chance de utilizarem algum método não farmacológico para o alívio da dor durante o trabalho de parto e parto que as Suecas. Para esses pesquisadores, os achados revelaram que os sistemas de saúde na Suécia e seus prestadores de serviço devem estar mais atentos ao quanto o contexto sociocultural pode influenciar durante todo o processo do parto e nascimento.

O uso da bola suíça (fisioball) representa outra estratégia para propiciar um atendimento humanizado, visto que é uma prática não invasiva e que pode promover uma maior dilatação cervical em menos tempo, já que permite o posicionamento da mulher verticalmente, colaborando para um parto mais saudável. O uso da bola tende a promover o alívio da dor na região lombo-sacra com movimentos laterais ou antero posteriores (LOPES et al., 2003).

Davim et al. (2008) relatam que em um estudo realizado com parturientes no período de dilatação, foi utilizada a bola suíça, também conhecida como bola do nascimento. O uso dessa estratégia provocou menor desconforto durante e entre as contrações. Além disso, o uso da bola pode ser associado a outros recursos não farmacológicos para o alívio da dor, como o banho morno no chuveiro e a massagem corporal, sendo assim considerada uma prática não farmacológica para auxiliar um parto e nascimento humanizados.

Alguns autores afirmam que as técnicas de exercício respiratório são altamente benéficas para a promoção do relaxamento materno, e representam importantes aliados na busca do empoderamento da parturiente. Esses exercícios podem ser ensinados ainda no pré-

natal e consistem em demonstrar as técnicas da respiração torácica e abdominal. A primeira fornece um maior aporte de oxigênio para a mãe, aliviando o fundo uterino e permitindo uma maior expansibilidade torácica no sentido lateral, sendo mais indicada a sua realização durante as contrações. A segunda técnica é mais profunda, sendo indicada para os períodos entre as contrações uterinas, proporcionando um relaxamento da parturiente (LOWDERMILK et al., 2002).

Os exercícios respiratórios podem proporcionar mais calma, tranquilidade, sentimento de autoajuda e o fundamental: a mulher passa por um processo de conscientização corporal, adquirindo um papel ativo durante o parto, reconhecendo construtivamente o que está acontecendo em seu corpo (LOWDERMILK et al., 2002).

A técnica da respiração foi utilizada em um estudo experimental tipo caso controle, envolvendo 36 parturientes. O objetivo foi o de avaliar esta técnica como método para alívio da dor e da ansiedade na parturição. Nessa pesquisa concluiu-se que a técnica não foi capaz de reduzir a intensidade da dor materna, porém proporcionou níveis de ansiedade maternos baixos durante longos períodos de tempo durante o trabalho de parto (ALMEIDA et al., 2005).

Diante de outro estudo tipo caso controle com 40 primigestas, o padrão respiratório empregado foi analisado enquanto prática não farmacológica para o alívio da dor. Nesta pesquisa, evidenciou-se que as técnicas de exercício respiratório são capazes de diminuir a sensação dolorosa durante o primeiro estágio do trabalho de parto, atuando também na melhora dos níveis de saturação de oxigênio maternos (BOING; SPERANDIO; SANTOS, 2007).

Devido às práticas obstétricas do modelo medicalizado ou até mesmo as interferências culturais, as mulheres têm permanecido restritas e em posição horizontal no leito, porém a adoção de posições não supinas durante o parto é uma das práticas que devem ser estimuladas segundo a OMS/MS (BRASIL, 2001). Quando há a possibilidade de movimentação, as parturientes adotam espontaneamente posições ortostáticas, decúbito lateral ou até mesmo quatro apoios. A adoção de posições verticais pode estimular o progresso do trabalho de parto, através da ação da gravidade, e reduzir a dor neste momento (ENKIN, 2004).

As mulheres devem ser estimuladas a adotar a posição que lhes traga mais conforto durante o trabalho de parto e também durante o parto, preferencialmente posições verticais ou em decúbito lateral esquerdo (ANDINA, 2002). Quando a satisfação ou a preferência materna é respeitada, as mulheres indicam que preferem permanecer em posições não litotômicas que para elas são as mais confortáveis (ROBERTS; HANSON, 2007).

A liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto não propicia nenhum evento desfavorável na parturição. A posição litotômica reduz o aporte sanguíneo para o feto, afetando os batimentos cardíacos fetais. Além disso, esta posição promove um aumento dos níveis dos hormônios do estresse o que acarreta na diminuição da contratilidade uterina e conseqüentemente, do progresso do trabalho de parto. Ainda nessa perspectiva, a deambulação e as mudanças de posição durante o primeiro estágio do trabalho de parto, podem diminuir o tempo de duração deste. Na segunda fase do trabalho de parto a adoção de posições não supinas também promovem uma diminuição de sua duração, além de auxiliar no alívio da dor (SIMKIN; O`HARA, 2002).

As mulheres que assumem posições não litotômicas durante o parto tiveram menor índice de lacerações de períneo (SHORTEN, A.; DONSANTE; SHORTEN, B., 2002; SOONG; BARNES, 2005; TERRY et al., 2006), menor edema vulvar e menor perda sanguínea uterina. (TERRY et al., 2006).

Stremler et al. (2005) referem que quando o feto encontra-se em occipto sacro a posição de quatro apoios adotada pela mãe durante o primeiro estágio do trabalho de parto, pode promover a rotação fetal para occipto púbis, o que favorece o trabalho de parto e possibilita a redução do desconforto na região lombar materna.

Segundo Balaskas (1993), a posição horizontal não proporciona um aproveitamento da mobilidade da musculatura pélvica, além de não favorecer a força da gravidade para o nascimento. Esta posição ainda aumenta o risco de ocorrência de lesões perineais devido à distensão desigual do períneo. Para esta autora, a posição cócoras permite a formação de um ângulo agudo quando os joelhos vão de encontro ao tórax, o que proporciona que os diâmetros da pelve alcancem sua abertura máxima, facilitando a passagem do feto pela bacia materna.

Estudo tipo caso-controle realizado nos EUA revelou que as posições verticais, especialmente cócoras, durante todo o parto, estão associadas a efeitos benéficos para a saúde materna e fetal, como por exemplo, uma taxa menor de episiotomia e o uso reduzido de medicações analgésicas e de ocitocina (ADLER et al., 2004).

No que concerne à liberdade de movimentos durante o trabalho de parto e parto, Mamede, Almeida e Clapis (2004) e Odent (2002) relatam que a posição vertical promove uma boa perfusão placentária durante mais tempo, diminuindo o risco de sofrimento fetal, mesmo quando o período expulsivo estiver prolongado. Sendo assim, o profissional de saúde deve estar habilitado para o acompanhamento de partos em posições verticais, para que isso não se torne um fator inibidor para a parturiente quanto à escolha da posição. Além disso, o

profissional deve ser capacitado a orientar e ensinar as posições mais eficazes e confortáveis para o trabalho de parto e parto, para que a parturiente não seja influenciada e privilegie o conforto dos profissionais em detrimento de seu próprio.

Nesse aspecto torna-se importante que as orientações acerca das práticas humanizadas no trabalho de parto e parto sejam fornecidas ainda no pré-natal, visto que no momento da internação as informações são recebidas, geralmente, como reforço e não como uma informação nova (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; SESCATO; SOUZA; WALL, 2008).

Os profissionais de saúde devem fornecer às mulheres informações facilmente compreensíveis e propiciar que estas possam decidir sobre as condutas realizadas durante a gestação, parto e nascimento (CIMS, 1996).

O uso rotineiro da episiotomia foi classificado como uma prática que deve ser eliminada, por se tratar de uma técnica claramente prejudicial à mulher (BRASIL, 2001). Apesar de tal constatação, a episiotomia tem sido rotineiramente realizada, visando minimizar o risco de trauma perineal e evitar lesão do esfíncter anal. Diante desta realidade, estudos científicos sobre a temática foram realizados, onde se verificou que a episiotomia de rotina demonstra estar relacionada à maior frequência de dor perineal e dispareunia, não demonstrando benefícios maternos ou fetais (RODRIGUEZ et al., 2008; SARTORE et al., 2004). Sendo assim, a episiotomia deve ser realizada somente nos casos em que houver necessidade, indicada em cerca de 10% a 15% dos casos (BRASIL, 2001; BRASIL, 2000a).

Previatti e Souza (2007) constatam que a maioria das parturientes percebe a episiotomia como a única maneira de se diminuir o tempo da saída do bebê e a forma mais rápida de alívio da dor. Porém as mesmas desconhecem o que pode representar uma episiotomia, suas indicações e suas possíveis conseqüências, o que demonstra a falta de autonomia da mulher no processo de parturição e que o modelo tecnocrático ainda encontra-se bastante presente no íntimo dessas mulheres.

Santos e Shimo (2008) corroboram essa assertiva ao retratarem que uma grande parcela das mulheres não é informada sobre a realização da episiotomia e associa a sua realização com o bem estar materno e fetal, apesar das evidências científicas demonstrarem o contrário. Além disso, é notório o poder de decisão do profissional de saúde sobre o corpo da mulher que não possui poder decisório em relação à realização ou não da episiotomia.

Alguns estudos controlados apontam para os riscos e malefícios advindos da episiotomia, revelando que nem a incisão mediana ou médio-lateral pode reduzir a incidência de laceração esfíncteriana anal e não privam a mulher de uma lesão que poderá provocar

incontinência urinária. Além disso, a força da musculatura pélvica não é preservada pela episiotomia (EASON et al., 2000; HARTMANN et al., 2005; HUDELIST et al., 2005).

Segundo Eason et al. (2000), Hartmann et al. (2005) e Santos et al. (2008), a episiotomia provoca mais dor as puérperas que lacerações perineais espontâneas. Além disto, as lacerações perineais tendem a apresentar uma melhor e mais rápida cicatrização que as incisões cirúrgicas.

Além das complicações relacionadas aos aspectos físicos, a episiotomia pode gerar complicações de cunho psicológico, comprometendo a integridade psíquica da mulher. Sobre esse enfoque, a realização da episiotomia remete às parturientes, vivências de dor, associando esta prática a um procedimento que invade a fisiologia feminina, repercutindo negativamente em suas relações sexuais, nas suas interações familiares e nas suas percepções sobre o parto (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

Sendo assim, a episiotomia consiste também em uma violação dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher, atestando uma violência de gênero. Desta forma, é necessário que os profissionais de saúde, principalmente as enfermeiras obstétricas, continuem desenvolvendo práticas não intervencionistas, de modo que respeitem o parto como um evento fisiológico e a mulher como a protagonista do seu parto, incorporando a proteção perineal como uma prática obstétrica no modelo humanizado de atenção (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, de delineamento transversal sobre os partos assistidos por enfermeiras obstétricas, entre setembro de 2004 e setembro de 2008, no Hospital Municipal Maternidade Carmela Dutra.

De acordo com a natureza do problema o estudo foi de cunho descritivo que, segundo Rudio (1985, p. 56), "tem por objetivo obter informação do que existe a fim de poder descrever e interpretar a realidade".

Cabe salientar, de conformidade com Ayala e Lameira (1989 apud LEOPARDI, 2002, p. 120) que “o produto de uma pesquisa descritiva não se circunscreve unicamente a expor, explicar ou detalhar os fenômenos. Os seus resultados como em toda investigação formal, são sempre aproveitáveis, no futuro, na alteração efetiva de certas práticas inoperantes”.

Segundo Polit e Hungler (2004), a abordagem quantitativa refere-se a uma coleta de dados sistemática, sob condições de exigente controle e análise através de técnicas estatísticas.

A estratégia de delineamento utilizada foi transversal ou seccional, pois os dados de interesse foram extraídos do Livro de Registro de Partos, no qual foram registrados os eventos e intervenções realizadas para cada mulher, sem indicar o momento e a seqüência dos mesmos. Os termos transversal e seccional estão relacionados com a temporalidade, isto é, com a época da coleta de dados (MEDRONHO, 2009). A característica essencial de um estudo transversal é a observação de cada indivíduo em uma única oportunidade, sendo a inferência feita pela referência dos resultados a uma população definida em um local e em determinada época (MEDRONHO, 2009).

2.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Municipal Maternidade Carmela Dutra (HMMCD), que atualmente tem por missão institucional o atendimento à gestante de baixo risco

obstétrico e incentivar o parto normal humanizado. Apesar da classificação como baixo risco obstétrico, esta maternidade também atende parturientes com patologias associadas à gestação.

A unidade encontra-se localizada no município do Rio de Janeiro, especificamente na área programática (A.P) 3.3. Esta região situa-se no subúrbio carioca, onde existem diversas comunidades habitadas por famílias com baixo poder aquisitivo e baixo nível social e cultural.

Atualmente, a unidade conta com ambulatório de pré-natal, inclusive com o acompanhamento de gestantes classificadas como alto risco materno. Nesse serviço de pré-natal, três enfermeiras atuam diretamente no acompanhamento das gestações de baixo risco, conduzindo integralmente as consultas de pré-natal.

Existem nessa maternidade 103 leitos no serviço de obstetrícia, divididos entre leitos para gestantes, puérperas e mulheres que tiveram abortamentos. No centro cirúrgico obstétrico (CCO) existem 05 boxes para a assistência ao trabalho de parto e 03 salas de parto, além das salas cirúrgicas. São reservados 06 leitos para a aplicação do método mãe-canguru, 14 leitos para a unidade de tratamento intensivo neonatal e 28 para a unidade intermediária neonatal.

