
CUIDADOS E RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA NA SALA DE RELAXAMENTO DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, BRASIL

Adriana Lenho de Figueiredo Pereira¹, Silma de Fátima da Silva Araújo Nagipe², Gabrielle Parrilha Vieira Lima³, Sabrina Damazio do Nascimento⁴, Monique da Silva Ferreira Gouveia⁵

¹ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: adrianalenho.uerj@gmail.com

² Enfermeira. Diretora da Divisão de Enfermagem do Hospital Maternidade Alexander Fleming, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: s.nagipe@gmail.com

³ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: gabi_vieira@yahoo.com.br

⁴ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: sasadamazio@hotmail.com

⁵ Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Enfermagem da UERJ. Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: monique.gouveia-enf@hotmail.com

RESUMO: Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo que analisou 648 registros dos atendimentos na sala de relaxamento para gestantes em trabalho de parto no ano de 2007. O perfil obstétrico foi de gestantes de baixo risco, nulíparas, e em fase ativa do trabalho de parto. Os cuidados mais realizados foram: banho morno (76,4%), deambulação (56,2%) e massagem (52,8%). A maioria (86,3%) das parturientes teve parto normal e as cesarianas representaram 11,1% dos partos. As enfermeiras obstétricas assistiram 56,5% dos partos normais e os demais foram atendidos pelos médicos (44,5%). O índice de Apgar abaixo de sete no quinto minuto foi atribuído em 1,4% dos nascidos vivos. Os demais apresentaram boas condições de vitalidade no nascimento. A sala de relaxamento é um ambiente de cuidado que promove a humanização da assistência ao trabalho de parto e favorece o parto normal.

DESCRIPTORES: Trabalho de parto. Parto. Humanização da assistência.

CARE AND OUTCOMES OF RELAXATION ROOM ASSISTANCE AT A PUBLIC MATERNITY HOSPITAL, RIO DE JANEIRO, BRAZIL

ABSTRACT: This descriptive and retrospective study analyzed 648 healthcare records of from the relaxation room for women in labor, in 2007. The participants were low risk pregnant women, nuliparae, and in the active phase of labor. The most frequent care interventions were: warm bath (76.4%), walking (56.2%) and massage (52.8%). Most (86.3%) women had a vaginal delivery, and cesareans accounted for 11.1% of the deliveries. Nurse midwives assisted 56.5% of the vaginal deliveries, while physicians assisted the others (44.5%). Regarding the Apgar score, 1.4% of the live births achieved a score below seven at the fifth minute. The other newborns showed good vital signs at birth. The relaxation room is a care environment that promotes the humanization of care in labor and encourages vaginal childbirth.

DESCRIPTORS: Obstetric labor. Parturition. Humanization of assistance.

CUIDADOS Y RESULTADOS DE LA ASISTENCIA EN LA SALA DE RELAJACIÓN DE UNA MATERNIDAD PÚBLICA, RIO DE JANEIRO, BRASIL

RESUMEN: Estudio descriptivo-retrospectivo que examinó 648 registros de atendimientos en la sala de relajación para las embarazadas en trabajo de parto, en el año 2007. El perfil obstétrico fue de embarazadas de bajo riesgo, nulíparas y en la fase activa del trabajo de parto. Los cuidados más realizados fueron: baño con agua caliente (76,4%), deambulación (56,2%) y masaje (52,8%). La mayoría (86,3%) tuvo parto vaginal y las cesáreas representaron el 11,1% de los partos. Las enfermeras obstétricas asistieron 56,5% de los partos vaginales y los demás fueron atendidos por los médicos (44,5%). El índice de Apgar menor que siete en el quinto minuto fue atribuido en 1,4% de los nacidos vivos, los demás presentaron buenas condiciones de vitalidad al nacer. La sala de relajación es un ambiente de cuidado que promueve la humanización del trabajo de parto y favorece el parto normal.

DESCRIPTORES: Trabajo de parto. Parto. Humanización de la atención.

