

Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil

The contribution of nurse midwives to consolidating humanized childbirth in maternity hospitals in Rio de Janeiro-Brazil

Contribución de enfermeras obstétricas para la consolidación del parto humanizado en maternidades en Río de Janeiro-Brasil

Octavio Muniz da Costa Vargens¹

Alexandra Celento Vasconcellos da Silva¹

Jane Márcia Progianti¹

1. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Introdução: Desde sua inserção nas salas de parto de maternidades da rede pública, enfermeiras obstétricas vêm empenhando-se por uma assistência humanizada ao parto. **Objetivos:** Identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto em maternidades públicas e sua contribuição na consolidação da humanização do parto e nascimento. **Métodos:** Estudo descritivo, quantitativo, transversal, conduzido em maternidades da rede pública municipal do Rio de Janeiro, onde foram avaliados registros de 4.787 partos, dos quais 2.914 (59,73%) foram acompanhados por enfermeiras obstétricas. **Resultados:** Na Maternidade A, 68,50% dos partos foram acompanhados por enfermeiras obstétricas. Na Maternidade B, estes foram 43,07%. Predominou a adoção de posições verticalizadas (78,95%). O estímulo à deambulação ocorreu em 37,29% dos partos. A episiotomia ocorreu em apenas 4,0% dos partos. **Conclusões:** As práticas mais utilizadas foram aquelas que não interferem na fisiologia, contribuindo para a humanização. A presença de práticas intervencionistas reflete um processo ainda em transformação.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica; Parto humanizado; Saúde da mulher; Medicalização.

ABSTRACT

Introduction: Since their insertion in the delivery rooms of public hospitals, nurse midwives have striven for humanized care in childbirth. **Objectives:** To identify the practices employed by nurse midwives in childbirth care in public hospitals and their contribution to the consolidation of humanization of childbirth. **Methods:** A descriptive, quantitative, cross-sectional, study, held in maternity hospitals of the public health system in Rio de Janeiro, evaluating records of 4,787 childbirths, of which 2,914 (59.73%) were attended by nurse midwives. **Results:** In Maternity Hospital A, 68.50% of childbirths were attended by nurse midwives, while in Maternity Hospital B, the figure was 43.07%. The adoption of upright positions was predominant (78.95%). Encouraging walking occurred in 37.29% of deliveries. Episiotomy occurred only in 4.0% of childbirths. **Conclusions:** The most frequent practices were those that do not negatively influence the physiology, contributing to the humanization. The occurrence of interventionist practices represents an ongoing process of change.

Keywords: Obstetric nursing; Humanizing Delivery; Women's Health; Medicalization.

RESUMEN

Introducción: Desde su inserción en las salas de parto de los hospitales públicos, enfermeras obstétricas están luchando para una atención humanizada en el parto. **Objetivos:** Identificar las prácticas empleadas por enfermeras obstétricas en la atención del parto en hospitales públicos y su contribución a la consolidación de la humanización del parto. **Métodos:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, desarrollado en maternidades públicas en Río de Janeiro. Se evaluó los registros de 4.787 partos, de los cuales 2.914 (59,73%) fueron atendidos por enfermeras obstétricas. **Resultados:** En la Maternidad A, 68,50% de los partos fueron atendidos por enfermeras obstétricas y en la Maternidad B 43,07%. La adopción de posiciones verticales fue predominante (78,95%). El estímulo para caminar ocurrió en 37,29% de los partos y la episiotomía en 4,0%. **Conclusiones:** Las prácticas más frecuentes fueron las que no interfirieron en la fisiología, contribuyendo en la humanización. La ocurrencia de prácticas intervencionistas representa un proceso de transformación.

Palabras clave: Enfermería obstétrica; Parto humanizado; Salud de las mujeres; Medicalización.

Autor correspondente:

Octavio Muniz da Costa Vargens.

E-mail: omcvargens@uol.com.br

Recebido em 24/06/2016.

Aprovado em 09/11/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170015

INTRODUÇÃO

O cuidar da enfermeira obstétrica demanda o compromisso e a responsabilidade em não intervir e renunciar à vontade do poder por uma conquista de atenção integral à saúde da mulher,¹ conquista esta que surgiu em um contexto brasileiro marcado pela democratização e participação social, dentre uma concepção mais humanitária.²

Em meados dos anos 80, as práticas obstétricas intervencionistas, desenvolvidas nas maternidades, começaram a ser marcadas pelo autoritarismo, pela precariedade de evidências científicas e mostravam insustentabilidade prática, insegurança e necessidade ineficaz.² Nesta época, a atuação da enfermeira obstétrica tinha por mérito primordial a vigilância intensiva e o controle do trabalho de parto, mas foi após o Concurso Público de 1985 que as enfermeiras obstétricas também começaram a atuar na assistência direta ao parto, território antes exclusivo dos médicos, no âmbito dos hospitais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Esse acontecimento representou a quebra da hegemonia médica e despertou, nas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), o conhecimento e o desejo pelas práticas menos intervencionistas.²