A carga horária cumprida pelos funcionários da equipe de enfermagem é de 30 horas semanais, sendo que os enfermeiros diaristas trabalham de segunda à sexta das 07 às 13 horas e os enfermeiros plantonistas atuam em uma escala 12x60horas.

O corpo de profissionais de saúde é constituído por 65 médicos obstetras, 74 neonatologistas, 25 anestesistas, 05 médicos clínicos, 87 enfermeiros e 294 técnicos e auxiliares de enfermagem. Deste grupo, os enfermeiros pertencentes ao serviço de obstetrícia estão escalados nos setores de puerpério, gestantes e o Centro Cirúrgico Obstétrico.

Desde setembro de 2004, enfermeiras obstétricas vêm desenvolvendo atribuições relativas a atenção direta ao parto. Essas enfermeiras desempenham também funções administrativas e de preceptoria, uma vez que essa unidade é um dos campos práticos para os acadêmicos do Curso de Residência em Enfermagem Obstetrícia oferecido pela SMS-Rio, em parceria com a Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A Maternidade Carmela Dutra foi fundada em 19 de novembro de 1949, pelo Serviço Social do Comércio (SESC), destinando-se ao atendimento durante o ciclo gravídico-puerperal de comerciárias e dependentes de comerciários (esposas, companheiras e filhas menores de idade e solteiras). Recebeu esse nome para homenagear a esposa do então Presidente da República Eurico Gaspar Dutra, conhecida como uma mulher que se preocupava com o bem estar do próximo e que tinha um espírito humanitário.

Em 1950, distinguiu-se dos demais estabelecimentos de saúde da época, ao receber o prêmio Caduceu do Departamento Nacional da Criança, por apresentar o menor índice de mortalidade materna e perinatal entre as unidades pesquisadas.

Em 1973, a Maternidade passou a pertencer à esfera de atendimento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e passou a ter a denominação de Hospital Maternidade Carmela Dutra, atendendo somente aos beneficiários e segurados do INPS e seus dependentes.

Com a implementação do SUS em todo o território nacional, em 1990, as unidades de saúde passaram a integrar uma rede hierarquizada de atendimento, com acesso universal, atendendo a demanda espontânea. No ano de 1996, a Maternidade foi municipalizada, sendo gerida desde então, pela Secretaria Municipal de Saúde.

2.3 População

A população da pesquisa compreendeu todos os partos assistidos por enfermeiras obstétricas que ocorreram entre setembro de 2004 e setembro de 2008. O recorte temporal do estudo foi de acordo com o ano em que as enfermeiras iniciaram suas atividades na assistência direta ao parto no HMMCD, perfazendo quatro anos de análise.

2.4 Fonte de dados

Os dados foram extraídos do Livro de Registros de Partos (LRP) existente no Centro Obstétrico da Maternidade Municipal Carmela Dutra/RJ. O LRP foi criado em setembro de 2004, quando enfermeiras obstétricas antes lotadas na Maternidade Leila Diniz, foram escaladas neste serviço. O LRP é um documento destinado a registrar todos os partos assistidos apenas por enfermeiras, incluindo as residentes de enfermagem que atuam sob a supervisão da enfermeira da unidade.

Este livro contém as seguintes informações: iniciais da parturiente, idade da parturiente, número de gestações, paridade, intervenções realizadas, práticas realizadas,

posição do parto, episiotomia, laceração perineal, apgar do primeiro e quinto minutos, enfermeiros atuantes e se houve avaliação médica.

A coleta dos dados da pesquisa ocorreu através de formulário pré-estabelecido contendo as variáveis a serem estudadas (APÊNDICE A). Os dados foram colhidos diretamente do livro de registro de partos e registrados nos formulários de coleta.

2.5 Variáveis do estudo

As variáveis estudadas foram referentes à idade, aos antecedentes obstétricos, as características do parto atual e à presença de acompanhante. Além disso, foram analisadas as práticas obstétricas realizadas nos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas, sendo estas práticas divididas em: práticas que interferem na fisiologia do parto e práticas que não interferem na fisiologia do parto.

Característica demográfica:

- Idade materna: variável numérica em anos completos na ocasião do parto, e também categorizada nas seguintes faixas etárias: 12 a 19 anos, 20 a 29 anos, 30 a 39 anos e 40 anos ou mais.

Antecedentes obstétricos:

- Número de gestações: número de gestações prévias e incluindo a atual, classificando a mulher em primigesta (primeira gestação), secundigesta (segunda gestação), tercigesta (terceira gestação) ou multigesta (quatro gestações ou mais);
- Paridade: número de partos prévios, classificando a mulher em nulípara (nenhum parto anterior), primípara (um parto anterior), secundípara (dois partos anteriores), tercípara (três partos anteriores), multípara (quatro partos anteriores ou mais);
- Consultas de pré-natal da atual gestação: classificadas em sim, não, ignorado e quantas consultas foram realizadas.

Características do parto:

- Laceração perineal: ocorrência espontânea de laceração do períneo durante o parto, classificado em não, grau não classificado, primeiro grau, segundo grau, terceiro grau e ignorado;
- Posição do parto: classificada em vertical, horizontal, cócoras, lateral, quatro apoios, outras e ignorado.

Práticas obstétricas:

a) Práticas que interferem na fisiologia do parto:

- Amniotomia: ruptura artificial das membranas ovulares classificadas em sim ou não;
- Episiotomia;
- Ocitocina: uso de ocitocina endovenosa;
- Redução do colo;
- Outras: outras práticas utilizadas tais como administração de analgésicos e agentes anestésicos.

b) Práticas que não interferem na fisiologia do parto:

- Aromaterapia;
- Banho: ocorrência do banho de aspersão;
- Banco obstétrico;
- Cócoras/flexão: permanência da parturiente por qualquer período de tempo na posição de cócoras ou com os membros inferiores flexionados, durante o trabalho de parto;
- Deambulação: ocorrência da deambulação durante o trabalho de parto;
- DLE: permanência da parturiente por qualquer período de tempo, na posição de decúbito lateral esquerdo durante o trabalho de parto;
- Exercícios respiratórios: realização de exercícios respiratórios durante o trabalho de parto e/ou no parto;
- Fisioball: utilização da bola Suíça durante o trabalho de parto;
- Massagem: realização de massagem corporal na parturiente durante o trabalho de parto.

c) Movimentos pélvicos: realização pela parturiente da movimentação pélvica, com exercícios onde a mesma está de pé e realiza movimentos rotatórios da pelve, entre outros.

2.6 Análise dos dados

Foram calculadas a média, mediana e proporção de cada variável estudada, conforme a indicação. A implantação das práticas obstétricas no período selecionado foi apresentada em gráficos e os demais dados em tabelas. As análises foram realizadas utilizando o programa Epi info versão 3.5.1 Windows e o programa Microsoft Office Excel 2007.

2.7 Aspectos éticos

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Município do Rio de Janeiro, estando de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde/ MS nº 196/96 que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O Comitê de Ética do Município do Rio de Janeiro considerou que este estudo não necessitava de sua autorização para ser realizado, já que não possui dados de identificação dos indivíduos pesquisados (ANEXO). Além disto, foi solicitada uma Autorização Institucional para a divulgação do nome da unidade neste estudo (APÊNDICE B).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período estudado, foram registradas 4.510 mulheres que tiveram seus partos assistidos por enfermeiras obstétricas na maternidade selecionada. As mulheres assistidas tinham entre 12 a 47 anos de idade, sendo a média 24 anos e a mediana 23 anos. A maioria das mulheres tinha entre 20 e 29 anos (53,8%). As adolescentes (menores de 20 anos) corresponderam a 26,4% das mulheres, sendo que destas 4,4% eram menores de 15 anos (Tabela 1, f. 43).

Da população estudada, 2.734 (60,6%) tiveram acompanhante durante o parto assistido pela enfermeira obstétrica. A presença de acompanhante foi maior entre as adolescentes (77,4%), diminuindo nas faixas etárias mais avançadas (Tabela 1, f. 43).

Verificou-se que esta conduta da enfermeira obstétrica está de acordo com o que a OMS/MS preconizam com relação às práticas que são benéficas para a mulher e que devem ser realizadas, já que estas entidades indicam que o profissional deve respeitar a escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto (BRASIL, 2001).

É importante ressaltar que com os registros disponíveis na fonte do estudo, não foi possível identificar se o acompanhante esteve presente em todo o parto e se este direito foi garantido pelas enfermeiras ou se foi reivindicado pelas parturientes. Da mesma forma que também não foi possível levantar se a ausência do acompanhante foi devido a não haver alguém disponível para acompanhar a mulher ou até mesmo, se a mulher preferiu estar sem acompanhante.

Apesar disso, considerou-se que os achados refletem que a lei do acompanhante está sendo cumprida em parte, devendo ainda ser alvo de maior reflexão por parte dos profissionais a fim de que uma maior parcela das parturientes esteja acompanhada por alguém de sua escolha. Além disso, as instituições de saúde devem oferecer espaço físico adequado e outras condições organizacionais, para que o acompanhante possa ser recebido com respeito e dignidade nesses ambientes.

Uma pesquisa em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro, nos anos de 2005 e 2006, revelou que 56,6% das mulheres assistidas apenas por enfermeiras obstétricas foram acompanhadas por alguém de sua escolha (ROCHA; FONSECA, 2010). No entanto, em trabalho realizado em 2004 em uma maternidade na cidade de Londrina/Paraná, que promove e protege o parto humanizado, todas as parturientes foram acompanhadas (WROBEL; RIBEIRO, 2006). É possível que este resultado possa ter sido influenciado pela Lei nº 12.333,

de 12 de março de 2002, que assegurou o acompanhamento no parto em todos os hospitais públicos e conveniados no estado do Paraná onde a pesquisa foi realizada (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Estudos realizados em maternidades do SUS no Rio de Janeiro, no período entre 1999 e 2001, ou seja, antes da lei do acompanhante, mostraram que apenas 19,2% a 21,4% das mulheres tiveram acompanhante somente no pré-parto, não sendo permitido o acompanhante na sala de parto (D'ORSI et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2008). Tal fato demonstrou que gradativamente os profissionais de saúde reconhecem a importância de garantir que a mulher tenha o direito de escolher se deseja ser acompanhada, além da reestruturação física e ideológica das maternidades públicas que paulatinamente vem ocorrendo.

Ao comparar o resultado deste trabalho com os achados em trabalhos realizados em CPN e casas de parto, percebeu-se que as enfermeiras que atuam no ambiente hospitalar devem avançar nessa temática, já que nestas unidades a taxa da presença do acompanhante foi superior a 92% (FERNANDES, 2006; LOBO, 2009; PAIXÃO; SILVA; OLIVEIRA, 2009).

Na atual pesquisa, verificou-se que a presença do acompanhante foi maior entre as adolescentes (77,4%) do que nos demais grupos etários (< 60,0%). Diversas circunstâncias podem ter influenciado esses resultados, o que demonstrou a necessidade de investigar em outros trabalhos os motivos pelos quais os acompanhantes estão presentes ou não nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas.

No entanto, em pesquisa realizada em maternidades do SUS no Rio de Janeiro entre os anos de 1999 e 2001, a presença do acompanhante foi semelhante entre as faixas etárias da população estudada (OLIVEIRA et al., 2008).

Tabela 1 - Distribuição numérica e proporcional da faixa etária das parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas durante o parto e por presença de acompanhante, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Faixa etária	População		Com acompanhante	
	N	%	N	%
12-19 anos	1189	26,4	921	77,4
20-29 anos	2429	53,8	1414	58,2
30-39 anos	743	16,5	326	43,9
40 anos ou mais	75	1,7	32	42,7
Ignorado	74	1,6	41	55,4
Total	4510	100,0	2734	60,6

A maioria das gestantes teve assistência pré-natal (92,8%), sendo que destas, 68,2% fizeram seis consultas ou mais (Tabela 2). O MS recomenda que todas as gestantes realizem seis consultas ou mais de pré-natal para que seja assegurada uma assistência adequada e segura para a mãe e para o bebê (BRASIL, 2000).

Em relação ao número de gestações e paridades no momento da admissão no serviço, 36,6% das mulheres eram primigestas e 28,4% já tinham engravidado anteriormente uma única vez. As nulíparas corresponderam a 40,3% e as primíparas a 29,7% da população estudada (Tabela 2).

Sendo assim, notou-se que a maioria da população foi composta por mulheres que já tinham engravidado duas vezes ou mais (63,1%) e que já tinham parido anteriormente pelo menos uma vez (59,3%). Esses resultados foram semelhantes aos encontrados em estudos realizados entre os anos de 2001 e 2006 nas cidades do interior de São Paulo (SANTOS et al., 2008; SCHNECK, RIESCO 2006), Belo Horizonte (CAMPOS; LANA, 2007) e Natal (DAVIM; TORRES; DANTAS, 2009), onde a maioria da população assistida tinha em média 25 anos de idade e já tinha ao menos um filho. Tais achados retrataram que as jovens engravidam precocemente e que continuam engravidando com o passar do tempo.

Tabela 2 - Distribuição numérica e proporcional dos antecedentes obstétricos de parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto e parto, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Antecedentes obstétricos	N	%
Consulta pré-natal		
Nenhuma	115	2,5
1 a 5 consultas	1330	31,8
6 consultas ou mais	2854	68,2
Ignorado	211	4,7
Gestações		
Primigestas	1649	36,6
Secundigestas	1279	28,4
Tercigestas	701	15,5
Multigestas	867	19,2
Não informado	14	0,3
Grau de paridade		
Nulíparas	1819	40,3
Primíparas	1338	29,7
Secundíparas	692	15,4
Tercíparas	304	6,7
Multíparas	340	7,5
Não informado	17	0,4

Das 4.510 parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas, a maioria pariu em posição vertical (77,6%) e 13% pariram em posição horizontal. As demais posições não litotômicas (cócoras, lateral e quatro apoios) ocorreram em 6,4% dos casos (Tabela 3, f. 47).