INTRODUÇÃO

O tema da humanização da assistência ao parto tem pautado a agenda de discussões nos segmentos sociais, acadêmicos e das políticas públicas de saúde nas últimas décadas. As práticas de cuidado humanizado agregam novos valores à assistência ao parto e nascimento, como a valorização da subjetividade, da afetividade, do prazer, da liberdade e do retorno ao natural, possibilitando a abertura para outras práticas de cuidado, como as massagens relaxantes, o uso de óleos aromáticos, cromoterapia, musicoterapia, entre outras.¹

A humanização está associada aos valores e princípios relacionados como respeito, dignidade e valorização do ser humano. Ela requer um processo reflexivo acerca da prática profissional, uma postura ética nas atividades profissionais e processos de trabalho institucionais, garantindo o cuidado digno, solidário e acolhedor pelos profissionais de saúde. Portanto, a humanização é um processo de transformação da cultura organizacional, em direção ao reconhecimento da subjetividade e do contexto social dos clientes e profissionais e melhoria da qualidade da assistência e das condições de trabalho em saúde.²

O cuidado é muito mais que a técnica, os procedimentos assistenciais. O que diferencia o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse e a motivação, sendo incorporadas atitudes como gentileza, respeito e consideração pelo outro, o ser do cuidado. Além disso, há a intenção de promover o bem-estar, de manter o ser seguro e confortável, oferecendo apoio, minimizando os riscos e reduzindo a sua vulnerabilidade.³

No âmbito das políticas governamentais, humanização do parto significa receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, e envolve atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e da organização da instituição. Deste modo, os cenários assistenciais devem ser capazes de proporcionar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que utilizam práticas benéficas para a mulher e o bebê, evitando-se o isolamento imposto à mulher e as intervenções desnecessárias e danosas para ambos.⁴

Desde 1998 a enfermagem obstétrica atua na assistência ao parto normal nas cinco maiores maternidades públicas da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC), na cidade do Rio de Janeiro. Sua participação nesse segmento assistencial busca qualificar da assistência perinatal e oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar o

parto e o nascimento de seu filho, de forma mais humanizada.¹

Na direção desses objetivos, enfermeiras obstétricas de uma maternidade pública municipal criaram um ambiente de cuidado individualizado ao trabalho de parto anexo ao centro obstétrico, que visa proporcionar à mulher uma vivência do processo parturitivo com privacidade, segurança e conforto. Esse ambiente está em funcionamento desde dezembro de 2000 e foi denominado de "Sala de Relaxamento".

Em decorrência dessa iniciativa local de qualificação do cuidado ao trabalho de parto foi proposto o presente estudo, que objetivou caracterizar o perfil obstétrico das parturientes admitidas na sala de relaxamento, identificar os cuidados realizados nessa sala e analisar as características maternas e neonatais dos partos resultantes desses atendimentos.

MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, exploratório, descritivo e retrospectivo, que utilizou a técnica da pesquisa documental. As fontes de informações foram os registros do livro de atendimentos da sala de relaxamento e complementadas pelos livros de partos normais e cesarianas, do centro obstétrico, no ano de 2007. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC, sob parecer 206A/10.

O campo de coleta de dados foi uma maternidade pública de grande porte situada na cidade do Rio de Janeiro. Esta instituição possui um grande centro obstétrico, com doze leitos de pré-parto, e atende mais de cinco mil nascimentos anualmente, resultantes de gestações de baixo e alto risco.

O espaço físico do centro obstétrico teve reformas, mas permaneceram separados os ambientes para a assistência ao trabalho de parto e parto. No pré-parto, não há quartos ou boxes individualizados como em outras maternidades públicas municipais. No entanto, os leitos têm cortinas para preservar a privacidade da gestante.

A sala de relaxamento foi concebida como um ambiente individualizado e diferenciado do pré-parto e assemelhado ao doméstico. Esta sala mede cerca de 9m², destina-se ao cuidado de uma parturiente por vez e inclui a permanência do acompanhante. Em seu interior a decoração é em tons pastéis e possibilita a redução da luminosidade e a utilização de música ambiente, óleos para massagem corporal e incensos, conforme o desejo e a necessidade de cada mulher.

