

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

O CUIDADO CULTURAL NO PROCESSO DE SER E VIVER DA
MULHER, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA QUE VIVENCIAM O
PARTO, NO DOMICÍLIO E NO HOSPITAL, COM ÊNFASE NO
CONTEXTO DOMICILIAR: ABRINDO NOVOS CAMINHOS PARA
A ENFERMAGEM

Ana Paula Confortin Peter
Iara Simoni Silveira Feyer
Renata Angeloni Búrigo
Talita Sallai

Florianópolis, novembro de 2005.

Ana Paula Confortin Peter

Iara Simoni Silveira Feyer

Renata Angeloni Búrigo

Talita Sallai

O CUIDADO CULTURAL NO PROCESSO DE SER E VIVER DA
MULHER, RECÉM-NASCIDO E FAMÍLIA QUE VIVENCIAM O
PARTO, NO DOMICÍLIO E NO HOSPITAL, COM ÊNFASE NO
CONTEXTO DOMICILIAR: ABRINDO NOVOS CAMINHOS PARA
A ENFERMAGEM

Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação
em Enfermagem apresentado à disciplina
Enfermagem Assistencial Aplicada alocada na
VIII unidade curricular da UFSC.

Orientadora: Professora Doutora Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Supervisoras: Mestre Vânia Collaço Sorgatto dos Santos

Mestre Eli Rodrigues Siebert

3º Membro da Banca Examinadora: Professora Doutora Marisa Monticelli

Florianópolis, novembro de 2005.

“O Quarteto”



Talita, Ana Paula, Renata e Iara.

“Hoje nós estamos reunidos e vemos que os ciclos da vida continuam. A nós foi dada a missão de vivermos em equilíbrio em harmonia uns com os outros e com todas as coisas vivas. Então, neste momento unimos os nossos pensamentos em um só, saudamos e agradecemos uns aos outros como pessoas que somos. Agora nossos pensamentos são um”.
(SWAMP, 1993)

AGRADECIMENTOS

Agradecemos as pessoas que estiveram conosco nos momentos especiais, e que, de alguma forma contribuíram para o engrandecimento do nosso trabalho:

À nossa orientadora, Prof.^a Evangelia, que nos cativou a cada momento em que defendeu e apoiou o nosso projeto, e hoje podemos cultivar uma linda amizade. Somos gratas pelo seu carinho e dedicação incondicional;

À nossa supervisora de estágio no contexto domiciliar, Enf.^a Vânia, por ter aberto os caminhos do parto domiciliar assistido por uma enfermeira obstetra em Florianópolis, e ter aceitado a nossa proposta de acompanhá-la nos partos domiciliares;

À nossa supervisora de estágio no contexto hospitalar, Enf.^a Eli, por ter aceitado a nossa presença no Centro Obstétrico do HU, e por ter contribuído para o nosso aprendizado;

À Prof.^a Marisa, terceiro membro de nossa banca, por iluminar os caminhos de Leininger e por suas valorosas e inestimáveis contribuições;

Às enfermeiras e servidores do Centro Obstétrico do HU/UFSC, por compartilhar conosco momentos de crescimento;

Às nossas amigas, em especial à Paulinha Condé por passar tardes cuidando da nossa pequena Maria Flor enquanto desenvolvíamos a nossa prática; à Ângela A. Rovaris e Ana Gabriela C. Peter pelo apoio e compreensão nos momentos em que mais precisamos;

À Paola S. Silveira, por dedicar parte de seu tempo para nos auxiliar com as traduções necessárias;

Ao Marcelo Aguiar, pelas belíssimas fotos tiradas nos domicílios, que contribuíram para o engrandecimento do nosso trabalho;

Ao Sr. Paulo César Peter, pela torcida, pelo apoio, carinho e dedicação como pai e como amigo;

Agradecemos especialmente às mulheres que participaram de nossa prática assistencial. Vocês são “nossas” árvores brasileiras, símbolo de paz e força.

Agradecemos aos amores de nossas vidas, fortaleza dos nossos sentimentos, pelo suporte, compreensão e dedicação.

Aos nossos pais, por nos amarem incondicionalmente, e por representarem um porto seguro nos momentos de inquietação. Perto ou longe, vocês estão sempre presentes.

À nossa pequena Maria Flor, inspiração do nosso trabalho, fonte de alegria e descontração. Obrigada simplesmente por existir!

“Agora, nós dirigimos nossos pensamentos ao criador, o grande espírito, e enviamos nossa saudação e gratidão por todos os presentes da Criação. Tudo o que precisamos para viver está aqui na Mãe Terra. Por todo amor que está a nossa volta, nós reunimos nossos pensamentos em um só e mandamos nossas melhores palavras de saudação e gratidão ao Criador. Agora nossos pensamentos são um” (SWAMP, 1993).

Somos gratas,

Ana, Iaiá, Rê e Taly

PETER, Ana Paula Confortin, FEYER, Iara Simoni Silveira, BURIGO, Renata Angeloni, SALLAI, Talita. **O cuidado cultural do processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar:** abrindo novos caminhos para a Enfermagem. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, novembro de 2005.

RESUMO

Trata-se de um estudo direcionado para o cuidado cultural do processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto com ênfase no contexto domiciliar, desenvolvido através da prática assistencial, no transcurso da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo prestar cuidado cultural ao ser mulher, recém-nascido e família que optaram por vivenciar o parto no domicílio ou no Centro Obstétrico de uma instituição hospitalar pública de Florianópolis. O referencial teórico adotado para direcionar a prática assistencial foi a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, visando considerar os conhecimentos da mulher e família sobre saúde e cuidado e, desta forma, respeitar sua cultura e saberes próprios. O momento do parto foi escolhido por ser uma situação em que a diversidade cultural pode ser valorizada e canalizada para ajudar a mulher e família a participar integralmente do trabalho de parto e nascimento de seu bebê, incluindo-a como protagonista do processo de nascimento. A prática foi desenvolvida no período de 30 de agosto a 31 de outubro. Os dados foram obtidos por meio da realização e desenvolvimento do processo de enfermagem junto a sete mulheres no contexto domiciliar, sendo que três deles ocorreram anteriormente ao período oficial da prática assistencial e quatro durante a vigência da prática. No contexto hospitalar, vinte e oito mulheres participaram da prática assistencial. A metodologia de assistência junto a esta população foi desenvolvida através do processo de enfermagem baseado na Teoria de Madeleine Leininger. As etapas do processo compreenderam as seguintes fases: coleta e sistematização de dados, implementação dos cuidados de enfermagem e avaliação do processo. Os cuidados prestados foram sistematizados e avaliados em cuidados mantidos, acomodados e repadronizados, de modo que se alcançasse um cuidado culturalmente congruente. Foi garantido o anonimato dos seres cuidados a partir da substituição de seus nomes, por pseudônimos. As conclusões e recomendações deste estudo reforçam a importância de uma nova ótica na atenção ao parto e nascimento privilegiando as práticas humanizadas. A utilização da teoria possibilitou a instrumentalização das autoras para sistematizar o cuidado às mulheres, recém-nascidos e família, respeitando os seus valores culturais, seus saberes e crenças acerca do processo de nascimento, e deste modo, trazendo-os como protagonistas do processo. Recomendamos que o parto domiciliar seja assistido por uma enfermeira obstetra, que tem, por formação, capacidade e competência necessária para assegurar que a mulher e família possam vivenciar o parto de forma segura no conforto do seu lar, e amparo legal para a atenção ao parto normal de baixo risco.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem obstétrica, parto domiciliar, cuidado cultural.

PETER, Ana Paula Confortin, FEYER, Iara Simoni Silveira, BURIGO, Renata Angeloni, SALLAI, Talita. **The cultural care in the process of the being and live of the woman, newborn and family that have gone through the labor with emphasis upon the home context.** Final work of the Graduation Course in Nursing at the Federal University of Santa Catarina, november, 2005.

ABSTRACT

This is a directed study for the cultural care in the process of the being and live of the woman, newborn and the family of those who have gone through the experience of having the labor with emphasis upon the home context, developed through the practical assistance, during the teaching of the subject Applied Assistance Nursing of the VIII Curricular Unit of the Graduation Course of Nursing, at the Federal University of Santa Catarina. This study aimed to take cultural care of the woman, newborn and family of those who choose to have the experience of having labor at home or at the Obstetric Center of a public hospital institution in Florianópolis. The theoretical reference adopted to conduct the assistance practice was the Cultural Care Theory of Madeleine Leininger, aiming to consider the own woman and family's knowledge about health and care and, in this way, to respect their own culture and proper knowledge. The moment of the labor was chosen because it is a situation where the cultural diversity can be valued and channeled in order to help the woman to fully participate in the birth labor of her baby, including her as a protagonist in the birth process. The choice had its apex when an academic and author choose to have home labor assisted by an obstetrician nurse. The practice was developed within the period of August 30th and October 31st, 2005. The data were obtained through the carrying out and development of the nursing processes among seven women in the home context, being that three of them occurred before the official period of the assistance practice, and the other four during the official period listed above. In the hospital context twenty eight women participated in the assistance practice. The methodology of the assistance close to this population was developed through the process of nursing and data collection instrument based in the Theory of Madeleine Leininger. The stages of the process had the following phases: collection and systematization of data, implementation of nursing care and evaluation of the process. The given care were systematized and evaluated in maintained care, adapted and repatterned, in order to reach a culturally congruent care. The anonymity was guaranteed and secrecy of the taken care beings by substituting their names for pseudonyms. The conclusions and recommendations of this study reinforce the importance of a new point of view upon the attention to labor and birth, favouring the humanized practices. The utilization of the theory allowed the instrumentalization of the authors to systematize the care to women, newborn and family, respecting their cultural values, knowledge and beliefs about the birth process, and in this way, bringing them as protagonists of the process. This study recommend that the home labour shall be assisted by an obstetric nurse, who has, by background, the necessary capacity and competence to assure that the woman and family can have the experience of a labour in a safe way, in the comfort of their home, and legal support for the attention to the normal labour of low risk.

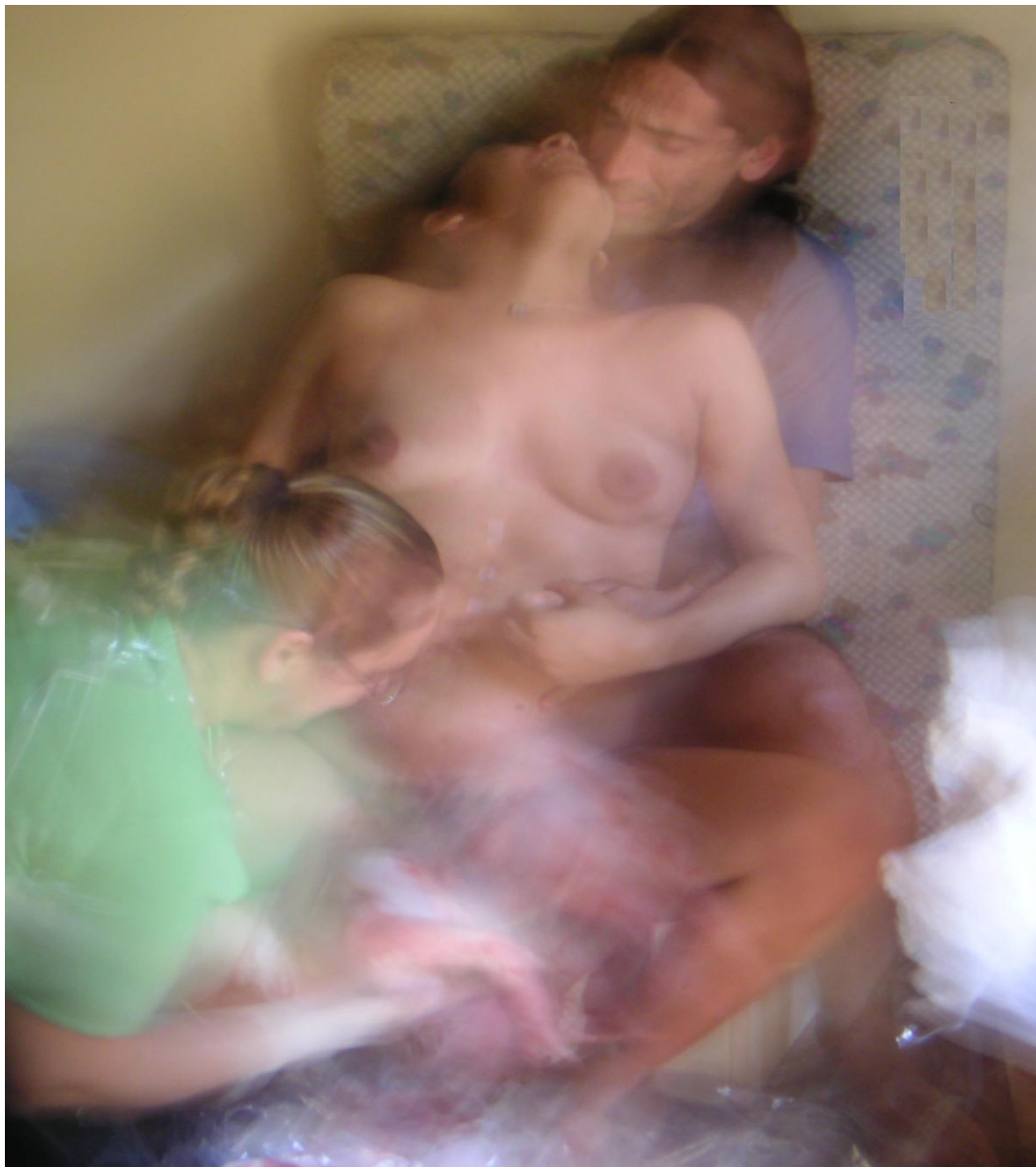
KEY WORDS: Obstetric Nursing, home childbirth, culture.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - A CULTURA, O CUIDADO E O PROCESSO DO NASCIMENTO: O PONTO DE PARTIDA DE NOSSA CAMINHADA	9
CAPÍTULO II - TRAÇANDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO	16
2.1 Objetivo geral	17
2.1 Objetivos específicos	17
CAPÍTULO III - INTERAGINDO COM A LITERATURA	18
3.1 Da casa ao hospital: a história da assistência ao parto	20
3.2 Novos personagens no atendimento ao parto: a enfermeira obstetra	24
3.3 Modelos de atenção ao parto	26
3.3.1 Modelo tecnocrático	27
3.3.2 Modelo holístico	28
3.3.3 Modelo humanístico	31
3.4 Trilhando o caminho da humanização	35
3.5 Evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto	43
3.6 Métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto	47
3.6.1 Técnicas que reduzem os estímulos dolorosos	47
3.6.2 Técnicas que ativam receptores sensoriais periféricos	50
3.6.3 Técnicas que estimulam vias inibitórias descendentes.....	55
3.7 Revitalizando o parto domiciliar	58
3.8 Estudos que adotaram marcos conceituais fundamentados na Teoria de Madeleine Leininger para direcionar a prática assistencial	62
CAPÍTULO IV - MARCO CONCEITUAL	65
4.1 Breve biografia da teórica	66
4.2 Pilares principais da diversidade e universalidade do cuidado cultural	67
4.3 Pressupostos	68
4.3.1 Pressupostos de Leininger	68
4.3.2 Nossos pressupostos	70
4.4 Conceitos	70
4.4.1 Ser humano	70
4.4.2 Contexto ambiental	71
4.4.3 Saúde	71
4.4.4 Enfermagem	72
4.4.5 Cultura	73
4.4.6 Cuidado cultural	73
4.4.7 Sistema de cuidado popular	74

4.4.8 Sistema de cuidado profissional	75
4.4.9 Processo do nascimento	75
CAPÍTULO V – DESCRREVENDO O PERCURSO METODOLÓGICO	76
5.1 Os cenários da prática assistencial desenvolvida	77
5.2 Período de realização da prática assistencial	80
5.3 População assistida	81
5.4 Aspectos éticos do estudo	82
5.5 Processo de enfermagem	84
5.6 Plano de ação	85
CAPÍTULO VI - APRESENTANDO OS RESULTADOS	90
CAPÍTULO VII - REFLEXÕES FINAIS	127
REFERÊNCIAS	132
APÊNDICES	
ANEXOS	

CAPÍTULO I
A CULTURA, O CUIDADO E O PROCESSO DE NASCIMENTO: O PONTO DE
PARTIDA DE NOSSA CAMINHADA



“Ora, não importa que comportamento estejamos tentando alterar, não importa para que o ato ou objetivo específico estejamos direcionando nossos esforços, precisamos começar com o desenvolvimento de um forte desejo ou disposição.

Precisamos gerar grande entusiasmo”
(DALAI LAMA apud CUTLER, 2001, p. 249)

Figura 1: Foto tirada no dia 10/07/05, durante o nascimento de Angico, em parto domiciliar, Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

CAPÍTULO I - A CULTURA, O CUIDADO E O PROCESSO DE NASCIMENTO: O PONTO DE PARTIDA DE NOSSA CAMINHADA

Neste capítulo introdutório, evidenciaremos alguns aspectos marcantes de nossa trajetória acadêmica e existencial que se configuraram como elementos decisivos para o desenvolvimento do presente estudo.

Quatro acadêmicas unidas em torno de um só ideal: trabalhar para dar a oportunidade para que cada mulher possa vivenciar o nascimento de sua criança de forma ativa e culturalmente congruente. Durante os quatro anos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), diversas circunstâncias nos aproximaram. Na metade do curso, já tínhamos a certeza de que iríamos desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) relacionado com o nosso ideal, mesmo antes de termos cursado a disciplina de Enfermagem Obstétrica da VII unidade curricular. A partir disso, viemos cultivando uma amizade que é baseada em interesses comuns, geralmente envolvendo a questão da humanização do parto e nascimento, bem como a assistência à mulher e recém-nascido nos momentos que seguem o nascimento.

O processo de escolha do tema do nosso TCC culminou com o momento em que uma das integrantes do grupo vivenciou um parto domiciliar assistido por uma enfermeira obstetra. Com isso, decidimos aproveitar esta vivência e transformá-la em um estudo para que pudéssemos acompanhar o parto domiciliar assistido em Florianópolis, pioneiramente, por uma enfermeira obstetra.

Nossa prática assistencial teve como objetivo, prestar cuidado de enfermagem cultural à mulher, recém-nascido e família que optaram por vivenciar o parto em domicílio e à mulher, recém-nascido e família que vivenciaram o parto no Centro Obstétrico em uma instituição hospitalar. Acreditamos que tanto no domicílio quanto no hospital é possível prestar um cuidado tendo como Marco Referencial a Teoria Cultural de Leininger.

Optamos pelo parto domiciliar como tema principal do nosso trabalho por este ser um acontecimento cada vez mais presente nas grandes cidades brasileiras, como uma opção alternativa para mulheres e famílias, principalmente de classe média, que se preocupam em realizar o parto da maneira mais “natural” possível. A casa, como local do nascimento, requer do profissional que atende o parto um respeito aos diversos comportamentos, valores, sentimentos quanto à maneira escolhida pela mulher de dar à luz. Assim, procuramos

desenvolver o Cuidado Cultural de Madeleine Leininger à mulher, recém nascido e família que vivenciam o parto domiciliar assistido por uma enfermeira obstetra.

Como o regulamento da fase exige o cumprimento de uma grande carga horária de prática assistencial e tendo em vista que os partos domiciliares não supririam a carga horária exigida, escolhemos o Centro Obstétrico (CO) do Hospital Universitário (HU) vinculado a UFSC, em Florianópolis, para podermos cumprir integralmente os objetivos e a carga horária exigida pela disciplina.

Optamos pela maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, por esta estar inserida em um hospital-escola, possuir uma filosofia própria e estar aberta a novos modelos de atenção à saúde. Neste mesmo Hospital o corpo de Enfermagem tem espaço para atuação, em especial, a enfermeira obstetra. Dentro da maternidade procuramos inserir a Teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger de modo a assistir à mulher, recém-nascido e família com base na cultura, crenças e histórias de vida dos mesmos.

A escolha da teoria veio ao encontro de nossa vontade em assistir à mulher, recém-nascido e família, tanto no contexto domiciliar como no hospitalar, considerando seus conhecimentos sobre saúde e cuidado e, desta forma, respeitando assim seus valores culturais e saberes próprios.

Acreditamos que o cuidado cultural, ao considerar e respeitar a visão de mundo da mulher, recém-nascido e família, fornece sustentação para a compreensão da atuação da enfermeira no processo de nascimento. Com esse intuito, optamos pelo desenvolvimento de um cuidado que respeite e fortaleça a cultura dos seres humanos que recebem cuidados.

De acordo com a Teoria Cultural de Leininger, foram propostas três formas para realizar o cuidado cultural, levando em conta o modo de vida e crenças compartilhadas: preservação, acomodação e/ou repadronização do cuidado. Preservação, é quando o cuidado praticado é benéfico ou mesmo inócuo para a saúde do indivíduo/família/grupo e, desse modo, deve ser mantido. Acomodação, é quando o cuidado precisa de auxílio/apoio de um profissional da saúde para que o cliente possa adaptá-lo a sua cultura. Repadronização, é quando o cliente necessita mudar sua atitude para padrões benéficos de cuidado à saúde (LEININGER, 1991).

Essas três formas de realizar o cuidado envolvem a observação do contexto social em que estão inseridos a mulher, o recém-nascido e a família, facilitando assim a forma de implementar o cuidado que mais se ajuste ao modelo cultural destes personagens.

Escolhemos o momento do parto para a nossa prática por ser uma situação em que a diversidade cultural pode ser valorizada e canalizada para ajudar a mulher a participar integralmente do trabalho de parto e nascimento de seu bebê, incluindo-a como protagonista do processo de nascimento e oferecendo a oportunidade para que ela possa expressar suas necessidades e sentimentos.

Acreditamos que o nascimento de um bebê seja uma celebração da vida, não importando o tipo ou o local do parto. Fisiologicamente, os partos em geral podem até ser parecidos, mas, culturalmente, são diferentes. Para cada mulher, o parto tem um significado diferenciado, baseado em suas crenças e valores, o que contextualiza a diversidade cultural do parto. O cuidado de enfermagem, para ser culturalmente congruente, deve respeitar e jamais omitir ou desconsiderar os fatores culturais que envolvem o processo do nascimento em si.

De acordo com Melo et al (1997), a omissão dos valores culturais é um dos principais obstáculos à prestação de uma assistência de qualidade, uma vez que estes são as principais forças que influenciam a assistência de enfermagem.

O parto é um momento que marca um período de transição na vida da mulher e é estigmatizado como algo imensamente doloroso e desagradável para diversas culturas. Por “mais humanizado” que muitos hospitais possam ser, as mulheres ainda recebem um atendimento mecanicista, tecnicista e nem sempre “humanizado”. Na instituição, a mulher segue normas e rotinas visando à praticidade para a equipe de saúde, mas que a exclui de participar ativamente da experiência do processo de nascimento, não incentivando que a mesma expresse seus anseios, necessidades e sentimentos. Já, o ambiente domiciliar, por ser o local escolhido pela própria mulher para dar à luz, facilita sua participação no parto de forma ativa, seguindo seus rituais, crenças e valores.

Por este e outros fatores, muitas mulheres vêm buscando vivenciar o parto de maneira mais integral, escolhendo ganhar seus bebês no aconchego de seus lares e acreditando que a gravidez não é uma doença e que o parto deve ser tratado como um evento natural, não sendo necessária uma intervenção médica e/ou tecnicista para o nascimento de seus bebês.

De alguns anos para cá, o parto vem ganhando um lema de cuidado humanizado, que aborda o cuidado integral da mulher, incentivando a mesma a participar como protagonista do nascimento de seu bebê. Quando a mulher e as pessoas significantes para ela estão vivenciando o momento do parto da forma que elas escolheram, o processo do nascimento flui de maneira mais harmônica, raramente necessitando de intervenções médicas. De acordo com Stoppard (apud ODENT 2002, p.9):

[...] através do simples procedimento de permitir que as mulheres respondam aos seus instintos de parto, de permitir a elas parir em ambiente acolhedor, ao invés de um ambiente rodeado de alta tecnologia; serem acompanhadas por companheiros que as ajudem (literalmente) que provenham suporte, pode-se mudar a prática obstétrica e reduzir as intervenções médicas, como o parto a fórceps e a cesariana, virtualmente a zero.

Este movimento de cuidado humanizado à mulher no momento do parto é também chamado por Odent (1981) de eco-obstetrícia, a “nova obstetrícia” na qual o ser humano mantém contato com suas raízes mais profundas na medida em que segue sua história, sua evolução. Essa obstetrícia não impõe normas, aceita improvisação e escolha. A obstetrícia na qual o profissional chega como observador e tem uma atitude mais passiva do que a mulher que está ativamente em trabalho de parto.

Segundo Souza (2005), a casa como lugar de nascimento está voltando a fazer parte do cenário das grandes cidades. “Trata-se, contudo, não apenas de uma mudança de endereço, mas de uma mudança que envolve uma série de novos comportamentos, valores e sentimentos quanto à maneira de dar à luz que vêm sendo tecidas” (SOUZA, 2005, p.6).

No domicílio, a profissional de enfermagem obstétrica que segue esta linha de humanização deve trabalhar de forma eficaz, sem impor regras e comportamentos. Deve ser flexível para aceitar o saber popular e respeitar a diversidade cultural de cada indivíduo.

De acordo com Caparroz (2003), a enfermeira obstetra é uma profissional qualificada legalmente e registrada para exercer qualquer ação que envolva a gestação e o parto normal. A enfermeira obstetra tem sua formação acadêmica no processo normal da gravidez no modelo de “estar ao lado” da mulher, procurando estabelecer uma relação de confiança que ajude os mecanismos fisiológicos do trabalho de parto e, dessa forma, contribuindo para a diminuição das intervenções tecnológicas que fogem do processo natural do parto, deixando a natureza agir livremente.