Esses resultados demonstraram a apropriação, por parte das enfermeiras obstétricas, do princípio da liberdade de movimentos, estando a sua prática de acordo com o que é preconizado pelo MS/OMS para uma assistência humanizada e segura à parturiente.

A adoção do modelo humanizado de atenção ao parto em detrimento do tecnocrático está gradativamente ocorrendo nas maternidades públicas do país e a liberdade de opção da posição do parto pela parturiente está cada vez mais fortalecida. Tal assertiva foi demonstrada por estudo onde foi descrita uma série histórica, no período de 1996 a 2005, e constatou-se que o parto vertical em 1996 ocorria em apenas 5,4% dos partos e já em 2005 passou a ocorrer em 52,3%. Cabe ressaltar que este trabalho foi realizado em um Hospital Universitário de Santa Catarina, onde a grande maioria dos partos é assistida por médicos, além de ser cenário utilizado para ensino da graduação de médicos, enfermeiros e residentes médicos em Obstetrícia (BRÜGGEMANN et al., 2009).

No fim da década de 90, estudo conduzido em maternidade pública do Rio de Janeiro demonstrou que 98,3% das mulheres pariram em posição litotômica, não sendo referido o profissional responsável pelo parto (D'ORSI et al, 2005).

Em 2005, estudo realizado em maternidade pública da cidade do Rio de Janeiro mostrou que a taxa de partos realizados na posição vertical foi de 50,6% (MOUTA et al., 2008) enquanto que em outra pesquisa realizada no ano de 2008, também em maternidade pública do Rio de Janeiro, este percentual foi de 77,8% (ROCHA, FONSECA, 2010). Cabe ressaltar que, nessas pesquisas os partos foram realizados exclusivamente por enfermeiras obstétricas. Sendo assim, verificou-se uma mudança paradigmática no atendimento prestado por enfermeiras obstétricas às parturientes na cidade do Rio de Janeiro.

O Brasil pode estar em vantagem diante de outros países como a China, EUA e Tanzânia, onde pesquisas em hospitais mostraram que a maioria das mulheres pariu em posições supinas, independente do profissional que assistiu ao parto, apesar desses estudos relatarem que esta posição representou a escolha da parturiente (DECLERCQ et al., 2002; LUGINA, MLAY, SMITH, 2004; QIAN et al., 2001). No entanto, nos Estados Unidos, em partos conduzidos por enfermeiras obstétricas, posições não supinas durante o parto ocorreram com 98% das mulheres, inclusive com mulheres parindo em pé (SOONG, BARNES, 2005).

Do total de mulheres assistidas pelas enfermeiras obstétricas 52,5% não apresentaram laceração de períneo e 30,2% tiveram o períneo íntegro, ou seja, não tiveram laceração perineal e não realizaram episiotomia. Apenas 3,2% das parturientes tiveram laceração perineal de segundo ou terceiro grau (Tabela 3, f. 47).

A ocorrência de lacerações perineais está relacionada a diferentes condições maternas e fetais, tal como a existência concomitante ou prévia de episiotomia. As lacerações classificadas como de primeiro grau afetam apenas pele e mucosa e na maioria das vezes não necessitam de suturas. As lacerações de segundo grau afetam também os músculos perineais e podem ser suturadas facilmente com analgesia local. Já as lacerações de terceiro grau atingem o músculo esfíncter do ânus e as de quarto grau, ocorrem quando a lesão perineal acomete o conjunto do esfíncter anal com exposição do epitélio anal (MOUTA et al., 2008; SANTOS NETO et al., 2008).

A atual pesquisa obteve resultados semelhantes quando comparada com a revisão de literatura internacional, que reportou uma incidência de laceração perineal entre 37,1% a 44,5% em partos assistidos por enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar, porém esses

estudos não referiram os graus de laceração perineal ocorridos (SHORTEN, A.; DONSANTE; SHORTEN, B., 2002; SOONG; BARNES, 2005).

Trabalhos realizados em CPN entre os anos de 2001 e 2008 mostraram taxas bem mais elevadas de preservação perineal (períneo íntegro), que variaram entre 60,6% a 72,9% das parturientes (FERNANDES, 2006; LOBO, 2009; PAIXÃO; SILVA; OLIVEIRA, 2009). Enquanto que em um estudo norte americano com partos assistidos por enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar, a taxa de integridade perineal (23%) foi próxima ao encontrado neste trabalho (LEAH et al., 2005).

Ao analisar esses dados, compreendeu-se que quando as enfermeiras obstétricas atuam fora do ambiente hospitalar há uma maior possibilidade de preservação perineal das parturientes, o que pode estar relacionado ao uso de práticas como a proteção do períneo e a uma autonomia da enfermeira em conduzir o período expulsivo respeitando a fisiologia do nascimento, sem a necessidade de abreviar o nascimento do bebê devido à interferência de outros profissionais.

Como nesta pesquisa a maioria das lacerações perineais foi de primeiro grau, considerou-se que nessas parturientes ocorreram lesões perineais com menores conseqüências físicas e psicológicas para estas. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes aos desta pesquisa, onde a maioria das lacerações ocorridas em partos assistidos por enfermeiras obstétricas no ambiente hospitalar foi classificada como de primeiro grau (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2008; MOUTA et al., 2008; ROCHA; FONSECA, 2010).

Tais achados refletiram a preocupação da enfermeira obstétrica em promover a integridade perineal, física e psíquica da parturiente, visto que as lacerações quando ocorreram, foram classificadas, em sua grande maioria, como de primeiro grau.

Tabela 3 - Distribuição numérica e proporcional das características dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Características do parto	N	%
Posições		
Cócoras	56	1,2
Horizontal	586	13,0
Lateral	229	5,1
Quatro apoios	04	0,1
Vertical	3501	77,6
Outra	34	0,8
Não informada	100	2,2
Lacerações de períneo		
Primeiro grau	1545	34,3
Segundo grau	141	3,1
Terceiro grau	04	0,1
Grau não classificado	403	8,9
Não	2369	52,5
Ignorado	48	1,1

A posição vertical foi a mais utilizada durante todo o período do estudo e teve uma pequena oscilação entre o primeiro semestre de 2005 e o primeiro semestre de 2006. Já a posição horizontal apresentou um aumento no primeiro semestre de 2005 até o fim deste ano quando a realização desta posição diminuiu e, logo após, permaneceu estável até o final do período estudado. A posição lateral apesar de ter sido pouco utilizada apresentou níveis crescentes de realização, com poucas oscilações. A posição cócoras não foi realizada no ano de 2005 e nos demais períodos manteve-se estável com baixas frequências (Gráfico 1).

Estes resultados demonstraram que desde o início da realização do parto, por enfermeira obstétrica, nessa unidade, as enfermeiras encorajaram a mulher a assumir a posição vertical para parir.

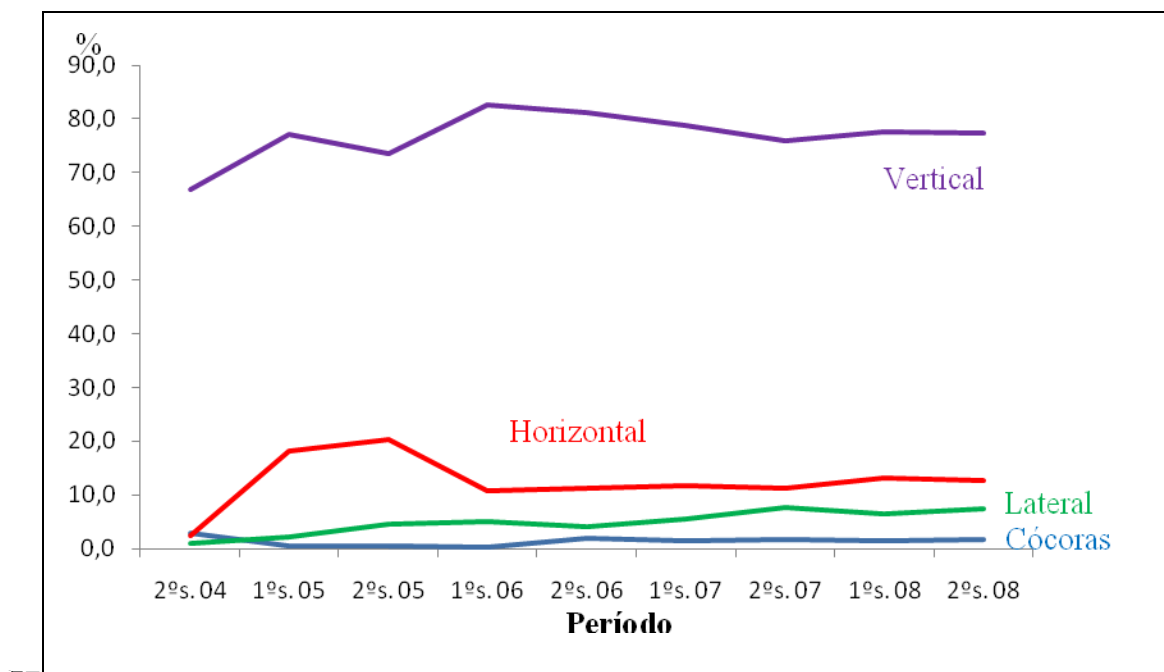


Gráfico 1 - Posições mais utilizadas pelas parturientes nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período de setembro de 2004 a setembro de 2008.

A maioria das parturientes utilizou alguma prática obstétrica que não interfere na fisiologia do parto (85,3%). Contudo, 67,9% das parturientes foram submetidas a práticas que interferem na fisiologia da parturição (Tabela 4, f. 50).

Nesse aspecto, notou-se que embora as enfermeiras obstétricas desta unidade utilizem práticas não intervencionistas em sua maioria também foram realizadas nos partos assistidos pelas mesmas, em grande número, as práticas que são consideradas intervencionistas a fisiologia da parturição. Esta situação pode refletir a incorporação da prática médica pelas enfermeiras obstétricas que, seja por falta de autonomia frente à equipe médica ou por ainda estar influenciada pelo modelo biomédico, reproduziram em parte a assistência tecnocrática ao parto. Deste modo, na maternidade pesquisada, percebeu-se que tanto a enfermeira quanto o médico marcam a sua presença no campo numa demonstração clara de uma luta simbólica em curso (MOUTA, 2009).

A taxa de realização de práticas obstétricas que não interferem na fisiologia do parto encontrada nesta pesquisa equiparou-se ao encontrado em outro estudo realizado, entre os anos de 2005 a 2006, em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro onde 92,1% das mulheres assistidas somente por enfermeiras obstétricas fizeram alguma prática deste tipo (ROCHA; FONSECA, 2010).

Já em pesquisa brasileira realizada em uma maternidade de Londrina/Paraná que segue os princípios da humanização do parto e nascimento, 70% das mulheres assistidas receberam práticas que protegem a fisiologia do parto. Não havia informações sobre o profissional que assistiu aos 20 partos da pesquisa. Neste mesmo estudo, duas maternidades que não seguem o modelo humanizado de atenção ao parto também foram avaliadas e contaram com apenas 10% de realização das práticas obstétricas em questão (WROBEL; RIBEIRO, 2006).

Nos Estados Unidos, uma pesquisa realizada em uma maternidade que faz parte de um novo modelo de atenção ao parto revelou que de 1.583 partos conduzidos por médicos em 88% destes, as mulheres utilizaram em algum momento do trabalho de parto algum método não farmacológico para o alívio da dor e dois terços destas parturientes mostraram-se satisfeitas com seu uso. Apesar disso, técnicas invasivas, como o uso da epidural, também foram bastante utilizadas nessa instituição (DECLERCQ et al., 2002).

Diante de tais estudos, foi perceptível que o apoio institucional e o entendimento e compreensão do profissional acerca do movimento de humanização do parto são aspectos fundamentais para a adoção das práticas que não interferem na fisiologia do parto e que são comprovadamente benéficas para a parturiente e seu bebê.

Com os dados coletados não foi possível saber se a mulher teve a oportunidade de decidir sobre a realização de tais práticas, porém a alta taxa de adoção destas condutas está em consonância com o que é preconizado pelo MS.

Embora haja claras recomendações pela OMS/MS para as práticas obstétricas que devem ser evitadas ou ainda que devam ser realizadas com rigoroso critério, ainda foi possível identificar a adoção dessas práticas nos partos conduzidos pelas enfermeiras obstétricas. A amniotomia precoce, a realização liberal da episiotomia, a administração de ocitocina endovenosa durante o trabalho de parto, são exemplos destas práticas que interferem na fisiologia do parto. Em estudo semelhante, esse tipo de prática foi realizada em 65% das 938 parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro entre os anos de 2005 e 2006 (ROCHA; FONSECA, 2010).