Há nessa sala, também, um tablado acolchoado, cujas dimensões são de uma ampla cama de casal, barras paralelas, bola *bobath* para proporcionar a liberdade de movimentos e posições corporais, como agachamento, bamboleio da pelve e postura cócoras durante a fase ativa do trabalho de parto. Tem um banheiro anexo, onde é realizado o banho de aspersão morno.

A entrada e a permanência da parturiente nessa sala dependem do seu perfil obstétrico, das condições de normalidade do bem-estar materno e fetal e do próprio desejo da mulher. Este perfil é avaliado de acordo com o protocolo institucional da assistência de enfermagem obstétrica ao parto normal. A equipe médica é informada acerca de todos os encaminhamentos para esta sala. Nos casos de alteração nas condições maternas, fetais, ou no curso do trabalho de parto, procede-se o encaminhamento da parturiente para o pré-parto e avaliação médica.

As variáveis investigadas foram os dados obstétricos das parturientes atendidas (faixa etária, paridade, idade gestacional, integridade das membranas amnióticas, uso de ocitocina, dilatação cervical e presença do acompanhante), os cuidados realizados na sala e o desfecho do parto (tipo de parto, realização de episiotomia, peso ao nascer e índice de Apgar no quinto minuto).

Foi utilizado instrumento estruturado, com questões fechadas, e os dados gerados foram tabulados. Durante esta tabulação, deparou-se com grande variabilidade dos registros acerca dos cuidados prestados às parturientes, que exigiu o agrupamento temático de acordo sua finalidade ou efeito terapêutico, como conforto e relaxamento para favorecer processo do parto.

O agrupamento dos registros de cuidados como educativo e relacional são atinentes às descrições das orientações realizadas e dos diálogos estabelecidos entre as enfermeiras e as mulheres. As orientações e os diálogos já constavam como seções do livro de registros da sala de relaxamento, que eram descrições sumárias das recomendações, esclarecimentos e falas de apoio à mulher no trabalho de parto.

Os dados foram submetidos à estatística descritiva, apresentados por meio de tabelas com as respectivas frequências absolutas e relativas. A análise desses dados foi a partir de suas medidas de distribuição e de dispersão, sendo confrontadas com os achados das pesquisas publicadas em periódicos nacionais e internacionais sobre a temática.

RESULTADOS

No ano de 2007 foi atendido um total de 5.671 nascimentos na maternidade pesquisada. Desta totalidade, nasceram por parto normal 3.383 (59,7%) nascidos vivos (NV), sendo que 1.854 (54,8%) nascimentos foram assistidos pelas enfermeiras obstétricas e os demais, pelos médicos.

Nesse mesmo ano, foram cuidadas na sala de relaxamento 648 (100%) parturientes. Estas eram mulheres jovens em idade reprodutiva, com maior distribuição entre aquelas que estavam na faixa etária entre 19 a 32 anos de idade (70,4%). As parturientes que tinham menos de 19 anos representaram 22,1% da totalidade de atendimentos, sendo a idade de 13 anos a menor entre este grupo etário. Em relação às características obstétricas, mais da metade (63,9%) das parturientes eram nulíparas e estavam entre a 39 e 41ª semana de gestação (70,5%). Na admissão nessa sala, a maior parte estava na fase ativa do trabalho de parto, sendo que 45,1% dos atendimentos com dilatação cervical entre quatro e seis cm e 27% com dilatação do colo acima de 6 cm. Essa distribuição pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição das parturientes (n=648) segundo a faixa etária e as características obstétricas na admissão na sala de relaxamento de uma maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, 2007

Dados da admissão	n	%
Idade (anos)		
Menor de 19	143	22,1
19 – 32	456	70,4
Mais de 32	40	6,1
Sem registro	9	1,4
Paridade (partos anteriores)		
Nenhum	414	63,9
1 a 3	209	32,2
Mais de 3	18	2,8
Sem registro	7	1,1
Idade gestacional (semanas)		
Menos de 36	16	2,5
36 a 38	118	18,2
39 a 41	457	70,5
Acima de 41	15	2,3
Sem registro	42	6,5
Dilatação cervical (centímetros)		
Menos de 4	165	25,5
4 a 6	292	45,1
Acima de 6	175	27,0
Sem registro	16	2,4

Fonte: Livro de registros da sala de relaxamento - Centro obstétrico.