Se essa atenção se der em ambientes menos frios, sem tantas imposições de rotinas, de ações mecânicas e repetitivas que fazem com que percamos a noção da importância do que estamos executando, e onde a essência do atendimento seja a mulher e não a instituição, acreditamos que o parto possa voltar a ser um processo fisiológico, normal. Quando as intervenções forem necessárias, elas se justificam, mas não como rotina de procedimento. Para esse tipo de atenção as enfermeiras obstétricas precisam de um treinamento que as capacite e sensibilize para um atendimento ao nascimento e ao parto que otimize as relações humanas, os aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento (CAPARROZ, 2003, p.57).

Caparroz (2003) ressalta ainda que é necessário resgatar a formação do profissional em obstetrícia rompendo a ênfase que ainda é dada às intervenções no parto, e ao treinamento desse profissional para cesariana. Há que se valorizar uma enfermagem obstétrica que

contribua para a vivência fisiológica do nascimento, para a formação da idéia de que a mulher deva exercer seu papel de sujeito ativo do processo de nascimento.

No mundo e no Brasil, diversos grupos e organizações compostos principalmente por mulheres, mães e simpatizantes, vêm se formando para defender o parto natural no qual a mulher exerça o “direito básico e vital de dar à luz com quem quiser, como quiser, onde quiser e do jeito que quiser, e de ser assistida com respeito, carinho e segurança” (RODRIGUES, 1997, p.52).

Países como Holanda e Inglaterra, com índices de mortalidade materna e infantil baixíssimos, ainda baseiam toda a assistência ao parto na figura da obstetrix ou parteira. Nestes países os médicos obstetras são considerados especialistas que tratam apenas de eventuais complicações e das gestações de risco. As obstetrixes cuidam do pré-natal e fazem o parto normal da grande maioria das mulheres (PRADO, 2005).

Na Holanda, as mulheres que não possuem história médica desfavorável, nem complicações na gravidez, podem escolher entre ter o parto no domicílio, na policlínica ou no hospital. O pré-natal, o parto e o pós-parto são realizados por sua parteira ou por clínicos gerais (OSAVA, 1997).

No Brasil, entre os diversos grupos de apoio e incentivo à humanização, vale ressaltar a Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) que é uma rede de pessoas e organizações, serviços de saúde e outros, é registrada como organização não-governamental (ONG), que tem como preocupação central a situação da assistência obstétrica no país, assim como a qualidade e humanização na assistência ao nascimento e parto (REHUNA, 2005).

Além disso, o Ministério da Saúde do Brasil vem implantando programas para a humanização do pré-parto e parto, sendo lançado em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, hoje implementado em todo país. As questões abordadas vão da melhoria de acesso ao pré-natal, às questões de dignidade e ética por parte dos profissionais até a formação de novos profissionais, como o incentivo à formação de enfermeiras obstetras.

Em Florianópolis, SC, a procura pelo parto domiciliar vem acontecendo desde fins da década de 70, e atualmente há um número crescente de pessoas que oferece este tipo de atendimento. Contudo, não são mais às velhas parteiras de outrora que as mulheres recorrem para amparar os bebês que nascem em casa. Com a proibição do ofício de partejar, desde meados do século XIX, coincidindo com a ascensão da medicina científica, estas parteiras, apesar de ainda gozarem de grande prestígio nas comunidades pesqueiras do interior da ilha, praticamente não atuam mais atendendo partos domiciliares (SOUZA, 2005).

Hoje é possível recorrer a homens e mulheres de grupos urbanos, da área médica ou não, que atendem partos domiciliares na região da Grande Florianópolis. Entre esses novos parteiros e parteiras urbanos que vêm reinventando este ofício tradicional e cuja “especialidade” procura se diferenciar dos moldes clássicos fornecidos pela medicina ocidental e aproximar-se daquelas formas mais tradicionais, bem como de outras medicinas, como as orientais (chinesas e japonesas) e as medicinas ocidentais (como a homeopatia, os florais de Bach), ou buscar inspiração em práticas e sistemas de crenças indígenas (SOUZA, 2005). Em nossa prática, como já dissemos, demos ênfase à atuação da enfermeira obstetra no atendimento ao parto domiciliar.

A partir dessas informações que justificam a importância do tema, buscamos nesse trabalho aprofundar nossos conhecimentos acerca do cuidado cultural à mulher, recém-nascido e família durante todo o processo de nascimento, dando ênfase ao domicílio como o local escolhido pela mulher para dar à luz e à atuação a enfermeira obstetra no acompanhamento e assistência da mulher, recém-nascido e família que optaram pelo parto domiciliar. Também prestamos o cuidado cultural junto às mulheres que optaram pelo local do parto, o Centro Obstétrico do Hospital Universitário – UFSC.

CAPÍTULO II
TRAÇANDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO



Figura 2: Foto tirada no dia 10/10/05, durante o parto domiciliar de Sapopemba, Jatobá e Angelim, Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

CAPÍTULO II - TRAÇANDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO

2.1 Objetivo Geral

Cuidar do ser mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto, no domicílio e no hospital, com ênfase no contexto domiciliar, com base na Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Desenvolver e implementar um marco conceitual fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que sustente a prática assistencial de cuidado junto à mulher, recém-nascido e família e que contribua para a humanização do processo de nascimento.

2.2.2 Avaliar/refletir sobre esta experiência com o cuidado do ser mulher, recém-nascido e família, avaliando a adequação do referencial, da metodologia e do papel da enfermagem no domicílio e no hospital.

2.2.3 Aprofundar os conhecimentos teóricos relacionados à história da assistência ao parto, aos modelos, programas e políticas de atenção ao parto, bem como aos prêmios concedidos para as maternidades, às evidências científicas da Organização Mundial da Saúde, à prática do parto domiciliar assistido por uma enfermeira obstetra, à humanização no atendimento, à legislação de enfermagem obstétrica e à Teoria de Madeleine Leininger.

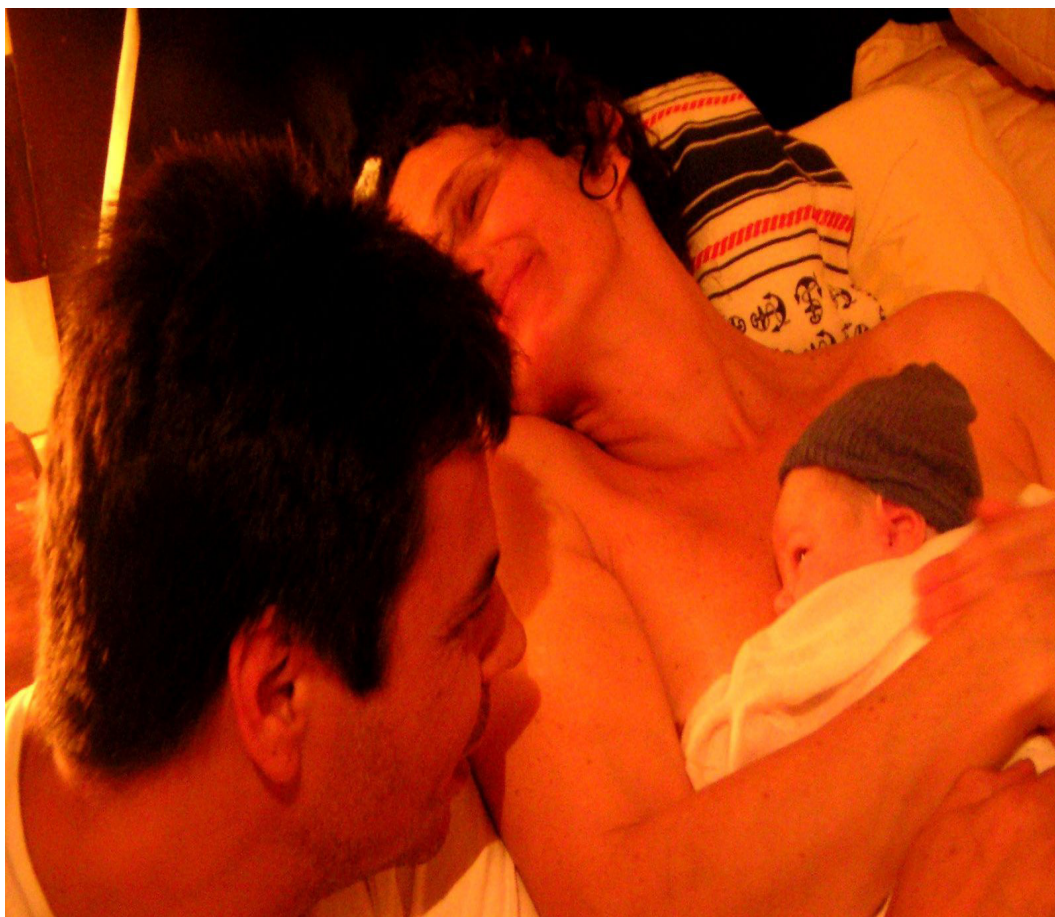
2.2.4 Divulgar/socializar os resultados da prática assistencial desenvolvida.

2.2.5 Fortalecer de novos caminhos para a parturição e para a enfermagem obstetra como profissão autônoma, refletindo sobre as similaridades e diferenças do papel da enfermeira nos contextos domiciliar e hospitalar.

2.2.6 Promover e estabelecer os dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno, especificamente no que se refere aos passos quarto e décimo e as práticas humanizadas preconizadas pelo prêmio Professor Galba Araújo e OMS.

CAPÍTULO III

INTERAGINDO COM A LITERATURA



“A nova obstetrícia está inscrita em uma sociedade onde o ser humano, ou os grupos humanos, na medida em que seguem a sua evolução, sua progressão, sua história, podem guardar um contato com as suas raízes desde as mais profundas, comuns a todas as formas de vida, até as mais superficiais, que pertencem à história individual..

Esta nova obstetrícia, nós chamaremos de eco-obstetrícia”

(ODENT, 1981, p.57)

Figura 3: Foto tirada no dia 14/10/05, após o parto domiciliar de Carvoeira, Mogno e Cedro. Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

CAPÍTULO III - INTERAGINDO COM A LITERATURA

A revisão de literatura nos proporcionou uma viagem ao conhecimento já produzido por diversos autores. Essas linhas serviram como base para os nossos estudos e alicerce para fundamentar a nossa proposta de trabalhar com o cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciaram o parto, com ênfase no contexto domiciliar, baseado na Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Madeleine Leininger.

Este capítulo contém os seguintes itens:

- 3.1 Da casa ao hospital: a história da assistência ao parto
- 3.2 Novos personagens no atendimento ao parto: a enfermeira obstetra
- 3.3. Modelos de atenção ao parto
 - 3.3.1 Modelo tecnocrático
 - 3.3.2 Modelo holístico
 - 3.3.3 Modelo humanístico
- 3.4 Trilhando o caminho da humanização
- 3.5 Evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto
- 3.6 Métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor
 - 3.6.1 Técnicas que reduzem os estímulos dolorosos
 - 3.6.2 Técnicas que ativam receptores sensoriais periféricos
 - 3.6.3 Técnicas que estimulam vias inibitórias descendentes
- 3.7 Revitalizando o parto domiciliar
- 3.8 Estudos que adotaram marcos conceituais fundamentados na teoria de Madeleine Leininger para direcionar a prática assistencial.

3.1 Da casa ao hospital: a história da assistência ao parto

Apesar de toda produção bibliográfica até hoje já escrita sobre a assistência ao parto, ainda pouco se sabe sobre o modelo de atenção ao parto de nossos ancestrais. Muitos esforços estão sendo feitos no intuito de reverter essa situação, porém é reconhecido que o que se sabe acerca deste assunto ainda pode ser considerado insuficiente e algumas vezes contraditórios, por serem baseados mais em contos do que documentos (SANTOS, 2002).

De acordo com Melo (apud SANTOS, 2002), a historicidade da assistência ao parto tem início a partir do momento em que as próprias mulheres se auxiliam e iniciam um processo de acumulação de saber sobre a parturição. Dessa forma, começa-se a agregar valores aos conhecimentos acerca do processo de nascimento entre as próprias mulheres, e o parto passa a se tornar um evento mais importante na vida das mulheres que participam do mesmo.

Nos primórdios da humanidade, a assistência ao parto, à mulher e ao recém-nascido não era tarefa exclusiva de uma única pessoa, como uma atividade profissional especializada. As mulheres ajudavam-se umas às outras no que diz respeito aos cuidados relacionados com a mulher e com seu bebê (MONTICELLI, 1994).

De acordo com Santos (2002), antigamente, os homens viviam conforme seus “instintos naturais”. A princípio, a mulher se isolava para parir, geralmente sem nenhuma assistência ou cuidado vindo de outras pessoas, apenas seguia o seu instinto. O parto era considerado um fenômeno natural e fisiológico. A gravidez e os fenômenos reprodutores da mulher não interessavam a coletividade, mesmo recebendo bem os recém-nascidos, ao ato de parir não era dada importância. Com o passar do tempo, as mulheres ajudavam uma as outras nos serviços que envolviam o parto e o nascimento, até quando o homem mudou a sua participação no processo do nascimento. Ora estava ao lado da mulher ajudando-a, ora não participava ativamente do processo, mas mantinha-se presente, observando, até o dia que este foi completamente excluído – o parto passou a ser exclusivamente feminino. Então uma mulher que a comunidade considerasse como mais experiente era reconhecida como parteira.¹

Santos (2002) refere que a assistência aos partos permaneceu à margem da prática médica e não se estabeleceu um processo metodológico de acumulação de conhecimento a partir do saber empírico dessas mulheres. Sendo assim, a origem das profissões, por mais que

¹ Essa parteira se traduz na figura da mulher que atende partos domiciliares, mas que não tem nenhum saber científico. Seus conhecimentos são embasados na prática e na acumulação de saberes, passados tradicionalmente passados de geração para geração.

tenham o mesmo objetivo, desenvolveram-se de formas distintas. Uma delas, a profissão médica, focando na patologia e de forma contínua aumentando a proporção de gestações de alto-risco, a outra, o ofício de parteira, focada no fisiológico, no potencial de saúde de cada gravidez em particular, esforçando-se para proteger a normalidade e expandindo a proporção de mulheres consideradas normais (SANTOS, 2002).

Segundo Largura (2000), as parteiras rezam implorando a proteção dos Santos e de Deus, cantam para a mulher canções de estímulo e conforto. A parteira é capaz de vivenciar com a mulher todos os momentos do processo de nascimento, doando seu tempo e dedicação. Usando de sua sabedoria inata ela não tem pressa, pois sabe que é prudente observar a natureza e deixá-la agir livremente.

Para Santos (2002), a fundação de universidades e posteriormente a criação de cursos profissionalizando médicos, estava intimamente ligada e controlada pela igreja. A admissão estava limitada aos homens das classes altas e, portanto, inacessível às parteiras. Devido ao fato de que a gravidez e o parto não serem considerados doenças, esses assuntos não eram rotineiramente incluídos nos currículos médicos. Os médicos então reservaram seus encontros com as parteiras – de classe inferior - e estas, por sua vez, reservavam as enfermarias dos hospitais para os procedimentos médicos, nunca levando uma parturiente normal para este ambiente.

No século XVII ocorreu uma grande transformação na obstetrícia: a introdução dos cirurgiões na assistência ao parto, pois ainda não existia a obstetrícia e a ginecologia como especialidade médica. Julien Clement foi o primeiro cirurgião parteiro (MACHADO, 1995). Quando apareciam situações inusitadas ou complicadas e perigosas as parteiras recorriam, na maioria das culturas, ao homem – inicialmente shamans, padres ou rabinos e mais recentemente os barbeiros-cirurgiões e finalmente os médicos. A presença masculina no parto era vivida com inquietude pelos presentes, pois significava que algo ia muito mal (OSAVA, 1997).

Mais tarde, os médicos foram assumindo o controle da assistência ao parto. Desabituaados do acompanhamento de fenômenos fisiológicos, foram formados para intervir, resolver casos complicados e ditar ordens. O parto passou então a ser visto como um ato cirúrgico qualquer e a mulher em trabalho de parto sendo chamada “paciente”, sendo tratada como doente e impedida de seguir seus instintos e adotar a posição mais cômoda e fisiológica. Iniciou-se a era do parto médico, no qual a mãe deixa de ser a figura mais importante da sala, cedendo seu lugar à equipe médica. Os papéis se invertem e o obstetra passa a ser o centro da cena, obrigando a mulher a se deitar numa posição desconfortável, sendo impedida de adotar

a posição que achar mais confortável. Não podendo opinar em seu direito básico de escolha e participação ativa no nascimento do próprio filho. As posições verticais, que ao longo dos milênios foram as mais usadas pelas mulheres, em todas as raças e culturas, lhes são negadas pelo obstetra (MACHADO, 1995).

Mesmo a história cobrindo com um manto de silêncio os partos normais de sucesso, ela tende a valorizar mais os insucessos. Por esse motivo, o ofício de parteira foi muito perseguido. Muitas foram queimadas na idade média, acusadas de feiticeiras, combatidas e caluniadas pelos representantes da sociedade que detinham certos poderes, tais como sacerdotes, administradores, médicos (LARGURA, 2000).

Na época do surgimento da enfermagem profissional, bastante vinculada a Florence Nightingale (Guerra da Criméia), a profissão de parteira encontrava-se em franco declínio – diretamente ligada com a Inquisição. A profissão de enfermeira, no entanto, ganhava respeitabilidade, vinculada com os valores de feminilidade (OSAVA, 1997).

Questões como a mortalidade materna e perinatal começaram a ser discutidas por uma necessidade político-econômica de garantir exércitos e trabalhadores. Ao lado destas transformações sociais, a obstetrícia firmava-se como matéria médica e ocorriam as primeiras ações voltadas a disciplinar o nascimento (BRASIL, 2001).

Segundo Santos (2002), em torno de 1880 os médicos apresentavam uma melhor aceitação da sociedade e as mulheres de todas as classes sociais começaram a procurar a maternidade para os casos mais complicados e gradualmente considerá-la mais segura do que o domicílio. A transformação marcante ocorrida no modelo de atenção ao parto e ao nascimento só foi possível após uma mudança da forma de pensar tanto dos médicos como de suas clientes, que passaram a entender que o parto hospitalar ofereceria maior segurança, tanto para a mulher quanto para o bebê. O hospital vendia uma imagem de ter conseguido associar o melhor de dois mundos, era um hotel que estaria habilitado a prover serviços de atenção tanto direcionados à mulher quanto ao bebê, com segurança e com a internação durante um período suficiente para a recuperação da mulher. O estudo da evolução do modelo de atenção ao parto, em particular da institucionalização do mesmo, passa pelo entendimento do próprio processo de urbanização ocorrido na época. A transição durou apenas duas gerações, passando de um evento familiar e fisiológico para um procedimento médico.

A partir daí, as mudanças relacionadas ao parto acabariam por caracterizá-lo como evento médico, cujos significados científicos aparentemente viriam sobrepujar outros aspectos. O parto então deixa de ser privado, íntimo e feminino, e passa a ser vivido de

maneira pública, com a presença de outros atores sociais, iniciando assim as atividades de cunho profissional à mulher, bem como a formação de pessoal para a assistência ao parto. Porém as parteiras continuaram a realizar seu trabalho, agora, sobre os olhares e controle médico (BRASIL, 2001).

O nascimento é historicamente um evento natural. Como é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram, a este acontecimento, inúmeros significados culturais que através de gerações sofreram transformações, e ainda comemoram o nascimento como um dos fatos marcantes da vida. (BRASIL, 2001, p.17).

A formação oferecida era essencialmente prática, mantendo as decisões e o raciocínio clínico para os médicos (OSAVA, 1997). As parteiras agora eram treinadas para seguir o modelo médico, repetindo as técnicas e seguindo a “nova” tecnologia de atenção ao parto, sob os olhares da medicina moderna.

Se antes o parto e os cuidados posteriores com a mãe e o bebê transcorriam em família, embaçados em fortes vínculos, hoje, estes mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares onde os vínculos passaram a ser meros contatos superficiais (MONTICELLI, 1994).

No Brasil, o processo de institucionalização do parto, ao longo da década de 40, foi provavelmente a primeira ação de saúde pública dirigida à mulher. Até o início dos anos 60, a preocupação com a saúde materna se restringiu a assistência ao parto. Com a introdução da medicina preventiva no país e a criação dos centros de saúde, iniciaram-se os programas de pré-natal que, na realidade, tinham como objetivo principal reduzir a mortalidade infantil. (BRASIL, 2001,p.17).

De acordo com Helman (apud CAPARROZ, 2003), a maneira de pensar de alguns profissionais obstétricos é de que o parto é reduzido a um mero problema técnico de retirada de um objeto vivo (o bebê) de dentro de um tubo (útero) por intermédio de outro tubo (canal vaginal) para as mãos do médico. A mulher, durante o parto, fica cercada de tecnologia médica: monitores fetais externos e internos, soros intravenosos, gráficos e instrumentos.

O fórceps, inventado no século XVI e popularizado no século seguinte, foi o evento que, isoladamente, exerceu maior influência na aceitação da obstetrícia como disciplina técnica e científica. Assim começaria a luta do homem contra a natureza e o surgimento do conceito de parto como um ato controlado pela vontade humana (OSAVA, 1997).

É importante deixar claro que é indiscutível a enorme contribuição da intervenção tecnológica à assistência ao parto salvando vidas de mulheres e crianças, desde que, essas intervenções sejam utilizadas para o real benefício das mulheres e crianças, e não para benefício e conveniência dos profissionais médicos.

3.2 Novos personagens no atendimento ao parto: a enfermeira obstetra

As parteiras no Brasil eram as principais atendedoras ao parto até meados do século atual e como em outras partes do mundo, aqui também os médicos estavam empenhados em estabelecer sua hegemonia no campo da saúde e disputavam sua clientela nos domínios da parteira (OSAVA, 1997).

O surgimento das escolas médicas contribuiu para a organização e campanhas que iam contra as parteiras, com o intuito de destituí-las. O trabalho passou a ser dividido em duas profissões: a medicina e a enfermagem, cabendo à última a especialização em obstetrícia, que subordinava as enfermeiras aos médicos e estes eram chamados somente quando o parto fosse iminente (SANTOS, 2002).

Nos Estados Unidos, com o declínio e a perseguição às parteiras, a união entre estas e as enfermeiras seria pouco provável. As relações entre a emergente profissão e a milenar profissão de parteira não foram nada amistosas. Elas se hostilizavam mutuamente: as enfermeiras vendo as parteiras com desdém, compartilhando a visão da classe médica e as parteiras, considerando as enfermeiras como um pouco mais do que servas da profissão médica. Então as enfermeiras se uniram aos médicos, facilitando-lhes o controle sobre a prática da enfermagem e auxiliando-os na eliminação de curandeiros e parteiras (OSAVA, 1997).

A enfermeira passou a ser treinada em obstetrícia e a envolver-se diretamente com os propósitos governamentais de elevação da qualidade da assistência ao grupo materno-infantil, atuando nos redutos da parteira tradicional e o parto hospitalar começa a substituir o domiciliar (OSAVA, 1997).

A enfermagem recebeu acolhimento e prosperou em sua fase inicial porque sua configuração afinava-se com o modelo médico. A enfermeira nightingaleana personificou a disciplina, a administração, a estratégia e a racionalidade. A parteira tradicional a independência, a relação fraternal com as mulheres, a inacessibilidade e certa resistência pelas inovações tecnológicas (OSAVA, 1997).

A história da enfermagem obstétrica no Brasil surge em 1931, quando uma disciplina da faculdade de medicina incorporou o curso de partos, introduzindo uma disciplina de prática de enfermagem nesse curso e, conferindo o título de enfermeira obstetra (OSAVA, 1997).

Até 1949 toda a legislação do ensino de enfermagem obstétrica estava contida na de medicina, quando então as escolas de enfermagem se adaptaram para o ensino da especialização em obstetrícia. Esse meio tempo foi perturbado com discussões acerca da

melhor forma de se estabelecer a profissão. Algumas classes queriam seguir a formação europeia, de obstetrix, enquanto outras defendiam o título de enfermeira obstetra formada após a escola de enfermagem em regime de especialização. O debate só foi encerrado com a Reforma Universitária de 1968 que vetava a duplicação de cursos com finalidades semelhantes e em 1978 quando as modalidades de habilitações (obstetrícia e saúde pública) foram substituídas pelas especializações, conferindo assim ao curso de enfermagem quatro anos (OSAVA, 1997).

O aparecimento de fronteiras mal definidas entre enfermeiras e médicos obstetras levou a luta pela hegemonia no campo de assistência ao parto. A ocupação pela enfermagem foi discreta e hoje, qualquer tentativa de resgate da profissão iniciará com atraso (OSAVA, 1997).

Osava (1997) esclarece que, nesse tempo, as enfermeiras iam se afastando da assistência direta ao parto e iam se concentrando na tarefa de economizar o tempo do médico, sincronizando o trabalho de parto com a chegada do obstetra no hospital e o aumento das taxas operatórias foi se tornando mais e mais visível. A partir da década de 80 foi se tornando indiscutível que as cesarianas elevavam desnecessariamente os gastos públicos com a assistência materna e neonatal. Assim, as discussões em torno das estratégias para o controle das taxas elevadas de cesáreas estão se multiplicando, desde as instâncias governamentais, até os conselhos profissionais. Neste aspecto o retorno das parteiras tem sido proposto. No ano de 1993, o Ministério da Saúde coordenou uma reunião sobre a assistência ao parto, na qual já recomendava a discussão da legislação da enfermagem, para que as enfermeiras obstetras pudessem exercer plenamente as atribuições para quais estão habilitadas (OSAVA, 1997).