No início dos anos 90, o município do Rio de Janeiro viveu um processo de municipalização das maternidades federais e, concomitantemente, o movimento de humanização do parto e nascimento atingiu expressão nacional.³ Como reflexo, foram observadas mudanças nas ações políticas dirigidas para o campo obstétrico brasileiro no sentido de incentivar o parto normal. Tais ações levaram à inserção de enfermeiras obstétricas nas maternidades a partir de 1998, seguindo-se à inauguração de outras maternidades voltadas à priorização da assistência humanizada ao parto.³

Mesmo com mudanças expressivas alcançadas no campo obstétrico, o país ainda tem, estatisticamente, uma das maiores taxas de cesarianas, chegando à marca de 51,9%.⁴ Igualmente significativas são as taxas de intervenções na atenção ao parto, com destaque para a amniotomia, a infusão endovenosa de ocitocina sintética, a analgesia intraparto, a episiotomia e a manobra de Kristeller.⁴ O Brasil também figura como um dos países com altas taxas de morte materna⁴ e a Organização Mundial da Saúde (OMS) investe na inclusão das enfermeiras obstétricas no cuidado direto ao parto para combater estes índices e atender às recomendações das autoridades governamentais.² Com isso, a enfermeira obstétrica passou a ser reconhecida por reinventar relações menos desiguais e por agregar a um conhecimento desmedicalizado o respeito pela fisiologia do parto.^{1,5} A enfermeira obstétrica tem se revelado uma profissional que sabe se reconhecer no campo obstétrico e que procura, através de seu cuidado libertador, respeitar a dignidade e a autonomia da mulher.^{1,5}

O presente estudo investiga a atuação da enfermeira obstétrica em maternidades públicas do Rio de Janeiro, atuação esta pautada pelos dispositivos legais, conforme a lei nº 7498/86 e o decreto de nº 94.406/87, os quais asseguraram seu exercício profissional.⁶ Ao analisar as repercussões observadas na prática

de uma atuação mais intervencionista em comparação com aquela aliada às tecnologias não invasivas de cuidado, procuramos contribuir com a proposta de consolidação da política nacional de humanização do parto e nascimento.

Nesse sentido, foram definidos os objetivos: identificar as práticas empregadas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto em maternidades da rede pública de saúde e sua contribuição na consolidação da humanização do parto e nascimento.

REVISÃO DE LITERATURA

O cuidado prestado à mulher durante o parto sofreu inúmeras modificações através dos tempos, decorrentes da institucionalização do parto e dos avanços tecnológicos no campo da medicina.^{5,7} Embora satisfatórios às expectativas de queda da mortalidade materna e neonatal, os avanços no campo da tecnocracia contribuíram para que a mulher tivesse seu corpo demarcado por uma dominação característica do gênero masculino.⁸

No passado, os partos eram acompanhados, prioritariamente, em ambiente domiciliar, por parteiras ou mulheres de afinidade e confiança da gestante. A assistência à parturiente era considerada um assunto feminino, envolvendo laços emocionais, crenças, talismãs e orações, um assunto de mulheres. Considerava-se a participação masculina, até o século XII, contrária aos padrões culturais da época.^{9,10}

Aos poucos, a figura masculina começou a surgir no cenário do parto e teve como consequência a intervenção em detrimento da parteira tradicional e o descrédito em sua competência.¹⁰ Tal inserção culminou com a adoção do modelo tecnocrático medicalizado e a institucionalização do parto, colocando a mulher na condição de paciente, sem autonomia sobre seu corpo, separando-a de seus familiares e de seu filho ao nascer. O parto passou a ser visto como processo patológico, de caráter mecânico, necessitando de intervenções e incorporando cada vez mais procedimentos e técnicas medicalizadas.¹⁰

Atualmente, a posição ocupada pelo Brasil, como um dos países com maiores taxas de cesarianas e intervenções no parto, é reflexo desse processo de medicalização do corpo da mulher que vem ocorrendo ainda hoje. Já em 2002, o movimento pela humanização do parto no Brasil apontava que a adoção de condutas protocolares rígidas de atendimento levou à supervalorização da tecnologia e à banalização das intervenções, como no caso da cesariana, muitas vezes, realizada para conveniência de hospitais, equipes médicas e até da mulher, que se torna submissa às questões decisórias relacionadas ao seu corpo.¹¹