Na admissão na sala de relaxamento, a maioria das parturientes encontrava-se com as membranas amnióticas íntegras (71,7%), não fazia uso de solução venosa com ocitocina (58%) e contava com a presença de acompanhante (45,2%). Em relação a esse acompanhamento houve um quantitativo significativo de atendimentos em que este registro não foi encontrado (23,6%), conforme pode ser visualizado na tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das parturientes (n=648) segundo a integridade da bolsa amniótica, o uso de ocitocina e a presença do acompanhante na admissão na sala de relaxamento de uma maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, 2007

Dados da admissão	n	%
Bolsa amniótica		
Íntegra	465	71,7
Rota	147	22,7
Sem registro	36	5,6
Uso de ocitocina		
Sim	213	32,9
Não	376	58,0
Sem registro	59	9,1
Presença do acompanhante		
Sim	293	45,2
Não	202	31,2
Sem registro	153	23,6

Fonte: Livro de registros da sala de relaxamento. Centro Obstétrico.

Os cuidados de enfermagem realizados durante a permanência na sala foram agrupados em duas categorias, "conforto e relaxamento" e "educativo e relacional". Entre o grupo de cuidados relacionados ao conforto e relaxamento, houve maior predominância do banho morno, da deambulação e da massagem, correspondendo a 76,4%, 56,2% e 52,8% do total das parturientes atendidas, respectivamente. As orientações foram registradas em 317 48,9% atendimentos e o diálogo foi utilizado para 34,7% mulheres em trabalho de parto. Estes dados estão visualizados na tabela 3.

A grande maioria (n=559; 86,3%) das parturientes atendidas na sala de relaxamento teve seu filho de parto normal. Aquelas que necessitaram da operação cesariana corresponderam apenas a 11,1% (n= 72) das parturientes. Em 2,6% (n=17) dos atendimentos não foram encontrados os dados no livro de registros dos partos normais e cesarianas.

Tabela 3 - Distribuição das parturientes (n=648) segundo o tipo de cuidado realizado na sala de relaxamento de uma maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, 2007

Tipo de cuidado	n	%
Conforto e relaxamento		
Banho morno	495	76,4
Deambulação	364	56,2
Massagem	342	52,8
Exercícios pélvicos	67	10,3
Exercícios respiratórios	43	6,6
Outros	35	5,4
Educativo e relacional		
Orientações	317	48,9
Diálogo	225	34,7

Fonte: Livro de registros da sala de relaxamento. Centro Obstétrico.

Da totalidade de partos por via vaginal, as enfermeiras obstétricas assistiram 56,5% (n=310) partos e os demais foram acompanhados pelos médicos (n=249; 43,5%).

Em relação às mulheres que deram à luz de parto normal, houve importante diferença no cuidado ao períneo em relação ao profissional que atendeu o parto. No grupo assistido pelas enfermeiras a taxa de episiotomia foi de 19% enquanto entre os atendimentos médicos esta taxa foi de 63,9% dos partos, conforme descrito na tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição das parturientes atendidas na sala de relaxamento que deram à luz por parto normal segundo o profissional que assistiu o parto e a realização de episiotomia em uma maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, 2007

Episiotomia	Enfermeira		Médico	
	n	%	n	%
Sim	59	19,0	159	63,9
Não	225	72,6	56	22,5
Sem registro	26	8,4	34	13,6
Total	310	100	249	100

Fonte: Livro de registro dos partos normais e das cesarianas. Centro Obstétrico.

O levantamento do grau de laceração perineal entre as parturientes não submetidas à episiotomia ficou prejudicado devido ao quantitativo elevado de atendimentos cujo registro desse dado não foi encontrado. Essa ausência representou

33,8% (n=76) dos partos normais sem episiotomia atendidos pelas enfermeiras, cuja frequência foi inferior apenas ao quantitativo de lacerações de primeiro grau (n=135; 60%).

Entre o grupo de parturientes assistidas pelos médicos esse dado não foi encontrado em 58,9% partos normais sem episiotomia. Portanto, o levantamento dos dados relativos ao tipo de trauma perineal ficou prejudicado no presente estudo.