Os cursos oferecidos no Brasil, atualmente, estão sobre molde de especialização ou de residência, diferindo em carga horária teórica e prática, e visam capacitar enfermeiras graduadas para a assistência à gestante, parturiente, puérpera e neonato nas unidades de saúde, em bases clínicas, epidemiológicas e humanísticas. Também para a realização do parto normal, realizando anestesia, episiotomia e episiorrafia, se isto se fizer necessário, assim como para a identificação dos riscos obstétricos e perinatal.

Com essa abertura de novo campo de atuação exercido pelas enfermeiras especializadas e por acreditar que o número de enfermeiras obstetras atuando no país ainda é muito baixo, embora se estime que o número de partos realizados seja bem superior àquele registrado no SUS, o Ministério da Saúde, exercendo seu papel normatizador e regulador, vem implementando um conjunto de ações, através de portarias ministeriais, com o objetivo de estimular e regularizar a assistência obstétrica, além de financiar a realização de cursos de

especialização em enfermagem obstétrica. A análise destas portarias, e em alguns casos de seus impactos iniciais, compõe o panorama da assistência obstétrica atual e permite sua melhor compreensão. (BRASIL, 2001).

A Portaria MS/GM 2:815, de 29 de maio de 1998 inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distócia realizado pela enfermeira obstetra” e tem como finalidade principal reconhecer a assistência prestada por esta categoria profissional, no contexto de humanização do parto.

O Conselho Federal de Enfermagem também procura regulamentar e normatizar a assistência prestada pelas enfermeiras obstetras. De acordo com a Legislação sobre o exercício de Enfermagem, o Conselho Regional de Enfermagem (SANTA CATARINA, 2003, p.32) confere que:

Art. 9º - Às profissionais titulares de diploma ou certificados de obstetritz ou de Enfermeira Obstetra, além das atividades de que trata o artigo precedente, incumbe:

I – prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II – identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III – realização de episiotomia e episiorrafia, com aplicação de anestesia local, quando necessária.

Hoje, no Brasil, a enfermeira obstetra vem crescendo como profissional autônoma no atendimento a partos domiciliares, por esta ser uma atividade legal e respaldada pela legislação brasileira. Dessa forma, a enfermagem vem conquistando o espaço do atendimento ao parto no domicílio, além de seu papel hospitalar, na busca pelo cuidado integral, valorizando a mulher como protagonista do processo de nascimento.

3.3 Modelos de atenção ao parto

Os modelos de atenção ao parto estão presentes desde o princípio da obstetrícia moderna. Mesmo sem que se saiba muito sobre como nossos ancestrais assistiam ao parto, podemos fazer uma divisão da visão sobre a assistência ao parto de hoje em dia. Atualmente, os modelos mais conhecidos e abordados a partir dos estudos da americana Robbie Davis-Floyd são o tecnocrático, o holístico e o humanístico. Nos parágrafos a seguir abordaremos cada um desses modelos.

3.3.1 Modelo tecnocrático

A partir da Revolução Científica que começou na Europa com a Idade Moderna, foi introduzido um novo modo de pensar na sociedade, onde os conhecimentos herdados foram sendo deixados de lado cada vez mais e os novos tipos de conhecimentos foram sendo gradativamente aceitos como verdadeiros.

Esse modo de pensar, conforme o positivismo e com a contribuição das idéias de Descartes e de seus seguidores, valoriza a razão como fonte de conhecimento. A noção de imagem da natureza, de espíritos e dos conhecimentos populares foi mudando e, aos poucos, sendo substituídos por um pensamento dividido, de partes.

Este tipo de pensamento prega uma divisão cada vez maior, ou seja, uma crescente especialização em busca do saber. Com toda a certeza estas idéias contribuíram para o estabelecimento da comparação corpo humano – máquina. Como se o corpo fosse uma grande e complicada máquina e que quando apresentasse um defeito teria uma parte – uma peça – a ser reparada ou trocada.

O modelo de atenção tecnocrático de atenção ao parto e ao nascimento deriva desta visão mecanicista da realidade. A partir desta divisão os médicos, e em particular os obstetras, no curso de realização de suas tarefas estão freqüentemente doutrinando e transmitindo aos seus pacientes os dogmas deste sistema orientado pela e voltado para a tecnologia. O termo tecnocracia implica no uso de uma ideologia de processo tecnológico como fonte de poder político. Ele expressa não somente a dimensão tecnológica, mas também a hierárquica, a burocrática e a autocrática do modelo cultural dominante. Profissionais de saúde que tentem alterar o sistema são freqüentemente obstruídos ou segregados pelos outros profissionais, pelos administradores hospitalares, e ultimamente, em particular nos EUA, pelo sistema jurídico e econômico da cidade (SANTOS, 2002, p.108)

Neste tipo de pensamento, muitas vezes o corpo humano/máquina adotado como o modelo da perfeição é o corpo masculino. Derivando assim certa propensão a adotar o corpo feminino como mais propenso à falhas. Este tipo de pensamento traz influências inegáveis ao modelo de atenção à saúde da mulher, bem como ao atendimento ao parto (SANTOS, 2002).

Essas influências ficam claras quando as mulheres são facilmente convencidas que suas características próprias, como útero, ovários e mamas, assim como os processos biológicos como menstruação, gravidez, parto e menopausa, derivam de um desvio extremo do protótipo masculino. Logo, são sujeitos à falhas ou, no mínimo, causadores de incômodo ou ainda potencialmente patológicos. Então entendemos porque hoje muitas mulheres estão aceitando a interferir em processos naturais, como a suspensão da menstruação, entre outros.

Seguindo este pensamento, ao aceitarmos o corpo humano como uma máquina, é claro que quando precisarmos de reparos teremos que procurar a melhor oficina para o conserto.

Sendo assim, o melhor hospital seria aquele que oferecesse a melhor aparelhagem e a tecnologia de ponta para o reparo.

Neste modelo a parturiente é vista como um objeto sobre o qual alguns procedimentos e rotinas deverão ser adotadas em todos os partos, pois a instituição que a atende em si é maior que o indivíduo, portanto este deve estar sujeito às suas regras.

O nascimento passa a ser considerado um serviço que os obstetras prestam a sociedade, o médico faz o parto e entrega o RN a sociedade. Se imperfeito, passa automaticamente para a responsabilidade de outro especialista, e toda a culpa é creditada inerentemente a defeituosa máquina de nascimento: a mulher. (SANTOS, 2002, p.112).

No modelo tecnocrata o primeiro contato do bebê com o mundo se faz na maioria das vezes em meio à indiferença, tensão e nervosismo. Pessoas que não mantém laços afetivos com a família e, portanto, estranhas, recebem o bebê, o manipulam, levam de lá para cá, como se ele fosse uma coisa, um objeto, não um ser profundamente sensível e sujeito às influências do meio (LARGURA, 2000).

Entrar na maternidade significou aceitar uma série de regras e regulamentos uniformes e crescentemente adotados por estes serviços em nome da segurança da mulher, do bebê e do atendimento médico. O cerimonial da internação começa com a separação da família e a remoção das roupas. Passa pelas rotinas como raspagem dos pelos pubianos e enema. O preço da melhora das condições de parto foi a sua desumanização (OSAVA, 1997).

Santos (2002) esclarece que John Naibitt criou uma expressão que ficou famosa em nossa cultura atual por expressar o que vem acontecendo com nossos sistemas de atenção a saúde: *“Hight tech, low touch”* (alta tecnologia, pouco toque). Minimizando o contato humano e o toque, a população maximiza o contato e a dependência das máquinas.

Enquanto o bebê grita e esperneia, mede-se a sua estatura, pesa-se, tira-se as impressões plantares, aplica-se uma injeção no músculo, aspira-se as mucosidades com fortes aparelhos elétricos de sucção, tudo em nome de uma ciência, de uma tecnologia jamais reavaliada. Existe demasiada confiança na aparelhagem especializada que não é capaz de avaliar e de tomar decisões [...] O primeiro aconchego do bebê com a mãe, o primeiro olhar para os pais, o tempo de espera para o primeiro contato e conhecimento mútuo não entra em cogitação. A pressa é a senhora absoluta da situação. É preciso mandar a mãe para a cama, limpar a sala e os instrumentos, terminar tudo rapidamente (LARGURA, 2000, p.37).

3.3.2 Modelo holístico

“Ao término de um período de decadência sobrevém o ponto de mutação. A luz poderosa que fora banida ressurgue. Há movimento, mas este não é gerado pela força...”

O movimento é natural, surge espontaneamente.

Por esta razão, a transformação do antigo torna-se fácil. O velho é descartado, e o novo é introduzido. Ambas as medidas se harmonizam com o tempo, não resultando daí, portanto, nenhum dano” (BLOFELD, 1968, p.33).

Existe um antigo ensinamento chinês segundo o qual o “yang” tendo atingido seu clímax, retrocede em favor do “yin”². Parece que é isto que estamos presenciando, desde as décadas de 60 e 70, que começaram com uma série de movimentos sociais. Surge uma preocupação com a ecologia, um forte interesse pelo misticismo, a progressiva conscientização feminista e a redescoberta de acessos holísticos à saúde e à cura. Todas elas contrabalançam a ênfase excessiva dos valores e atitudes masculinos, racionais, e tentam recuperar o equilíbrio entre os lados masculino e feminino da natureza (CAPRA, 1983).

Se o modelo tecnocrático é a ideologia dominante em medicina, o modelo holístico é a última das heresias. Dos três paradigmas o holístico é o que combina a mais rica variedade de abordagens: da terapia nutricional às modalidades de cura da medicina chinesa. Alguns dos médicos holísticos se aprofundam em um determinado tipo de terapia, outros preferem o ecletismo, freqüentemente moldado segundo suas inclinações pessoais.

Segundo Davis-Floyd (2000), o holismo pode pedir aos indivíduos que sejam mais ativos, que modifiquem seu estilo de vida, como pode também pedir que sejam passivos, que recebam uma prece ou uma transferência de energia. O conceito de holismo foi introduzido para indicar a influência do corpo, da mente, das emoções, do espírito e do ambiente no processo de cura do paciente. O princípio de conexão e de integração que dá suporte à abordagem holística vem daquela dimensão até então renegada e desvalorizada pela cultura ocidental: o fluido e multi-modal pensamento do hemisfério direito. Trata-se de um pensar com e através do corpo e do espírito, um pensamento holístico, portanto, fluido, que transcende a lógica linear e as classificações rígidas em favor da conexão com a matriz criativa de todas as coisas, onde estas, como num vórtice, são mescladas, criadas e diferenciadas. Esta raiz criativa é o primeiro elemento da cura holística.

O modelo holístico surge neste momento de redescoberta do feminino e do antigo. Ele abrange uma ampla variedade de técnicas e de abordagens. Redescobre as medicinas

² A filosofia chinesa taoísta acredita que o universo resulta da polarização de duas energias fundamentais, chamadas “yin” e “yang”. Essas energias são opostas e contraditórias, porém complementares, não podendo existir separadamente. Segundo os chineses, uma polaridade ao atingir o pico máximo se transforma na outra, num eterno movimento de transformação.

tradicionais, como a chinesa e a indiana, se volta para vários métodos que visam trabalhar diretamente com a energia do indivíduo.

De acordo com American Holistic Medical Association (AHMA, 2005) a medicina holística é a arte e a ciência da cura que considera a pessoa como um todo indivisível – corpo, mente e espírito. A prática da medicina holística integra terapias convencionais e tradicionais para a prevenção e tratamento de doenças e, também, promoção da saúde.

A medicina holística engloba todas as modalidades de diagnóstico e tratamento seguros e apropriados, tendo seu foco sobre a educação do cliente e sua participação em todo o processo de cura.

Esse grupo de profissionais assume que o cliente é responsável pelo seu bem estar, sendo, portanto participante ativo e não espectador do seu processo de tratamento. Preconiza o uso de terapias que foram antes avaliadas e discutidas entre profissional e cliente. E, além disto, recomenda que as causas do desequilíbrio sejam descobertos, não visando, portanto o alívio dos sintomas.

Quando Teilhard de Chardin previu, cinquenta anos atrás, que os humanos iriam aprender a utilizar as energias do amor, e que esse desenvolvimento seria tão fundamental na história da humanidade como a descoberta do fogo, sua vida foi considerada puramente utópica. Entretanto, atualmente, nas últimas décadas do século XX, a natureza do amor e como a capacidade para amar se desenvolve tornaram-se assuntos para estudos científicos (ODENT, 2002, p.1).

O modelo holístico de atenção ao parto e nascimento é baseado no conceito de gravidez e parto enquanto eventos naturais e fisiológicos. Este modelo inclui, segundo Santos (2002):

- monitoramento do bem estar físico, emocional e social da mulher durante todo o ciclo grávido-puerperal;
- educação, aconselhamento, cuidado pré-natal, assistência contínua durante o parto e nascimento e apoio pós-parto;
- minimizar intervenções baseadas em alta tecnologia;
- identificar e referir as mulheres que necessitem de atenção especializada.

O que volta a ser considerado neste modelo é a visão do corpo como um organismo vivo, possuindo uma sabedoria natural. O corpo feminino não é julgado nem comparado ao masculino, pois possui processos fisiológicos próprios e, portanto saudáveis.

Ao introduzir a alma no processo da cura, os terapeutas holísticos reintroduzem a medicina no mundo espiritual e metafísico do qual havia se separado durante e Revolução Industrial (SANTOS, 2002, p.165).

A definição do corpo como um sistema energético, adotado pelos profissionais holísticos, corrobora com a utilização de técnicas terapêuticas baseadas na manipulação de campos energéticos como acupuntura, homeopatia, Reiki, entre outras.

Este tipo de pensamento vem sendo cada vez menos encarado como místico e passível de reprovação da ciência. A física moderna vem insistentemente banindo a fronteira entre a matéria e a energia. Com o passar do tempo pesquisas de renomados profissionais da área física vêm mostrando que a fronteira entre energia e matéria está mais estreita.

A pesquisa médica deverá passar por uma reformulação ampla se aceitar as considerações recentes feitas por outras disciplinas, como por exemplo, a física moderna que nos diz – através do princípio de Heisenberg – que o observador oferece influência sobre o observado, pois não são separados, mas sim campos energéticos em constante interação (SANTOS, 2002, p.166).

O modelo holístico não usa a palavra paciente para se referir aos seres humanos cuidados, e sim os chamam de clientes, traduzindo uma relação mais igualitária. A maneira como a morte é encarada por estes profissionais é completamente diferente, pois leva em consideração que é um processo fundamental na vida de qualquer pessoa. Obviamente eles não compactuam com mortes desnecessárias, mas sim não encaram o fim da vida como derrota.

Também neste modelo não há uma padronização de cuidados e de maneira possível é feito de tudo para se obter a individualização do cuidado. Apesar de que em algumas terapias não se use nenhuma tecnologia, estes profissionais oferecem a ciência e tecnologia para o cuidado. De maneira geral as tecnologias utilizadas não são invasivas. No parto isso pode ser traduzido pela utilização criteriosa de oxigênio, bolas de parto e banheiras de hidromassagem para relaxamento (SANTOS, 2002).

3.3.3 Modelo humanístico

A humanização surge em um contexto de caminho do meio. Segundo Davis-Floyd (2000) é a reação aos excessos da tecnocracia. É uma tentativa dos profissionais de reformar as instituições por dentro. Os humanistas desejam simplesmente humanizar a tecno-medicina, ou seja, torná-la mais relacional, mais recíproca, individualizada, receptiva e empática.

Ainda segundo Davis-Floyd (2000), o modelo humanístico prega uma conexão mente-corpo, visando a interconexão entre essas duas entidades que são distintas, mas interligadas. Como conseqüência, as formas de cura influem sobre as duas entidades, sempre alertando que

não é possível tratar de sintomas físicos sem levar em consideração os componentes psicológicos que estão por trás do físico. Esses profissionais acreditam que as emoções de uma mulher grávida influem em seu trabalho de parto e muitos problemas nessa fase podem ser mais bem encaminhados através do suporte emocional e não das intervenções tecnológicas.

Outra visão que a autora nos propõe sobre este modelo é a concepção que estes profissionais têm acerca do corpo como um organismo. Apesar de o corpo ser de certa forma como uma máquina, o fato é que, enquanto parte da vida biológica, ele é um organismo. Esta conclusão trás importantes conseqüências dentro do modelo proposto. Para eles, mesmo as mais sofisticadas terapias não seriam efetivas sem os poderes de cura do próprio organismo. No sentido específico do parto, se acredita que a dor e as emoções são manifestações do organismo, assim com o afeto e o vínculo necessário dos primeiros momentos de vida do bebê com sua mãe (DAVIS-FLOYD, 2000).

Também estes profissionais têm uma visão diferenciada de seus clientes, muitas vezes a relação entre eles vai além da profissional estabelecendo uma verdadeira relação humana. Alguns profissionais se embasam em estudos que demonstram que o suporte afetivo proporcionado pelas famílias e amigos faz cair o índice de mortes e elevam os índices de cura. O direito a acompanhante que hoje vemos em lei, é também conseqüência da luta de ativistas do parto natural, que na década de 70 começaram a exigir a presença do pai ou de um acompanhante afetivamente significativo em sala parto, a não separação do bebê, da mãe, logo após o nascimento e a permanência de familiares e amigos durante o trabalho de parto se a parturiente assim o desejasse (DAVIS-FLOYD, 2000).

O princípio que subentende o paradigma da humanização é o a conexão: aquela da paciente com os múltiplos aspectos de si mesma, de sua família, sociedade, saúde e com seu profissional de saúde. A idéia do processo de cura centrado na relação quer captar a importância das interações entre as pessoas como a base de toda terapêutica (DAVIS-FLOYD, 2000, p.1).

No parto, a maior evidência desse conceito vem das pesquisas sobre doulas. A doula é uma acompanhante de parto especialmente treinada para dar suporte à parturiente. Foi descoberto que a presença de uma doula reduz fortemente os problemas de asfixia fetal e de distócias de parto, diminui o trabalho de parto e reforça o vínculo mãe-bebê após o parto (DAVIS-FLOYD, 2000).

A ênfase na comunicação entre o profissional e a mulher permite aos profissionais entrarem em contato com informações profundas da paciente que, combinadas com seu saber profissional, podem ajudar a encontrar soluções mais efetivas.

Os “humanizados” dizem, segundo Davis-Floyd (2000), que saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto. Muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes. Ao invés de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, os profissionais encorajam a paciente a falar de si. Esta abordagem é chamada de “entrevista centrada na paciente” e é central no modelo humanizado que quer ser tecnicamente competente e humanamente empático.

A tecno-medicina é contrabalançada, pelos humanizados, por uma abordagem suave que pode variar da atitude mais superficial até o uso de métodos alternativos. É superficialmente humanizado decorar uma sala de parto altamente equipada; é mais humanizado providenciar espaços e condições flexíveis onde as mulheres em trabalho de parto possam se movimentar e estar à vontade. A maioria das instituições é estruturada a fim de implementar o modelo tecnocrático, desta forma a capacidade de mudança é muito limitada. Por isso, muitos profissionais humanizados se contentam com melhorias superficiais na rotina obstétrica (DAVIS-FLOYD, 2000, p.1).

Outra diferença marcante neste modelo é que enquanto que a maioria dos profissionais está treinada para o pensamento linear na tomada de decisão, muitos “humanizados” permitem a não linearidade que vem dos processos subjetivos, os quais jogam um papel muito importante. É o estilo empático de pensamento. A “empatia” se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo quando não se teve a mesma experiência. Até em circunstâncias difíceis, o profissional se mantém aberto a diversas opções, enquanto que no modelo tecno-médico a cada situação corresponde um esquema de respostas e atitudes já pré-definido. A discussão aberta das possibilidades de tratamento leva naturalmente à avaliação e à partilha dos valores, e os profissionais são mais favoráveis ou, ao menos, mais neutrais na escolha de métodos alternativos de cura (DAVIS-FLOYD, 2000).

O caminho do meio proposto por estes profissionais sugere uma ciência e tecnologia contrabalançada pela humanização. Os médicos “humanizados” fazem da ciência sua referência e usam virtualmente os mesmos instrumentos e técnicas dos colegas da tecno-medicina. A diferença está no momento oportuno e na seleção. Os humanizados estão mais dispostos a esperar, são mais conservadores e mantêm a mente aberta à conexão mente-corpo (DAVIS-FLOYD, 2000).

O modelo humanístico também centra seu foco na prevenção. Muitos dos profissionais “humanizados” são também defensores de iniciativas em saúde pública que fazem uso da medicina baseada em evidências, frisando a prevenção e a inter-relação com o meio ambiente (DAVIS-FLOYD, 2000).

As implicações desta abordagem no que diz respeito ao parto são enormes. Uma verdadeira prevenção de complicações no parto significa enfrentar as raízes dos problemas que levam à mortalidade materno-infantil. Na tecno-medicina uma hemorragia ou anemia são consideradas causas de morte materna, quando na realidade, o que promove esses problemas, segundo os profissionais humanísticos, é a pobreza, a desnutrição, comida e água contaminada, a condição prejudicial em que vivem as mulheres e o excesso de trabalho. O modelo humanizado tem em comum com a saúde pública a mesma orientação empática: ambas focam a prevenção, a promoção da saúde e a educação pública (DAVIS-FLOYD, 2000).

Assim como o modelo holístico, os profissionais humanísticos encaram a morte como uma possibilidade aceitável.

No modelo tecnocrático, o nascimento e a morte foram tirados da comunidade, da família e das casas para serem isolados no ambiente hospitalar. Em sua mais elevada qualidade a abordagem humanizada valoriza em alto grau a individualidade e a liberdade de escolha dos pacientes. O processo de luto, o suporte à família, a dimensão espiritual e psicológica inerente à morte são amplamente valorizados e acompanhados pela equipe. É contemplada a família inteira do paciente e a possibilidade do trabalho de luto representar um processo de cura da própria família e da comunidade (DAVIS-FLOYD, 2000, p.1).

Segundo Davis-Floyd (2000), na cultura ocidental há dois conceitos que se desenvolvem em tensão recíproca e que estão presentes na medicina dos tempos atuais: competência e cuidado. Enquanto a competência é associada às ciências naturais, o cuidado é um conceito que remete às humanas. O cuidar parece ser uma qualidade pessoal enquanto que a competência se refere à inteligência e suas habilidades. A abordagem humanizada tenta resolver exatamente esta contradição. Assim como no modelo holístico, os sentimentos têm seu lugar e fazem parte do processo de cura, o eixo do cuidado humanizado é a compaixão, definida como a capacidade de sentir e perceber as necessidades da outra pessoa, mesmo quando estão além de nossa experiência pessoal. Em função disso, os profissionais “humanizados” permitem a si mesmos serem “humanos”, deixando cair o medo de que outros possam pensar que eles são fracos e incompetentes ao mostrarem seus próprios sentimentos e desenvolverem a habilidade de trabalhar os sentimentos de seus pacientes quando esses se sentem sobrecarregados.

3.4 Trilhando o caminho da humanização

Para entendermos melhor o caminho da humanização do parto e do nascimento, procuramos nos embasar em autores e profissionais que ajudaram a construir a história da humanização no mundo e no Brasil.

Traçando uma linha histórica, começamos a relatar a trajetória de Ina May Gaskin, parteira americana, que começou seus trabalhos em uma comunidade, chamada *The Farm*, criada em 1967, em *Summertown*, no *Tennessee*, por ela e seu marido Stephen Gaskin. Ela criou nessa comunidade experiências comunitárias que servem de inspiração para as propostas de remodelação da assistência ao parto, tanto àquelas vinculadas às instituições hospitalares quanto as que buscam revitalizar o parto domiciliar. Desde 1971, junto com um grupo de mulheres chamadas de *parteiras espirituais da Farm*, Ina May oferece atendimento a gestantes e parturientes. Ina May foi uma importante ativista da retomada do parto domiciliar nos Estados Unidos, publicando e editando uma revista trimestral para parteiras e profissionais ligados à assistência ao parto. Além disso, foi presidente da Aliança de Parteiras deste país por sete anos (SOUZA, 2005).

Ainda na década de sessenta, dois obstetras franceses ficaram mundialmente conhecidos, por suas influências teóricas e práticas: Frederick Leboyer e Michel Odent. Ambos se tornaram ícones da luta para a humanização do parto e suas idéias são sempre evocadas pelos ativistas da causa.

A definição de humanização deve envolver todos os momentos que envolvem o parto e nascimento. Em seu livro “Nascer Sorrindo” (LEBOYER, 1999), Leboyer preconiza a atenção integral ao recém-nascido no momento do nascimento. Esta atenção envolve o respeito com o ser que está chegando. Um bebê que sai da vida intra-uterina, naturalmente, sofre vários traumas referentes à mudança de ambiente. A humanização se faz presente neste momento, quando as pessoas que estão atendendo o nascimento deste bebê respeitam este momento, minimizando os fatores relacionados a estes traumas.

Leboyer (1999) ainda diz que um bebê, ao nascer, sai de um ambiente em que as ondas sonoras que ele recebe são filtradas pela estrutura do útero e o líquido amniótico, fora do útero, o som, por mais baixo que seja aos nossos ouvidos, para um recém-nascido pode ser algo realmente estressante. A luminosidade intra-uterina é bem diferente daquela que já estamos acostumados. Além disso, o ar que penetra nos seus pulmões de forma abrupta, abrindo os caminhos da nova oxigenação, lhe causa grande desconforto, devendo, o profissional esperar o cordão umbilical parar de pulsar completamente antes de cortá-lo, isso

faz com que o bebê se adapte a nova condição de respirar. A temperatura intra-uterina é constante e não oscila como no lado de fora.