A intensa medicalização do parto, que parece ser dado comprovatório dos elevados índices de mortalidade materna, levou o Ministério da Saúde a adquirir medidas na tentativa de melhorar esses indicadores, sendo uma delas a participação ativa das enfermeiras obstétricas na atenção ao parto e nascimento. O Brasil apresentou, em 2015, 62 casos de morte materna a cada 100 mil nascimentos. No Estado do Rio de Janeiro, 566 óbitos foram notificados em 2015, dos quais 140 ocorreram no Município do Rio de Janeiro.^{12,13}

A média de cesarianas realizada, por ano, no Brasil, é de 46,6%. Na rede privada, essa taxa pode chegar a 85%. No Estado do Rio de Janeiro, em 2015, a porcentagem de cesarianas atingiu 58,41%; no Município, no mesmo ano, chegou a 23,41%. Ainda são observadas taxas muito acima dos 15% recomendados pela OMS, apesar de sua redução com a implantação da Rede Cegonha a partir de 2011. Destaca-se que, na implantação da Rede Cegonha, foi significativa a participação das enfermeiras obstétricas em muitas maternidades que até então não contavam com essas profissionais.¹⁴

O elevado índice de cesarianas não é observado somente no Brasil. Em 2014, a taxa de cesarianas na Europa foi de 20% a 22% e nos Estados Unidos, 32,2%. Esse dado reforça que, apesar do Brasil ser considerado líder mundial das cesarianas, o mundo ainda está distante da meta estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU). Diante desses números, faz-se estritamente necessário enfatizar a necessidade das práticas assistenciais humanizadas ao parto e nascimento.^{15,16}

Como decorrência do uso abusivo de procedimentos invasivos, ocorreu uma reação em diversos âmbitos, cuja consequência foi a proposta da humanização como forma de garantir uma assistência segura e adequada a cada família, não sobrepondo a técnica à mulher envolvida no processo.¹¹

Nessa perspectiva, o parto deve ser visto como um processo fisiológico, natural e feminino e o profissional que acompanha a gestante deve oferecer meios para que ela se torne protagonista desse evento, garantindo a criação de laços familiares e uma transição com boas qualidades físicas e emocionais para o bebê.^{2,9} Nesse contexto, a participação da enfermeira obstétrica torna-se fundamental e vem crescendo o número de hospitais que optam pela inclusão dessa profissional como a principal referência para um atendimento humanizado e acolhedor.⁹

As enfermeiras obstétricas são consideradas, pela Organização Mundial da Saúde, as profissionais mais apropriadas ao acompanhamento das gestações e partos normais por possuírem características menos intervencionistas em seu cuidado.²

Em 25 de maio de 1998, o Ministro da Saúde (MS) assinou a Portaria do MS, nº 2.815, que considerou de suma importância o acompanhamento do trabalho de parto e parto pela enfermeira obstétrica, como estratégia para a redução de intervenções, na tentativa de promover segurança e respeito ao processo.^{2,3}

A humanização da assistência ao parto implica, prioritariamente, que a atuação do profissional respeite os aspectos de sua fisiologia, reconheça aspectos sociais e culturais da família e ofereça suporte emocional facilitador de vínculo entre mãe e bebê. A assistência da enfermeira obstétrica permeia uma diversidade de saberes e competências que influenciam diretamente o cuidar de mulheres no trabalho de parto.¹⁷ Neste contexto, a Portaria nº 569, de 1 de junho de 2000, 572/GM, institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o qual aponta para uma política que busca devolver à mulher o protagonismo de seu parto. Entretanto, a prática revela dificuldades vivenciadas pela gestante na obtenção de um serviço condizente com o preconizado.^{2,3} Portanto, percebemos que a implantação da atenção aos

partos por enfermeiras obstétricas está associada a mudanças nas práticas e rotinas institucionais, já que se caracteriza como uma atitude a favor da humanização do parto e nascimento.¹⁸

Aqui, destaca-se o desenvolvimento e emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica. Estas são definidas como o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pela enfermeira obstétrica durante sua relação de cuidado profissional, que, por sua concepção ecológica, compreende o parto como um processo fisiológico, respeitando sua natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres.¹⁸

MÉTODOS

Estudo descritivo, quantitativo, transversal, conduzido em dois hospitais-maternidade da rede pública municipal do Rio de Janeiro, onde foram avaliados registros de 2.914 partos acompanhados por enfermeiras obstétricas, no período de dezembro de 2012 a dezembro de 2013.

Ambos os hospitais-maternidade são de grande porte, de administração pública da prefeitura, cuja clientela básica é oriunda do SUS. O modelo assistencial é predominantemente medicalizado; entretanto, o modelo humanizado segue seu curso de implantação. Por esta razão, pode-se admitir que há um modelo híbrido de atenção, no qual práticas humanizadas são frequentes e convivem com ações intervencionistas.