Foi encontrado o total de 649 (100%) NV. decorrentes dos atendimentos da sala de relaxamento. Houve um caso de prenhez gemelar entre estes atendimentos. Dessa totalidade de nascimentos, o índice de Apgar abaixo de 7 no quinto minuto foi atribuído a 9 neonatos. Não houve casos de asfixia neonatal grave, neonatos que obtiveram índice de Apgar menor que 4. A expressiva maioria (93,4%) dos NV teve esse índice entre 7 e 10 no quinto minuto. Considerando o peso ao nascer, foram 7,1% NV que pesaram menos que 2.500g, classificados como recém-nascidos de baixo peso. Os demais ficaram dentro da faixa de normalidade quanto a esse critério. Esta distribuição pode ser observada na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição das características dos neonatos cujas mães foram atendidas na sala de relaxamento segundo o peso ao nascer e o índice de Apgar no quinto minuto em uma maternidade pública municipal. Rio de Janeiro, 2007

Características neonatais	n	%
Índice de Apgar no quinto minuto		
Abaixo de 7	9	1,4
7 a 10	606	93,4
Sem registro	34	5,2
Peso		
Abaixo de 2.500g	46	7,1
2.500 g ou mais	534	82,3
Sem registro	69	10,6

Fonte: Livro de registro dos partos normais e das cesarianas. Centro Obstétrico.

DISCUSSÃO

A representação do parto normal como uma experiência de dor e sofrimento supera as imagens positivas associadas à vida e à alegria do nascimento em virtude da cultura assistencial hegemônica nos hospitais.⁵ O cenário do nascimento passou a ser um local desconhecido e amedrontador para as mulheres, funcionando como "locus" do protagonismo dos profissionais e não da mulher.⁶

A superação dessa problemática na assistência obstétrica requer uma perspectiva de cuidado humano, integral e individualizado, cujas expectativas, necessidades e direitos das parturientes sejam considerados. Nesta direção, a presença do acompanhante deve ser garantida como um direito legal previsto na Lei Federal 11.108/2005 e como um fator benéfico para a mulher no processo do parto.⁷

Nesse aspecto em questão, foi evidenciado que cerca de um terço (31,2%) das parturientes atendidas na sala de relaxamento não contou com a presença do acompanhante, sinalizando a necessidade de avanços na instituição pesquisada em relação à garantia desse direito. Apesar deste desafio, houve ampliação do percentual de parturientes com acompanhamento no parto em comparação com a proporção de 21,4% encontrada nas maternidades do Rio de Janeiro, no período de 1999 a 2001.⁸

Estudos⁹⁻¹⁰ demonstram que a enfermagem tem desempenhado um papel ativo no estabelecimento de cuidados humanísticos nas maternidades, incentivando a fisiologia do parto e implementando tecnologias de cuidado e conforto. Essas experiências de cuidado têm promovido práticas de cuidado relacionais, que promovem o diálogo entre os sujeitos, usuários e profissionais, que promovem a dignidade, a solidariedade e uma postura de acolhimento.

A presente pesquisa identificou que as enfermeiras realizam cuidados que promovem conforto e relaxamento, fazendo com que as mulheres vivenciem o trabalho de parto com liberdade de posição e de movimentos. Esses cuidados são classificados pela Organização Mundial de Saúde como métodos não farmacológicos para alívio da dor, que objetivam reduzir a percepção dolorosa por meio de métodos não invasivos que diminuem a necessidade de analgesia medicamentosa e melhoram a vivência do parto.¹¹

O apoio empático do profissional e do acompanhante à mulher é considerado o fator mais importante para essa abordagem não farmacológica, que significa dar informações e explicações segundo o desejo e as necessidades desta mulher e respeitar sua privacidade no ambiente do parto.¹¹

Pesquisas evidenciaram que a livre movimentação diminui a duração do primeiro estágio do trabalho de parto e que a imersão em água reduz os níveis de dor materna e a solicitação de analgesia farmacológica.¹²⁻¹³

A dimensão relacional do cuidado também foi identificada nas atividades de enfermagem na sala de relaxamento. Estudos identificaram que a relação

com os profissionais de saúde tem importante influência na percepção das mulheres acerca da assistência.¹⁴⁻¹⁵ A assistência é percebida positivamente na proporção em que as mulheres sentiram receber atenção dos profissionais. A satisfação com o cuidado está relacionada com o interesse do profissional em atender as necessidades e se colocar disponível para ajudar, o que significa ter envolvimento, estar presente e estabelecer o diálogo.