O corpo do recém-nascido que dentro do útero fica contido, aconchegado, fora do útero está solto no espaço, esticado como nunca, “num espaço infinitamente grande e cheio de ar frio [...] ele apalpa o espaço vazio, aparentemente ilimitado, à procura das paredes que o envolviam [...]” (MACHADO, 1995, p.165). Por isso o bebê deve ser confortado, protegido carinhosamente. Por ter uma pele sensível, logo após o parto é importante colocar o bebê diretamente sobre o ventre materno. O contato físico é propício para a formação do vínculo e desenvolvimento afetivo do bebê, além de ser fonte de sentidos. Se o ambiente é silencioso, o manuseio diminuído, as luzes enfraquecidas, o bebê começa a adaptar-se suavemente a nova experiência de estar no mundo (MACHADO, 1995).

São vários os fatores que levam um recém-nascido a chorar ao nascer. Um dos aspectos da humanização do nascimento está diretamente relacionado em respeitar este momento, e fazer com que o choro do recém-nascido não esteja relacionado a desespero, dor e sofrimento e sim que ele possa vir ao mundo de forma menos traumática possível.

As modificações que Leboyer incluiu no momento do parto foram largamente inspiradas por suas visitas à Índia, onde segundo suas declarações, ele teria se submetido a uma técnica de regressão ao momento do parto, através da qual pôde vivenciar a violência de seu próprio nascimento, com uso de fórceps, palmadas nas nádegas, separação brusca da mãe e ofuscamento por causa das luzes fortes da sala de parto.

Mais tarde o autor publica “Shantala” (LEBOYER, 1992), livro que ensina para os ocidentais uma massagem tradicional indiana, realizada nos bebês pelas mães. Esta obra é repleta de fotos de bebês e suas mães realizando a massagem.

Segundo Souza (2005), Michel Odent vai desenvolver as idéias de Leboyer, conduzindo-as a um ponto de vista acentuadamente científico, ligado, sobretudo às descrições da fisiologia e da etologia, sendo considerado atualmente um dos principais ideólogos do parto humanizado no mundo.

De seus livros, citaremos os mais conhecidos, os quais lemos:

A Gênese do Homem Ecológico (ODENT, 1981), que sustenta a brilhante tese de que para “mudar o mundo é preciso mudar a forma de nascer”. Neste livro, Odent propõe o surgimento de uma nova obstetrícia, a chamada eco-obstetrícia, na qual o ser mulher deve evocar no nascimento de seu filho (a) as diferentes raízes do homem, raízes comuns a todas as formas de vida, raízes ligadas ao mundo animal, suas próprias raízes, raízes culturais,

explorando nos seus instintos maternos a melhor forma de parir, e o profissional deve agir como observador.

O Renascimento do Parto (ODENT, 2002), onde Odent compartilha com o leitor sua experiência quando assumiu a direção do setor da maternidade de Pithiviers, na França. Para o sucesso do parto, o obstetra cria, então, as “salas de parto selvagem” com características especiais, quase minimalistas: o ambiente amplo com as paredes pintadas de alaranjado e com poucos móveis – apenas um estrado com almofadas, uma pequena geladeira e um sistema de som. Nesta maternidade o respeito às necessidades individuais de cada mulher é incentivado bem como o silêncio, a não intervenção, a sensibilidade de deixar que a mulher tenha a liberdade de assumir a posição que quiser para dar à luz, a utilização de água para alívio das dores durante o trabalho de parto, bem como para o parto. Neste livro é possível encontrar os mais diversos e interessantes relatos de partos de mulheres que viveram naquela maternidade, a experiência do parto. Odent mostra para o mundo como é possível prestar um atendimento respeitoso e ao mesmo tempo seguro ao parto dentro de uma instituição.

No livro *A Cientificação do Amor* (ODENT, 2002), o obstetra atribui um papel fundamental aos “hormônios”, em especial a ocitocina, a qual ele denomina de “hormônio do amor”, pois este hormônio estaria presente em várias situações da vida sexual e reprodutiva da mulher, entre as quais podemos citar: o parto, estimulando as contrações uterinas; a amamentação, contribuindo para a descida do leite materno e no orgasmo; além de estar presente nos transe místicos. Odent preocupa-se em descrever detalhadamente o que se passa no cérebro da parturiente durante o parto e enfatiza que o ambiente e as relações estabelecidas são fundamentais para o sucesso do parto. Segundo o obstetra, quando as mulheres em trabalho de parto sofrem inibições no processo do parto, “estas se originam de estimulações ao neocórtex provindas do ambiente, como luzes fortes, linguagem racional e a sensação de estar sendo observada por pessoas estranhas, às quais deve responder” (SOUZA, 2005, p.46). Dessa forma, o neocórtex ativo atrapalha o funcionamento das estruturas mais “primitivas” e “instintivas” do cérebro. Assim o autor aconselha a seguirmos as estratégias dos animais, que sempre dão à luz em privacidade (SOUZA, 2005).

Segundo Odent, a fisiologia do parto diz que as estruturas que estão mais funcionantes durante o trabalho de parto são aquelas ligadas às estruturas corticais mais antigas: o seu cérebro primitivo. Quando a mulher tem que usar do seu neocórtex (cérebro racional) ela estaria inibindo suas estruturas primitivas e, com isso, retardando o processo do nascimento. Para este autor existem algumas funções básicas que ativariam o neocórtex: a linguagem, a luz, a sensação de ser observado e hormônios da família da adrenalina (ODENT, 2000).

Acirrando a retórica “antimedical” de Leboyer, Odent confere um papel proeminente às parteiras, sob a alegação de que as mulheres são “naturalmente” dotadas de um tipo de sensibilidade mais próxima do instintivo e do afetual que se sintonizaria com o estado da gestante em trabalho de parto. Os participantes, no caso o pai da criança, a parteira e até mesmo o médico, deveriam cumprir, sobretudo um papel de “apoio afetivo” e não “técnico”. Odent questiona também o uso da postura dorsal pelas mulheres durante o parto, que além de ser considerada a menos fisiologicamente adequada, é rechaçada por simbolizar a passividade e inatividade da parturiente diante do próprio parto (SOUZA, 2005, p.47-48).

No Brasil, também entre as décadas de 70 e 90, o obstetra Moysés Paciornik começa a incentivar o parto de cócoras, e revoluciona a obstetrícia moderna trazendo os costumes indígenas como exemplos. As vantagens dessa posição ele descreve em seu livro “Parto de Cócoras: aprenda a viver com os índios” (PACIORNIK, 1991). De acordo com suas declarações, na década de 60, ao participar de um programa de prevenção ao câncer ginecológico em uma reserva indígena no Oeste Catarinense, ele teria se surpreendido com a condição dos genitais das índias kaingang, que, segundo ele, eram “infinitamente melhores do que os das civilizadas” (SOUZA, 2005).

Por isso aconselha as “civilizadas” a exercitarem estes músculos, ficando de cócoras sempre que puderem ou fazendo os exercícios físicos diários. Segundo ele, a posição de cócoras seria a mais adequada para o parto, pois nesta posição o canal da vagina se alarga e não é comprimido pelo peso da bexiga nem pela pressão do reto, como acontece quando a mulher está deitada (SOUZA, 2005).

Com todo este movimento, a posição da mulher no parto se torna um tema fundamental nas discussões da humanização e entra em cena então, a “cadeira de parto de cócoras”, um novo instrumento produzido no seio do movimento que vai se tornar um dos símbolos do parto humanizado e do “empoderamento” feminino. A primeira versão da cadeira cócoras brasileira foi idealizada por Paciornik. Posteriormente, na década de 80, Hugo Sabatino (obstetra, professor e pesquisador da Universidade Estadual de Campinas) desenvolveu e patenteou um modelo próprio desta cadeira, inspirando-se nas idéias de Paciornik.

Adotar esta posição teria como objetivo, além das vantagens para a fisiologia do parto apontadas por Odent e Paciornik, incentivar as mulheres a adquirirem uma posição ativa frente os mecanismos disciplinadores do parto, pois a parturiente poderia estabelecer um melhor relacionamento com a equipe médica e com a família, além de ter uma liberdade maior de movimentação, ou seja, ela poderia com frequência levantar-se entre as contrações, caminhar e voltar a se sentar. Além disso os sentidos articulados em torno do “parir de cócoras” convergem para a idéia de “parto natural”. Pode-se dizer, inclusive, que estes termos se tornaram intercambiáveis. Isto acontece não apenas porque a posição de cócoras passa a ser entendida como a mais “fisiologicamente adequada”, mas porque ela é também considerada mais próxima do “instintivo”, mais “primitivo”, mais “indígena”. (SOUZA, 2005, p.49-50).



Figura 4: Cadeira de cócoras idealizada por Sabatino. Foto tirada no CO/HU/UFSC Florianópolis, SC.

Na década de 70 torna-se também crescente o interesse acadêmico pelo tema da gravidez e do parto, gerando uma profusão de estudos com este objeto, alguns deles notadamente vinculados a questões feministas. Nestes últimos, a função reprodutora é assinalada como a base sobre a qual se assenta a opressão feminina e o fenômeno da medicalização do nascimento é apontada como mais uma, e fundamental, instância de expressão do poder masculino (SOUZA, 2005).

Um dos trabalhos que se desenvolveu sob a influência destes estudos foi o da inglesa Sheila Kitzinger, antropóloga e feminista, conhecida mundialmente como autora de obras sobre o parto, a experiência da maternidade e a sexualidade feminina. É especialista em preparação para o parto e também uma entusiasta do parto domiciliar, que é bem representado no livro, denominado *A Experiência do Parto* (KITZINGER, 1984).

Nessa mesma linha de preparação para o parto, a também inglesa Janet Balaskas desenvolveu um guia de orientação para gestantes chamado *Parto Ativo* (BALASKAS, 1993) onde ressalta a idéia de que o parto é um fenômeno instintivo, natural e espontâneo. Na introdução do livro, Odent diz que “o conceito de parto ativo foi introduzido por mulheres que querem ter de volta o controle e a responsabilidade do parto” (apud BALASKAS, 1993, p.15).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, em sua publicação sobre Parto, Aborto e Puerpério (BRASIL, 2001), o conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam a promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. O mesmo garante evitar intervenções desnecessárias e preservar a privacidade e a autonomia tanto para a mulher quanto para o recém-nascido. Desse modo, incentiva procedimentos benéficos para

ambos, por parte dos profissionais da saúde, pretendendo, com isso, promover uma assistência mais digna.

A gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, parto e puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedor para todos que dela participam (BRASIL, 2001a, p.9).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, é baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto e busca concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está estruturado em alguns princípios, entre eles o de que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; de que toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; de que toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico e de que todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2001).

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher,

seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos. Receber com dignidade a mulher requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é um importante instrumento para a organização e estruturação de redes de referência para o atendimento às gestantes nos municípios, na lógica da regionalização e hierarquização do sistema de saúde. Assegura a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos da cidadania (BRASIL, 2001).

Tendo isso em vista, os profissionais da saúde são coadjuvantes desta vivência e não devem interferir neste processo, apenas reconhecer momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde da mulher e do recém-nascido. Para garantir a evolução natural deste momento o profissional deve ficar ao lado, dar conforto, esclarecer, orientar, enfim, minimizar situações de stress, evitando, assim, condições que inibam o trabalho de parto. É primordial lembrar que são os primeiros que tocam cada ser que nasce e ter consciência dessa responsabilidade (BRASIL, 2001).

Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento. Permite ao profissional estabelecer cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de 'assumir o comando da situação' passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê. (BRASIL, 2001, p.10).

Por lidar-se com culturas diferentes e saberes populares não é fácil desempenhar esse papel. Ainda hoje, a maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde história, crença e valores são esquecidos. Desde a universidade os estudantes são “treinados” para adotar “práticas rotineiras”, como numa linha de produção, sem a avaliação crítica e cultural caso a caso. Em virtude disso decorre um grande número de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2001).

Para alterar posturas arraigadas e introduzir uma abordagem humanizada na relação profissional de saúde/mulher é necessária uma mudança de atitude e isto é individual. Entretanto, algumas questões devem ser vistas como compromissos profissionais indispensáveis: estar sincronizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas, praticar uma assistência baseada em evidências, com o olhar do observador atento. Reconhecer que a mulher é a condutora do processo e que a gravidez não é doença, e, principalmente, adotar a ética como pressuposto básico na prática profissional (BRASIL, 2001).

“A saúde não deve se restringir ao tradicional conceito de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, mas deve ser abordada também no contexto cultural, histórico e antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Essa abordagem é fundamental ao se analisar a saúde da mulher, em especial, nesse trabalho, no que se refere ao processo de nascimento. Ao se abordar o contexto antropológico e os valores populares a assistência pode se tornar mais humanizada”. (BRASIL, 2001, p.11)

Reconhecer e valorizar os aspectos fisiológicos do parto é fundamental para iniciar um conceito de humanização do nascimento, e através deste reconhecimento, se pode respeitar a mulher como o ser mais indicado para escolher a forma em que é mais confortável para ela ganhar seu bebê, sem intervenções desnecessárias.

Segundo Souza (2005), o Ministério também apóia e premia formas procedimentais que garantam uma maior qualidade no atendimento ao parto, através da concessão do prêmio Galba de Araújo³ e do título de Hospital Amigo da Criança (Anexo 2).

De acordo com Souza (2005), o desenvolvimento da humanização da assistência obstétrica no Brasil, conta com apoio de organizações não-governamentais, como a ReHuNa (Rede de Humanização do Parto e do Nascimento), que têm tido um papel fundamental na difusão e consolidação das novas práticas recomendadas pela OMS no Brasil.

A ReHuNa é composta fundamentalmente por profissionais da área da saúde e simpatizantes da humanização do parto. Visa ser a interlocução com órgãos públicos ou vinculados à saúde coletiva, objetivando ações concretas para a modificação do atendimento ao parto, na rede hospitalar ou mesmo fora dela, enfatizando a dimensão dos direitos, tanto da

³ Galba de Araújo foi um obstetra e professor da Universidade Federal do Ceará que na década de 70 iniciou a incorporação de parteiras tradicionais a uma rede de assistência à gravidez e ao parto. Além disso, foi um dos pioneiros na introdução de práticas humanizadoras no Brasil, como a posição vertical para o parto. Adotou também o parto na rede e o banquinho de parto como parte das práticas assistenciais. O prêmio que leva o seu nome é concedido no âmbito estadual, regional e nacional (Anexo 1).

criança como da mulher e procurando fazer com que as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) se tornem medidas legais. Atualmente a ReHuNa conta com cerca de 350 filiados, entre associações individuais e institucionais. Citamos a seguir os principais objetivos da ReHuNa:

- Implantar, implementar e divulgar as recomendações da OMS sobre tecnologias apropriadas para nascimentos;
- Conscientizar e mobilizar a população no sentido de reivindicar assistência mais humanizada;
- Mostrar os riscos para a saúde de mães e bebês das práticas obstétricas e neonatais inadequadamente intervencionistas;
- Resgatar práticas humanizadas tradicionais de parto e nascimento, aliadas aos conhecimentos técnicos e científicos sistematizados e comprovados;
- Prover as autoridades que formulam e executam as políticas de saúde, de subsídios para adoção das práticas preconizadas pela OMS (REHUNA, 2005).

Hoje em dia, com a facilidade promovida pela Internet, o público geral está cada vez mais envolvido nas discussões acerca da humanização do parto e nascimento. De acordo com Souza (2005), *sites* encontrados na Internet, como o “amigas do parto” e diversas listas de discussões como “xô episio”, “mães empoderadas”, “mulheres de respeito” e “desnecesáreas”, são criados e acessados principalmente por mulheres que vivenciaram ou irão vivenciar o parto, funcionam como verdadeiras estruturas de acesso livre de informação e comunicação. Um destes *sites*, chamado “amigas do parto” recebe mais de 800 visitas diárias e é declarado como um “procon da obstetrícia”. Ali se encontram *links* como “o parto pela OMS”, “evidências científicas”, “listas de discussão”, “depoimentos”, “quem indicamos”, “nossos direitos”, “o parto em outras épocas e localidades”, entre outros.

“O fluxo de informações, imagens e narrativas veiculadas pelo *site* em comentário, além de mostrar o envolvimento e os posicionamentos das mulheres no debate em análise, delineia possibilidades para que os agentes sociais que o acessam desenvolvam uma reflexividade em torno de várias questões relativas ao nascimento, como segurança e eficácia de tecnologias e procedimentos médicos, qual o lugar que as mulheres querem assumir no parto, qual o espaço da maternidade na vida da mulher moderna, etc” (SOUZA, 2005, p.37).

3.5 Evidências científicas sobre as práticas utilizadas no parto

Devido à mecanicidade do parto em instituições que prestam assistência ao parto, raramente consideram as relações humanas, sociais, psicológicas e familiares que permeiam o

nascimento. Geralmente, neste tipo de assistência, são adotadas técnicas antifisiológicas como a imposição de rotinas, a posição do parto e as intervenções tecnológicas desnecessárias, que vão contra a fisiologia natural do parto. Essa situação chamou a atenção da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde que recomendaram ações que reconheçam as dimensões sociais e emocionais no cuidado ao parto e nascimento. (CAPARROZ, 2003). Classificaram-se as condutas e práticas comuns na condução do parto normal em quatro categorias, dependendo de sua utilidade, eficácia e ausência de efeitos prejudiciais.

A classificação tomada como base foi a desenvolvida pelo grupo de trabalho sobre o parto normal que a OMS convocou no ano 1996 e modificada pelas novas evidências científicas que estão descritas no documento Tecnologia Apropriada para o Nascimento. Esta classificação (BRASIL, 2001, p.186) divide as práticas do parto normal em 4 categorias, a saber:

- Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas:

- Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
- Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliando a cada contato e no momento do trabalho de parto.
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
- Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
- Respeito à escolha da mulher sobre o local de parto.
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
- Respeito ao direito da mulher à privacidade no local de parto.
- Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante trabalho de parto.
- Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
- Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
- Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
- Liberdade de posição e movimento durante trabalho de parto.
- Estímulo a posições e movimento durante trabalho de parto.
- Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
- Prevenção da hipotermia do bebê.
- Prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K.
- Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.

- Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
- Alojamento conjunto.
- Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

- Prática no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas:

- Uso rotineiro de enema.
- Uso rotineiro de tricotomia.
- Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
- Cateterização venosa profilática de rotina.
- Uso rotineiro da posição supina durante trabalho de parto.
- Exame retal
- Uso de pelvimetria por raios X.
- Administração de ocitócitos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
- Uso rotineiro da posição de litotomia.
- Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- Uso de comprimidos orais de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
- Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- Lavagem uterina rotineira após o parto.
- Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
- Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
- Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador.
- Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo de útero no período expulsivo.
- Prática liberal da cesariana.
- Aspiração naso-faríngea de rotina em recém-nascidos normais.
- Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

- Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão:

- Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
- Pressão no fundo do útero durante o período expulsivo.
- Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do pólo cefálico no momento do parto.
- Manipulação ativa do feto no momento do parto.
- Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- Aminiectomia precoce de rotina no primeiro estágio de trabalho de parto.
- Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.
- Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto (BRASIL, 2001).

- Prática no parto normal freqüentemente utilizadas de modo inadequado:

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- Controle da dor por agentes sistêmicos.
- Controle da dor por analgesia peridural.
- Monitoramento eletrônico fetal.
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência do trabalho de

- parto.
- Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
 - Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
 - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.
 - Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
 - Cateterização da bexiga.
 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
 - Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
 - Parto operatório.
 - Exploração manual do útero após o parto (BRASIL, 2001, p.186).

Esta classificação das práticas durante o parto normal que se descreveu acima, com as evidências disponíveis e classificadas segundo o Ministério da Saúde do Brasil, deve ser periodicamente revisada de forma crítica, pois, com o progresso da ciência, novas evidências surgirão e cada um dos membros da equipe de saúde deve buscá-la de forma ativa e permanente.

De acordo com Souza (2005), as novas propostas da OMS entendem o processo de nascimento e parto como um ato eminentemente fisiológico, ou seja, acontece sem intervenções desnecessárias que muitas vezes deixam seqüelas. Estas intervenções são vistas como conseqüências de uma espécie de efeito cascata, onde uma intervenção pode levar a diversas complicações, gerando causas subseqüentes e mais complicações, que terminam em uma intervenção final, em geral uma cesariana, que poderia não ter ocorrido se a cascata não tivesse iniciado. “O respeito à fisiologia do parto aparece então como uma das idéias centrais de todo este conjunto de proposições, no qual a expressão ‘parto natural’ ganha legitimidade no contexto institucional” (SOUZA, 2005, p.34).

Souza (2005) afirma que no Brasil, esses novos valores da OMS têm sido declarados, repetidos e incentivados, tanto pelo Ministério da Saúde, quanto por organizações não-governamentais, geralmente formadas por grupos de mulheres organizadas que são usuárias do sistema de saúde e centros de terapias alternativas, além de estarem também sendo divulgadas em *sites* sobre parto na Internet e publicações recentes de livros. Essas organizações são encontradas sob o rótulo geral da “humanização do parto e do nascimento”, e vêm propondo reformulações nos serviços de saúde voltados à atenção perinatal, tomando como base as recomendações da OMS.

3.6 Métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto

Ao enfatizarmos nossa prática na busca de uma assistência de enfermagem cada vez mais humanizada no momento do nascimento, não podemos esquecer de abordar a problemática da dor, tão presente nas parturientes, a fim de tentar minimizá-la.

Segundo Largura (2000), a dor está presente no cotidiano de milhões de pessoas. Existem fatores que aumentam a sensação de dor, como o medo, o estresse, o cansaço, a solidão, o desamparo social e afetivo. Isso muitas vezes se intensifica no trabalho de parto, principalmente nas primigestas que contam, também, com o desconhecido dessa vivência.

No momento do parto, a dor é uma realidade que não pode ser negada; isto porque nossa sociedade evita a dor através do uso ilimitado de analgésicos. O preparo para o imenso desafio do trabalho de parto deve ser vivenciado pela parturiente. Existem técnicas que podem minimizar a dor: o relaxamento, a informação correta, o contato com familiares e pessoas amigas e o fato de estar ativa e descansada (LARGURA, 2000).

No acompanhamento e assistência ao parto, a enfermeira obstetra pode estar utilizando formas de minimizar a dor e a ansiedade do parto.

Dentre as técnicas existentes para promover o alívio da dor, encontramos textos em *A doula no parto* (TEIXEIRA, 2003), *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto* (ENKIN et al, 2005) e *Lidando com a dor* (DUARTE, 2005), que descrevem alguns métodos.

3.6.1 Técnicas que reduzem os estímulos dolorosos

A melhor solução para alívio dor é evitar ou reduzir seus estímulos. No trabalho de parto os estímulos dolorosos decorrem das contrações uterinas ou da pressão exercida pela apresentação fetal sobre o colo, a vagina e as articulações pélvicas. Como esses estímulos não podem ser evitados, teoricamente podem ser reduzidos (ENKIN et al, 2005). Assim sendo apresentaremos a seguir, alguns procedimentos e técnicas que contribuem para o alívio da dor.

Movimentos e mudanças de posição materna: algumas posições servem para corrigir apresentações inadequadas do bebê, para aumentar o fluxo sanguíneo do útero ou apenas proporcionar mais conforto. As mulheres percebem que sentem menos dor em algumas posições do que em outras. Ao serem estimuladas a assumir a posição que lhe é mais

confortável, elas adotam espontaneamente algumas posições, como sentada, de pé, caminhando, em genupeitoral ou de cócoras. Quando a mulher troca de postura altera as relações entre a gravidade, as contrações uterinas, o feto e sua pelve. Isso pode estimular o progresso do trabalho de parto e também reduzir a dor (ENKIN et al, 2005).

Posição de Cócoras: de acordo com as pesquisas do obstetra Cláudio Paciornick, essa posição abre quatro centímetros de passagem para o bebê. O cóccix fica livre e vai para trás, facilitando o nascimento. A mulher pode ficar de cócoras sozinha, pode segurar na cama, numa cadeira ou na mão de alguém. Ela também pode ficar sentada num lugar baixo e ser apoiada por trás pela pessoa significativa/família, que a segura pelas axilas. Independente da posição que será escolhida para o parto, a posição de cócoras ajuda na progressão geral do parto (TEIXEIRA, 2003).



Figura 5: foto tirada durante o trabalho de parto da acadêmica Iara no dia 26/01/05, Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes

Posição Genupeitoral: esta posição é recomendável para facilitar a rotação do bebê que está numa posição difícil para nascer. Nessa posição a mulher pode fazer uma rotação dos quadris como um bambolê, também para facilitar a rotação.

Além disso, a mulher pode alongar a coluna para relaxar (sentando sobre os pés e alongando os braços à frente). Essa posição também é uma boa posição para o parto porque, às vezes, é percebida como menos dolorosa e pode facilitar o nascimento (TEIXEIRA, 2003).



Figura 6: Foto tirada no trabalho de parto de Figueira, no dia 30/05/05. Florianópolis, SC. Autorizada pela participante.

Sentada na Bola Suíça: na bola, a mulher consegue ficar sentada com a coluna bem alinhada, sem desconforto. Ela pode ficar simplesmente parada ou quicando a bola (movimentos verticais para cima e para baixo). Além de ajudar a descida do bebê, também alivia a dor. Também podem ser feitos movimentos rotativos de quadril, que facilitam a rotação do bebê, auxiliando-o a ir para posição correta. A mulher pode ainda utilizar a bola ficando de joelhos no chão, ou usando o apoio de uma almofada. Essa posição pode ajudá-la a relaxar e aliviar a dor (TEIXEIRA, 2003).



Figura 7: Foto tirada no trabalho de parto de Figueira, no dia 30/05/05. Florianópolis, SC. Autorizada pelas participantes.