Os dados foram coletados a partir de instrumento próprio e extraídos do Livro de Registro de Partos das duas instituições. Para registro e análise, utilizou-se o banco de dados criado com o *software Epi info*, versão 3.5.1. Os dados foram organizados de acordo com a frequência absoluta e relativa e sua análise foi realizada por meio da estatística descritiva, considerando os registros no livro de registro dos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas. Os dados não informados relacionados a cada variável foram considerados como perdas de informação, não sendo computados para análise.

Foram analisadas as variáveis: ocorrência de episiotomia, emprego de tecnologias não invasivas de cuidado, posição adotada no parto e índice de Apgar, por serem indicativos da redução de intervenções desnecessárias e da medicalização na assistência. A variável índice de Apgar foi incluída por ser um importante indicador da vitalidade do recém-nascido e, por conseguinte, do impacto das práticas empregadas na atenção ao parto sobre o bebê.

Em atendimento ao disposto na Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, sob protocolo nº 189/09.

RESULTADOS

Os resultados foram divididos entre os hospitais-maternidade. Houve 3.197 partos no Hospital-Maternidade A, de dezembro de 2012 a dezembro de 2013. Destes, 2.190

(68,50%) foram acompanhados por enfermeiras obstétricas. No Hospital-Maternidade B, no mesmo período, ocorreram 1.681 partos sendo que, destes, 724 (43,07%) foram acompanhados por enfermeiras obstétricas, conforme observado na Tabela 1.

Em relação à posição adotada pela mulher no momento do parto, verificou-se que, nos dois hospitais-maternidade, a posição horizontal, litotômica, ocorreu apenas em 109 (3,74%) partos. Nesses partos, houve predomínio das posições verticais em 1.909 (65,51%) mulheres; semiverticais, em 464 (15,94%); laterais, em 275 (9,43%); cócoras, em 86 (2,95%) e a posição de quatro apoios, em 22 (0,75%). Outras posições corresponderam a 49 (1,68%) partos. (Tabela 2).

Quanto ao emprego de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem, verificou-se que as parturientes tiveram liberdade de movimentação, deambulando livremente (1.616 = 55,48%) ou exercitando movimentos pélvicos (573 = 19,67%). Também foram utilizados alguns instrumentos, como a *Fisioball*,

em 320 (10,98%) partos e o banco obstétrico, em 321 (11,02%) partos, a fim de estimular a adoção de posições verticalizadas e a livre movimentação pélvica.

A fim de proporcionar conforto e alívio da dor, foram utilizadas massagens (1.014 = 34,80%) e água morna através do banho de aspersão (684 = 23,48%). Em alguns partos, associou-se o uso de aromas - 535 (18,37%) -, conforme indicado no Quadro 1.

A episiotomia ocorreu em apenas 3,12% dos partos assistidos pelas enfermeiras obstétricas no Hospital-Maternidade A e 2,12% no Hospital-Maternidade B, totalizando, apenas, 148 (5,24%) casos, percentual muito abaixo do tolerável pela OMS, que corresponde a 10% (Tabela 3).

A avaliação do índice de Apgar apontou que 97,53% dos recém-nascidos de partos assistidos por enfermeiras obstétricas tiveram Apgar maior que 7 no 5º minuto de vida, considerados com boa vitalidade ao nascer (Tabela 4).

Tabela 1. Proporção de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas, em relação ao total de partos nas unidades. Hospital-Maternidade A e Hospital-Maternidade B, Rio de Janeiro, 2012-2013

Partos com enfermeiras obstétricas X total de partos nas instituições	Hosp-Mater. A		Hosp-Mater. B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Número total de partos	3.197	100	1.681	100	-	-
	-	65,54	-	34,46	4.878	100
Número total de partos com enfermeiras obstétricas	2.190	68,50	724	43,07		
	-	75,15	-	24,85	2.914	100

Tabela 2. Posições adotadas pelas parturientes em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Hospital-Maternidade A e Hospital-Maternidade B, Rio de Janeiro, 2012-2013

Posições adotadas no momento do parto	Hosp-Mater. A		Hosp-Mater. B		Total	
	n	%	n	%	n	%
Vertical	1.596	72,87	313	43,23	1.909	-
	-	54,97	-	10,74	-	65,51
Semivertical	223	10,18	241	33,28	464	-
	-	7,65	-	8,27	-	15,94
Lateral	207	9,45	68	9,39	275	-
	-	7,10	-	2,33	-	9,43
Horizontal	75	3,42	34	4,69	109	-
	-	2,57	-	1,17	-	3,74
Cócoras	44	2,00	42	5,80	86	-
	-	1,50	-	1,44	-	2,95
Quatro apoios	8	0,36	14	1,93	22	-
	-	0,27	-	0,48	-	0,75
Outros	37	1,68	12	1,65	49	-
	-	1,26	-	0,41	-	1,68
Total	2.190	100	724	100	-	-
	-	75,15	-	24,85	2.914	100