Tabela 4 - Distribuição numérica e proporcional das práticas registradas nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Tipos de práticas	N	%
Práticas que interferem na fisiologia do parto		
Sim	3064	67,9
Não	1407	31,2
Ignorado	39	0,9
Práticas que não interferem na fisiologia		
Sim	3848	85,3
Não	662	14,7
Total	4510	100

Das 4.510 mulheres assistidas pelas enfermeiras obstétricas, 73,6% utilizaram os exercícios respiratórios que são indicados para a promoção do relaxamento materno. Dentre as práticas indicadas para o alívio da dor, a mais utilizada foi a deambulação (29,8%). Quando a indicação foi favorecer a progressão fetal, os movimentos pélvicos foram os mais utilizados (42,1%). As práticas que necessitam de instrumentos para sua realização, como fisioball, banco obstétrico e aromaterapia foram pouco utilizadas (< 5,0%). Todas as práticas que não interferem na fisiologia do parto foram mais realizadas quando a mulher estava com acompanhante, principalmente a aromaterapia que foi utilizada com 80,5% das mulheres acompanhadas (Tabela 5, f. 52).

Não foi possível conhecer os motivos pelos quais as práticas que não interferem na fisiologia do parto foram mais ou menos utilizadas, para tal seria necessário a realização de outras pesquisas. Também não foi possível saber em qual período do trabalho de parto tais práticas foram feitas, como também por quanto tempo as mulheres as desenvolveram. Contudo, diante destas informações, verificou-se que as enfermeiras obstétricas enfatizaram o uso das práticas indicadas para o relaxamento materno, para o alívio da dor e práticas que favorecem a progressão fetal. De fato, o uso de tais práticas em larga escala remeteu à certeza de que houve uma incorporação dessas condutas no fazer dessas enfermeiras obstétricas.

Os resultados desta pesquisa foram semelhantes aos de um estudo desenvolvido, no ano de 2006, em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro com 938 parturientes assistidas por enfermeiras obstétricas e aos de um estudo norte americano, no ano de 2002,

com 1.583 mulheres, onde o exercício respiratório foi a prática mais empregada, seguido pelos movimentos pélvicos e pela deambulação. Porém, nestas pesquisas foram realizadas práticas que não foram desenvolvidas neste estudo, como a musicoterapia, aplicação de gelo ou calor, imersão na banheira ou na piscina de parto (DECLERCQ et al., 2002; ROCHA; FONSECA, 2010).

Em pesquisa conduzida em maternidade municipal do Rio de Janeiro, no ano de 2007, os cuidados mais registrados foram exercícios respiratórios, bamboleio e banho morno, sendo utilizados, respectivamente, em 78%, 40% e 20% parturientes de 1.247 mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas (HEUSELER; SILVA; PEREIRA, 2009).

Em outros trabalhos nacionais realizados nos anos de 2004, 2007, 2008 e 2009, as práticas mais utilizadas durante o trabalho de parto, foram o banho, a deambulação e a massagem. Nessas unidades as práticas foram desenvolvidas exclusivamente por membros da equipe de enfermagem, com exceção de uma, a qual o profissional não foi especificado (BUSSADORI, 2009; LIMA et al., 2009; SESCATO; SOUZA; WALL, 2008; WROBEL; RIBEIRO, 2006).

Quando comparamos a atual pesquisa com algumas realizadas em Centros de Parto Normal do estado de São Paulo, no período entre 2003 e 2008, observamos uma diferença na frequência e na característica das práticas obstétricas, já que nesses estudos as práticas mais utilizadas foram a deambulação, a massagem corporal e o banho de imersão (LOBO, 2009; PAIXÃO; SILVA; OLIVEIRA, 2009; ROCHA et al., 2009).

A atenção ao parto no Brasil, em especial no Rio de Janeiro, passou por mudanças importantes desde a criação do PHPN, em 2000. Tal fato pode ser evidenciado quando se compara a adoção da prática da livre deambulação da parturiente entre estudos de diferentes períodos. Essa prática foi realizada por 11,4% a 20,4% das mulheres em estudos realizados entre os anos de 1998 a 2001 (D'ORSI et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2008). Já nos estudos conduzidos no período entre 2003 e 2007 esta prática alcançou taxas entre 47,6% a 56,2% (LIMA et al., 2009; LOBO, 2009).

A assistência da enfermeira obstétrica é comprovadamente diferenciada do modelo biomédico de atenção ao parto, já que a enfermeira se apropria de recursos naturais, sensoriais e não farmacológicos, assim como do saber científico para respaldar uma prática obstétrica voltada para a manutenção da fisiologia do parto.

Tabela 5 - Distribuição numérica e proporcional dos tipos de práticas que não interferem na fisiologia do parto, realizadas por enfermeiras obstétricas e por presença de acompanhante, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Práticas	Total de mulheres		Mulheres com acompanhante	
	N	%	N	%
Aromaterapia ^a	77	1,7	62	80,5
Exercícios respiratórios ^a	3321	73,6	2101	63,3
Banco Obstétrico ^b	164	3,6	119	72,6
DLE ^b	691	15,3	437	63,2
Fisioball ^b	194	4,3	126	64,9
Movimentos pélvicos ^b	1898	42,1	1256	66,2
Massagem corporal ^c	303	6,7	227	74,9
Banho de aspersão ^{a, c}	620	13,7	448	72,3
Cócoras/flexão ^{b, c}	183	4,1	130	71,0
Deambulação ^{b, c}	1345	29,8	896	66,6
Outras	173	3,8	43	66,2

Legenda: ^a Indicadas para a promoção do relaxamento materno; ^b Indicadas para o favorecimento da progressão fetal; ^c Indicadas para o alívio da dor.

Das 3.848 mulheres que realizaram as práticas que não interferem na fisiologia do parto, 42,7% realizaram duas destas práticas e 86,9% das parturientes realizaram até três dessas práticas (Tabela 6).

Estes resultados podem estar relacionados ao tempo de permanência dessa mulher no centro obstétrico, ao número de profissionais disponíveis para o atendimento diante da demanda, a aceitação por parte das parturientes ou até mesmo ao espaço físico adequado. Neste estudo não se objetivou responder a estas questões, o que pode ser alvo de futuras investigações, a fim de definir os motivos pelos quais algumas parturientes desenvolvem mais essas práticas que outras.

Tabela 6 - Distribuição numérica e proporcional do quantitativo de práticas que não interferem na fisiologia do parto, realizadas pelas parturientes nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Práticas realizadas	N	%	% acumulado
Uma	847	22,0	22,0
Duas	1642	42,7	64,7
Três	856	22,2	86,9
Quatro	325	8,5	95,4
Cinco	117	3,0	98,4
Seis	46	1,2	99,6
Sete	11	0,3	99,9
Oito	04	0,1	100,0
Total	3848	100,0	100,0

As práticas que não interferem na fisiologia do parto e que necessitam de instrumentos para sua realização foram menos utilizadas do que as demais nos quatro anos avaliados. O banho de aspersão apresentou um aumento de utilização, no segundo semestre de 2006, e manteve-se praticamente com a mesma frequência até o final do estudo. Já a fisioball foi utilizada no início do estudo e com o passar do tempo sua prática diminuiu, inclusive mantendo-se sem ser realizada por um ano e meio. A partir do final de 2007, esta prática voltou a ser adotada, mas ainda em frequências muito baixas. O banco obstétrico foi mais utilizado no segundo semestre de 2006 e a aromaterapia só foi utilizada a partir do primeiro semestre de 2006. Ambas as práticas deixaram de ser realizadas no final do período avaliado (Gráfico 2).

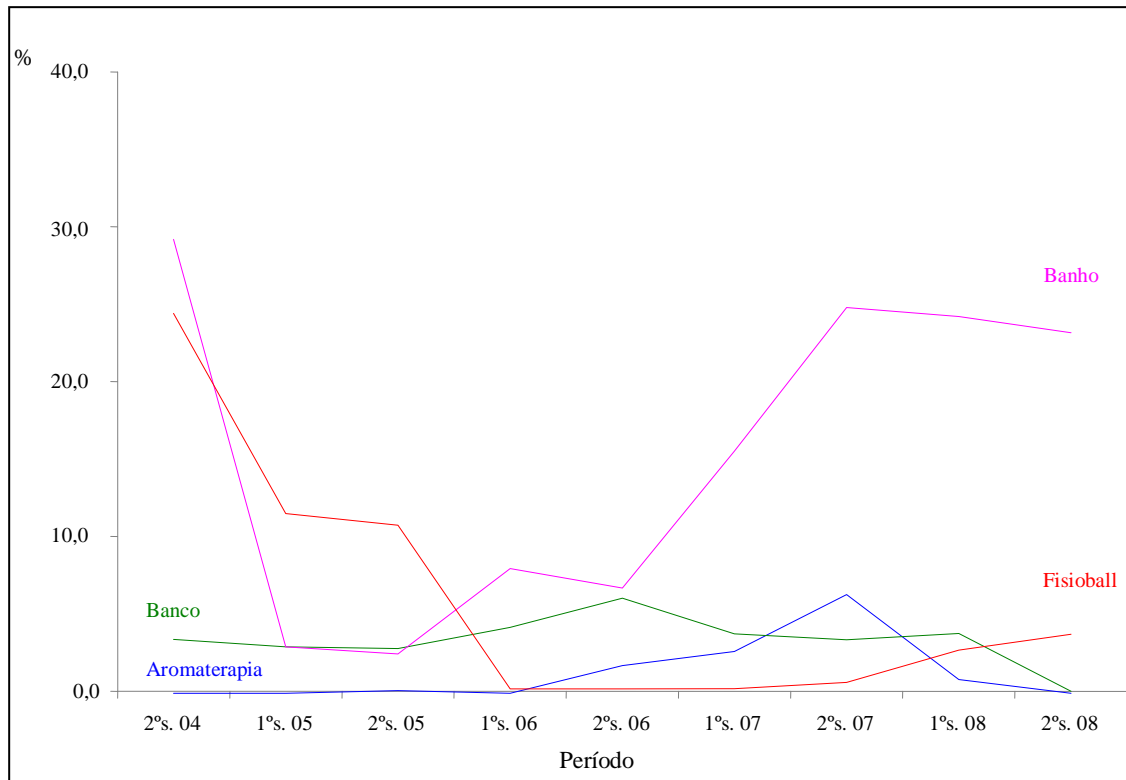


Gráfico 2 - Utilização de práticas que não interferem na fisiologia do parto, que necessitam de instrumentos para sua realização, no HMMCD, no período de setembro de 2004 a setembro de 2008.

As práticas obstétricas que não interferem na fisiologia do parto e não necessitam de instrumentos para sua realização foram mais utilizadas, especialmente os exercícios respiratórios. A adoção desta prática aumentou abruptamente no primeiro semestre de 2005 e desde então, manteve-se como a prática mais executada até o final do período estudado. A massagem não foi utilizada apenas no segundo semestre de 2005 e a posição de cócoras ou flexão durante o trabalho de parto não foi realizada apenas no último ano. Os movimentos pélvicos foram a segunda prática mais utilizada, porém apresentou uma diminuição de sua realização no segundo semestre de 2006, tendo um aumento de sua utilização no segundo semestre de 2007. A deambulação foi menos realizada a partir do primeiro semestre de 2008. A utilização do Decúbito lateral esquerdo (DLE) ocorreu com menor frequência no segundo semestre de 2006 e no primeiro semestre de 2008 (Gráfico 3).

Tais achados revelaram que as enfermeiras obstétricas apropriaram-se ao longo do tempo da utilização das práticas que não interferem na fisiologia do parto, já que a grande

maioria delas foi realizada, mesmo que em diferentes proporções, durante os quatro anos avaliados pela pesquisa.

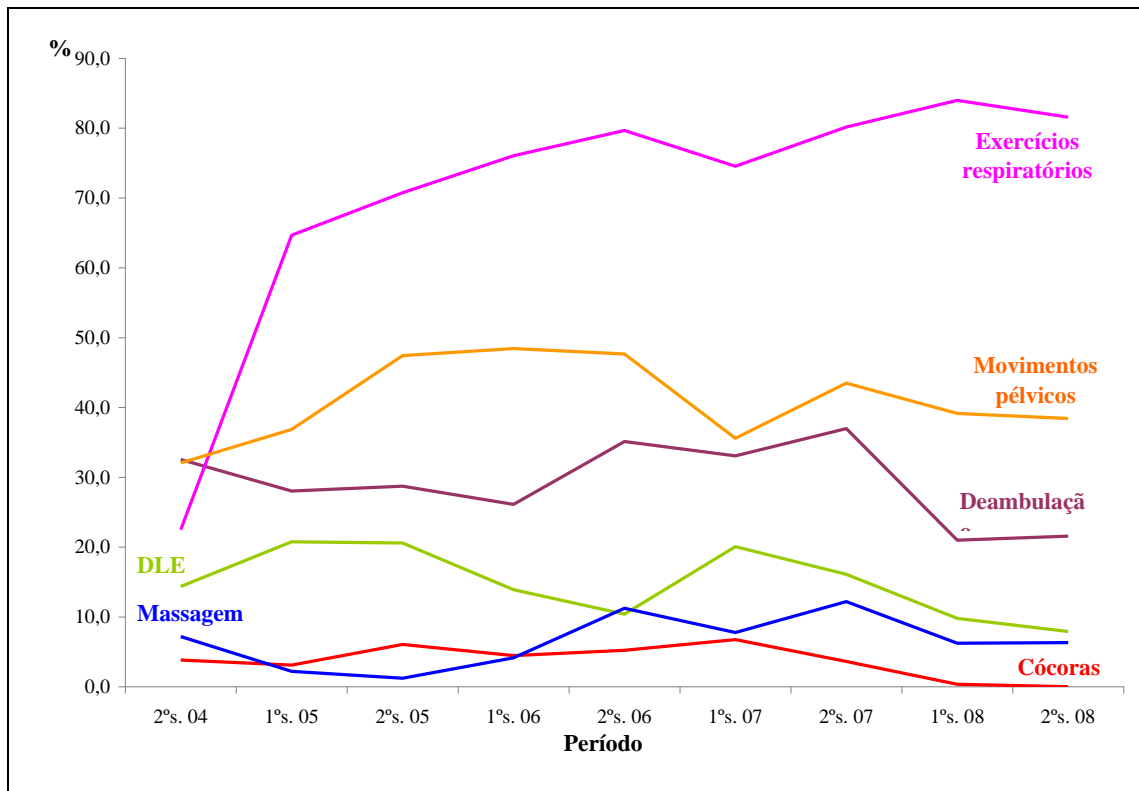


Gráfico 3 - Utilização de práticas que não interferem na fisiologia do parto e que não necessitam de instrumentos para sua realização, no HMMCD, no período de setembro de 2004 a setembro de 2008.