Contrapressão: no lugar da massagem, pode ser realizada uma pressão bem forte (com o punho ou a palma da mão) no local onde a mulher está sentindo dor, durante as contrações. A mulher pode estar em qualquer posição, como em pé, debruçada na cama ou apoiada na

cadeira. A contrapressão parece ser mais eficaz quando a mulher sente dor nas costas, freqüentemente relacionada a uma posição occipital posterior (TEIXEIRA, 2003).

Dupla Compressão: com cada uma das palmas das mãos posicionadas nas laterais dos quadris da mulher, a pressão é realizada ao mesmo tempo. Nesta técnica a mulher também pode estar em qualquer posição. Tem como finalidade principal aliviar a dor e abrir espaço na bacia para a rotação necessária (TEIXEIRA, 2003).



Figura 8: Contrapressão dupla realizada pela enfermeira durante o trabalho de parto da acadêmica Iara, no dia 26/01/05. Florianópolis, SC. Autorizada pelas participantes.

3.6.2 Técnicas que ativam receptores sensoriais periféricos

Os receptores sensoriais, preferencialmente sensíveis a estímulos nocivos ou potencialmente nocivos, encontram-se na pele, músculos, tecidos conjuntivos e vísceras torácicas e abdominais. Uma vez ativados, os nociceptores conduzem impulsos via fibras aferentes, levando as informações recebidas até o sistema nervoso central.

Imersão em água durante o trabalho de parto e parto: a prática varia muito e inclui o uso de duchas, banheiras, hidromassagens e “piscinas de parto” especiais. Alguns sugerem que a imersão na água pode acelerar o trabalho de parto, reduzir a pressão arterial, aumentar o controle materno sobre o ambiente do parto, resultar em menor traumatismo do períneo e menor necessidade de intervenções em geral e introduzir o bebê no mundo com suavidade (ENKIN et al, 2005).

Para as mulheres que optarem em ter um parto dentro da água, o ideal é que a piscina ou banheira seja grande o bastante para permitir que a mesma adote qualquer posição e que seja funda o bastante para permitir a imersão completa. Não deve ser excessivamente grande,

pois exigiria muito tempo para encher. Uma piscina ou banheira redonda, com cerca de 2 metros de diâmetro e com uma profundidade de 70 centímetros é o modelo perfeito. O ambiente deve ser o menor possível para manter a privacidade e deixá-lo aconchegante. A água deve ser constantemente controlada e conservada à temperatura do corpo. Se uma mulher vai para a banheira antes de uma dor forte, as contrações podem parar. Por outro lado, o colo do útero pode dilatar muitos centímetros rapidamente. De qualquer forma, isso não impedirá o atraso nos últimos estágios do trabalho de parto (ODENT, 2004).

De outra forma, se a mulher entra na água só quando o trabalho de parto já começou e quando a dilatação do colo está bem avançada (pelo menos 5 centímetros), o fim do primeiro estágio pode ser muito rápido: por volta de uma hora para um primeiro filho. Ao entrar na piscina, muitas vezes a mulher dá um grande suspiro, expressando alívio e bem-estar. Depois disso, a dilatação rápida muitas vezes é acompanhada pelo que se pode chamar de regressão profunda. A mulher tende a romper contato com o mundo. Ela ousa gritar sem constrangimento e perde o controle de sua respiração e de sua posição corporal. É como se a água estivesse protegendo-a dos estímulos externos (ODENT, 2004).

Se o profissional está familiarizado com o parto num ambiente de intimidade e de espontaneidade, não há necessidade de perturbar o processo com exames vaginais. Ele poderá avaliar o estágio do trabalho de parto de acordo com quão rápida, profunda e ruidosamente a mulher estiver respirando. O profissional também pode perceber quando o trabalho de parto parou e quando as contrações não são mais eficientes. Isso significa que o bebê está próximo. O ponto essencial em todo trabalho de parto é que a mulher esteja livre para expressar seus medos sem ser reprimida por palavras tranquilizadoras (ODENT, 2004).

Existem explicações simples, aceitas por todo o mundo, a respeito do modo como a água realmente atua quando o colo uterino está se dilatando. A imersão na água aquecida tende a reduzir o nível dos hormônios que secretamos em alta quantidade quando estamos com frio ou com medo. Sabe-se que um nível elevado desses hormônios, que pertencem à família da adrenalina, torna a dilatação do colo mais demorada; também a torna mais difícil e perigosa (ODENT, 2004, p.18).

Assim que o bebê nasce deve ser trazido suavemente para a superfície, sem afobação (ODENT, 2004).



Figura 9: Imersão em piscina durante o trabalho de parto de Sapopemba, dia 10/10/05. Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

Uso da água: um recurso importante, nas suas variadas formas. O chuveiro morno sobre as costas é relaxante e diminui a sensação de dor. Não há limite de tempo para a mulher permanecer no chuveiro. A água muito quente pode causar alguma queda de pressão. As banheiras comuns ou de parto também são relaxantes, podem fazer diminuir o inchaço, e diminuem a sensação de dor. O escalda-pés também é utilizado como forma de ativar naturalmente a ocitocina, através de estimulação térmica dos pontos de acupuntura (BP6) (DUARTE, 2005).



Figura 10: Escalda pés durante o trabalho de parto de Figueira, no dia 30/05/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pela participante.

Toque e Massagens: o uso do toque físico de várias formas pode transmitir mensagens de alívio da dor, dependendo da natureza e das circunstâncias do toque. A colocação da mão sobre um ponto dolorido, um “tapinha” de tranquilização, o afago dos cabelos ou da face em um gesto de afeição, um abraço firme ou a massagem intencional mais formal da mão ou de outras partes do corpo – todos transmitem ao receptor uma mensagem de interesse, de vontade

de estar perto e ajudar. O objetivo da massagem é fazer as mulheres sentirem-se melhor, ou avaliar a dor e facilitar o relaxamento. A massagem adquire a forma de golpes leves e firmes, vibração, amassamento, pressão circular profunda, pressão contínua e manipulação articular. Pode usar as pontas dos dedos, as mãos ou vários aparelhos que rolam, vibram ou pressionam. Teoricamente, as várias formas de massagem estimulam diferentes receptores sensoriais. Quando são interrompidas, a consciência da dor aumenta. Além disso, o fenômeno de adaptação pode diminuir os efeitos analgésicos da massagem durante um período. Portanto, o uso da massagem intermitente ou a variação no tipo de golpe e na localização do toque podem prolongar os efeitos de alívio da dor (ENKIN et al, 2005).

A região lombar é a parte do corpo na qual a maioria das mulheres costuma sentir dor durante o trabalho de parto. Massagens nesta área produzem grande alívio. Podem ser realizadas com massageadores, na posição que for mais confortável para a parturiente. Outra maneira de realizá-las é no chuveiro, com a água quente caindo na região lombar ou com o chuveirinho sendo direcionado aos locais onde há dor. A mulher pode estar em pé ou sentada num banquinho plástico ou até na bola (TEIXEIRA, 2003).



Figura 11: Massagem sendo aplicada pelo marido da acadêmica Iara durante seu trabalho de parto, no dia 26/01/0. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Acupuntura: na acupuntura a escolha dos pontos varia, do tamanho da agulha e do método de inserção. A acupuntura parece bloquear os componentes sensoriais e emocionais da dor (ENKIN et al, 2005).

Acupressão: este método é semelhante ao *do-in*, a pessoa que irá realizar esta técnica necessita saber não apenas localizar os pontos corretos a serem massageados (que são os mesmos pontos da acupuntura), como também saber como massageá-los. Assim, ela terá que optar por um deles, dependendo da situação: para adiantar o processo do parto, para aliviar a dor, para relaxar e até para induzir o parto. Um ponto trabalhado mais comumente no parto é

o BP6 (baço-pâncreas número seis) localizado quatro dedos acima do osso maléolo, no tornozelo, na parte interna da perna. Este ponto ajuda a diminuir a dor, a melhorar a dilatação, a facilitar a descida do bebê e a progressão do nascimento. Pode também ser utilizado para induzir o trabalho de parto. Para massageá-lo, a pessoa deve apertar o ponto e ficar pressionando-o repetidamente durante pelo menos três minutos. Outra forma é apertar o ponto e fazer movimentos de rotação no sentido horário. Este ponto não pode ser trabalhado durante a gravidez (TEXEIRA, 2003).



Figura 12: Técnica de acupressão durante o trabalho de parto da acadêmica Iara, dia 26/01/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Moxabustão: esta técnica utiliza o calor para trabalhar os pontos de acupuntura. O calor é produzido através da queima de um bastão de artemísia, que é posicionado sobre determinadas áreas do corpo – os pontos de acupuntura. Para o uso desta técnica, também é necessário conhecer os pontos a serem estimulados. O calor e a ação da artemísia estimularão os pontos e podem aliviar a dor (TEIXEIRA, 2003).



Figura 13: Moxabustão sendo aplicada em Sapopemba pela acadêmica Talita, no dia 10/10/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS): consiste em um método não-invasivo e fácil de usar, que pode ser interrompido rapidamente, se necessário. Uma corrente elétrica é transmitida para a pele usando eletrodos de superfície, e isso resulta em sensação de “zunido” ou formigamento. A mulher pode variar a intensidade, a frequência de pulso e os padrões de estimulação, de forma que possa aumentar, diminuir ou pulsar as sensações como quiser (ENKIN et al, 2005).



Figura 14: Enfermeira utilizando o *tens* em Sapopemba, no dia 10/10/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Aromaterapia: refere-se ao uso de óleos essenciais como de lavanda ou camomila. Eles podem ser administrados de várias formas, incluindo em óleos durante uma massagem, em água quente como banho ou escalda-pés, diretamente sobre uma vela ou uma gota na palma da mão ou na frente da mulher, ou ainda aplicados com uma compressa facial quente. Acredita-se que os óleos tenham diversas propriedades específicas. A aromaterapia também pode reduzir o estresse e a tensão entre profissionais e acompanhantes de trabalho de parto (ENKIN et al, 2005).

3.6.3 Técnicas que estimulam vias inibitórias descendentes

A percepção da dor é também regulada por vias inibitórias descendentes espinhais – os chamados tratos espinhais antinociceptivos descendentes – sendo aqui crucial o papel da serotonina, o mais importante neurotransmissor do sistema descendente inibitório. Ao ativar e estimular as vias descendentes estaremos promovendo a liberação de serotonina, diminuindo a sensação de dor.

Apoio: pode ser obtido do companheiro, mãe, amiga, doula ou uma combinação dessas pessoas. Não se sentir solitária nesse momento tão importante e intenso, ser cuidada com massagens, carinho e informações, tudo isso pode ser uma grande ajuda na travessia do processo do parto. É importante que a mulher confie nas pessoas que estão a sua volta, que perceba a sintonia entre todas elas e sua genuína intenção de estarem lhe auxiliando no bom êxito do trabalho de parto. Deve haver compreensão, paciência, competência e respeito para com seus ritmos e tempos (DUARTE, 2005).



Figura 15: Apoio dado por Flamboyant à Andiroba durante o trabalho de parto, no dia 10/09/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Relaxamento: a importância do relaxamento está em não permitir a mulher lutar contra a dilatação ou contra as dores por ela provocadas. Essa luta provoca tensão, que por sua vez desacelera o trabalho de parto e provoca mais dor (DUARTE, 2005). O ciclo da dor se dá, muitas vezes, começando com a tensão proveniente do medo, portanto reduzir o medo e a tensão pode ser um método eficaz de alívio à dor.

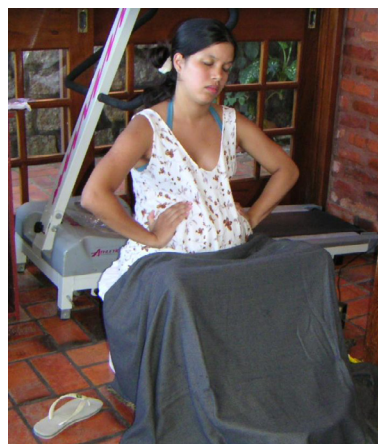


Figura 16: Relaxamento proporcionado pelo esquadra pés durante o trabalho de parto da acadêmica Iara, 26/01/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pela participante.

Silêncio, privacidade e ambiente discreto: não ter que falar durante as contrações, não ter que ouvir conversa paralela ou vozes alteradas de comando, até sons de ambientes vizinhos, não ter pessoas entrando e saindo o tempo todo, tudo isso ajuda no trabalho de parto (DUARTE, 2005).

Iluminação: para a maioria das mulheres, um ambiente na penumbra ou na meia luz é mais propício ao relaxamento. Pode-se fechar cortinas, usar abajures, dentre outros dispositivos (DUARTE, 2005). Para Odent (2002), a penumbra favorece o “desligamento” do neocórtex, fazendo com que a mulher entre em contato com seu mundo primitivo. A luminosidade exarcebada ativa o pensamento racional, afastando a mulher de sua conexão com seus instintos mais profundos.



Figura 17: A iluminação durante o trabalho de parto de Sapopemba foi mínima, dia 10/10/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Música: para algumas mulheres a música é relaxante, para outras pode ser fonte de perturbação. O importante é que cada mulher escolha se quer ou não quer música, quando e quais músicas devem ser tocadas durante o trabalho de parto. Por isso as pessoas presentes no parto precisam respeitá-la (DUARTE, 2005). A música atua sobre vários níveis: dependendo de sua vibração, ela dá coragem e força à mulher para conseguir seu feito (TEIXEIRA, 2003). Existem músicas apropriadas para o parto, que estimulam as contrações. Assim, a música pode induzir comportamento mais relaxado e positivo na equipe e nos acompanhantes escolhidos pela mulher (ENKIN et al, 2005).

Visualização: para muitas mulheres esse recurso é importante, pois promove o relaxamento e diminui as tensões. A mulher pode visualizar o bebê descendo pela bacia, o bebê saindo de

dentro dela, seu colo se abrindo, água caindo, coisas ficando pesadas e pendentes, enfim, tudo o que tenha uma simbologia de descida e abertura (DUARTE, 2005).

Apesar de muitas dessas técnicas não estarem entre as terapias "cientificamente comprovadas", elas têm sido largamente empregadas por diversos profissionais e com resultados excelentes. Todas essas técnicas podem ser propostas para a mulher, mas jamais impostas. Sabemos que cada mulher tem dentro de si as ferramentas necessárias para o trabalho de parto, e que, ciente ou não destas técnicas, instintivamente a mulher segue sua cultura, suas crenças e valores.

3.7 Revitalizando o parto domiciliar

*“A intenção não é voltar ao parto dos nossos avós,
É recuperar a alegria de poder parir sem medo e com segurança”
(DINIZ, apud LARGURA, 2000, p.150)*

Segundo Souza (2005), o conjunto de valores, idéias e imagens que fizeram eco no campo da parturição entre as décadas 60 e 70 não resultou apenas na proliferação de métodos e técnicas de preparação para a gravidez e em propostas de renovação da assistência institucional. No Brasil, nos interstícios deste movimento, alguns profissionais ligados à área da saúde passaram a atender partos domiciliares nas grandes cidades. Desde o final da década de 70, médicos e enfermeiras obstetras, a maioria deles vinculados à homeopatia, acupuntura e posteriormente, à humanização do parto, têm realizado este tipo de atendimento. Atualmente, com o incentivo do Ministério da Saúde, vêm acontecendo abertura de casas de partos que atendem pelo sistema público de saúde, que se iniciou com a inauguração da maior casa de parto de São Paulo, chamada Casa de Maria, cujo atendimento é feito por enfermeiras obstetras. Atualmente, este acontecimento vem despertando mais um acalorado debate entre as entidades médicas, que afirmam que o parto é um “ato médico de risco” e ignorando-o como um ato “puramente fisiológico”, que requer uma infra-estrutura hospitalar para o atendimento emergencial, e as entidades pró-casas de parto articuladas em torno da humanização, que defendem as casas de parto, alegando que, além de proporcionarem um ambiente semelhante ao domicílio, elas se embasam numa forma de “devolver o nascimento à

família”, na medida em que autorizam e incentivam a presença da família ajudando a mulher a enfrentar os desafios do parto (SOUZA, 2005).

Embora ainda considerado, de modo geral, “alternativo”, o parto fora do hospital encontra respaldo nas recomendações da OMS, desde que sejam observadas determinadas condições como: o atendimento por pessoa qualificada, ou seja, com treinamento de “obstetrix” e esquemas de transporte comunitário que possibilitem que a mulher chegue a tempo hábil e em segurança ao um centro de referência caso surjam complicações. (SOUZA, 2005, p.57).

Escolher o local do parto é um direito da mulher, assim como é responsabilidade da família, a criação de um novo ser. A vantagem dos ambientes domiciliares, onde a mulher sintase mais à vontade para seu controle e dos eventos que a circundem é que estes tornam menos hierarquizadas as relações entre as mulheres e os prestadores de cuidados (OSAVA, 1997). Devido a esse fator, muitas mulheres bem informadas estão optando por um parto domiciliar assistido e seguro.

No ambiente familiar do lar, a mulher está relaxada. Dorme bem, adapta-se ao ritmo do recém-nascido, em vez de se conformar ao ritmo imposto pela rotina hospitalar, e começa gradualmente a conhecê-lo e a planejar o seu dia e as outras atividades, adaptando-as às suas responsabilidades como mãe. Não existe uma quebra súbita, como quando uma mulher sai do hospital e tenta ocupar-se da lida doméstica e de um bebê em quem mal tocou (KITZINGER, 1984).

Culturalmente, cada mulher tem a sua maneira de vivenciar a experiência do parto. Largura (2000) diz que em algumas tribos indígenas os membros se reúnem, cantam e dançam durante o momento do nascimento. Desde o cacique, o Pajé até as crianças. A cultura do parto, antigamente, era passada de mãe para filha; hoje em dia, com o avanço da tecnologia e dos sistemas de informação, as mulheres têm livre acesso a crenças e valores a cerca do parto e assim, têm a possibilidade de construir sua própria cultura acerca do processo de nascimento.

No seu próprio domicílio, na maioria das vezes, a mulher está envolvida por um ambiente familiar e cercada pelas pessoas que a amam. De acordo com Largura (2000), em casa, sua intimidade e seu ritmo são respeitados. A companhia de pessoas significantes para a mulher é mais agradável, pois todos estão em um ambiente que lhe é familiar, e diferente do ambiente hospitalar. O recém-nascido passa docemente da cama em que nasceu para seu berço, sem a interferência de pessoas alheias. Em casa, a mulher pode ter a certeza de que as pessoas presentes são convidadas e amigas.

“O parto em casa tem muitas vantagens: liberdade de movimentos, segurança, privacidade e condições excepcionais de acolhida do bebê” (LARGURA, 2000, p.40). As razões que recomendam o parto em casa são intimamente interligadas. A falta de segurança encontrada na maioria dos hospitais está tanto em termos de segurança física (raptos e trocas de recém-nascidos) quanto no uso de palavras e máscaras dos profissionais - indiferença, cinismo, polidez disfarçada, palavras ditas com segundas intenções, mas que ferem a dignidade da mulher, desrespeito à sua opção por parto normal, pela posição que deseja dar a luz, por seus gritos e expressões (LARGURA, 2000).

Talvez a razão mais importante para que um parto aconteça em casa, é o fato de a mulher estar inserida num ambiente seguro, familiar e de que gosta. O processo parece ser mais natural do que no hospital e muito menos provável que a mulher sinta-se com medo. Existe privacidade, quesito este muito valorizado pelas mulheres e que, mesmo estando em um quarto particular, não podem ter no hospital (KITZINGER, 1984).

Já os argumentos que inclinam às mulheres a realizarem o parto hospitalar ainda são os mesmo que as faziam procurar a instituição no começo do século: a segurança tecnológica.

[...] as pesquisas feitas com o objetivo de comparar a margem de segurança dos partos realizados em casa e nos hospitais chegam todas às mesmas conclusões: nos partos nos quais as condições são comparáveis, as taxas, de mortalidade e morbidade são iguais ou ligeiramente inferiores quando o parto é realizado em casa (LARGURA, 2000, p.47).

Para responder se o uso de tecnologia avançada durante a assistência a gravidez, parto e o nascimento resulta em menor morbi-mortalidade perinatal e materna, Marsden Wagner (2000 apud SANTOS, 2002, p.187 e 188) diz que:

[...] nos EUA não se observa nenhum decréscimo nos últimos trinta anos no número de bebês com paralisia cerebral. O maior matador é um peso ao nascer muito baixo, mas esse número não diminuiu nos últimos vinte anos. [...] Na realidade, dados recentes sugerem um aumento assustador no número de mulheres que morrem durante a gravidez a parto nos EUA. Portanto é possível que o aumento do uso da tecnologia de ponta não somente não está salvando mais vidas, mas também está matando mulheres. Esta possibilidade conta com uma explicação científica razoável: a cesariana e a anestesia peridural vem sendo cada vez mais utilizadas neste país e nós sabemos que tanto a cesariana quanto o bloqueio peridural podem causar morte.

“A questão: - Por que dar à luz em casa? Deveria ser precedida por uma pergunta não menos importante: - Por que dar à luz no hospital?” (LARGURA, 2000, p.32). O nascimento não é sinônimo de doença. Nem sequer precisa ser, para a grande maioria das mulheres, uma operação cirúrgica. Se não existirem razões que favoreçam o nascimento no hospital, a casa é

muitas vezes o melhor lugar, embora o hospital, de longe, seja o local mais seguro, em se tratando de gestações de alto risco (KITZINGER, 1984).

O progresso nos cuidados obstétricos não significa, necessariamente, o recurso a hospitais primorosos cada vez maiores e o uso de máquinas cada vez mais complicadas. Nesse desejo de progresso, é importante não ignorarmos a necessidade de cuidados personalizados no que diz respeito às relações humanas e uma compreensão mais profunda (KITZINGER, 1984).

Pensar no parto domiciliar como uma alternativa ao modelo hospitalocêntrico de assistência ao parto, necessita de uma mudança de mentalidade: enquanto a mulher não mudar a forma de perceber a importância de superar a opressão da tecnologia do homem para poder resgatar sua cultura e poder maternal nas raízes mais profundas, não será possível uma transformação no modelo da assistência.

A ausência de médicos em alguns ritos não deve ser compreendida como uma falta, nem significa que estes eventos sejam tratados como banais ou com descuido. Ao contrário, tudo é planejado com antecedência e nos mínimos detalhes: o ambiente, o material necessário, a preparação conjunta da mulher, do companheiro, do bebê, do atendente e de outras pessoas do círculo de parentesco ou amizade que podem também estar envolvidas no parto. Contando ou não com um auxiliar para o parto, o envolvimento afetivo e a intimidade entre os participantes desponta como uma característica central das práticas de parto domiciliar. (SOUZA, 2005, p.7)

Uma característica essencial do profissional que atende parto em domicílios é a de observador. Sempre que possível a mulher e a família devem estar livres para expressar seus sentimentos e necessidades, seguindo sua cultura. O profissional observador assiste (literalmente) o parto e pouco intervém.

O parto em casa preenche de maneira particular as necessidades psicológicas e sociais. Permite a participação e a presença ativa do pai ou companheiro, não como mero espectador, mas como agente construtor do nascimento do seu filho. A liberdade que a casa proporciona ao casal durante o trabalho de parto permite a ele reencontrar o verdadeiro sentido desse acontecimento e realizá-lo da forma que mais lhe convém (LARGURA, 2000, p.29).

Temos consciência de que hoje em dia, por diversos fatores, nem todo parto é aconselhável acontecer em domicílio. Por isso, incentivamos um parto domiciliar seguro e assistido por profissional responsável que possa identificar situações de verdadeira urgência e que saiba lidar com essas urgências, que geralmente envolvem dificuldade respiratória do recém-nascido ou uma hemorragia uterina materna.

“Para isso, o profissional deverá contar com o equipamento necessário (oxigênio, máscara para reanimação, injeção de ocitocina, etc) quando for preciso transferir a mãe e o

bebê para o hospital, as condições de ambos devem estar estáveis” (LARGURA, 2000, p.48 e 49).

3.8 Estudos que adotaram marcos conceituais fundamentados na Teoria de Madeleine Leininger para direcionar a prática assistencial

Com o intuito de aprofundar ainda mais os nossos conhecimentos na área escolhida para a prática assistencial, buscamos alguns estudos realizados no âmbito da UFSC, envolvendo a temática do parto e sua assistência, bem como trabalhos embasados na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger.

No trabalho de conclusão de curso de D’Ávila e Koettker, do ano 2000, que tinha como título: *Uma viagem cultural e humanística pelo universo do processo de parir* (D’ÁVILA; KOETTKER, 2000), a teoria foi fundamentada no cuidado cultural desenvolvido por Madeleine Leininger. As autoras procuraram desenvolver uma assistência à mulher/RN/família de modo que esta não interfira na cultura de ambos e que nada seja feito como obrigação ou mesmo por imposição. Os valores, as crenças, os saberes devem ser respeitados e preservados. A prática foi desenvolvida no C.O. (Centro Obstétrico) da Maternidade do Hospital Universitário – HU. Ao finalizarem este trabalho, elas perceberam que a assistência ainda não priva o cuidado individual da mulher/RN/família, mas acreditam na importância e enfatizam como primordial o cuidado humanizado para assim contribuírem para as mudanças futuras.