Quadro 1. Utilização das tecnologias não invasivas de cuidado em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Hospital-Maternidade A e Hospital-Maternidade B, Rio de Janeiro, 2012-2013

Utilização de tecnologias não invasivas de cuidado*	Hosp-Mater. A (n = 2.190)		Hosp-Mater. B (n = 724)		Total (n = 2.914)	
	n	%	n	%	n	%
Suporte de posicionamento						
Estímulo à deambulação	1.346	61,48	270	37,29	1.616	55,45
Estímulo à adoção de posições verticalizadas pelo uso do banco obstétrico	191	8,73	130	17,96	321	11,02
Estímulo à adoção de posições verticalizadas pelo uso da <i>fisioball</i>	228	10,4	92	12,71	320	10,98
Estimulação de movimentos pélvicos	331	15,12	242	33,43	573	19,67
Suporte aos estímulos táteis						
Uso da água através do banho morno de aspersão	410	18,7	274	37,85	684	23,48
Emprego de massagem relaxante	908	41,47	106	14,64	1.014	34,80
Suporte relacionado ao meio ambiente						
Utilização de música ambiente	-	-	82	11,33	82	2,81
Emprego de aromaterapia	371	16,95	164	22,65	535	18,37
Outras	220	10,03	36	4,97	256	8,79

* Cada parturiente utilizou-se de mais de uma tecnologia no trabalho de parto.

Tabela 3. Ocorrência de episiotomia em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Hospital-Maternidade A e Hospital-Maternidade B, Rio de Janeiro, 2012-2013

Ocorrência de episiotomia em partos assistidos por enfermeiras obstétricas	Hosp-Mater. A (n = 2190)		Hosp-Mater. B (n = 724)		Total (n = 2.826)	
	n	%	n	%	n	%
Sim	88	4,0	60	8,29	-	-
	-	3,01	-	2,06	148	5,07
Não	2.102	96,0	576	79,56	-	-
	-	72,14	-	19,77	2.678	91,90
Não registrado	-	-	88	12,15	-	-
	-	-	-	3,01	88	3,02
Total	2.190	100	724	100	-	-
	-	75,15	-	24,85	2.914	100

Tabela 4. Índice de Apgar > 7 no 5º minuto de vida, em partos assistidos por enfermeiras obstétricas. Hospital-Maternidade A e Hospital-Maternidade B, Rio de Janeiro, 2012-2013

Serviços de Saúde*	Apgar < 7		Apgar > 7		S/Registro		Total (n = 2.914)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hosp-Mater. B	11	1,51	706	97,51	7	0,96	724	24,84
Hosp-Mater. A	54	2,47	2.136	97,53	-	-	2.190	75,15
Total	65	2,23	2.842	97,53	7	0,96	2.914	100

* Respeitando os "n" 724 Hosp-Mater. B e 2.190 Hosp-Mater. A.

DISCUSSÃO

O caminho da enfermeira obstétrica brasileira na atenção à parturiente e ao parto normal é longo. Sua consolidação ocorreu mediante a lei nº 7498/86 e o decreto que a regulamentou, de nº 94.406/87, segundo os quais cabe a este profissional especialista a incumbência de assistir a parturiente e o parto normal.⁶ Em meados dos anos 90, muitas enfermeiras obstétricas incorporaram, em seu fazer, práticas obstétricas recomendadas pela OMS e consideradas apropriadas pelo Ministério da Saúde.^{2,3} Assim, a enfermeira obstétrica agregou conhecimentos técnicos a uma atenção humanizada e de qualidade, respeitando os preceitos éticos e garantindo a privacidade e autonomia da mulher.^{17,18}

Uma evidência da inserção de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto nos hospitais-maternidade estudados foi o elevado percentual de partos acompanhados por estas profissionais (68,5% no hospital-maternidade A e 43,07% no hospital-maternidade B). Estes dados ainda não se configuram como tão elevados quanto, por exemplo, alto índice de acompanhamentos a partos normais pelas enfermeiras obstétricas, no Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital-Maternidade Sofia Feldman, Minas Gerais. Lá, o número total de partos normais foi de 7.572, desde sua criação em 2001, e desses, 93,4% (7.072) foram assistidos por enfermeiras obstétricas, mostrando ser uma profissional de presença ativa e grande responsável pelos atendimentos dos partos na instituição.⁸

O que se observa, no entanto, é que o ambiente hospitalar está em reconfiguração constante no campo obstétrico, voltado à perspectiva da humanização do parto. Nesse contexto, para ocuparem e se manterem no espaço, as enfermeiras obstétricas desenvolvem as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (TNICE), que têm como características marcantes a compreensão do parto como um processo fisiológico, o respeito à sua natureza e à integridade corporal e psíquica das mulheres.¹⁸