Em relação ao uso de ocitocina, a rotina assistencial da instituição pesquisada prevê que a prescrição desse fármaco no trabalho de parto é atribuição da equipe médica. A enfermeira só realiza essa prescrição no pós-parto e por via intramuscular, conforme o preconizado nos programas de assistência ao parto do Ministério da Saúde.

O desenho metodológico da pesquisa não permite estabelecer a relação entre o uso de ocitocina e o tipo de cuidado realizado pelas enfermeiras. Porém, a utilização desse fármaco está relacionada com o aumento da sensação dolorosa, podendo causar uma postura mais restrita ao leito, maior predisposição a ocorrência de hiperestimulação uterina e alteração na frequência cardíaca fetal.³

No dado tipo de parto foi encontrado uma proporção de cesarianas de apenas 11,1% entre as parturientes cuidadas na sala de relaxamento. Embora o perfil obstétrico predominante desses atendimentos esteja dentro dos parâmetros de classificação de gestação de baixo risco, esse índice de cesariana foi muito inferior aos encontradas nos estudos epidemiológicos.

Na análise de 347.255 nascimentos em 93 hospitais do município do Rio de Janeiro no ano de 2004, foi encontrada uma proporção 49,5% (165.905) nascimentos por cesariana. Dos nascimentos ocorridos na rede financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), verificou-se que 67,9% correspondiam ao parto vaginal, e, nos da rede privada, 83,2% correspondiam à cesariana¹⁶. Em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul, foi identificado que 52,8% mulheres que tiveram seus filhos por cesariana em 2003, cujo financiamento do parto ocorreu em 68,6% dos casos pelo SUS.¹⁷

Na cidade de São Paulo houve variação nas taxas de cesáreas em hospitais do município de São Paulo, segundo o tipo de assistência, no período de 2003 a 2008. Nos hospitais financiados pelo SUS, que atendem gestações de baixo risco, o percentual de cesariana foi de 28,1%, enquanto aqueles que atendem grávidas de risco essa proporção subiu para 33,3%. Os maiores percentuais dessa cirurgia foram observados nos hospitais universitários

e nos privados, representando 57,1% e 87% dos nascimentos, respectivamente.¹⁸

Os dados do SUS referentes aos nascimentos no período de 1994 a 2006 mostram que houve um aumento expressivo das cesarianas no Brasil, enquanto em 1970 a taxa era de 14,6%, o ano de 2006 registra a proporção de 45% dos nascidos vivos. Considerando esse percentual e tomando por base a recomendação da Organização Mundial da Saúde, que considera não há justificativas médicas de índices superiores a 15% de cesarianas, o quantitativo de cesáreas desnecessárias é expressivo no país, implicando na elevação de custos que variam entre US\$ 139,00 e US\$ 2.294,00, quando comparado o custo de um parto vaginal em relação à cesárea eletiva. Além dessa consequência econômica, há repercussões sociais que impactam sobre a saúde materna e neonatal quando essa intervenção cirúrgica é realizada desnecessariamente.¹⁸

Os resultados da presente pesquisa evidenciaram que o cuidado individualizado e sensível às necessidades de cada mulher durante o trabalho de parto pode influir favoravelmente no desfecho do parto, reduzindo a ocorrência de cesarianas entre as gestantes de baixo risco nos hospitais.