Um outro trabalho, datado do ano de 2004 e que também teve como fundamentação à teoria de Leininger, traz como título: *A enfermagem como facilitadora da aproximação cultural da mulher-mãe, recém nascido e família em alojamento conjunto, fundamentada na Teoria da Diversidade e Universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger* (SEBOLD; CORRÊA, 2004). As autoras traçaram como objetivo desenvolver junto à mulher recém-nascido e família um atendimento que prioriza o cuidado humanizado no ambiente de Alojamento Conjunto do mesmo Hospital referido anteriormente. Com base no modelo proposto pela teórica, buscaram a implementação do cuidado cultural embasado num olhar antropológico sobre o indivíduo, de modo a proteger e ajudá-los no entendimento do parto humanizado. Na finalização do estudo elas concluem que é grande a diversidade cultural entre as famílias no local da prática desenvolvida. Porém esta diversidade traz o significado de

como é importante o atendimento dessas famílias de forma particularizada, focalizada nas suas crenças, valores, significados e práticas de cuidado.

Pesquisando outros trabalhos na área de parto, encontramos uma dissertação, escrita por Monticelli, no ano 1994, com o título: *O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos* (MONTICELLI, 1994). Neste, a autora consolida o estudo de que a enfermeira pode buscar junto aos participantes do estudo uma atuação enfocando os ritos de cuidado culturalmente congruentes que contribuam para o processo de viver saudável. Para tal, ela escolheu a teoria de Madeleine Leininger por acreditar que a cultura deve ser compartilhada, aprendida e pública. Não tendo como significado apenas os costumes e as tradições. Como conclusão, ela afirma que os ritos de cuidado construídos culturalmente são dinâmicos e recriados e podem ocasionar mudanças e inovações. E que estes ritos de cuidado ajudam no enfrentamento do novo, auxiliam a mulher na busca para reorganizar seu papel agora também na qualidade de mãe, para assim integrar o recém-nascido à cultura de que ela fará parte.

Santos, em sua dissertação *Parto vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir* (SANTOS, 2000) trouxe como objetivo implementar uma proposta assistencial com enfoque na teoria de Leininger, junto ao casal e recém-nascido no processo de parir, tendo como local de estudo a maternidade do HU. A autora afirma que ao oferecer a posição vertical para o parto, o profissional deve estar sensível para perceber se esta posição é coerente com o desejo do casal. A influência da cultura dos casais do estudo trouxe muitas reflexões a respeito do processo de parir, evidenciando a escolha da posição do parto como uma delas. Estas reflexões representam contribuições valiosas para a prática de cuidado em enfermagem obstétrica. O trabalho com a teoria propiciou sustentação ética respeitando a cultura do casal, suas crenças, valores, estilo de vida, padrões, ações, acerca do mundo e de suas vidas.

Uma outra dissertação utilizou a fundamentação em Leininger e como local de estudo, o Centro Obstétrico (C.O.) do Hospital Universitário. Foi denominada *Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria Transcultural de Leininger* (GREGÓRIO, 2002). Os aspectos importantes não estão diretamente relacionados ao parto em si, mas sim à participação do pai no momento do parto. Através deste estudo, a autora pode entender o real papel do pai no processo de nascimento. O enfoque é voltado para a prestação de cuidado ao pai, além de desafiar a própria enfermagem para a construção de alternativas que superem as barreiras existentes em nosso sistema profissional e que assim, o vínculo pai-recém-nascido possa ser ainda mais fortalecido. Com a realização do estudo, a autora pode

conhecer como o pai compartilha a gravidez e o parto com sua companheira, descobrindo seus sentimentos; atitudes estas que diferenciam de tempos atrás, bem como do contexto que estão inseridos.

Os estudos apontam a ligação da prática de assistência de enfermagem com a teoria de Leininger. Sendo esta favorecedora do resgate das crenças e valores dos seres humanos contribuindo para o encurtamento da distância entre o cuidado profissional e o cuidado popular.

CAPÍTULO IV
MARCO CONCEITUAL



Figura 18: Foto tirada no dia 10/09/05, durante o trabalho de parto domiciliar de Andiroba, Flamboyán e Ipê. Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

CAPÍTULO IV - MARCO CONCEITUAL

Com a crescente utilização da tecnologia e da incorporação do modelo tecnocrata à atenção ao parto, as experiências das famílias vêm sendo deixadas de lado. Os estudos feitos pelos profissionais da saúde não têm dado a devida importância à cultura dos povos e, principalmente, à vivência das mulheres durante o processo de nascimento (MONTICELLI, 1994).

Para o desenvolvimento desta prática sentimos a necessidade de uma estrutura conceitual que guiasse e direcionasse o cuidado para uma assistência de enfermagem efetiva. O marco conceitual é a estrutura que proporciona esse suporte para o desenvolvimento de estudos e práticas.

Durante todos os momentos da prática assistencial de enfermagem, principalmente quando esta entra em campo, o marco conceitual deve estar presente, atuando como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente. Além disso, ele deve proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que está sendo vivenciado (MONTICELLI, 1994).

Assim sendo, o marco conceitual adotado neste estudo está diretamente relacionado com o processo de nascimento, mais especificamente com o lugar escolhido para o parto, com ênfase ao nascimento no ambiente domiciliar, entretanto, sem desconsiderar o ambiente hospitalar como potencial para a vivência do parto em bases culturais e humanistas. Buscamos, então, atender e considerar a cultura, crenças e valores da mulher, recém-nascido e família, e para isso adotamos como base a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Dra. Madeleine Leininger.

4.1 Breve Biografia da Teórica

Madeleine Leininger nasceu nos Estados Unidos da América no ano de 1925 e se graduou em Enfermagem no ano de 1948 em Denver, Colorado. Foi a primeira enfermeira a se tornar doutora em Antropologia e possui o título de PhD pelo Benedictine College.

Nos anos 50 Leininger percebeu, trabalhando com crianças, que algumas diferenças comportamentais apresentadas se deviam à diferença cultural e que devido a isso, não possuía conhecimento suficiente para compreendê-las e desenvolver práticas de cuidados de Enfermagem que fossem eficientes.

Então a partir deste momento passou a se dedicar ao estudo da antropologia e no ano de 1965 obteve o grau de Doutora em Antropologia, podendo assim, teorizar sobre a relação do cuidado e a cultura.

Deste momento em diante seu trabalho foi relacionando Enfermagem com Antropologia, de modo que esta relação pudesse ajudar as enfermeiras a desenvolver um cuidado humanizado, compreendendo as diferenças e semelhanças entre as culturas (GEORGE, 1993).

4.2 Pilares principais da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural

Leininger construiu sua teoria de enfermagem cultural com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde (GEORGE, 1993).

O Modelo do Sol Nascente foi proposto por Leininger para descrever os componentes de sua teoria chamada Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado, salientando que o modelo não é a teoria. “O objetivo do modelo é auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam o estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e intuições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura” (GEORGE, 1993, p.289-290).

Este modelo compreende quatro níveis.

O nível um é a visão de mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura. O nível dois oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. Esse nível propicia significados e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado e à saúde. O nível três focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem. As informações do nível três incluem as características de cada sistema, bem como os aspectos específicos do cuidado de cada um. Essa informação possibilita a identificação de semelhanças e diferenças, ou diversidade cultural de cuidado e universalidade cultural de cuidado (LEININGER apud SANTOS, 2000, p.53).

O nível quatro é o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem, e envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado. É nesse nível que ocorre o cuidado de enfermagem (LEININGER apud GEORGE, 1993, p.289).

Segundo George (1993), Leininger define estes passos como:

- Preservação/manutenção cultural de cuidado: inclui aquelas ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação que ajudam os clientes de determinada cultura a preservar ou manter um estado de saúde, ou restabelecer-se de uma doença e enfrentar a morte.
- Acomodação/negociação cultural do cuidado: inclui aquelas ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação que ajudam os clientes de determinada cultura a adaptar-se a um estado satisfatório ou benéfico de saúde, ou negociar para tal, ou enfrentar a morte.
- Repadronização/reestruturação cultural do cuidado: inclui aquelas ações e decisões profissionais de auxílio, apoio e capacitação que ajudam os clientes a modificar suas formas de vida, na busca de padrões novos ou diferentes que sejam culturalmente significativos e satisfatórios ou que dêem apoio a padrões de vida benéficos ou saudáveis.

4.3 Pressupostos

Os pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros. São idéias que antecedem a formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor. São significados assumidos e aceitos, que são, até certo ponto, verdades (MONTICELLI, 1994).

Os pressupostos são afirmações que explicam os conceitos, hipóteses, ou seja, são afirmações que possuem uma lógica inter-relacionada que norteiam a obtenção de dados e a análise dos mesmos (GEORGE apud SANTOS, 2000).

Leininger apresentou pressupostos que dão apoio à sua previsão de que culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo (GEORGE, 1993, p.287).

4.3.1 Pressupostos de Leininger

Leininger (1991) apresenta alguns pressupostos, entre os quais selecionamos alguns que julgamos úteis para o desenvolvimento da presente prática assistencial:

- O cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos desde o surgimento.
- Os valores, crenças e práticas de cuidado cultural são influenciados pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social, político, educacional, econômico, tecnológico, etnohistórico e ambiental de cada cultura em particular.

- O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas. Sendo esta a característica central, dominante e unificadora da enfermagem.
- O cuidado é a essência da enfermagem. Este é essencial para o bem estar, a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e o enfrentamento das dificuldades ou da morte. Para Leininger não existe cura sem cuidados, mas pode haver cuidado sem que seja para a cura.
- As culturas possuem práticas de cuidado de saúde que são as profissionais e as populares e estas influenciam as práticas e os sistemas de enfermagem.
- A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural, humanístico e uma profissão cujo propósito maior é servir ao ser humano. Para ela o paradigma qualitativo proporciona novas formas de saber e diferentes meios de descobrir as dimensões epistemo e ontológicas do cuidado humano.
- Todas as culturas desenvolvem ritos de cuidado. Porém estes não acontecem da mesma maneira em todas as culturas. Assim sendo, alguns rituais são mais significantes e terapêuticos do que outros, mas todos têm propósitos ou funções específicas para as culturas (LEININGER apud MONTICELLI, 1994).
- Durante o desenvolvimento da prática assistencial, enfermeiras e clientes (famílias, grupos, comunidades) trabalham de maneira co-participantes para a obtenção de cuidados culturalmente congruentes (LEININGER apud MONTICELLI, 1994).
- Os seres humanos são seres culturais e capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras (GEORGE, 1993).
- O cuidado é essencial a vida humana, pois ele é necessário ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos (BOEHS, 1990).
- O cuidado tem dimensões biofísicas, culturais, psicológicas, ambientais e sociais (BOEHS, 1990).
- O cuidado é efetuado tanto no sistema popular de saúde como no sistema profissional de saúde (LEININGER apud BOEHS, 1990).

4.3.2 Nossos Pressupostos

- As crenças e os valores culturais das famílias têm influência sobre o significado do processo de nascer, bem como na escolha do local para o parto.
- O processo de nascer é singular, uma vivência e experiência especial no universo da mulher, que envolve também suas famílias e a comunidade em que estão inseridos que se transformará com a chegada de um novo membro.
- A humanização da atenção ao parto se dá respeitando as crenças e valores culturais, adaptando-as quando necessário, a fim de proporcionar um cuidado cultural congruente.
- A enfermagem obstétrica deve ter ênfase no cuidado cultural congruente ao atender o ser mulher recém-nascido e família.
- O cuidar envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calcados em valores e no conhecimento do ser que cuida "para" e "com" o ser que é cuidado.

4.4 Conceitos

4.4.1 Ser Humano

Os homens são seres universalmente provedores de cuidados que sobrevivem numa diversidade de culturas, por meio de sua capacidade de oferecer a universalidade do cuidado, de inúmeras maneiras, de acordo com culturas, necessidades e cenários diferentes (LEININGER apud GEORGE, 1993, p.291).

Para nós o ser humano é singular, integral, indivisível e insubstituível em todas as fases de sua vida, agindo de acordo com sua bagagem cultural, buscando bem estar.

O ser humano em nossa prática corresponde à mulher, ao seu companheiro ou à(s) pessoa(s) significativa(s) que a acompanha no processo de parir, ao recém nascido, à família e amigos presentes, à enfermeira e a qualquer outro profissional, acadêmico (a) ou pessoa que participe ou que esteja prestando cuidado ao processo de nascimento.

A mulher é aquela que vivencia o processo de mudanças corporais e psico-sociais atribuindo significados às suas crenças culturais e experiências anteriores que afloram no momento do nascimento. Este contexto se faz sentir desde a concepção, passando pela

gestação, interferindo na escolha do local para o parto, assim como o significado dado (na atitude) frente às dores e seus sentimentos com a chegada do bebê.

A pessoa significativa representa uma pessoa de confiança, não necessariamente o pai do recém-nascido, mas sim a pessoa escolhida para partilhar o momento do parto. No parto domiciliar, muitas vezes há mais de uma pessoa significativa, podendo incluir a família nuclear e também as pessoas consideradas como família (amigos). A presença da família e amigos surge no contexto do parto em casa quando deixam de ser agentes passivos e passam a ser ativos, participando e vivenciando o momento do parto além de tornarem-se cuidadores.

O recém-nascido é o ente esperado pela família e vem ao mundo acrescentando mais um papel social a cada componente, em especial ao homem e à mulher, que passam a ser também pai e mãe.

A enfermeira, os demais profissionais e as acadêmicas de enfermagem passam a ser, no contexto do domiciliar e hospitalar, agentes do cuidado no momento do nascimento, atendendo às necessidades de cuidados, sem interferir no curso fisiológico do processo de nascimento.

4.4.2 Contexto Ambiental

Refere-se à totalidade de um evento, situação, ou experiência particular que dá significado a expressões humanas, interpretações, e interações sociais em determinado cenário físico, ecológico, sócio-político e/ou cultural (LEININGER, 1991, p.48, tradução nossa).

Leininger não conceitua meio ambiente porque acredita que este seja mais do que o local escolhido para a prestação de cuidado, referindo então como contexto ambiental.

Neste trabalho vivenciamos duas experiências de contexto ambiental, o contexto domiciliar e o contexto hospitalar. O local domiciliar está embasado em práticas familiares, passadas de geração para geração que influenciam na visão do cuidado recebido. O cuidado oferecido pela enfermagem deve ser então culturalmente congruente.

4.4.3 Saúde

“Estado de bem estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado, e o qual reflete a habilidade de indivíduos (ou grupos) de desempenhar suas atividades

diárias culturalmente expressas e benéficas em maneiras de viver padronizadas” (LEININGER, 1991, p. 8, tradução nossa)

Em nosso contexto a saúde da mulher é entendida como o bem estar durante os processos fisiológicos e emocionais envolvidos no processo do nascimento. Estes processos causam mudanças conhecidas ou não, que podem repercutir de forma positiva ou negativa, conforme o contexto cultural da mulher, pessoa significativa e/ou família durante a prestação de cuidados.

4.4.4 Enfermagem

A Enfermagem diz respeito ao aprendizado humanístico e científico da profissão ou disciplina a qual está focada nos fenômenos do cuidado humano e atividades de maneira a assistir, apoiar, facilitar, ou permitir indivíduos ou grupos a manter ou recuperar seu bem estar (ou saúde) de maneiras culturalmente significativas e benéficas, ou ajudar pessoas a lidar com deficiências físicas ou a morte (LEININGER, 1991, p.47, tradução nossa).

Neste presente estudo, a enfermagem é compreendida como disciplina e profissão, humanística/aprendida/científica, tendo como foco principal o fenômeno e as ações de cuidado humano direcionadas à mulher, recém-nascido e família no processo de nascer, com a finalidade de ajudar, manter, facilitar, promover ou permitir que as fases do trabalho de parto, o parto e o período que sucede o parto, se processem de forma segura, saudável, o mais natural possível, de preferência sem intercorrências e intervenções desnecessárias, e, sobretudo de maneira culturalmente significativa e benéfica, prestar apoio e cuidado à mulher, recém-nascido e família em situações adversas que envolvam sofrimento ou morte.

A enfermeira, as acadêmicas, os demais profissionais e a família são os cuidadores e seres cuidados respectivamente, durante o processo de nascimento. Os que prestam cuidado, buscam identificar e atender as necessidades de cuidado cultural junto aos indivíduos que recebem cuidados, de forma a preservar (quando o cuidado não precisa ser modificado), adaptar (quando se acrescenta, ao cuidado já realizado, outros cuidados) e/ou repadronizar (quando o cuidado já realizado precisa ser modificado para se tornar congruente com a cultura) seus estados de saúde, levando em conta suas crenças, valores culturais e contexto saúde-doença, para que ocorram cuidados culturalmente congruentes.

4.4.5 Cultura

São os valores aprendidos, compartilhados e transmitidos, crenças, normas e maneiras de viver de um grupo em particular que orienta seus pensamentos, decisões e ações de maneiras padronizadas (LEININGER, 1991, p.47, tradução nossa).

A cultura envolve uma teia de significados. Um indivíduo sozinho não faz cultura, mas sim esta se estabelece através das interações sociais, desempenho de papéis e representações. Em suas ações do cotidiano o homem se orienta através do momento histórico em que está inserido. Isso não significa que ele está preso a estas regras, mas as tradições e os padrões culturais persistem a partir das situações originárias, porém, podem ser modificadas (MONTICELLI, 1994).

Neste trabalho a cultura é primordial, pois é a partir dela que desempenhamos nossa prática assistencial. O saber popular e crenças de saúde-doença nortearam o cuidado cultural, trazendo deste modo a humanização da assistência. A enfermagem só poderá desenvolver ações congruentes se acreditar que a cultura pessoal e principalmente a profissional poderá ser diferente dos indivíduos que está cuidando.

Deriva-se da cultura e identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores são, comumente, mantidos pela cultura, por longos períodos de tempo, e servem para orientar a tomada de decisões dos membros da cultura (LEININGER apud GEORGE, 1993, p.287).

Leininger (1978 e 1985 apud SANTOS, 2000) define valores, normas e crenças como sendo:

- Valores: são forças diretivas que comandam ou dão significado ao pensamento, às decisões e as ações de indivíduos de um determinado grupo, que se mantém numa mesma cultura por certo período de tempo.
- Normas: são regras que guiam o comportamento humano e afluem dos valores de uma cultura. São diretrizes que ajudam as pessoas a atingirem os valores. O conjunto de normas forma os padrões de uma cultura.
- Crenças: são traços culturais, que são representações do tipo cognitivo.

4.4.6 Cuidado cultural

Os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, a

melhorar uma condição ou vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências (LEININGER apud GEORGE, 1993, p.288).

Cuidar é definido como fazer algo com atenção, tomar conta de outro ou de si mesmo (HOUAISS, 1999). O ato de cuidar se transforma em cuidado quando é definido como atos relacionados com o comportamento de prestar auxílio, apoio ou mesmo capacitação, para um indivíduo ou grupo. Estas ações se tornam necessárias quando se desenvolvem para aperfeiçoar a condição ou a vida humana.

Cuidado cultural é mais que apenas cuidar, pois este cuidado é a ação de enfermagem e como tal é um fator decisivo para a promoção e manutenção da saúde, assim como para a recuperação da doença ou para o auxílio na deficiência.

A diversidade cultural indica, segundo Leininger (apud GEORGE, 1993), a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos homens para seu bem estar ou para aperfeiçoar uma condição ou modo de vida homens, ou para enfrentar a morte.

Então a prestação de cuidados se dá através de um conjunto de atividades de assistência (diretas ou indiretas), de apoio e de facilitação para um membro da família ou para a família como um todo, a fim de manter ou recuperar a saúde, (saúde esta, na visão do profissional e da família) (BOEHS, 1990).

4.4.7 Sistema de Cuidado Popular

Refere-se ao sistema não profissional, local ou indígena, que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais, em casa (popular) (LEININGER, 1985, p.262, tradução nossa).

Seguindo os preceitos de Leininger o cuidado de saúde popular prima por um foco humanístico com ênfase nos fatos familiares, práticos e completos. Usa o familiar local e auxiliador de cura, com uso de recursos culturais e comunitários diversos para auxiliar clientes em ambientes caseiros e comunitários. O cuidado popular utiliza as mais variadas explicações para interpretar boa saúde e a doença (BOEHS, 1990).

4.4.8 Sistema de Cuidado Profissional

Refere-se aos serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com, ou oferecidos por vários profissionais da saúde (LEININGER, 1985, p.262, tradução nossa).

Na nossa prática assistencial adotamos como base para o sistema profissional de cuidado o modelo humanístico. Como já citamos em nossa revisão de literatura, o profissional humanista, segundo Davis-Floyd (2000), deseja humanizar a tecno-medicina, torná-la mais relacional, mais recíproca, individualizada, receptiva e empática. O sistema de cuidado profissional, para ser culturalmente congruente, deve respeitar as crenças e valores dos seres cuidados ao promover seus cuidados.

4.4.9 Processo do Nascimento

É um momento especial da vida, transicional, e que confere vivências pessoais e coletivas para a promoção do desenvolvimento humano. O processo de nascimento é compreendido desde a pré-concepção até o puerpério, sendo que as pessoas que o estão vivenciando (criança, mulher e homem) influenciam e são influenciadas pelo contexto sócio-cultural. Por tratar-se de um processo de transição maturacional e social, os seres humanos que vivenciam o processo de nascimento, podem necessitar de assistência profissional interdisciplinar, na qual se inclui a assistência de enfermagem (UFSC, 2005, p.9).

Em nossa prática assistencial, o processo do nascimento começa quando os seres humanos se preparam para a gestação de uma criança, ou mesmo quando se percebem grávidos, tendo seu ponto alto no momento do parto e se estendendo para o puerpério. Caracterizado como uma fase de mudanças e, deste modo, pode estar necessitado de auxílio profissional, cuidado este que deve interagir com o contexto cultural da família.

CAPÍTULO V

DESCREVENDO O PERCURSO METODOLÓGICO



Figura 19: Foto do domicílio de Castanheira, Araticum e Angico. Escolhemos esta foto para caracterizar o domicílio, que é a ênfase do nosso trabalho. Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

CAPÍTULO V – DESCREVENDO O PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo descreveremos o percurso metodológico percorrido para o desenvolvimento da prática assistencial, os cenários, o período de realização, a população assistida e o plano de ação que utilizamos como referência para o desenvolvimento da mesma.

5.1 Os cenários da prática assistencial desenvolvida

Para o desenvolvimento do presente estudo, optamos por dois cenários: o domiciliar e o hospitalar, tendo como ênfase o primeiro, já que priorizamos acompanhar o cuidado prestado à mulher, ao recém-nascido e família no parto no contexto domiciliar, assistido por uma enfermeira obstetra. Este cenário refere-se ao próprio domicílio da mulher que optou pela atenção ao parto domiciliar.

O domicílio padrão no contexto brasileiro refere-se a uma casa de alvenaria ou de madeira seguindo padrões sócio-econômico-culturais de cada região do país, constituindo-se de quartos, sala, banheiro e cozinha. No domicílio, a mulher, como protagonista do processo, optou pelo ambiente para o nascimento de seu bebê que considerou mais adequado para o atendimento de suas necessidades relacionadas ao parto. Outra característica própria do parto domiciliar é que ela pôde escolher as pessoas que estavam presentes no momento do parto.

O outro local de escolha para a realização da prática assistencial foi o Centro Obstétrico da Maternidade do Hospital Universitário – CO/HU/UFSC, com as mulheres que optaram pelo parto hospitalar.

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago teve sua inauguração no ano de 1980 e está localizado no bairro Trindade, junto ao Campus da Universidade Federal de Santa Catarina. É um hospital escola, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina, sendo uma instituição pública e gratuita, que atende exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde.

A Maternidade tem uma filosofia (Anexo 3) que se sustenta em premissas de caráter humanístico. Dentre as premissas, destacamos que a mulher tem o direito da escolha de um acompanhante que irá estar presente durante todo o período de internação.

Também como fruto desta filosofia estão a premiação com o título de Hospital Amigo da Criança, recebido em 17 de dezembro de 1997 e a conquista do Prêmio Professor Galba de Araújo, concedido pelo Ministério da Saúde em julho de 2000.

A iniciativa Hospital Amigo da Criança visa gratificar as maternidades que promovem, protegem, incentivam e apóiam o aleitamento materno. A iniciativa prega o cumprimento dos 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno pelas maternidades e hospitais com leitos obstétricos. Vários hospitais e maternidades do Estado de SC vêm trabalhando para conquistar este título, sendo que até o momento apenas 19 o conquistaram (SANTOS, 2005).

Já o Prêmio Professor Galba de Araújo é outorgado a instituições integradas à rede SUS que se destacam pela atenção humanizada às gestantes, parturientes puérperas e seus filhos. Este prêmio revela experiências inovadoras na gestão pública brasileira e estimula um atendimento marcado pelo respeito, qualidade da atenção e pelo acolhimento.

A Maternidade do Hospital Universitário foi inaugurada no dia 24 de outubro de 1995. Fazendo parte desta, as unidades de: Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Neonatologia e Alojamento Conjunto. Outro serviço, a CIAM (Central de Incentivo ao Aleitamento Materno), também foi fundado junto com a criação da Maternidade, tendo como objetivo prestar orientações e cuidados às mulheres em relação à amamentação.

A unidade de Triagem Obstétrica tem como objetivo atender e admitir a mulher a fim de prestar assistência durante o pré-parto e também de atender emergências obstétricas. Está anexada à Unidade de Internação Ginecológica do HU e têm uma área física que abrange uma sala de observação, dois consultórios para a anamnese com respectivos banheiros e um posto de enfermagem. O atendimento prestado nesse local, tanto quanto no setor da ginecologia é prestado por técnicos de enfermagem e por uma enfermeira.

O Alojamento Conjunto consta de 22 leitos, sendo divididos em seis destinados a internação de gestantes de alto risco e dezesseis para puérperas e seus recém-nascidos. Todos os quartos possuem banheiros. Além destes leitos, esta unidade possui um lugar destinado às mães que receberam alta, mas que estão aguardando a alta do RN, que precisou de internação na Unidade de Neonatologia. Este lugar é chamado de “Hotelzinho”. Além disso, o alojamento dispõe de um posto de enfermagem com sala de medicação, balcão para prescrição, sala de exames e curativo, uma sala de higienização dos recém-nascidos, copa, sala de lanche e rouparia.