As tecnologias não invasivas de cuidado fazem parte do modelo humanizado e vêm sendo amplamente utilizadas, seja na diminuição do tempo do trabalho de parto ou aliviando a dor.¹⁸ Oportunizar à parturiente a utilização de TNICE configurou-se como importante estratégia no processo de humanização das duas instituições analisadas. Estas TNICE permitiram à parturiente escolher a posição que melhor lhe conviesse durante o trabalho de parto e parto. Verificou-se, em nosso estudo, que 81,45% das parturientes optaram por parir em posições verticalizadas, sendo estimuladas pelas enfermeiras obstétricas. Estas posições, consideradas benéficas à passagem do feto, favorecem os movimentos de rotação e flexão do polo cefálico, respeitando a fisiologia, além de oferecer à parturiente maior conforto e autonomia no momento do nascimento.¹⁸

Além disso, verificou-se que o estímulo à deambulação esteve presente em 55,45% dos partos nos dois hospitais-maternidade, reforçando a ideia da opção por posicionamento vertical durante o processo.

Estudo que avaliou a intensidade da sensação dolorosa e o comportamento, durante o trabalho de parto e parto, entre mulheres que tiveram parto normal, mostrou que a mudança para posição vertical durante o trabalho de parto está intimamente ligada ao grau de satisfação das mulheres, fato esse que pode ser atribuído à diminuição da sensação dolorosa.^{4,18}

Estudo mostrou que 50,9% do total de partos normais em hospital-maternidade do Médio Paraíba/Rio de Janeiro foram assistidos por enfermeiras obstétricas e 49,1%, por médico obstetra. A pesquisa ainda evidenciou que as TNICE foram empregadas em 98,8% dos partos acompanhados pelas enfermeiras obstétricas e as mais utilizadas foram o estímulo à deambulação, 70,23%; uso do banho, 67,85% e uso da *Fisioball*.¹⁹

A adoção de posições verticalizadas tem sido apontada como fator importante para a redução do uso de episiotomias,⁴ procedimento que, apesar de usualmente realizado por médicos obstetras, nas últimas décadas teve seu uso rotineiro considerado desnecessário, segundo recomendações da OMS.¹⁵ A não realização de episiotomia, além de representar menor risco de trauma perineal posterior, está relacionada à menor necessidade de sutura e menos complicações relacionadas à cicatrização.²⁰ Em nosso estudo, verificou-se que este procedimento não ultrapassou 5,24%, portanto, muito abaixo do descrito como ocorrência em outros países.⁴

Em estudo similar, realizado em hospitais-maternidade da Rede Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a evidência apontou, com o total de 447 (14,2%) partos, acompanhados por enfermeiras obstétricas no período de 2008, que a episiotomia foi utilizada em 11,2% dos partos assistidos por essas profissionais. Em contrapartida, nos partos acompanhados por médicos, o número foi cinco vezes maior - 85,8%.^{20,21}

Observamos que, mesmo inseridas em espaço considerado desfavorável à desmedicalização, a enfermeira obstétrica atua de forma menos intervencionista e suas ações favorecem a proteção da integridade da mulher.

São definidos pela OMS (1996) que 70% a 80% de todas as gestações podem ser consideradas de baixo risco obstétrico e a enfermeira obstétrica desempenha papel adequado e fundamental para prestar assistência à gestação e ao parto normal, avaliando os riscos e reconhecendo complicações. Assim, a enfermeira obstétrica deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto.^{4,10}

A enfermeira obstétrica tem sido a profissional que, por entender e pensar sobre o parto numa perspectiva desmedicalizada e adotar as TNICE, dialoga com a mulher, compartilha, busca uma relação de parceria, respeita e fortalece a mulher durante o trabalho de parto e parto instrumentalizando-a no enfrentamento da dor fisiológica no parto,^{2,3,17,18} além de prestar uma assistência de qualidade. Esse diálogo é fundamental para a compreensão das diferentes dimensões que envolvem o fenômeno da parturição, como por exemplo, as dimensões social e cultural. São justamente estas duas dimensões que impulsionam a mulher a desejar o parto natural, sem intervenções, apesar

de buscar a atenção hospitalar. É necessário que o profissional de saúde respeite a bagagem cultural trazida pela gestante, procurando apoiar e esclarecer seus medos, dúvidas e anseios, sem desqualificar suas crenças a respeito das vias de parto.^{1,10}

Hoje em dia, já percebemos que muitas enfermeiras obstétricas têm incorporado novos conhecimentos que foram agregados em seu *habitus* profissional, gerando práticas que as fizeram romper com a reprodução do modelo biomédico no campo obstétrico. Vêm assim, reconfigurando sua prática obstétrica de cuidado, centrando-as no estímulo do protagonismo da mulher e no respeito à fisiologia do parto^{3,5} e, dessa forma, contribuem, significativamente, para a consolidação da política de humanização do parto e nascimento.