Das 4.510 mulheres assistidas por enfermeiras obstétricas, 54% receberam ocitocina endovenosa durante o trabalho de parto e/ou no parto. Além disso, 25,1% foram submetidas a amniotomia e 22,9% a episiotomia (Tabela 7, f. 58). Cabe ressaltar que, cada parturiente pode ter realizado uma ou mais intervenções concomitantemente.

Com relação à administração de ocitocina o resultado encontrado foi semelhante ao estudo realizado em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro com partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no período entre 2005 e 2006, onde 55% das mulheres receberam ocitocina durante o parto (ROCHA; FONSECA, 2010).

Apesar disso, é necessário reiterar que não foi possível saber se a administração endovenosa de ocitocina foi prescrita pelo médico ou em que estágio do trabalho de parto este

fármaco foi utilizado. A prescrição de ocitocina no terceiro estágio do trabalho de parto, juntamente com a tração controlada do cordão umbilical, é uma recomendação do MS como uma das formas de prevenção de hemorragias uterinas pelo estímulo contrátil uterino provocado (BRASIL, 2001).

Em contrapartida, a infusão de ocitócitos na fase ativa do trabalho de parto deve ser evitada, exceto em casos extremamente necessários como na hipossistolia, já que esta administração dificulta a mobilidade materna, podendo provocar contratilidade uterina descontrolada gerando taquissistolia, hipertonia, rotura uterina e até mesmo sofrimento fetal agudo (CECCATI; CALDERÓN, 2005).

Em trabalhos realizados em CPN a administração de ocitocina endovenosa foi abaixo (cerca de 40%) do que se verificou nessa pesquisa, apesar de ainda permanecer elevada (FERNANDES, 2006; PAIXÃO; SILVA; OLIVEIRA, 2009; SCHNECK; RIESCO, 2006). Os CPN são instituições com características diferenciadas das do ambiente hospitalar, onde a enfermeira coordena a assistência e desenvolve práticas obstétricas voltadas para a fisiologia e para as demandas e escolhas da mulher (SCHNECK; RIESCO, 2006).

Desta forma, se evidencia altas taxas de administração de ocitocina tanto no ambiente hospitalar quanto nos CPN. Tal fato pode estar relacionado com as rotinas institucionais que ainda são impostas nos hospitais e, que as enfermeiras que atuam nos CPN incorporaram esta prática como uma habilidade profissional e a reproduzem mesmo em espaços onde possui autonomia e protocolos institucionais, que seguem os preceitos da OMS para as práticas recomendadas para um parto seguro, saudável e humanizado.

Nos estudos internacionais selecionados, a administração de ocitocina ocorreu em 40% dos partos realizados por enfermeiras obstétricas e em 53% dos partos vaginais de baixo risco assistidos por médicos. As pesquisas ocorreram nos Estados Unidos entre os anos de 2000 e 2005 (BROWNE et al., 2010; DECLERCQ et al., 2002). Esses percentuais são semelhantes àqueles encontrados nos estudos brasileiros o que mostra uma histórica influência do modelo norte-americano na saúde e na enfermagem brasileira.

A amniotomia consiste na rotura artificial das membranas amnióticas com a intenção de diminuir a duração do trabalho de parto. Apesar de permitir uma monitorização direta do fluido amniótico, tal intervenção está associada a desvantagens, tais como: o aumento na deformação da cabeça fetal determinando; por conseguinte, alterações na característica da frequência cardíaca fetal e risco de prolapso de cordão. Esta última resultante da realização da amniotomia em apresentações altas. De fato, não existem evidências de que a amniotomia praticada durante o trabalho de parto esteja relacionada à abreviação do período de dilatação.

Embora alguns estudos observem redução da duração do trabalho de parto, outros, de semelhante força de evidência não observam tais resultados (BLANCH et al., 1998; SHOBEIRI; TEHRANIAN; NAZARI, 2007).

A amniotomia é classificada pela OMS como prática que normalmente é utilizada de forma inadequada, já que é rotineiramente realizada de forma precoce no primeiro estágio do trabalho de parto (BRASIL, 2001). Com os dados registrados no livro de registro de partos não foi possível saber em qual momento esta prática foi utilizada. Porém, em estudo quantitativo realizado em maternidade pública do Rio de Janeiro, entre os anos de 1998 e 1999, 40% das parturientes com parto vaginal sofreram amniotomia com menos de sete cm de dilatação, ou seja, precocemente (D'ORSI et al., 2005).

Em CPN do estado de São Paulo, foram verificadas altas incidências de amniotomia, variando de 30 a 75%. Cabe ressaltar que, nesses estudos a realização da amniotomia se deu por volta de oito centímetros de dilatação do colo uterino (FERNANDES, 2006; LOBO, 2009; PAIXÃO; SILVA; OLIVEIRA, 2009; SCHNECK; RIESCO, 2006).

Porém, no trabalho realizado em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro em 2006, a amniotomia foi realizada em apenas 5,8% dos partos assistidos pelas enfermeiras (ROCHA; FONSECA, 2010). Resultado equivalente ao da atual pesquisa foi encontrado em um levantamento realizado em 20 hospitais municipais, estaduais, federais, filantrópicos, militares e privados conveniados ao SUS no período de 1999 a 2001, no Rio de Janeiro, onde a média de realização da amniotomia foi de 24,3% (OLIVEIRA et al., 2008).

Ao comparar os resultados obtidos nos estudos levantados realizados em CPN e em maternidades públicas, verificou-se que a amniotomia foi muito mais utilizada nos CPN que nas maternidades, no entanto, observamos que nos CPN a amniotomia não aconteceu precocemente e sim a partir dos oito centímetros de dilatação. Em contrapartida, os estudos realizados em hospitais, apontaram que a amniotomia foi realizada precocemente (D'ORSI et al., 2005; RANGEL; SOUZA; MOREIRA, 2006).

Nesta pesquisa, 22,9% das mulheres tiveram episiotomia, o que apesar de ainda não corresponder ao padrão ideal preconizado está bem distante da média nacional que está em torno de 94,2% em nulíparas. Em toda a América Latina, mais de 90% dos partos estão acompanhados de episiotomia (ALTHABE; BELIZÁN; BERGEL, 2002; TOMASSO et al., 2002).

Estes índices elevados foram ratificados por vários estudos nacionais e internacionais realizados entre os anos de 1997 e 2006 e, que mantiveram as taxas de realização de episiotomia nos partos assistidos por médicos entre 48% e 86,9% (ALLEN; HANSON, 2005;

D'ORSI et al., 2005; KHAYAT, CAMPBELL, 2000; MANZINI, BORGES, PARADA, 2009; SANTOS NETO et al., 2008).

Nos trabalhos voltados para a avaliação dos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, realizados entre os anos de 2001 e 2008, a realização de episiotomia variou entre 16,2% a 31,4% (FERNANDES, 2006; LOBO, 2009; MOUTA et al., 2008; PAIXÃO; SILVA; OLIVEIRA, 2009; ROCHA; FONSECA, 2010; SCHNECK; RIESCO, 2006).

Pesquisa internacional realizada, nos Estados Unidos, no ambiente hospitalar que objetivou avaliar a ocorrência de lesões perineais nos partos assistidos por médicos e por enfermeiras obstétricas constatou que a prevalência e o grau de lesão perineal, tanto por laceração, quanto por episiotomia, foram significativamente menores nos partos atendidos pelas enfermeiras (BROWNE et al., 2010).

As diferenças observadas podem estar relacionadas às divergentes formações acadêmicas desses profissionais, assim como as rotinas institucionais de onde estes trabalhos foram realizados e a percepção de cada profissional do que consiste uma adequada assistência ao parto.

Tabela 7 - Distribuição numérica e proporcional dos tipos de práticas que interferem na fisiologia do parto, registradas nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas e por presença de acompanhante, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Práticas	Total de Mulheres		Mulheres com acompanhante	
	N	%	N	%
Amniotomia	1134	25,1	730	64,3
Episiotomia	1031	22,9	737	71,5
Ocitocina	2436	54,0	1585	65,0
Redução de colo	11	0,2	08	72,7
Outros	65	1,4	43	66,2

A realização da episiotomia por enfermeiras obstétricas diminuiu consideravelmente no segundo semestre de 2005 até o segundo semestre de 2007, quando a sua realização aumentou, porém em taxas menores do que no início do período pesquisado. No primeiro semestre de 2008 houve novamente um declínio na realização da episiotomia (Gráfico 4).

A partir de tais resultados acreditou-se que as enfermeiras obstétricas, através do fortalecimento e da segurança em sua prática cotidiana, estão conseguindo cada vez mais assegurar que o parto na grande maioria dos casos seja livre de episiotomia.

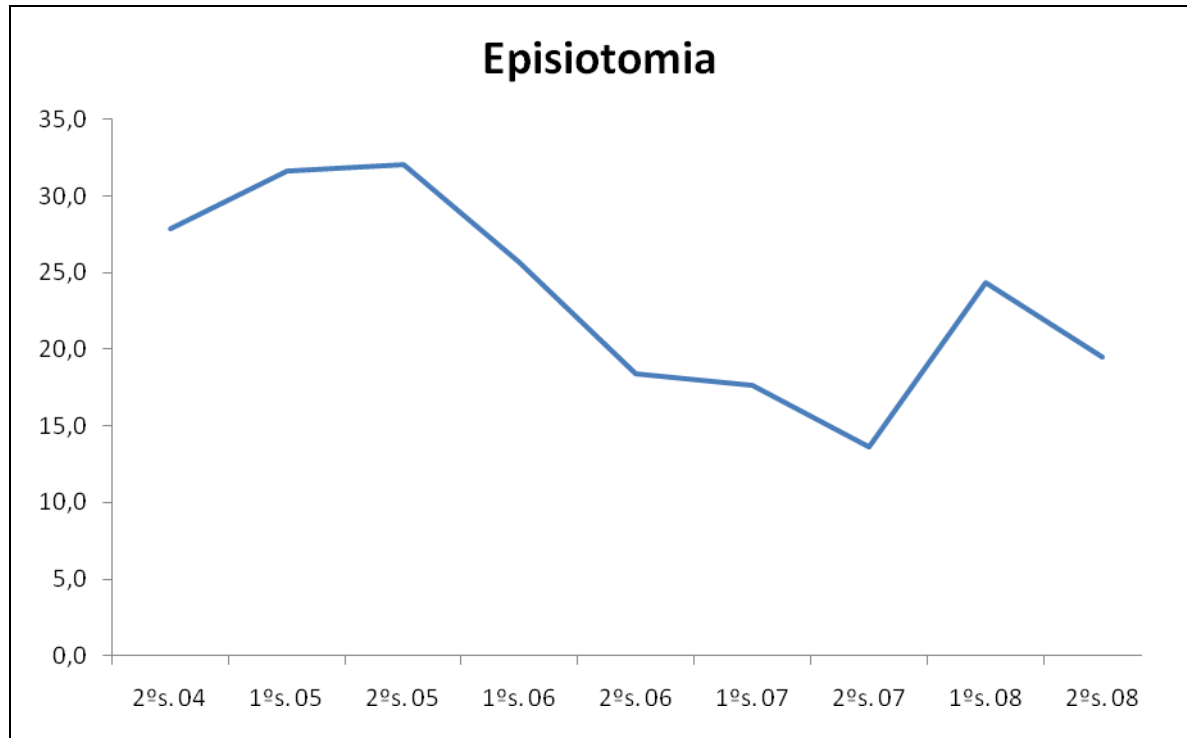


Gráfico 4 - Realização de episiotomia por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período de setembro de 2004 a setembro de 2008.

As adolescentes (34,8%) e as nulíparas (44%) foram as que mais tiveram episiotomia (Tabela 8, f. 61). Este resultado resgatou a justificativa biomédica de que a episiotomia é indicada para as adolescentes para a prevenção de lacerações perineais graves, já que a pelve materna nessa faixa etária ainda não está madura o suficiente para suportar a passagem do bebê sem provocar lacerações espontâneas (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006). Ainda sob a ótica tecnocrática, as nulíparas possuem o períneo com menos elasticidade, aumentando a probabilidade de ocorrência de laceração perineal (REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

Resultados semelhantes a estes foram encontrados em estudos nacionais e internacionais realizados entre os anos de 1995 e 2006, nos quais as adolescentes e as nulíparas foram as que mais tiveram seu períneo cortado cirurgicamente durante o parto (ALLEN; HANSON, 2005; ALTHABE; BELIZÁN; BERGEL, 2002; CARVALHO;

SOUZA; MORAES FILHO, 2010; DAVIM; ENDERS; REIS, 2003; MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006).