O Centro Obstétrico compõem-se de duas áreas, sendo uma considerada semi-restrita e a outra restrita.

A área semi-restrita conta com quatro leitos destinados ao pré-parto, mais quatro para a recuperação – onde, além do leito, há também os berços. Além disso, contém uma sala de repouso para os médicos, o posto de enfermagem, uma sala de preparo da medicação, uma sala de observação e outra para o exame de cardiocografia, além de vestiários – um feminino e outro masculino – da sala de lanche e de um expurgo.

A área restrita conta com uma sala de recuperação de pós-parto, mais especificamente usada para recuperação em casos pós-anestésicos e três salas de parto (duas de parto normal e uma para parto cesárea). Conta também com uma sala de atendimento ao recém-nascido, um expurgo, uma sala para o estoque de material, área de lavabos e uma sala destinada ao repouso dos funcionários da enfermagem e acadêmicos de medicina no internato.

O Centro Obstétrico possui 40 servidores de enfermagem, sendo 7 enfermeiros assistenciais e um enfermeiro-chefe, 32 técnicos/auxiliares, um escriturário e uma bolsista da enfermagem.

Os partos que se realizam na instituição são atendidos tanto pelo médico obstetra quanto pela enfermeira obstetra e também por acadêmicos, da área da enfermagem (do curso de especialização em enfermagem obstétrica) e da medicina (acadêmicos e residentes).

Para melhor caracterização e conhecimento do contexto hospitalar onde desenvolvemos nossa prática assistencial, apresentamos abaixo dados referentes ao número e tipos de partos/nascimentos em forma de tabela obtidos no CO do HU. Estes dados referem-se a relação dos partos desde fundação da maternidade até o presente ano.

TABELA 1 Distribuição de partos, nascimentos e procedimentos ocorridos na Maternidade do HU-UFSC de 1995 a 2004.

PROCEDIMENTO	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TOTAL
Parto Vertical	03	83	377	415	445	607	724	854	631	689	4.858
Parto Cesáreo	61	475	471	479	518	551	480	474	493	561	4.563
Parto Horizontal	134	951	785	785	727	607	497	321	312	247	5.366
Curetagens	18	241	261	335	335	349	377	389	407	390	2.983
C. Ginecológica	-	15	-	11	08	10	19	07	21	20	111
Analgesia de Parto	-	-	-	-	-	-	139	116	97	84	436
Total de Partos	198	1.509	1.593	1.589	1.690	1.765	1.701	1.649	1.436	1.497	14.781
Total de Nascimentos	198	1.509	1.613	1.612	1.710	1.792	1.723	1.663	1.451	1.515	14.860
Total de Procedimentos	216	1.765	1.894	2.025	2.033	2.124	2.236	2.161	1.961	1.991	18.406

Fonte: Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico do HU-UFSC

TABELA 2 Tipos de partos ocorridos na Maternidade do HU-UFSC de 1995 a 2004.

Parto Normal Vertical	Parto Normal Horizontal	Parto Cesário	Total de Partos	Total de Nascimento
4.858	5.366	4.563	14.781	14.860

Fonte: Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico do HU-UFSC

Pelos dados obtidos com a Tabela 1 e 2 temos índice de partos cesáreos registrados na Maternidade do HU, no período de 1995 a 2004, foi 32,7%. Esse índice é superior ao preconizado pela OMS, que diz que Não há justificativa para taxas de cesáreas regionais superiores a 15% (OMS, 1996). Acreditamos que esse fato se deve ao fato deste ser um hospital escola, considerado como centro de referência para todo o estado.

TABELA 3 Distribuição dos tipos de parto de acordo com o número de nascimento ocorrido na Maternidade do HU – UFSC no período de Janeiro a Julho de 2005.

Mês	Parto Cesáreo	Parto Normal Vertical	Parto Normal Horizontal	Parto Normal Genupeitoral
Janeiro	41	73	12	01
Fevereiro	35	64	11	03
Março	45	65	18	03
Abril	52	49	19	01
Maio	36	72	21	00
Junho	47	52	26	00
Julho	45	69	25	01
Total	301	444	132	09

Fonte: livro de registros estatísticos do Serviço de Enfermagem do Centro Obstétrico da Maternidade do HU, 2005.

Observamos na tabela 3 um dado relevante que é a abertura a outra posição parturitiva (genupeitoral) que amplia o universo feminino quanto à escolha da posição do parto.

5.2 Período de realização da prática assistencial

No domicílio, os partos foram atendidos conforme a demanda das mulheres que optaram pelo parto em casa no período da nossa prática assistencial, que de acordo com o calendário da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, foi no período de 30 de agosto a 31 de outubro.

Além disso, no período que antecedeu o calendário oficial, acompanhamos a enfermeira obstetra supervisora de nossa prática em algumas visitas e partos domiciliares. Usamos desta estratégia para que pudéssemos nos habituar com o contexto domiciliar e

também com as exigências deste trabalho, como estar disponível a qualquer hora caso ocorra uma ligação de uma das mulheres.

A nossa meta principal era de que cada acadêmica pudesse experienciar o atendimento a um parto domiciliar. Ao término do nosso estágio todas as acadêmicas presenciaram partos domiciliares juntamente com a enfermeira obstetra.

Durante o mesmo período estivemos desenvolvendo nosso estágio no contexto hospitalar, de modo a somar as cargas horárias e obter o total de 220 horas de prática assistencial exigido pela disciplina.

5.3 População assistida

No contexto domiciliar, durante o desenvolvimento efetivo da prática assistencial, sistematizamos o processo de enfermagem com quatro mulheres e famílias que optaram pelo parto domiciliar e acompanhamos a enfermeira obstetra em algumas visitas em partos domiciliares de três mulheres e famílias antes do período oficial do estágio.

Estas mulheres foram encaminhadas para a enfermeira obstetra, na maioria das vezes por médicos obstetras, uma pelo grupo de gestantes e uma por experiência prévia de uma amiga que fez o parto domiciliar com a enfermeira.

Para que essas mulheres tivessem um parto domiciliar era necessário que atendessem alguns pré-requisitos, tais como: acompanhamento pré-natal; ausência de patologia prévia (pressão-arterial crônica ou súbita, saúde precária como problemas cardiovasculares, renal, pulmão, neurológico e/ou psiquiátrico; cirurgia uterina anterior; diabetes) ou gestacional (anemia grave, doença hipertensiva específica da gestação, crescimento intra-uterino restrito, gemelaridade, apresentação pélvica, prematuridade (menos de 37 semanas); não apresentar lesões ativas de herpes nos órgãos genitais no momento do parto (principalmente se for a primeira crise).

A partir do momento em que a mulher se “enquadrava nesse perfil” começavam as consultas pré-natais domiciliares. No primeiro contato com a gestante, a enfermeira obstetra pedia algumas informações básicas referentes ao andamento da gestação para garantir uma assistência segura, minimizando os riscos e evitando situações de emergência.

Dentre as informações, as mais relevantes eram: situação familiar, exames de pré-natal, histórico da gestação, entre outros. Ainda na primeira consulta a enfermeira obstetra comentava sobre a nossa prática assistencial e perguntava sobre a possibilidade de uma das

acadêmicas acompanhar o trabalho de parto, parto e pós-parto, no intuito de auxiliar e engrandecer a nossa experiência referente ao parto domiciliar e todo o seu contexto.

Com o consentimento da mulher e da família, as acadêmicas escolhiam uma colega que participaria do momento do parto. Esta acadêmica acompanhava a enfermeira nas visitas que antecediam o parto e vivenciava o momento do parto. Durante alguns dias depois do nascimento da criança as acadêmicas foram visitar a mulher e família para realizar consultas de enfermagem nos pós-parto e incentivar ao aleitamento materno.

As consultas pós-parto foram consecutivas, em média durando oito dias, depois passaram a ser intercaladas até o dia que se encerraram, mas continuou o contato por telefone e visitas esporádicas, quando necessário.

No contexto hospitalar, foram alvo de nossa prática assistencial todas as mulheres em trabalho de parto que escolheram a Maternidade do HU para vivenciar o parto, incluindo seus acompanhantes ou familiares presentes no processo de nascimento, independente de raça, crença ou religião, de idade e de situação financeira, que aceitaram participar de nossa prática assistencial. Prestamos assistência à 28 mulheres e seus acompanhantes, que estavam no Centro Obstétrico no período que realizamos nossa prática assistencial, sendo que sistematizamos o processo de enfermagem em duas mulheres no contexto hospitalar.

5.4 Aspectos éticos do estudo

De acordo com Santos (2000), a enfermagem é uma profissão que envolve os aspectos éticos de forma contínua e dinâmica. A enfermeira é um elemento indispensável para assegurar que o cuidado seja coerente com as crenças e valores dos seus clientes. A enfermagem tende a cuidar do cliente como um todo, reconhecendo e valorizando a cultura que o cerca, além de buscar o engrandecimento e aprimoramento de sua profissão, por isso, tem um compromisso profissional maior com a ética.

Em nossa prática assistencial, julgamos que foi necessário nos posicionarmos com um compromisso ético perante as pessoas que estavam depositando em nós a confiança de participar do nascimento de seus filhos.

Para tal, seguimos os princípios básicos da ética biomédica (BEUCHAMP; CHILDRES apud BUB, 2001), que são:

Beneficência: serve como base para todas as obrigações dos profissionais de saúde. Tem como finalidade a ajuda, sendo esta em favor dos interesses de quem a está recebendo.

Não-maleficência: assim como a beneficência, a não maleficência também serve como base para os profissionais de saúde, porém tem sentido contraditório. A não maleficência traz para o profissional a atitude de evitar danos e aspectos que vão contra ou, que prejudicam o paciente.

Autonomia: relaciona-se ao respeito dado às pessoas bem como seus valores. A valorização do ser humano como pessoa única, que tem sentimentos, traz para nós a postura de que não poderíamos interferir e nem limitar suas escolhas.

Justiça: significa conceder a todas as pessoas (sem discriminação) o direito de receber cuidados de saúde, quando necessário.

Para obter o consentimento da mulher e da família visando a participação em nossa prática, abordamos os seguintes aspectos como componentes éticos:

- No primeiro momento nos apresentamos como acadêmicas de enfermagem da UFSC.
- Proporcionamos um esclarecimento sobre o tema de estudo, bem como os objetivos e as metas a serem alcançadas.
- Enfatizamos a importância da participação da mulher e família para o sucesso do nosso trabalho.
- Após o consentimento dos mesmos, descrevemos brevemente a forma de sua participação no estudo.
- Foi garantido o anonimato e sigilo nas questões assistenciais levantadas a partir da substituição dos seus nomes por pseudônimos. Primeiramente tínhamos o objetivo de que seus pseudônimos fossem escolhidos por elas, porém devido ao fato de que algumas delas optaram por não escolherem seus pseudônimos, decidimos por padronizá-los dando para eles nomes de árvores brasileiras.
- Foi respeitada (o) a (o) participante que escolhesse desistir do estudo a qualquer momento.
- Foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido, baseado na resolução 196/96, representado por um documento escrito, apresentado e lido para os seres constituintes de nossa prática assistencial, explicando a eles o intuito do trabalho, bem como a importância de sua assinatura para caracterizar sua participação voluntária (Apêndice 1).
- Também foi confeccionado um termo de autorização para uso de imagens. Selecionamos algumas fotos que pretendíamos ilustrar o nosso relatório e mostramos

para as mulheres e família, onde os mesmos concordaram com o uso das fotos (Apêndice 2).

5.5 Processo de Enfermagem

Para operacionalizar o marco conceitual na prática, utilizamos uma metodologia que envolve o processo de enfermagem baseados na Teoria de Madeleine Leininger.

George (1993) afirma que o processo de enfermagem tem seu foco centrado na cliente e, esta, é também o alvo do cuidado de enfermagem. O processo de enfermagem está intimamente ligado ao trabalho da enfermagem, de forma a organizar de maneira escrita todo o atendimento prestado, desde os dados da cliente até a avaliação final.

Sabemos que o processo de enfermagem, de acordo com George (1993), compreende as fases de levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e evolução. Com base nisso, criamos então uma metodologia assistencial composta por quatro fases.

A primeira fase de coleta de dados foi implementada através de duas estratégias: a observação participante e a entrevista semi-estruturada para identificarmos os aspectos culturais presentes no cotidiano da mulher, bem como de sua família. Os quesitos avaliados na observação participante e na entrevista estão em apêndice (Apêndice 3).

A sistematização de dados, que foi a segunda fase do processo, ocorreu quando as acadêmicas organizaram as informações obtidas e refletiram sobre as possibilidades de proverem cuidados culturalmente congruentes. As informações foram sistematizadas em grupos, relacionados às ações de enfermagem classificadas como ações de manutenção, acomodação ou de repadronização do cuidado. A partir deste momento as acadêmicas tinham estratégias a implementar na fase seguinte.

A terceira fase foi a de implementação dos cuidados de enfermagem, quando as acadêmicas colocaram em prática as decisões tomadas na fase anterior, no sentido de alcançar o cuidado cultural congruente.

A última fase foi a fase de avaliação do processo, quando as acadêmicas, juntamente com os seres cuidados avaliavam se o cuidado prestado foi benéfico e se realmente foi cultural, não havendo a imposição do cuidado.

É importante salientar que estas fases não foram cronologicamente separadas, ocorrendo por muitas vezes simultaneamente.

5.6 Plano de Ação

Para o alcance dos objetivos específicos, fez-se necessário estabelecer algumas estratégias que foram elaboradas antes do início da prática assistencial propriamente dita, para facilitarem a prestação dos cuidados na tentativa de alcançar todos os objetivos propostos.

Apresentaremos a seguir os objetivos, na seqüência as estratégias de implementação e o critério para seu alcance.

No próximo capítulo apresentaremos a descrição detalhada do desenvolvimento desses objetivos durante a prática assistencial, com as mulheres, recém-nascidos e pessoas significativas.

Objetivo 1

Desenvolver e implementar um marco conceitual fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que sustente a prática assistencial de cuidado junto à mulher, recém-nascido e família, que contribua para a humanização do processo de nascimento.

Estratégias Operacionais

- Buscar aprofundamento literário e em pesquisas nas bibliotecas e internet, sobre conteúdos relacionados com a teórica e com sua teoria, além de buscar sanar dúvidas junto à orientadora, supervisoras e outros profissionais.
- Organizar o processo de enfermagem que permita operacionalizar o marco conceitual na prática assistencial a ser desenvolvida;
- Aplicar o processo de enfermagem levantando inicialmente os dados através da observação-participante e das entrevistas semi-estruturada, procurando conhecer o mundo simbólico das parturientes/família, seus hábitos, modos de vida, sentimentos, comportamentos e opiniões; sistematizar os dados identificando os cuidados a serem prescritos; colocar em ação as decisões no sentido de preservar, acomodar e/ou reestruturar os cuidados de enfermagem; e avaliar, junto aos seres cuidados sobre a implementação do processo.
- Definir o local, o período, o perfil da população e o plano de ação.

Critérios para seu alcance

O objetivo seria alcançado se:

- O marco fosse desenvolvido.
- As acadêmicas assimilassem a Teoria e a operacionalizassem.

Objetivo 2

Avaliar/refletir sobre esta experiência com o cuidado do ser mulher, recém-nascido e família, avaliando a adequação do referencial, da metodologia e do papel da enfermagem no domicílio e no hospital.

Estratégias Operacionais

- Através dos depoimentos dos seres cuidados e de uma reflexão acerca da implementação do marco conceitual na prática assistencial desenvolvida.

Critérios para seu alcance

O objetivo seria alcançado se:

- Os seres cuidados se expressarem e se a atividade de reflexão for desenvolvida.

Objetivo 3

Aprofundar os conhecimentos teóricos relacionados à história da assistência do parto, aos modelos, programas e políticas de atenção ao parto bem como, aos prêmios concedidos para as maternidades, às evidências científicas da Organização Mundial da Saúde, à prática do parto domiciliar assistido por uma enfermeira obstetra, à humanização no atendimento, à legislação de enfermagem obstétrica e à Teoria de Madeleine Leininger.

Estratégias Operacionais

- Buscar aprofundamento literário, no conteúdo referente, junto à orientadora, supervisora e outros profissionais, além de pesquisas nas bibliotecas e internet.

- Participar de eventos científicos, como o II Congresso Internacional pela Humanização do Parto, que ocorrerá no período de 30 de novembro a 3 de dezembro de 2005 no Rio de Janeiro.
- Participar como monitoras no stand de obstetrícia na 5ª SEPEX da UFSC.
- Participar do 1º Encontro das Casas de Parto de São Paulo: O Lugar do Parto: dentro e fora do hospital, que foi nos dias 29 e 30 de setembro em São Paulo.
- Conhecer a realidade de Casas de Parto e da Maternidade Leonor Mendes de Barros, de São Paulo e experienciar o atendimento prestado às mulheres/acompanhantes.

Critérios para seu alcance

O objetivo seria alcançado se:

- As acadêmicas buscarem o conhecimento e desenvolver um pensamento crítico.
- As acadêmicas participarem nos eventos.
- As acadêmicas participarem como monitoras na feira.
- As acadêmicas visitarem os locais estabelecidos e se puderem conhecer o atendimento prestado.

Objetivo 4

Divulgar/socializar os resultados da prática assistencial desenvolvida.

Estratégias Operacionais

- Elaborar um artigo científico visando publicação em revista indexada divulgando nosso estudo, experiência e vivência no parto domiciliar.
- Desenvolver um pôster a ser apresentado no II Congresso Internacional pela Humanização do Parto.

Critérios para seu alcance

O objetivo seria alcançado se:

- Se o artigo for elaborado a ser encaminhado para publicação.
- O pôster for desenvolvido.

Objetivo 5

Fortalecer novos caminhos para a parturição e para a enfermagem obstétrica como profissão autônoma, refletindo sobre as similaridades e diferenças do papel da enfermeira no contexto domiciliar e hospitalar.

Estratégias Operacionais

- Elaborar um artigo científico visando publicação em revista indexada divulgando nosso estudo, experiência e vivência no parto domiciliar.
- Desenvolver um pôster a ser apresentado na II Conferência Internacional pela Humanização do Parto e do Nascimento.

Crítérios para seu alcance

O objetivo seria alcançado se:

- Se o artigo for elaborado a ser encaminhado para publicação.
- O pôster for desenvolvido.

Objetivo 6

Promover e fortalecer os dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno, especificamente no que se refere aos passos quarto e décimo e as práticas humanizadas preconizadas pelo prêmio Professor Galba Araújo e OMS.

Estratégias Operacionais

- Incentivar e ajudar as mulheres a iniciar o aleitamento materno na primeira hora após o nascimento do bebê.
- Encaminhar as mulheres, em caso de dúvidas ou mesmo por ocasião da alta hospitalar para serviços de apoio, especificamente ao CIAM – HU.
- Proteger e desenvolver práticas de assistência de enfermagem obstétrica humanizadas, incentivando o parto normal e visando o bem estar da família.

Crítérios para seu alcance

O objetivo seria alcançado se:

- O contato da mulher com o bebê for efetuado na primeira hora após o nascimento.
- As famílias procurarem o atendimento em caso de dúvidas.
- As práticas forem desenvolvidas pelas acadêmicas.

CAPÍTULO VI
APRESENTANDO OS RESULTADOS



Figura 20: Foto tirada no momento seguinte ao nascimento de Angelim. Sapopemba teve um parto domiciliar dentro da piscina. O acompanhante Jatobá (pai do bebê) entrou na água logo após o nascimento, dia 10/10/05. Florianópolis, SC. Autorizada pelos participantes.

CAPÍTULO VI - APRESENTANDO OS RESULTADOS

O foco principal do nosso estudo, conforme já explicitamos anteriormente, foi o cuidado do ser mulher, recém-nascido e família que vivenciaram o parto no contexto domiciliar, fundamentadas na Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Na nossa prática assistencial procuramos descrever as ações implementadas validando e refletindo sobre o cuidado cultural, guiadas pelos objetivos traçados.

Neste capítulo apresentamos as atividades realizadas, os êxitos obtidos e os desafios a serem superados, encontrados na nossa trajetória durante os cuidados prestados no âmbito hospitalar e no contexto domiciliar.

Objetivo 1

Desenvolver e implementar um marco conceitual fundamentado na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, que sustente a prática assistencial de cuidado junto à mulher, recém-nascido e família, que contribua para a humanização do processo de nascimento.

Através de leituras sobre a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger foi desenvolvido um marco conceitual que possibilitou sua implementação tanto no contexto domiciliar como no hospitalar.

Após a prática assistencial ficou marcante como a cultura, as crenças e os valores estão presentes durante todo o processo de nascimento e como existem divergências entre o cuidado popular e o profissional. Foi tentado, através do uso das três formas de cuidado proposto por Leininger – manutenção, acomodação e repadronização, alcançar a congruência cultural, aliando o cuidado popular com o cuidado profissional.

Através do marco conceitual baseado na teoria do cuidado cultural foi tentado devolver o protagonismo do parto à mulher e inserir a pessoa significante e a família no trabalho de parto, parto e pós-parto.

A prática assistencial foi realizada no domicílio das mulheres que optaram pelo parto domiciliar e na Maternidade do Hospital Universitário – UFSC, no período de 01 de setembro

a 31 de outubro de 2005, onde ocorreram quatro partos domiciliares (foram acompanhados mais três partos domiciliares em período extra-oficial, totalizando sete partos domiciliares) e 28 partos no HU (seis cesarianas, um parto normal horizontal e 21 partos normais verticais). Além dos partos, as acadêmicas acompanharam 18 mulheres no período pré-parto e outros procedimentos obstétricos.

Desta forma, conhecemos sete contextos domiciliares na cidade de Florianópolis, sendo pertencentes aos bairros Campeche, Areias do Campeche, Porto da Lagoa, Lagoa da Conceição, João Paulo, Ratoões e Ingleses.

Todos os partos domiciliares ocorreram em casa, exceto um que aconteceu em um apartamento. Todos os domicílios tinham energia elétrica, rede de esgoto, água encanada (em uma delas coletada em cachoeira) e coleta de lixo. Com uma média de 6 a 7 cômodos, sendo cinco de alvenaria e dois de madeira, cinco próprios e dois alugados.

Do total de 28 partos hospitalares e 7 domiciliares, temos:

Quadro 1: Distribuição das mulheres de acordo com o tipo de parto escolhido, idade, escolaridade, estado civil, acompanhantes e moradia.

	Parto Domiciliar	Parto Hospitalar
Idade	Variou entre 24 e 43 anos	Variou entre 17 e 39 anos
Escolaridade	2 com 3º grau incompleto (28,6%) 5 com 3º grau completo (71,4%)	8 com 1º grau incompleto (28,6%) 9 com 1º grau completo (32,1%) 4 com 2º grau incompleto (14,3%) 5 com 2º grau completo (17,8%) 1 com 3º grau incompleto (3,6%) 1 com 3º grau completo (3,6%)
Estado civil	6 tinham união estável (85,7%) 1 era casada (14,3%)	4 eram solteiras (14,3%) 19 tinham união estável (67,8%) 5 eram casadas (18,2%)
Acompanhantes	4 foram acompanhadas pelo pai do bebê (57,1%) 3 foram acompanhadas pelo pai do bebê e outras pessoas significativas (42,9%)	22 foram acompanhadas pelo pai do bebê (78,6%) 4 foram acompanhadas por uma pessoa significativa (14,3%) 2 estavam sem acompanhantes (7,1%)
Moradia	7 residem em Florianópolis (100%)	26 residem em Florianópolis (95,7%) 2 residem fora de Florianópolis (4,3%)

Como pôde ser visto, temos um maior grau de escolaridade das mulheres que optaram por realizar o parto domiciliar, sendo que todas elas estão cursando ou cursaram 3º grau. Já no hospital onde ocorre a ampla maioria dos partos, tivemos prevalência de mulheres que completaram apenas o 1º grau do ensino fundamental. Esses dados nos levam a crer que as mulheres que optam pelo parto domiciliar possuem maior acesso a informações e esclarecimentos devido ao nível de escolaridade, geralmente interessando-se em buscar conhecimentos acerca da humanização do parto e nascimento.

Na questão da moradia, os partos domiciliares foram em sua totalidade dentro do município de Florianópolis. No HU tivemos quase que uma totalidade de procedência do mesmo município, porém 4,3% das mulheres não eram residentes de Florianópolis e procuraram o HU por motivos específicos. Uma delas, de São José, teve parto anterior no HU e gostou do atendimento prestado, voltando para este parto e uma mulher do interior do oeste de Santa Catarina que veio encaminhada da sua cidade, pois seu bebê tinha diagnóstico de mal-formação fetal e o hospital disponibiliza UTI neonatal.

Nos dois contextos podemos perceber que a maioria das mulheres mantém relação estável com seus companheiros, porém não são casadas. Ao nosso ver esse dado se deve a diversos fatores, impossíveis de numerar, porém especificando com as mulheres que optaram por parto no domicílio podemos citar alguns deles, tais como o não desejo de casar formalmente, divórcios anteriores, gestações não esperadas, entre outros.

Quanto aos acompanhantes fica difícil estabelecer comparações, pois o hospital permite a entrada de apenas um acompanhante. Em quase todos os casos o acompanhante de escolha foi o pai da criança (78,6%), em outros foi a mãe da mulher, a irmã e uma amiga. Nos 7,1% que não tiveram a presença de acompanhantes foi devido ao desejo da mulher de permanecer sozinha que foi respeitado.