Um dos principais aspectos da política de humanização do parto e nascimento é sua preocupação com as repercussões para o recém-nascido. É sabido que a asfixia perinatal constitui uma das principais causas de morbimortalidade neonatal e que o cuidado adequado à parturiente representa papel fundamental em sua prevenção.²² Desse modo, a avaliação da vitalidade do recém-nascido, através do índice de Apgar, configura-se como importante indicador da qualidade da assistência da enfermeira obstétrica no modelo humanizado. Uma avaliação que indique escore de Apgar menor do que 7 no 5º minuto de vida é considerado o referencial mais importante no diagnóstico e no prognóstico de asfixia.²²

No presente estudo, verificou-se que 97,53% dos recém-nascidos receberam uma avaliação indicativa de escores de Apgar maior do que 7 no 5º minuto de vida. Outra pesquisa evidenciou resultado semelhante ao apontar 99,9% dos recém-nascidos, cujas mães tiveram seus partos acompanhados por enfermeiras obstétricas, recebendo Apgar maior que 7 no 5º minuto de vida.²² Tais dados reiteram a contribuição da enfermeira obstétrica para a política de humanização no que tange à prevenção da asfixia neonatal.

Acreditamos que o estudo apresente avanços aos anteriormente produzidos na área, por mostrar dados atuais de dois hospitais-maternidade que atendem à grande quantidade de mulheres no município do Rio de Janeiro, e equiparando referências do cuidado à parturiente e ao recém-nascido. Destaca-se o fato observado de que cada vez mais enfermeiras obstétricas vêm adotando o emprego de TNICE em detrimento do uso de práticas intervencionistas.

Os hospitais-maternidade pesquisados estão inseridos com propostas diferentes no campo obstétrico, uma mais antiga, que passou por diversas transformações, e outra, que nasceu atrelada à proposta da humanização do parto, incentivada pelo Ministério da Saúde. Uma, com suas enfermeiras obstétricas majoritariamente servidoras efetivas da rede pública e outra, marcada pelo sistema de contratação de profissionais pela via das organizações sociais.

Na cidade do Rio de Janeiro, são nove os hospitais-maternidade vinculados à gestão pública da prefeitura. Portanto, mesmo tendo o estudo abrangido apenas duas unidades, consideramos estes dados uma contribuição importante, porém entendemos

que o presente estudo possui limites. Por se tratar de um cenário em constante transformação, permanentes avaliações são necessárias. Mesmo assim, a consistência dos dados aqui analisados, na visão dos autores, desperta interesse e motivação para dar continuidade a pesquisas que promovam essa avaliação constante.

CONCLUSÕES

Conclui-se que as práticas mais utilizadas pelas enfermeiras obstétricas foram aquelas que não interferem na fisiologia do parto e que estão em consonância com as diretrizes preconizadas pela OMS. Destacam-se o estímulo à deambulação, a adoção de posições verticalizadas, a livre movimentação, o uso de massagens e de banho morno.

Apesar do uso de tecnologias não invasivas de cuidado, as enfermeiras ainda empregam práticas intervencionistas, como reflexo da influência do ambiente hospitalar medicalizado onde atuam. Este estudo demonstrou que as enfermeiras obstétricas das instituições estudadas estão em consonância com o que o Ministério da Saúde preconiza quanto à utilização de episiotomia, refletida em baixos índices percentuais. Entretanto, quando avaliada a relação desta prática com a paridade da mulher, revelou-se uma predominância desta intervenção em primíparas, caracterizando um resquício de um modelo biomédico que permeia a sua assistência, mas que, mesmo assim, encontra-se dentro dos índices recomendados.

O uso frequente das tecnologias não invasivas de cuidado levou à conclusão de que as enfermeiras obstétricas estão em um processo de transformação de sua prática em direção ao rompimento com o modelo medicalizado e uma atuação menos intervencionista. Assim, contribuem para o alcance dos objetivos propostos pela OMS para redução de cesarianas e intervenções na assistência ao parto, privilegiando o processo natural.