Estudo venezuelano randomizado conduzido com 100 mulheres nulíparas divididas em dois grupos (em um deles foi realizada episiotomia de rotina e no outro episiotomia apenas com clara indicação), evidenciou que no grupo com episiotomia de rotina 100% das mulheres foram episiotomizadas, enquanto que no outro grupo em nenhuma mulher esse procedimento cirúrgico foi realizado, não havendo qualquer repercussão negativa perinatal nesses casos (RODRÍGUEZ et al., 2004). Diante disso, percebeu-se que a episiotomia não pode ser uma prática rotineira e justificada apenas pela condição de paridade da mulher.

De todas as posições de parto registradas, a horizontal foi aquela onde mais ocorreu episiotomia (28,8%), seguida pela posição vertical (23,4%). Na posição de quatro apoios não foi realizada episiotomia (Tabela 8).

Em estudo com partos assistidos por enfermeiras obstétricas em maternidade municipal do Rio de Janeiro, realizado no período entre 2005 e 2006, 74% das mulheres que pariram na posição horizontal tiveram episiotomia (MOUTA et al., 2008).

A posição horizontal simbolicamente evidencia maior passividade da mulher no período expulsivo, o que fortalece o poder do profissional sobre o seu corpo. Assim, o profissional sente-se mais confortável em realizar procedimentos invasivos ao corpo feminino e desta forma, pode justificar a maior incidência de episiotomia nos partos horizontais.

Tabela 8 - Distribuição numérica e proporcional da realização de episiotomia em relação à faixa etária, posição do parto e paridade nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Características	N	Episiotomia	
		N	%
Faixas etárias			
12-19 anos	1189	414	34,8
20-19 anos	2429	504	20,7
30-39 anos	743	86	11,6
40 anos ou mais	75	10	13,3
Ignorado	74	17	23,0
Paridade			
Nulípara	1819	801	44,0
Primípara	1338	171	12,8
Secundípara	692	37	5,3
Tercípara	304	10	3,3
Multípara	340	7	2,1
Ignorado	17	5	29,4
Posição do parto			
Cócoras	56	4	7,1
Horizontal	586	169	28,8
Lateral	229	3	1,3
Quatro apoios	4	0	0
Vertical	3501	819	23,4
Outras	34	6	17,6
Ignorada	100	30	30,0

Ao avaliar a ocorrência de lacerações perineais verificou-se que a posição de quatro apoios foi aquela em que houve a menor incidência de laceração (25%). Já as posições lateral e vertical foram aquelas onde as mulheres mais apresentaram lacerações perineais, com 50,2% e 48% dos casos respectivamente (Tabela 9, f. 63).

Pesquisa realizada com 198 mulheres de dois diferentes hospitais dos EUA, entre os anos de 1997 e 1998, revelou que 60% das mulheres que não tiveram lacerações perineais pariram em posições não litotômicas, contra 22% daquelas que pariram em posições horizontais (TERRY et al., 2006).

Pesquisa norte-americana realizada em 1999 nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas trouxe resultados diferentes do estudo atual, onde as lacerações foram mais

freqüentes nos partos na posição horizontal, seguida pela posição de cócoras (SOONG; BAMES, 2005).

Ao comparar apenas a posição vertical com a horizontal, foi identificado que na posição horizontal houve menos laceração de períneo (35,8%) (Tabela 9). Dado semelhante foi encontrado em estudo sobre partos conduzidos por enfermeiras obstétricas ocorrido em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro nos anos de 2005 e 2006 (MOUTA et al., 2008).

Nos casos em que a episiotomia não foi realizada, 40,2% das mulheres não tiveram laceração de períneo (Tabela 9). No trabalho realizado no ano de 2006 em uma maternidade pública do estado de São Paulo em partos assistidos por médicos, apenas 9,7% das mulheres que não tiveram episiotomia não sofreram lacerações perineais (SANTOS et al., 2008).

Na tabela 9 notou-se que com relação à idade, as parturientes que menos apresentaram lacerações perineais foram adolescentes (55,1%), o que foi compatível com a maior taxa de realização de episiotomias nessa faixa etária.

Estudo realizado por um período de sete anos com mais de 50.000 mulheres na cidade de Miami/ Flórida avaliou a idade materna como fator isolado predisponente à laceração perineal. Os resultados desse trabalho apontaram que quando a idade materna foi ajustada para variáveis, como peso do recém - nascido, realização e tipo de episiotomia, as mulheres com mais de 30 anos apresentaram maiores riscos para sofrerem lacerações perineais graves (ANGIOLI et al., 2000).

As multíparas foram as que menos apresentaram lacerações de períneo (71,8%) (Tabela 9). Resultados diferentes aos da atual pesquisa foram demonstrados em estudo norte-americano, realizado no período entre 2001 e 2005, com 1.176 mulheres que não realizaram episiotomia e, que foram atendidas por enfermeiras obstétricas as quais desenvolveram práticas de proteção perineal, tais como: compressas mornas no períneo e massagem perineal com substância lubrificante. Os dados revelaram que a maioria das nulíparas não apresentou laceração perineal (50,2%) (LEAH et al., 2005).

Nesse sentido, acredita-se que as diversas técnicas de proteção perineal devem ser alvo de investigações científicas que avaliem a sua efetividade para todos os graus de paridade, a fim de que as taxas de lacerações espontâneas diminuam e principalmente, para que sejam evitadas lacerações perineais de terceiro ou quarto graus.

Tabela 9 - Distribuição numérica e proporcional da ocorrência de laceração de períneo em relação à posição do parto, à realização de episiotomia, à faixa etária e à paridade nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Características	Total	Laceração					
		Não		Sim		Ignorado	
		N	%	N	%	N	%
Posição							
Cócoras	56	17	30,4	39	69,6	0	0
Horizontal	586	372	63,5	210	35,8	4	0,7
Lateral	229	113	49,3	115	50,2	1	0,4
Vertical	3501	1795	51,3	1679	48,0	27	0,7
Quatro apoios	4	3	75,0	1	25,0	0	0
Outras	34	20	58,8	13	38,2	1	2,9
Ignorado	100	49	49,0	36	36,0	15	14,9
Episiotomia							
Não	3393	1364	40,2	2009	59,2	20	0,6
Sim	1031	965	93,6	51	4,9	15	1,5
Faixa etária							
12-19 anos	1189	655	55,1	523	44,0	11	0,9
20-29 anos	2429	1250	51,5	1154	47,5	25	1,0
30-39 anos	743	394	53,0	346	46,6	3	0,4
40 ou mais	75	38	50,7	36	48,0	1	1,3
Ignorado	74	32	43,2	34	45,9	8	10,8
Paridade							
Nulípara	1819	1021	56,1	776	42,7	22	1,2
Primípara	1338	563	42,1	763	57,0	12	0,9
Secundípara	692	341	49,3	346	50,0	5	0,7
Tercípara	304	195	64,1	108	35,5	1	0,3
Multípara	340	244	71,8	94	27,6	2	0,6
Ignorado	17	5	29,4	6	35,2	6	35,3
Total	4510	2369	-	2093	-	48	-

Das mulheres que pariram na posição de quatro apoios apenas uma sofreu laceração perineal, sendo esta classificada como de primeiro grau. A laceração de primeiro grau também foi frequente na posição vertical e horizontal com 73,9% e 73,8% dos casos, respectivamente. Já a posição horizontal foi a que teve maior proporção de lacerações de segundo grau (7,1%). As lacerações de terceiro grau foram raras e ocorreram apenas nos partos nas posições vertical e horizontal com 0,2% e 0,5% dos casos, respectivamente. Lacerações perineais que

ocorreram e que não foram classificadas pelas enfermeiras, segundo o grau, apresentaram um percentual elevado de registro (Tabela 10, f. 65).

Estudo conduzido com 198 parturientes na rede hospitalar norte-americana, entre os anos de 1997 e 1998, revelou que as lacerações de primeiro grau ocorreram mais nas posições não litotômicas, enquanto que as lacerações de segundo e terceiro grau foram mais comuns nas posições litotômicas (TERRY et al., 2006).

Quando a episiotomia não foi realizada, a laceração perineal mais freqüente foi a de primeiro grau (Tabela 10). Com relação à faixa etária da parturiente, as mulheres entre 30 e 39 anos apresentaram mais lacerações de primeiro grau (77,4%). As lacerações de segundo grau ocorreram mais entre as mulheres com 40 anos ou mais (11,1%) e as lacerações de terceiro grau ocorreram apenas nas mulheres com até 29 anos (0,2%) (Tabela 10).

As lacerações de primeiro grau foram mais apresentadas pelas tercíparas (87%), enquanto que as de segundo grau ocorreram mais entre as nulíparas (7,5%). As nulíparas e primíparas que tiveram lacerações de períneo foram as únicas a apresentar lacerações de terceiro grau em 0,2% e 0,3% dos casos, respectivamente (Tabela 10).

Alguns desses resultados são compatíveis aos encontrados em estudo realizado com 7.946 parturientes japonesas, entre os anos de 1997 e 2004, em um hospital de grande porte, onde as lacerações perineais severas (de terceiro ou quarto graus) ocorreram com nulíparas apenas (NAKAI et al., 2006).

Tabela 10 - Distribuição numérica e proporcional dos graus de laceração de períneo em relação à posição do parto, à realização de episiotomia, à faixa etária e à paridade nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas, no HMMCD, no período entre setembro de 2004 a setembro de 2008.

Características	Total	Graus de laceração							
		1o. Grau		2º. Grau		3o. Grau		Não classificado	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Posição									
Cócoras	39	28	71,8	1	2,6	0	0	10	25,6
Horizontal	210	155	73,8	15	7,1	1	0,5	39	18,6
Lateral	115	82	71,3	6	5,2	0	0	27	23,5
Vertical	1679	1242	73,9	114	6,8	3	0,2	320	19,1
Quatro apoios	1	1	100,0	0	0	0	0	0	0
Outras	13	10	76,9	1	7,7	0	0	2	15,4
Ignorado	36	27	75,0	4	11,1	0	0	5	13,9
Episiotomia									
Não	2009	1496	74,4	136	6,8	4	0,2	373	18,6
Sim	51	18	35,3	4	7,8	0	0	29	56,9
Faixa etária									
12-19 anos	523	382	73,0	39	7,5	1	0,2	101	19,3
20-29 anos	1154	844	73,1	76	6,6	2	0,2	232	20,1
30-39 anos	346	268	77,4	21	6,1	0	0	57	16,5
40 ou mais	36	27	75,0	4	11,1	0	0	5	13,9
Ignorado	34	24	70,6	1	2,9	1	2,9	8	23,6
Paridade									
Nulípara	776	551	71,0	58	7,5	2	0,2	165	21,3
Primípara	763	559	73,2	55	7,2	2	0,3	147	19,3
Secundípara	346	256	74,0	25	7,2	0	0	65	18,8
Tercípara	108	94	87,0	3	2,8	0	0	11	10,2
Multípara	94	80	85,1	0	0	0	0	14	14,9
Ignorado	6	5	83,3	0	0	0	0	1	16,7
Total	2093	1545	-	141	-	4	-	403	-

4 CONCLUSÃO

Ao analisar os partos assistidos, por enfermeiras obstétricas do Hospital Municipal Maternidade Carmela Dutra, verificou-se que a maioria das parturientes assistidas foram jovens, que já tinham engravidado duas vezes ou mais e que já tinham parido anteriormente pelo menos uma vez. Com relação à assistência pré-natal, 92,8% realizaram o mesmo, contudo 68,2% destas mulheres realizaram seis consultas ou mais.

Identificou-se que o acompanhante esteve presente em 60,6% dos partos, porém esta presença foi maior nos partos das adolescentes (77,4%). Além disso, foi detectado que a presença do acompanhante não interferiu na conduta assistencial das enfermeiras, já que quando o acompanhante esteve presente, todas as práticas realizadas pelas enfermeiras obtiveram frequências maiores quando comparadas aos partos de mulheres desacompanhadas.

A posição do parto predominante durante todo o período do estudo foi a vertical (77,6%) e a posição horizontal foi realizada em apenas 13% dos partos, apesar disso, esta posição foi mais utilizada no final do período selecionado do que no início. As lacerações perineais ocorreram em 52,3% dos partos e a mais incidente foi a laceração de primeiro grau (34,2%). As lacerações de segundo e terceiro graus ocorreram em apenas 3,1% e 0,1% das mulheres, respectivamente. Cabe ressaltar que, não houve registros de lacerações de períneo de quarto grau. As parturientes que não sofreram qualquer injúria perineal, seja esta espontânea ou cirúrgica, representaram 30,2% dos casos.

Na abordagem das práticas obstétricas utilizadas pelas enfermeiras notou-se que, as práticas mais utilizadas foram aquelas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com o que é preconizado pelo MS/OMS. Apesar da utilização destas práticas por 85,3% das parturientes, foi observado que apenas 13,1% destas realizaram quatro ou mais práticas. As práticas que não interferem na fisiologia do parto mais realizadas foram os exercícios respiratórios (73,6%), os movimentos pélvicos (42,1%) e a deambulação (29,8%). Outras práticas foram realizadas em menores proporções, tais como: aromaterapia, banco obstétrico, banho, cócoras/flexão, posição de decúbito lateral esquerdo, fisioball e a massagem corporal.

Sendo assim, identificou-se que as enfermeiras utilizam práticas que promovem o relaxamento materno, que favorecem a progressão fetal no canal do parto e, que promovem o alívio da dor. A maioria destas práticas foi utilizada por todo o período estudado, o que nos

remeteu à certeza de que estas foram incorporadas ao fazer das enfermeiras obstétricas atuantes na maternidade em questão.