Essa influência positiva também foi observada nas condutas no parto, como a episiotomia. Esse procedimento vem sendo criticado por não contar com evidências científicas acerca de seus benefícios. São recomendadas ações para sua redução e que taxas em torno de 15% devem ser alcançadas.¹⁹ Por outro lado, estima-se que o país deixaria de gastar em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano deixando de realizar episiotomias desnecessárias.²⁰

A despeito dessas evidências, essa conduta ainda encontra-se disseminada na rotina assistencial, sobretudo entre as primíparas. Pesquisa²¹ realizada em 416.852 nascimentos hospitalares de 16 países Latino-americanos, no período de 1995 a 1998, encontrou a proporção de episiotomia em nove entre dez mulheres primíparas cujos filhos nasceram espontaneamente. No Brasil, a taxa desse procedimento foi de 94,2%, com proporção semelhante para hospitais públicos e privados. Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro encontrou a frequência de episiotomia em 77,7% dos partos em uma maternidade pública.²² Na presente pesquisa, a frequência de episiotomia foi de 15% nos partos vaginais assistidos pelas enfermeiras obstétricas, denotando que estas profissionais realizam menos intervenções desnecessárias em relação ao períneo, em conformidade com as evidências científicas.

Apesar de recomendar a utilização restrita desse procedimento, o Ministério da Saúde não

estabelece uma taxa adequada ou máxima de episiotomia no parto. As evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo – lacerações de 3º e 4º graus – e não previne lesões no pólo cefálico e nem melhora os escores de Apgar. Por outro lado, a episiotomia é um dos únicos procedimentos cirúrgicos realizados sem qualquer consentimento prévio da paciente.²³

As indicações para a realização de episiotomia foram investigadas em estudo desenvolvido em hospital universitário na cidade de São Paulo.²⁴ A rigidez perineal, a primiparidade e a macrossomia fetal foram indicações mais frequentes. A técnica de episiotomia preponderante foi a médio-lateral direita, cuja escolha teve como principais justificativas o aprendizado durante a formação acadêmica, ser adotada rotineiramente, menor chance de lesar o esfíncter anal e menor risco de complicações.

Esses resultados evidenciam a importância do alinhamento da formação acadêmica com referenciais como gênero, paradigmas assistenciais, direitos humanos, sexuais e reprodutivos e as evidências científicas, tendo como base a pedagogia crítica para que a tradição não sobreponha às possibilidades de transformação no conhecimento e em suas práticas decorrentes.

Em relação às condições do neonato, o percentual (7,1%) de baixo peso entre os nascidos vivos cujas mães foram atendidas na sala de relaxamento foi próximo ao encontrado em pesquisa²⁵ sobre os neonatos no município do Rio de Janeiro. Em 2001, foram identificados 6.820 (8,7%) nascidos vivos com baixo peso dentre os 78.582 nascidos vivos. Cabe ressaltar que o tamanho da amostra e as limitações da presente pesquisa não permitem estabelecer comparação entre esses percentuais.

Estudo¹⁶ sobre as condições de vitalidade dos nascidos vivos no município do Rio de Janeiro identificou que 4,6% dos neonatos obtiveram o índice de Apgar no quinto minuto menor do que sete em 2004. Quanto a esse dado, a pesquisa encontrou o percentual de 1,4% dos nascidos vivos das parturientes que foram cuidadas na sala de relaxamento.

Pesquisa²⁷ evidenciou que os partos de gestantes de baixo-risco assistidos por enfermeiras obstétricas apresentam bons resultados maternos e neonatais, assim como os nascimentos atendidos no modelo colaborativo entre enfermeiras obstétricas e médicos.

CONCLUSÕES

A sala de relaxamento é um ambiente de cuidado de enfermagem obstétrica que promove a humanização da assistência ao trabalho de parto, favorece o parto normal e apresenta bons indicadores de vitalidade entre os neonatos cujas mães foram atendidas nessa sala.

De acordo com os dados encontrados, o perfil obstétrico predominante foi de gestantes de baixo risco, em fase ativa do trabalho de parto e que vivenciavam o primeiro parto. Os cuidados mais realizados durante a permanência nessa sala foram o banho morno, a deambulação e a massagem.

O quantitativo de parturientes submetidas à operação cesariana foi dentro do limite preconizado pela Organização Mundial de Saúde, sugerindo que o cuidado individualizado, humanizado e a presença contínua do profissional no trabalho de parto podem influenciar favoravelmente nos resultados assistenciais.