Compreendemos imprescindível a reflexão da enfermeira obstétrica para que a transformação no cenário hospitalar de atenção ao parto permaneça contínua e busque novos trajetos aliados ao conhecimento técnico-científico e ao cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

1. Vargens OMC, Quitete JB. Power in obstetric nursing care: empowerment or submission of women users? *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2009 Sep [cited 2016 Nov 07]; 17(3):315-320. Available at: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522009000300003&lng=pt
2. Progianti JM, Mouta RJO. The obstetric nurse: strategic agent for the implantation of the humanized model at maternities. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2009 Jun [cited 2016 Nov 07]; 17(2):165-169. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522009000200004&lng=pt
3. Progianti JM, Porfírio AB. Participation of nurses in the process of implementation of obstetrical practices in the maternity humanized Alexander Fleming (1998-2004). *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 Sep [cited 2015 Sep 29]; 16(3):443-450. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000300003>

4. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha Mariza MT, Dias MAB, Nakamura PM, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [Cited 2016 Set 29]; 30(Suppl 1):S17-S32. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
5. Camacho KG, Progianti JM. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 Jul/Sep [Cited 2016 Sep 29]; 15(3):648-55. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n3/pdf/v15n3a06.pdf. doi: 10.5216/ree.v15i3.18588.
6. Brasil. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Regulamentada pelo Dec. nº 94.406, de 08.06.87, publicado no DOU de 09.06.87, seção I - fls. 8.853 a 8.855
7. Vargens OMC, Progianti JM. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2008 June [cited 2016 Set 29]; 42(2):339-346. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200018>
8. Amorim ATC, Araújo VKS, Severiano RCC, Davim RMB. Estratégias utilizadas no processo de humanização ao trabalho de parto: uma revisão. *Saúde Coletiva* [Internet]. 2012 [cited 2016 Set 29]; 9(56):61-66. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84223413006>
9. Menezes PFA, Portella SDC, Bispo TCF. A situação do parto domiciliar no Brasil. *Revista Enfermagem Contemporânea* [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Sep 29]; 1(1):3-43. Available from <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/38/38>. <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v1i1.38>
10. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* [Internet]. 2001 Nov [Cited 2016 Sep 29]; 75(Suppl 1):S5-S23. Available from: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/the_technocratic_humanistic_and_holistic_paradigms_of_childbirth.pdf
11. Dossiê humanização do parto/Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos [internet]. São Paulo, 2002 [cited 2016 Sep 9]. 40 p. Available from <http://www.redesaude.org.br/home/conteudo/biblioteca/biblioteca/dossies-da-rede-feminista/015.pdf>
12. BBC Brasil. Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá meta da ONU. [Internet]. 2014 [cited 2016 Sep 9]. Available from http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306_mortalidade_materna_jcrj
13. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Painele de Monitoramento da Mortalidade Materna 2007-2016. [Internet]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>. Acesso em 9 de setembro de 2016.
14. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Proporção de partos cesáreos 2011 [Internet]. [Cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defotm.exe?idb2012/f08.def>
15. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK. Births in the United States, 2014. *NCHS Data Brief*, nº 216 [Internet]. 2015 Sep [cited 2016 Nov 07]. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db216.pdf>
16. McCarthy N. Which countries have the highest cesarean section rates? [Infographic]. *Forbes* [Internet] 2016 Jan 12 [cited 2016 Sep 9]. Available from: <http://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2016/01/12/which-countries-have-the-highest-caesarean-section-rates-infographic/#4361b5044f8>
17. Versani CC, Barbieri M, Gabrielloni MC, Fustinoni SM. The meaning of humanized childbirth for pregnant women. *Rev. pesqui. cuid. fundam.* (Internet) 2015, Jan/Mar [Cited 2016 Sept 9]; 7(1): 1927-1935. Available from: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3491>. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1927-1935>
18. Vargens OMC, Silva ACV, Progianti JM. Non-invasive nursing Technologies for pain relief during childbirth - The Brazilian nurse midwife's view. *Midwifery* [Internet]. London (United Kingdom), 2013 nov [Cited 2016 Sept 9]; 29(11):e99-e106. Available from: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(12\)00218-5/abstract](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(12)00218-5/abstract). <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.011>
19. Ávila VCM, Vargens OMC. Realização de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiras obstétricas em hospital da região Médio-Paraíba-RJ. *Revista Científica do UBM*, 2014; 16(31):4-12. ISSN 1516-4071
20. Figueiredo G, Barbieri M, Gabrielloni MC, Sampaio Araújo E, Henrique AJ. Episiotomy: perceptions from adolescent puerperae. *Invest Educ Enferm* [Internet]; 2015 May/Aug [Cited 2016 Sept 9]; 33(2):365-373. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v33n2/v33n2a19.pdf>. DOI: 10.17533/udea.iee.v33n2a19
21. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Episiotomy occurrences in childbirth assisted by obstetrical nurses in hospital. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2011 Jun [cited 2016 Nov 07]; 19(2):181-185. Available from: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522011000200002&lng=pt
22. Oliveira TG, Freire PV, Moreira FT, Moraes JSB, Arrelaro RC, Rossi S, et al. Apgar score and neonatal mortality in a hospital located in the southern area of São Paulo city, Brazil. *Einstein* (São Paulo) [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Sept 9]; 10(1):22-28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082012000100006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082012000100006>