Apesar da utilização em larga escala das práticas que não interferem na fisiologia do processo parturitivo, 67,9% das mulheres assistidas pelas enfermeiras receberam as práticas intervencionistas à fisiologia do parto. Nesse sentido, as práticas mais registradas foram: a realização da amniotomia (25,1%), a administração endovenosa de ocitocina (54%), a realização da episiotomia (22,9%). Deste modo, foi possível concluir que, tanto a prática apoiada no modelo tecnocrático quanto aquela baseada no modelo humanizado de atenção ao parto, estavam presentes na unidade pesquisada.

Foi possível avaliar que a prática da episiotomia foi menos realizada com o passar do tempo, o que é um fator importante na busca pela adequação da taxa preconizada pela OMS, que está entre 10 a 15% dos partos.

A episiotomia foi mais utilizada entre as adolescentes (34,8%) e as nulíparas (44%). Além disso, a posição horizontal foi aquela em que mais mulheres foram submetidas a este procedimento cirúrgico (28,8%). Já a posição de quatro apoios foi a única que não teve relato da utilização desta prática.

Quando se avaliou a ocorrência de lacerações perineais nas mulheres que não realizaram episiotomia, foi constatado que 40,2% destas não sofreram nenhuma laceração perineal. Quando esta ocorreu, a maioria foi classificada como de primeiro grau (74,4%).

A posição de parto com a menor incidência de laceração perineal foi a de quatro apoios (25%), sendo esta classificada como primeiro grau. As lacerações de primeiro grau foram mais frequentes na posição vertical (73,9%), enquanto que as de segundo grau ocorreram mais com as mulheres que assumiram a posição horizontal (7,1%) para parir. As lacerações de terceiro grau foram presentes apenas nas mulheres que pariram na horizontal (0,5%) e na vertical (0,2%).

Quando comparadas às faixas etárias em relação à ocorrência e graus de laceração, levantou-se que as adolescentes (55,1%) foram as que menos apresentaram lacerações de períneo. As lacerações de primeiro grau foram mais frequentes com mulheres entre 30 e 39 anos, assim como as lacerações de segundo grau ocorreram com maior frequência entre as mulheres com 40 anos ou mais. Já as lacerações perineais de terceiro grau ocorreram entre as adolescentes e com as parturientes na faixa etária de 20 a 29 anos.

Em relação ao grau de paridade, as múltíparas foram as que menos apresentaram lacerações de períneo (71,8%), enquanto que as primíparas foram as que mais laceraram (57%). As lacerações de primeiro grau ocorreram mais entre as tercíparas e as de segundo

grau entre as nulíparas. Lacerações perineais graves foram restritas às classificadas como terceiro grau e ocorreram com apenas 0,2% e 0,3% das nulíparas e primíparas, respectivamente.

Diante de tais resultados, verificou-se que a assistência prestada pela enfermeira obstétrica na atenção ao parto está pautada em práticas que não interferem na fisiologia do parto, estando em consonância com o que é preconizado pela OMS/MS para uma atenção ao parto humanizado, saudável e segura para a díade mãe-filho.

Práticas que interferem na fisiologia do parto e que segundo a OMS/MS devem ser utilizadas sob rigoroso critério em casos específicos, também foram utilizadas nos partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Desta forma, conclui-se que a maternidade pesquisada ainda mantém condutas baseadas em práticas médicas e no modelo biomédico de atenção ao parto e nascimento, mesmo que em menores proporções.

Pelos registros contidos na fonte do estudo, não foi possível conhecer os critérios utilizados para a utilização das práticas que interferem na fisiologia do parto e, se estas foram realizadas pelas enfermeiras ou prescritas e realizadas por médicos. Considera-se que, tal fato pode ser investigado em outros estudos, com o objetivo de identificar os fatores que levam à realização de práticas que interferem na fisiologia do parto durante a assistência das enfermeiras obstétricas.

Acredita-se que este estudo trará importantes repercussões para a assistência da enfermeira obstétrica, já que mostrou claramente suas habilidades profissionais, o que poderá servir de instrumento para respaldar cientificamente a sua prática para os gerentes municipais e ainda propiciar uma maior autonomia frente aos demais profissionais da equipe de saúde.

É possível refletir que, estudos desta natureza são imprescindíveis para o conhecimento da atuação das enfermeiras obstétricas na assistência direta ao parto, apontando os avanços já conseguidos e os pontos críticos presentes na prática cotidiana desta classe profissional, que se constitui como peça fundamental para a propagação do movimento de humanização do parto em todo o país.

REFERÊNCIAS

ADLER, B. B. et al. Women's position during labour: influence on maternal and neonatal outcome. *Wiener Klinische Wochenschrift*, v.115, n.19-20, p.720-723, 2004.

ALLEN, R. E.; HANSON, R. W. J. Episiotomy in low-risk vaginal deliveries. *ABFP*, v.18, n.1, p.8-12, 2005.

ALMEIDA, N. A. M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p. 52-58, jan./fev. 2005.

ALMEIDA, N. A. M.; OLIVEIRA, V. C. Estresse no processo de parturição. *Rev. Eletrônica Enferm.*, Goiânia, v.7, n.1, p.87-94, 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 16 maio 2009.

ALMEIDA, T. B. L.; RIBES, L. R. *Pesquisa quantitativa ou qualitativa: adjetivação necessária*. Porto Alegre: Sulina, 2000.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin American: hospital based descriptive study. *BMJ*, v.324, n.7343, p. 945-946, 2002.

ANDINA, E. Trabajo de parto y parto normal. Guías de prácticas y procedimientos. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá*, v.21, n.2, p.63-74, 2002.

ANGIOLI, R. et al. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: the University of Miami experience. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v.182, n.5, p.1083-1085, 2000.

ARAÚJO N. M.; OLIVEIRA S. M. J. V. Uso de vaselina líquida na prevenção de laceração perineal durante o parto. *Rev. Latino-am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v.16, n.3, 2008.

AYALA, E.Z.; LAMEIRA, J.C. *Considerações básicas sobre pesquisa*. Santa Maria: UFSM, Caderno C.P.G. E, n. ° 4, 1989. apud LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Florianópolis: Palloti, 2002.

BALASKAS, J. *Parto ativo: guia prático para o parto natural*. São Paulo: Ground, 1993.

BANDA, G. et al. Acceptability and experience of supportive companionship during childbirth in Malawi. *BJOG*, v.117, p.937-945, 2010.

BENFIELD, R. D. et al. Hydrotherapy in labour. *Res. Nurs. Health*, v. 24, p.57-67, 2001.

BINGHAM, D. Every change needs a champion. *J. Perinatal Educat.*, v.16, n.3, p.8-10, 2007.

BLANCH, G. et al. Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, n.105, p.117-120, 1998.

BOARETTO, M. C. *Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro*. 2003. 141f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

BOING, I.; SPERANDIO, F. F.; SANTOS, G. M. Uso da técnica respiratória para analgesia no parto. *Femina*, v.35, n.1, p.41-46, 2007.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 08 abr. 2005. Disponível em: <www.planalto.gov.br>. Acesso em: 25 abr. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Maternidade segura. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. *Programa de Humanização do Parto*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BROWNE, M. et al. Perineal injury in nulliparous women giving birth at a community hospital: reduced risk in births attended by certified nurse-midwives. *J. Midwifery Womens Health*, v.55, p. 243-249, 2010.

BRÜGGEMANN, O. M. *O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa*. 2005. 168f. Tese (Doutorado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2005.

BRÜGGEMANN, O. M. et al. Parto vertical na maternidade do hospital universitário da UFSC: série histórica, 1996 a 2005. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.9, n.2, p.189-196, 2009.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1316-1327, 2005.

BUSSADORI, J. C. C. *Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto*. 2009. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

CAMPOS, S. E. V.; LANA, F. C. F. 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*, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1349-1359, 2007.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.56, n.3, p. 333-339, 2010.

CECATTI, J. G.; CALDERÓN, I. M. P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v.27, n.6, p. 357-365, 2005.

CHRISTÓFORO, F. F. M. *Dois olhares na assistência humanizada ao parto: vivência de mulheres e opinião de profissionais de saúde*. 2005. 138f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2005.

CLUETT, R. et al. Randomised controlled trial of labouring in water compared with standard of augmentation for management of dystocia in first stage of labour. *Br. Med. J.*, v.328, p. 314-320, 2004.

COALITION FOR IMPROVING MATERNITY SERVICES. *The mother-friendly childbirth initiative: the first consensus initiative of the coalition for improving maternity services.* 1996. Disponível em: <www.motherfriendly.org>. Acesso em: 15 maio 2009.

CYNA, A. M.; MCAULIFFE, G. L.; ANDREW, M. I. Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br. J. Anaesth.*, v.93, n.4, p.505-511, 2004.

DAVIM, R. M. B. et al. Banho de chuveiro como estratégia não farmacológica no alívio da dor de parturientes. *Rev. Eletr. Enf.*, v.10, n.3, p.600-609, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a06.htm>>. Acesso em: 07 maio 2009.

DAVIM, R. M. B.; ENDERS, B. C.; REIS, M. N. Estudo retrospectivo quanto à prática da episiotomia e a ocorrência de lacerações perineais em uma maternidade escola. *Nursing*, v.6, n.62, p.38-42, 2003.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G.V.; DANTAS, J. C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.43, n.2, p. 438-445, 2009.

DECLERCQ, E. R. et al. *Listening to mothers: report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences.* New York: Maternity Center Association, 2002.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.615-626, 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.3, jul./set. 2005.

DINIZ, C. S. G. A humanização de assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n.3, v.10, p. 627-637, jul. 2005.

DOMINGUES, R. M. S. M. *Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz.* 2002. 212 f. (Dissertação de Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, v.39, n.4, p. 646-654, 2005.

EASON, E. et al. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstetrics & Gynecology.*, v.95, n. 3, p. 464, 471, 2000.

ENKIN, M. *Guia de atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3.ed. São Paulo: Guanabara, 2004.

ERIKSSON, M. L.; MATTSSON, A.; LADFORS, L. Early or late bath during the first stage of labour: a randomized study of 200 women. *Midwifery*, v. 1, p. 146-148, 1997.

FEDERICO, G. F. *Música pré-natal: reflexiones para compartir con el bebe durante la gestacion*. Buenos Aires: Kier, 2003.

FERNANDES, B. M. *Casa de parto: experiências e vivências orientam um novo pensar em saúde*. Juiz de Fora: UFJF, 2006.

HARTMANN, K. et al. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *J. Am. Med. Assoc.*, v.293, n.17, p. 2141–2148, 2005.

HEUSELER, L.; SILVA, T. F.; PEREIRA, A. L. F. Natureza, fisiologia e parto: as tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: ABEn-CE, 2009. p. 4794.

HODNETT, E.D. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 186, p.60-172, 2002.

HODNETT, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst. Rev.*, Issue 3, 2007.

_____. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., 2004. Issue 3. Disponível em: <www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html%5D>. Acesso em: 30 maio 2009.

HOTELLING, B. A. A call to action and a challenge to use a standard to measure mother-friendly birth classes. *J. Perinatal Education*, n. 3, v. 10, p.27-33, 2001. Disponível em: <http://www.lamaze.org/2000/about_lamaze.html>. Acesso em: 15 maio 2009.

HUDELIST, G. et al. Factors predicting severe perineal trauma during childbirth: role of forceps delivery routinely combined with mediolateral episiotomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 192, n.3, p. 875-881, 2005.

HUNTLEY, A. L.; COON, J. T.; ERNST, E. Complementary and alternative medicine for labor pain: A systematic review. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v.191, n.1, p. 36-44, 2004.

JOHANSON, R.; NEWBURN, M.; MACFARLANE, A. Has the medicalisation of childbirth gone too far? *BMJ*, v.324, p.892-895, Apr. 2002.

KHAYAT, R.; CAMPBELL, O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. *Health Policy Plan.*, v.15, n.3, p.270-278, 2000.

LEAH, L. et al. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J. Midwifery Women's Health.*, v. 50, n. 5, p. 365-371, Sept./Oct. 2005.

LIMA, G. P.V. et al. O ambiente do cuidado de enfermagem obstétrica como facilitador do parto normal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61., 2009, Fortaleza. *Resumos...* Fortaleza: ABEn Seção – CE, 2009. p. 4867.

LIMA, K. M. R. de. *Maternidade Leila Diniz (1994-1996): nascimento de um novo profissional de saúde?* 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997. Mimeografado.

LOBO, S.F. *Caracterização da assistência ao parto e nascimento em um centro de parto normal do município de São Paulo.* 2009. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

LOPES, T. C.; MADEIRA, L. M.; COELHO, S. O uso da bola do nascimento na promoção da posição vertical em primíparas durante o trabalho de parto. *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v.7, n.2, p.134-139, jul./dez. 2003.

LOTHIAN, J. A. The coalition for improving maternity services: evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. *J. Perinatal Education*, v.16, n.1, p.89-92, 2007.

LOWDERMILK, D. L. et al. *O cuidado em enfermagem maternal.* 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LUGINA, H.; MLAY, R.; SMITH, H. Mobility and maternal position during childbirth in Tanzania: an exploratory study at four government hospitals. *BMC Pregnancy Childbirth*, v.4, n.3, 2004.

MACKEY, M. M. Use of water in labour and birth. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v.44, n.4, p. 733-749, 2001.

MAMEDE, F. V. *O efeito da deambulação na fase ativa do trabalho de parto*. 2005. 100f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

MAMEDE, F. V.; ALMEIDA, A. M.; CLAPIS, M. J. Movimentação/deambulação no trabalho de parto: uma revisão. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v.26, n.2, p. 295-302, 2004.