Por outro lado, a sala de relaxamento foi uma estratégia estabelecida pelas enfermeiras para que os princípios e valores do cuidado humano pudessem ser realizados dentro do ambiente hospitalar. Tal fato revela a necessidade de mudança arquitetônica nos centros obstétricos das maternidades brasileiras. A organização e a funcionalidade do ambiente assistencial estão diretamente relacionadas ao paradigma de atenção à saúde e seu processo de trabalho em saúde decorrente.

Outros desafios foram identificados em relação às práticas assistenciais no trabalho de parto como o índice de episiotomia entre os médicos e a presença do acompanhante, que pode representar a persistência do modelo assistencial hegemônico e da necessidade de avanços nas ações governamentais e institucionais para a humanização do parto e nascimento.

Os registros dos atendimentos da sala de relaxamento também precisam ser aprimorados, de forma a reduzir a ausência de informações importantes para a avaliação da qualidade do cuidado às parturientes na instituição pesquisada. Os resultados encontrados podem subsidiar iniciativas semelhantes em outras maternidades, para a concretização do cuidado sensível e humano à mulher e ao seu filho.

REFERÊNCIAS

1. Pereira ALF. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. *REME-Rev Min Enf.* 2006 Jul-Set; 10(3):233-9.

2. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando o cuidado pela valorização do ser humano: re-significação de valores e princípios pelos profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enferm*. 2007 Jan-Fev; 15(1):34-41.
3. Svärdby K, Nordström L, Sellström E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *J Clin Nurs*. 2007 Aug; 16(1):179-84.
4. Ministério da Saúde (BR). Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2004.
5. Domingues RMS M, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(supl.1): S52-62.
6. Gama AS, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, D'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saúde Pública*. 2009 Nov; 25(11):2480-8.
7. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev Eletr Enf [online]*. 2010 [acesso 2011 Jan 16]; 12(2):386-91. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a25.htm>
8. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008 Out; 42(5):895-902.
9. Progianti JM, Vargens OMC. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2004 Ago; 8(2):194-7.
10. Sescato A, Souza S, Wall M. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008 Out-Dez; 13(4):585-90.
11. Organização Panamericana de Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.
12. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour (Cochrane review). *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software; 2009. [acesso 2010 Dez 01] Disponível em: <http://www2.cochrane.org/reviews/en/ab003934.html>
13. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. *Texto Contexto Enferm*. 2010 Dez; 19(4):774-82.
14. Silveira SC, Camargo BV, Crepaldi MA. Assistência ao parto na maternidade: representações sociais de mulheres assistidas e profissionais de saúde. *Psicol Reflex Crit*. 2010 Jan-Abr; 23(1):1-10.
15. Rodrigues DP, Fernandes AFC, Rodrigues MSP, Jorge MSB, Silva RM. Representações sociais de mulheres sobre o cuidado de enfermagem recebido no puerpério. *Rev Enferm UERJ*. 2007 Abr-Mai; 15(2):197-204.
16. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 Mar; 12(1):39-44.
17. Schreiner M, Costa JSD, Olinto MTA, Meneghel SN. Assistência ao parto em São Leopoldo (RS): um estudo de base populacional. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 Jun; 15(supl.1):1411-6.
18. Sass N, Hwang SM. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. *Diagn. Tratam*. 2009 Out-Dez; 14(4):133-7.
19. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA*. 2005 May; 293(17): 2141-8.
20. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. *Rev Femina*. 2010 Mai; 38(5):265-70.
21. Althabe F, Belizán J, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*. 2002 Apr; 324(7343):945-6.
22. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev Saúde Pública*. 2005 Ago; 39(4):645-54
23. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm*. 2007 Mar-Abr; 60(2):197-201.
24. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 Set; 39(3):288-95.
25. Barbas DS, Costa AJL, Luiz RR, Kale PL. Determinantes do peso insuficiente e do baixo peso ao nascer na cidade do Rio de Janeiro, Brasil, 2001. *Epid Serv Saúde*. 2009 Jun; 18(2):161-70.
26. Hastings-Tolsma M, Vincent D, Park JH, Pan D. Treatment patterns and outcomes in a low-risk nurse-midwifery practice. *Appl Nurs Res*. 2009 Feb; 22(1):10-7.