MANZINI, F. C.; BORGES, V. T. M.; PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v.9, n.1, p.59-67, 2009.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO JUNIOR, E. F.; LIMA, M. C.; FREIRE, S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. *Rev. Cienc. Med.*, v.15, n.2, p. 95-101, 2006.

MOURA, F. M. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.60, n.4, p. 452-455, 2007.

MOUTA, R. J. O. *A reconfiguração do espaço social da maternidade Leila Diniz: a luta das enfermeiras obstétricas pela implantação do modelo humanizado de assistência ao parto*. 2009. 92f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

MOUTA, R. J. O. et al. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.472-476, 2008.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da região sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1859-1868, ago. 2008.

NAKAI, A. et al. Incidence and risk factors for severe perineal laceration after vaginal delivery in Japanese patients. *Arch. Gynecol. Obstet.*, v.274, p. 222-226, 2006.

ODENT, M. *O renascimento do parto*. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

OHLSSON, G. et al. Warm tub bathing during labour: maternal and neonatal effects. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, v. 80, p. 311-314, 2001.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev. Saúde Pública*, v.42, n.5, p. 895-902, 2008.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, n.14, supl. 1, p.25-32, 1998.

PAIXÃO, T. C. R.; SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. Caracterização da assistência implementada por enfermeiras em um centro de parto normal segundo as práticas recomendadas pela OMS. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 17., 2009, Ribeirão Preto. *Anais...* São Paulo: Pró-Reitoria de Pesquisa/USP, 2009. 1 CD-ROM.

PINTO, C. M. S. P. et al. O acompanhante no parto: atividades e avaliação da experiência. *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v.7, p. 41-47, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

PREVIATTI, J. F.; SOUZA, K. V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v.60, n.2, p.197-201, mar./abr. 2007.

PROGIANTI, J. M.; ARAÚJO, L.M.; MOUTA, R.J.O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc. Anna Nery. Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.45-49, 2008.

QIAN, X. et al. Evidence based obstetrics in four hospital in China: an observational study to explore clinical practice, women`s preferences and provider`s views. *BMC Pregnancy Childbirth*, v.1, n.1, 2001.

RANGEL, S. L.; SOUZA, S. N.; MOREIRA, C. M. A enfermeira obstetra e a política de humanização do parto: em busca de mudança no modelo assistencial. *Enfermería Global*, n. 9 nov. 2006.

REZENDE, J. *Obstetrícia*. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. *Obstetrícia fundamental*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROBERTS, J.; HANSON, L. Best practices in second stage labor care: maternal bearing down and positioning. *J. Midwifery Women's Health*, v. 52, n.3, 2007.

ROBERTSON, E.; JOHANSSON, S. E. Use of complementary, non-pharmacological pain reduction methods during childbirth among foreign-born and Swedish-born women. *Midwifery*, v. 10, p. 155–166, 2008.

ROCHA, C. R.; FONSECA, L. C. Assistência do enfermeiro obstetra à mulher parturiente: em busca do respeito à natureza. *REPEF*, v.2, n.2, p.807-816, 2010.

ROCHA, I. M. S. et al. O partograma como instrumento de análise da assistência ao parto. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.43, n.4, p.880-888, 2009.

RODRIGUEZ, A. et al. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 198, p. 285, 2008.

RODRÍGUEZ, L. F. et al. Episiotomía selectiva versus rutinaria en pacientes nulíparas. *Rev. Obstet. Ginecol. Venez.*, v.64, n.3, p.121-127, 2004.

RUDIO, F. V. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. Petrópolis: Vozes, 1985.

SANTOS, J. O. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 658-663, 2008.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. K. Rotina de episiotomia refletindo a desigualdade de poder. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.645-650, dez. 2008.

SANTOS, S. P. *Processo de implantação da assistência de alto risco do Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães: a inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto*. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS NETO, E. T. et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SARTORE, A. et al. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet. Gynecol.*, n.103, p.669-673, 2004.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v.10, n.3, p.20-24, 2006.

SESCATO, A. C.; SOUZA, S. R. R. K.; WALL, M. L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm.*, v.13, n.4, p.585-590, out./dez. 2008.

SHOBEIRI, F.; TEHRANIAN, N.; NAZARI M. Amniotomy in labor. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, n. 196, p. 197-198, 2007.

SHORTEN, A.; DONSANTE, J.; SHORTEN, B. Birth position, accoucheur, and perineal outcomes: informing women about choices for vaginal birth. *Birth*, v.29, p.18-27, 2002.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O efeito do banho de imersão na duração do trabalho de parto. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v.40, n.1, p.57-63, 2006.

SILVA, F. M. B.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; NOBRE, M. R. C. A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, v. 25, p. 286-294, 2009.

SIMKIN, P. P.; O'HARA, M. Nonpharmacologic relief of pain during labor: SRs of five methods. *Am. J. Obst. Gynecol.*, v.186, Suppl. Nature 5, p.131-159, 2002.

SMITH, H.; GARNER, P. Better births initiative: a programme for action in middle- and low-income countries. In: *Making Childbirth Safer Through Promoting Evidence-based Care. Global Health Council*, Washington, p. 15-19, 2002.

SOONG, B.; BARNES, M. Maternal position at midwife attended birth and perineal trauma: Is there an association? *Birth*, v. 32, n.3, p. 164-169, 2005.

STREMLER, R. et al. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*, v. 32, n.4, p. 243-251, 2005.

TERRY, R. et al. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians versus nonsupine delivery by midwives. *J. Am. Osteop. Assoc.*, v.106, n.4, p. 199-202, 2006.

TOMASSO, G. et al. Debemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria? *Rev. Obstet. Ginecol.*, v.62, n.2, p. 155-221, 2002.

TORNQUIST, C.S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.419-427, 2003.

_____. O parto humanizado e a REHUNA. In: SEMINÁRIO NACIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS, PARTICIPAÇÃO E DEMOCRACIA, 2., 2007, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis: Núcleo de Pesquisa em Movimentos Sociais, 2007.

TUESTA, A. A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.5, p.1425-1436, set./out. 2003.

VAGHETTI, H. et al. Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p. 267-275, 2007.

WACQUANT, L. Notas para Esclarecer a Noção de Habitus. *RBSE*, n.6, v.16, p. 5-11, abr. 2007.

WEI, C.Y. *Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola*. 2007. 191f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

WROBEL, L.L.; RIBEIRO, S.T.M. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v.28, n.1, p.17-22, 2006.

ZAMPIERI, M.F.M. *Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências*. 2006. 437f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

APÊNDICE A - Formulário de coleta de dados



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação Strictu Sensu - Mestrado



**RELAÇÃO DOS PARTOS ASSISTIDOS POR ENFERMEIROS OBSTETRAS DO
 HOSPITAL MATERNIDADE CARMELA DUTRA**

Nº de Ordem: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
	Registro nº:
Data do Parto:	Idade: _____ anos
Gesta: _____ Para: _____	Nº consultas pré-natal: _____
DADOS DO TRABALHO DE PARTO	
Dilatação na internação: _____ cm	
Tempo de fase ativa do Trabalho de Parto: _____ horas	
Houve intervenções: () Sim () Não	
Intervenções: () ocitocina () amniotomia () redução de colo () outros _____	
DADOS DO PERÍODO EXPULSIVO	
Duração: _____ minutos	Posição adotada no parto: () vertical () horizontal () cócoras () lateral () outras: _____
Realização de episiotomia: () Sim () Não	Ocorrência de lacerações: () Sim () Não Tipo: _____

DADOS SOBRE TECNOLOGIAS NÃO INVASIVAS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM (TNICE)	
Houve emprego de TNICE: () Sim () Não	
Práticas/Procedimentos utilizados como TNICE:	
() uso do banho () uso de massagens () uso do fisioball	
() estímulo à deambulação	
() estimulação de movimentos pélvicos	
() presença de acompanhante	
() outros: _____	
DADOS DO RECÉM NASCIDO	
Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____	

APÊNDICE B – Solicitação de divulgação do nome da instituição



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação Strictu Sensu – Mestrado**



Essa pesquisa é quantitativa, descritiva e, tem como problema de pesquisa: As enfermeiras obstétricas utilizam práticas assistenciais preconizadas pelo Ministério da Saúde referentes à humanização do trabalho de parto e parto? Esta pesquisa tem os seguintes objetivos: descrever as características sociais e obstétricas das mulheres assistidas pelas enfermeiras obstétricas durante o trabalho de parto e parto; identificar as práticas obstétricas de enfermeiras atuantes no trabalho de parto e parto em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro; avaliar o desenvolvimento e a implantação das práticas obstétricas humanizadas das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto entre 2004 e 2008; associar que práticas obstétricas das enfermeiras durante o trabalho de parto e parto estão em consonância com as recomendações do MS/OMS para a humanização do parto e nascimento.

Para desenvolver esta pesquisa, que visa atender a exigência de elaboração da dissertação de pós-graduação *strictu sensu* (Mestrado) em Enfermagem, torna-se necessário a utilização do nome da Instituição a ser pesquisada que pertence à Secretaria de Saúde desta Prefeitura, para divulgação e publicação.

Solicitamos, portanto, autorização desta chefia para desenvolver a citada investigação autorizando a autora do projeto de pesquisa Danielle de Oliveira Miranda de Souza, da Faculdade de Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), sob a orientação da professora orientadora Dra. Jane Márcia Progianti, utilizar as informações obtidas para elaboração do estudo, garantindo o anonimato das enfermeiras responsáveis pelos partos.

Local e Data

Assinatura da Chefia

Autor:

Mestranda Danielle de Oliveira M. de Souza

Orientadora:

Dra. Jane Márcia Progianti

Diretora da faculdade de Enfermagem UERJ:

Dra. Sônia Acioli de Oliveira

APÊNDICE C – Carta ao Comitê de Ética da SMS-Rio



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós Graduação Strictu Sensu - Mestrado



Rio de Janeiro, Outubro de 2009.

De: **Mestranda Danielle de Oliveira Miranda de Souza**

Para: **Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro**

Venho solicitar a autorização dos Coordenadores e do Comitê de Ética e Pesquisa desta renomada instituição para a realização da coleta de dados a serem analisados na construção da Dissertação intitulada: _____, como requisito para conclusão do Curso de Pós-Graduação *strictu sensu*, Mestrado, pertencente à Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Para tanto, necessitarei analisar todos os registros dos partos assistidos por Enfermeiras Obstétricas contidos no Livro de Registro de Partos, entre outubro de 2004 e dezembro de 2008. Tenho como objetivos: identificar as práticas obstétricas de enfermeiras atuantes no trabalho de parto e parto em uma maternidade municipal do Rio de Janeiro; avaliar o desenvolvimento e a implantação das práticas obstétricas humanizadas das enfermeiras obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto, entre 2004 e 2008; associar que práticas obstétricas das enfermeiras durante o trabalho de parto e parto estão em consonância com as recomendações do MS/OMS para a humanização do parto e nascimento.

Para maiores informações, o objeto do estudo, justificativa e relevância do estudo, bem como o questionário para caracterização dos sujeitos e roteiro de entrevista, seguem em anexo no Projeto de Pesquisa.

Desde já, agradeço:

Mestranda Danielle de Oliveira M. de Souza
COREN – RJ 121896
Telefone: 7847-2583
E-mail: danielle.rj@terra.com.br

Orientadora
Prof.^a Dra. Jane Márcia Progianti

ANEXO – Carta de resposta do Comitê de Ética do Município do Rio de Janeiro

Terra Mail - danielle.rj@terra.com.br Página 1 de 1

Caixa de Entrada Nova Mensagem Contatos Utilitários Ajuda Sair

Responder **De:** Comitê de Ética em Pesquisa <cepsmsrj@yahoo.com.br> **Enviado:** Ter 6/10/09 13:00

Responder a Todos **Para:** danielle.rj@terra.com.br **Prioridade:** Normal

Assunto: CAAE nº 0194.0.314.314-09

Encaminhar

Apagar

Adicionar Contato

Imprimir

É Spam

Bloquear Remetente

Ver Cabeçalhos

Próxima

Anterior

Sr.(a) Pesquisador(a),

Ref.: Protocolo nº 170/09

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou o seu projeto e identificou que o mesmo não necessita de aprovação deste Comitê, já que lida apenas com dados sem identificação dos indivíduos.


Apesar disto, e com intuito de colaborar como projeto, foram feitas as seguintes observações:

- A caracterização social dos sujeitos precisa ser revista, porque a "categoria" idade e número de partos não são suficientes para uma caracterização dita social;
- Na página 8 menciona que a taxa anual de nascimento na área 3.3 é a maior, mas não é indicada qual é a taxa, e nem as das demais áreas.

Atenciosamente,

Renata Guedes
Secretária Executiva
CEP/SMSDC - RJ

Comitê de Ética em Pesquisa
Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - RJ
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 - Cidade Nova
Telefone: 3971-1590
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br
Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

 - ANTES DE IMPRIMIR ESTE OU QUALQUER OUTRO DOCUMENTO, PENSE EM SEU COMPROMISSO COM O MEIO AMBIENTE. -

Veja quais são os assuntos do momento no Yahoo! + Buscados: Top 10 - Celebridades - Música - Esportes

Confira aqui o tempo máximo de armazenamento de mensagens em cada uma das pastas do webmail.

<http://mail2.terra.com.br/81.1.trr/reademail.php?id=5678&folder=Inbox&print=1> 27/8/2009