Vimos que nos dois contextos a variação de idade das mulheres é grande, não havendo distinção na mesma quanto à opção pelo lugar do parto, porém sendo observado maior número de mulheres vivenciando a gravidez na adolescência no contexto hospitalar.

O processo de enfermagem foi organizado de modo que permitisse a operacionalização do marco conceitual na prática assistencial. Foi aplicado em seis mulheres assistidas, quatro no domicílio e duas no hospital.

Procurou-se levantar, inicialmente, os dados através da observação-participante e do instrumento de coleta de dados procurando conhecer e entender um pouco mais a experiência vivida pelas mulheres e famílias, seus hábitos, crenças, valores, modos de vida, sentimentos, comportamentos, opiniões e, posteriormente, foram desenvolvidas as demais etapas do processo.

Para a apresentação do processo de enfermagem optamos por trazer os dados observados e coletados, as ações desenvolvidas, os cuidados prestados e a avaliação dentro de um único texto. Sentimos necessidade, durante a descrição de ações desenvolvidas por nós e pela enfermeira obstetra, de justificar teoricamente através de citações das práticas recomendadas ou inadequadas à atenção ao parto e nascimento fundamentadas pela OMS.

Para fins didáticos optamos por trazer a sistematização dos cuidados prestados de acordo com as três formas do cuidado cultural proposto por Madeleine Leininger.

Apresentaremos a seguir um processo de enfermagem de um parto domiciliar e mais dois processos, um domiciliar e outro hospitalar, que se encontram inseridos, neta seqüência, nos apêndices 4 e 5.

Processo de Enfermagem de Sapopemba, Jatobá e Angelim

Sapopemba (mãe) tem 28 anos, é brasileira, trabalha como auxiliar de cozinha e tem união estável com Jatobá (pai). Ele tem 29 anos, é americano, trabalha como cozinheiro há 7 anos, em feiras temporárias no seu país de origem. Sapopemba diz não ter religião e Jatobá é católico. Os dois têm terceiro grau incompleto. Ela mora em Florianópolis enquanto ele passa alguns meses morando nos EUA e outros no Brasil, com Sapopemba. Nenhum deles teve a experiência de acompanhar algum parto anteriormente. A casa em que vivem é de madeira, alugada, com 2 quartos, sala, cozinha, banheiro e lavanderia, tem energia elétrica, coleta seletiva de lixo e água encanada.

É a sua primeira gestação, não teve aborto anterior, sendo assim Gesta I, Para 0, Aborto 0. Fez consultas de pré-natal com variados médicos até escolher o que a acompanhou até o fim da gestação, totalizando 8 consultas. Além disto, fez mais 4 consultas com a enfermeira obstétrica, 2 delas acompanhada pelas acadêmicas de enfermagem.

Em uma das visitas, às 17h30min do dia 23/09 estavam presentes Sapopemba e sua tia de São Paulo, a enfermeira, seu marido (motorista e fotógrafo) e as quatro acadêmicas. Nesta consulta, a primeira realizada pela enfermeira, Sapopemba expressou sua vontade de fazer o parto domiciliar, porém estava apreensiva, pois Jatobá, segundo ela, estava inseguro quanto à decisão. Sapopemba contou que no começo da gestação não queria ter parto em casa e ainda achava a idéia um absurdo. Contou também que com o passar do tempo ela foi se interessando por esta possibilidade, começando a pesquisar sobre o assunto. Em uma das consultas conversou com seu médico e ele apoiou a idéia, o que lhe deu muita segurança para decidir. O planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, à sua família é uma das práticas recomendadas pela OMS (apud BRASIL, 2001).

A enfermeira começou a visita apresentando todos e perguntando sobre as expectativas de Sapopemba. Além disso, a enfermeira contou um pouco da sua trajetória profissional, de

como costuma atender os partos, da opção de filmagem e fotografia, de como seria a locomoção para o hospital, caso fosse necessária e sobre o suporte e apoio do médico obstetra. Falou sobre o trabalho das acadêmicas e do acompanhamento das mesmas nas visitas e da presença de uma delas na hora do parto.

Sapopemba também explicou um pouco sobre a situação do casal, que estava separado por uma longa distância. O companheiro estava trabalhando nos EUA e iria voltar para o Brasil dia 4 de outubro para o nascimento do filho. Ele trabalha três meses na temporada em feiras nos EUA e depois volta para o Brasil, e aqui fica até a próxima temporada. No momento ele está planejando ficar seis meses no Brasil, até que a família se mude para os EUA.

Sapopemba falou que estava esperando a chegada do companheiro para realmente decidir sobre o local do parto. A enfermeira obstetra em nenhum momento impôs que o parto domiciliar seria a melhor opção, fazendo com que Sapopemba aguardasse a chegada de Jatobá para juntos decidirem sobre o melhor local para o nascimento do filho. A enfermeira forneceu-lhe seu cartão e mostrou seu *site* pessoal, como forma de aproximar o companheiro e mostrar um pouco mais do atendimento prestado pela enfermeira ao parto domiciliar.

Ainda sobre a situação da família, Sapopemba contou que sua mãe faleceu há doze anos e que suas tias fizeram um revezamento para ajudá-la na gestação. Relatou que a tia que está hospedada em sua casa é a única que sabe sobre sua intenção de fazer o parto domiciliar, e está feliz pelo apoio dela. Sapopemba optou por não contar para as outras tias sobre sua vontade de ter um parto domiciliar, temendo a reação delas.

As acadêmicas Talita e Renata contaram um pouco sobre as experiências dos partos anteriores que participaram, a pedido da enfermeira obstetra.

Sapopemba perguntou a enfermeira se ela fazia parto na água, relatando interesse e vontade. A enfermeira disse que poderia providenciar uma piscina de plástico para que esta opção fosse possível.

Sapopemba estava com dúvidas sobre as contrações. Não sabia se iria reconhecer o início do trabalho de parto. Nesta hora as acadêmicas Talita e Renata deram informações sobre o falso e o verdadeiro trabalho de parto. Outra recomendação da OMS é o fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem (apud BRASIL, 2001).

A tia mostrou preocupação sobre o pagamento ao atendimento. A enfermeira esclareceu que eles não deviam se preocupar com isso. Que se fosse o caso iria cobrar apenas pelos materiais usados e que ainda poderia parcelar o valor.

Sem mais dúvidas para o momento, esclarecendo que dependia da decisão conjunta do casal, Sapopemba agradeceu pela visita e pelo apoio. A enfermeira e as acadêmicas despediram-se e marcaram a próxima visita para o dia 05 de outubro, assim que o companheiro retornasse dos EUA.

Dia 09/10 às 19h30min as acadêmicas Ana Paula, Renata e Talita juntamente com a enfermeira fizeram uma visita pré-parto a Sapopemba e Jatobá. No dia anterior Sapopemba perdeu o tampão mucoso e teve contrações irregulares e esporádicas. Nesta visita, teve-se a oportunidade de conhecer o companheiro de Sapopemba. Além disso, foram deixados equipamentos na casa como piscina entre outros, já que Sapopemba demonstrou desejo por ter seu parto na água.

Sapopemba teve contrações irregulares e de curta duração durante a noite. Ela foi avaliada e estava com colo médio, 1-2 centímetros de dilatação. Foi verificada pressão arterial (120/70 mmHg) e peso corporal (70 kg). Jatobá mostrava-se ansioso e nervoso com a situação. A tia de Sapopemba também demonstrava nervosismo e agitação, por estar de partida para São Paulo naquele dia e não poder estar presente no momento do parto e no pós-parto. As acadêmicas conversaram um pouco com Jatobá e com a tia, contaram um pouco mais sobre os outros partos dos quais participaram, deixando-os mais tranquilos.

Na manhã do dia 10/10 a enfermeira obstetra fez contato telefônico com as acadêmicas, por volta das 07h. Pediu à acadêmica Iara que ligasse para a acadêmica Talita solicitando que as duas acadêmicas se dirigissem à casa de Sapopemba para fazer a dinâmica uterina enquanto que ela estaria preparando os materiais necessários e logo iria encontrá-las lá.

As acadêmicas Iara e Talita chegaram ao domicílio às 08h. Quem as recebeu foi Jatobá. A casa estava totalmente fechada, escura e visivelmente desorganizada. Havia louça suja na pia, poeira pelo chão e objetos empilhados por todos os lados.

Sapopemba levantou-se e foi receber as acadêmicas, andando tranquilamente, sem expressar dor ou mesmo desconforto. Falou que suas contrações estavam acontecendo a cada cinco minutos e que não conseguiu dormir à noite. Ligou para a enfermeira várias vezes durante a madrugada e estava bem preocupada, achando que estava em trabalho de parto, mas as contrações ainda estavam irregulares.

Após esta breve conversa as acadêmicas começaram a avaliá-la, fizeram dinâmica uterina e constataram que as contrações tinham a duração de 30 a 35 segundos, duas em dez minutos, três em vinte minutos. O feto estava com apresentação cefálica, situação longitudinal e posição esquerda. Logo em seguida a enfermeira chegou, acompanhada de seu marido, que

participa dando apoio logístico (filmagem, fotografias e motorista, se necessário). A enfermeira então realizou um toque ginecológico que indicou dilatação de 3-4 centímetros. De posse do sonar, auscultaram o BCF que era de 140 bpm.

Sapopemba contou que teve sua última refeição às 23h do dia anterior, então encaminharam-na para tomar o café da manhã junto com Jatobá. As acadêmicas haviam levado uma torta integral de banana e organizado a mesa para eles, entendendo que isso poderia favorecer a interação e promover um ambiente de intimidade e relaxamento.. Enquanto comia, Sapopemba disse que estava insegura, que não sabia se era hora ou não, que passou a noite preocupada e que precisava alguém com ela. A enfermeira decidiu, em conversa com as acadêmicas Iara e Talita, em propor um descanso para o casal.

Enquanto o casal tomava seu desjejum, as acadêmicas Iara e Talita, a enfermeira e seu marido descarregaram o carro com o material necessário para o parto. À medida que colocavam o material dentro da casa, as acadêmicas Iara e Talita perceberam que o espaço estava pequeno e desorganizado.

A enfermeira ausentou-se da casa, foi buscar alguns materiais usados no pós-parto que estavam na casa de uma puérpera e pensou em trazer alimentos para o almoço. As acadêmicas Iara e Talita permaneceram na casa, enquanto o casal dormia.

Eram 11h30 quando Sapopemba levantou-se, após uma hora de sono profundo. Ela disse que jamais teria conseguido dormir se não estivesse com a presença das acadêmicas. Neste momento, segundo ela, as contrações tinham diminuído e o BCF estava em 144bpm. A enfermeira ligou e propôs que as acadêmicas Iara e Talita fossem caminhar com Sapopemba enquanto ela não chegava.

Iara e Talita acompanharam Sapopemba pela caminhada na sua rua. O movimento durante trabalho de parto está relacionado às praticas recomendadas pela OMS (apud BRASIL, 2001). Além disso, o tempo todo foram seguidas pelos cachorros dela. Durante a caminhada ela contou que Jatobá ainda estava super cansado, que não tinha se recuperado da temporada de trabalho nos EUA. A última vez que tinham se visto, ela estava com 6 meses de gravidez e agora estava junto dele há 5 dias e, que ainda não tiveram a oportunidade de estar a sós. Conversaram um pouco sobre o trabalho de parto. Ela não acreditava que estava ali em trabalho de parto, caminhando na rua da sua casa. Disse também que achou bom que sua tia foi embora. A tia estava com o “coração na mão”, dividida, com vontade de ficar, porém cheia de coisas para fazer em São Paulo. Isso já estava lhe atrapalhando, então achou melhor sua partida.

Durante a caminhada passaram em frente à casa de uma vizinha que Sapopemba a considerou como tia, por se conhecerem desde que ela tinha sete anos de idade. Esta tia é muito amiga dela e sempre se mostrou disposta a ajudar. Ainda durante o caminhar encontraram uma outra vizinha, de treze anos, que estava voltando da aula com seu irmão mais novo. A menina perguntou como o bebê estava e Sapopemba falou que achava que nascia esta semana, mas não contou que estava em trabalho de parto. A menina respondeu que esperava ansiosamente, deu-lhe um beijo e abraço e despediu-se. Caminharam cerca de quarenta minutos e Sapopemba disse que achava que já estava bom. Então voltaram para dentro de casa.

As acadêmicas ficaram na sala, enquanto Sapopemba descansava, sentada na bola.



Figura 21: Sapopemba sentada na bola recebendo apoio de Jatobá, 10/10/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Ela falou que adora sentar na bola e que é um bom descanso para as pernas. Jatobá ainda estava dormindo quando a enfermeira chegou com os materiais e as compras. Enquanto preparavam o almoço, Jatobá levantou-se e o casal permaneceu o tempo todo junto, sendo que Sapopemba ficou mais tempo sentada com o companheiro ao lado.

Todos os presentes fizeram uma refeição comunitária. Os alimentos eram: arroz integral, cozido de verduras e salada de alface, agrião, morango, manga e uva. Sapopemba referiu que as contrações haviam se espaçado e que não estava sentindo desconforto algum.

Depois do almoço, a enfermeira disse que iria preparar um chá de arruda, noz-moscada e canela para melhorar as contrações. Sapopemba tomou uma xícara e disse que era bem gostoso. O uso de ervas está classificado pela OMS como prática que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão (apud BRASIL, 2001). A acadêmica Talita aplicou moxabustão na região lombar e no ponto de acupuntura BP6 de Sapopemba a

pedido da enfermeira, pois este ponto auxilia na liberação de ocitocina endógena. Neste momento, as contrações ainda não estavam efetivas, eram espaçadas e irregulares. Sapopemba estava em pródromos de trabalho de parto.

A enfermeira fez um toque vaginal para avaliar a evolução da dilatação do colo uterino, sendo que o mesmo estava com 5 cm de dilatação (15h30minh). Sapopemba deixava bem claro, nas expressões faciais e linguagem corporal e verbal, que não gostava dos toques, que eram dolorosos e incomodavam. Os exames vaginais repetidos ou freqüentes são determinados pela OMS como prática utilizada de modo inadequado durante o trabalho de parto (apud BRASIL, 2001). Porém a enfermeira considerava que esses toques eram necessários para, além da avaliação do colo e da apresentação, fazer com que Sapopemba transpusesse sentimentos que estariam dificultando o trabalho de parto. Isso só pode ser feito porque a enfermeira criou um vínculo afetivo com Sapopemba e Jatobá nas visitas pré-natais, que incluíram conversas sobre sentimentos, medos e angústias frente ao trabalho de parto.

As acadêmicas sentiram que Jatobá não estava participando tão ativamente do processo de nascimento, a não ser em momentos isolados. A enfermeira propôs que deixássemos o casal sozinho e então a enfermeira, seu marido e as acadêmicas saíram para um passeio próximo, enquanto aguardavam contato telefônico para retornar, que foi feito às 18h.

Uma nova avaliação obstétrica foi feita e foi observado que a dilatação do colo era de 6 centímetros, o BCF era de 148,140 e 144 bpm e as contrações 35 e 40 segundos. Foi feito escalda-pés com água quente e ervas enquanto Sapopemba permanecia sentada. O escalda-pés tem o propósito de ativar a liberação de ocitocina endógena e de promover relaxamento corporal.

A enfermeira propôs mais um chá e Sapopemba falou “calma lá com esse chá”, mas tomou meia xícara. Ela permaneceu mais um tempo na bola e a enfermeira instalou o *tens*, que é um aparelho fisioterápico que auxilia na diminuição da dor por impedir a passagem do estímulo dada por corrente elétrica. Sapopemba referiu um tremorzinho na região lombar. Ela comeu mais um pedaço de torta integral de banana e ficou na bola, acompanhada por seu companheiro. Durante alguns momentos eles entraram em profunda harmonia, como se esquecessem de tudo que estava acontecendo.

As acadêmicas questionaram com a enfermeira sobre a eficácia do chá. Ela disse que havia uma interação entre as plantas, principalmente entre a arruda e a canela, que segundo a enfermeira, são indicadas para no trabalho de parto, para o estímulo da contração uterina, tornando-a mais eficaz e para a eliminação de coágulos durante a menstruação.

Eram 19h quando a enfermeira quis fazer um novo toque para avaliar a dilatação do colo, que era de 6-7 centímetros. Então esta decidiu romper as membranas artificialmente por observar que a curva de alerta estava ultrapassando a curva imaginária do partograma. Não houve perda significativa de líquidos.

A enfermeira sugeriu uma caminhada e Sapopemba aceitou. Caminharam em grupo, Sapopemba, as acadêmicas Iara e Talita e a enfermeira, anotando o horário das contrações e sua duração, além de estar sempre oferecendo apoio para Sapopemba. Nessa hora as contrações aumentaram em quantidade, mas não em intensidade. A noite estava agradável, contamos histórias e a enfermeira cantou algumas canções que auxiliavam Sapopemba a relaxar e entrar em contato com seu “mundo primitivo”.



Figura 22: Caminhada durante o trabalho de parto de Sapopemba. Ela e as acadêmicas Iara e Talita, no dia 10/10/05. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

Quando voltamos para dentro de casa as contrações estavam acontecendo mais regulares e Sapopemba foi encorajada a permanecer mais ativa, porém ela preferiu posições sentadas, junto com o companheiro. Referiu que quando vinha a contração ela fazia força na musculatura perineal, como se fosse para fechá-la. As acadêmicas conversaram com ela, explicando que era por essa musculatura que o bebê iria passar e pediram que ela tentasse relaxar mais. Sapopemba contou que tinha que se concentrar, mas que estava se portando mais relaxada. Depois ela mesma disse “veio a contração e bem no meio eu lembrei de relaxar a musculatura”.

Sapopemba alternava posições, ora agachada, ora sentada na bola. Os pontos de acupuntura BP6 foram estimulados e foi feito moxabustão pela acadêmica Talita, a pedido da enfermeira.

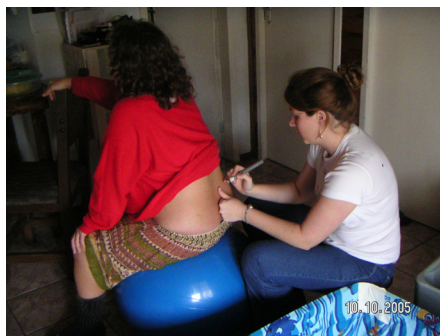


Figura 23: Acadêmica Talita fazendo moxabustão em Sapopemba, dia 10/10/05. Florianópolis, SC.
Foto autorizada pelos participnates.

Foi feita uma sopa para Sapopemba, que aceitou um pouco. Também tomou novamente um chá, porém desta vez era composto só de arruda.

Sapopemba foi tomar um banho e logo após a enfermeira fez nova avaliação, às 21h, relatando dilatação de 8 centímetros. Mesmo a curva real estando à direita da curva imaginária do partograma, o BCF era de 156, 152 e 152 bpm, o que dava segurança a todos.

Por se aproximar do momento do nascimento, as acadêmicas começaram a encher a piscina, com água puxada do chuveiro, através de uma mangueira e com panelas de água fervendo, até que a temperatura de 37°C fosse conseguida.

Perto dos 9 centímetros de dilatação, a enfermeira precisou fazer toques mais longos do que o normal para auxiliar a descida da apresentação, durante a contração.

Sapopemba foi para a banheira, referiu que a água a relaxou muito, estava alternando posições sentadas e de cócoras apoiada pelo companheiro, que não se ausentou neste momento, muitas vezes estando em profunda união com a mulher. Tiveram momentos muito aproximativos, ela na banheira, ele do lado de fora, apoiando-a e cantando músicas do cantor Bob Marley. O ambiente estava aquecido e aconchegante, a luz era só uma penumbra, e Jatobá, com uma bacia, jogava água na barriga de Sapopemba.



Figura 24: Jatobá e Sapopemba em um momento de relaxamento, dia 10/10/05. Florianópolis, SC.
Foto autorizada pelos participantes.

Quando nos colocamos no lugar de observadores, presenciamos momentos inesquecíveis de cumplicidade entre os dois. Jatobá frequentemente bebia uísque e lia a bíblia, mas em alguns momentos ele participou intensamente, promovendo momentos bonitos e de união íntima do casal.

A 1h, a enfermeira pediu que Sapopemba saísse da água para que mais uma avaliação do colo fosse feita, onde constatou dilatação total, BCF de 140, 136 e 140bpm, contrações de 30, 35 e 30 segundos, plano De Lee 0, variedade de posição OET. Então Sapopemba começou a ter reflexo de puxo e pedia à enfermeira para não fazer mais toques, até um momento que ela pediu para a enfermeira seriamente tirar a mão que ela iria fazer a força necessária para nascer, que ela não queria mais o toque. Neste momento notamos que Sapopemba decidiu tomar o controle do seu trabalho de parto, completamente empoderada diante do evento. Auxiliamo-la no sentido de mostrar para Sapopemba que a força não deveria ser feita no pescoço, como observamos que ela estava fazendo, e sim, no períneo. Sapopemba aceitou a recomendação e aos poucos, começou a fazer a força eficazmente.

Pouco depois a enfermeira tentou mostrar a cabecinha do bebê para Jatobá, mas foi difícil visualizar, pois a apresentação ainda estava alta. Na nova avaliação, plano De Lee +2, variedade de posição OEA, tendo 4 contrações em 10 minutos. A enfermeira pediu para Jatobá colocar uma luva para fazer o toque e sentir a cabecinha do bebê, ele obedeceu, mas não sabemos se ele conseguiu tocar, ele começou a tirar a luva e ela disse: “não, não tira a luva, vamos esperar a próxima contração para você realmente sentir o bebê” e assim foi feito, a partir do momento que Jatobá sentiu a cabecinha do bebê percebemos que para ele o parto ficou mais real, e ele começou a encorajá-la a fazer força e empurrar.

Sapopemba voltou para a banheira. Na penumbra, ao som do músico Bob Marley, nasceu Angelim, dentro d’água, às 02h09min. Logo que nasceu, a enfermeira deu o bebê para a mãe, e pediu a Jatobá para entrar na água e curtir o momento. Ele, a princípio não queria, estava preocupado em colocar uma música para ouvir. Sapopemba insistiu e ele entrou por cinco minutos. O contato cutâneo direto precoce, entre mãe e filho, representa uma prática recomendada pela OMS (apud BRASIL, 2001). Os momentos seguintes ao nascimento foram de grande emoção para todos os presentes. A penumbra, a música e o envolvimento entre o casal e o bebê, formaram um ambiente em que nada extra se deveria fazer, a não ser contemplar e respeitar.

Depois disso, Sapopemba foi levada para o quarto, enquanto Jatobá foi trocar de roupa. Angelim evacuou em cima de Sapopemba enquanto a placenta dequitava. Ela sofreu mínimas lacerações de 1º grau, não sendo necessária nenhuma sutura.

Nas consultas pré-natais foi combinado que Jatobá cortaria o cordão umbilical, então a enfermeira falou para Jatobá que este momento aconteceria depois que a placenta dequitasse, ele disse “tá bom” e saiu para ligar para algumas pessoas e tomar banho. Ele ficou fora do quarto um grande período de tempo, fumou um charuto, enquanto eram prestados os cuidados à Sapopemba e a Angelim. A placenta dequitou 33 minutos após o parto, em mecanismo BS, pesando 550 gramas, cordão umbilical medindo 62 centímetros e com inserção central. Como Jatobá não estava presente, a enfermeira esperou que ele voltasse para que ele cortasse o cordão.

Enquanto ele não vinha, o lençol da cama foi trocado e as acadêmicas ajudaram Sapopemba na colocação do absorvente e, ao levantar-se, Sapopemba teve um momento de desmaio e, logo em seguida começou a perder grande quantidade de sangue. Foi aferida a pressão arterial (90/60 mmHg).

A atitude da enfermeira neste momento foi de instalar 500ml de soro glicosado com 5 unidades de ocitocina intravenosa, pois é responsabilidade dela prevenir complicações pós-parto. Após alguns minutos de infusão a pressão arterial era de 120/70 mmHg, o pulso de 80 bpm e o útero apresentava-se contraído, à altura da cicatriz umbilical. Neste momento, Sapopemba estava muito cansada e Jatobá ainda não havia chegado para cortar o cordão umbilical. As acadêmicas sentiram que para ele, isso não era significativo, mas mesmo assim a enfermeira esperou ele chegar para cortar o cordão, valorizando este momento como um ritual simbólico.

Depois disso, a enfermeira fez o exame físico completo do recém-nascido. Isto se deu após 36 minutos de vida, ou seja, às 02h 45min. Angelim foi avaliado como sendo da raça/cor branca, pesando ao nascer 3000 gramas, com idade gestacional pelo método de Capurro de 40 semanas e 3 dias. Em relação ao índice de Apgar recebeu nota 9 no 1º minuto e 10 no 5º minuto. Mediu 47 centímetros de comprimento e 34 centímetros de perímetro cefálico. Recebeu vitamina K (0,1 ml) por via intramuscular em Hochstetter, de acordo com desejo dos pais manifestado durante uma das consultas de pré-natal. Frequência cardíaca de 140 bpm, frequência respiratória de 60 mpm e temperatura axilar de 36.8°C.

Apresentava cabelos de cor castanho clara, distribuídos uniformemente por todo o couro cabeludo e fontanela bregmática com uma polpa digital de abertura. Tinha os olhos brilhantes e foto-reagentes. Narina pérvio com presença de pequena quantidade de secreção amniótica. Mucosa oral úmida e corada com gengivas serrilhadas. O ápice auricular estava em linha média com os olhos, o pescoço livre, com movimentos de rotação e flexão. As clavículas estavam íntegras, mamilos com mais de 0,75 cm de diâmetro e o tórax cilíndrico.

Abdome normotenso, o coto umbilical apresentava duas artérias e uma veia. Membros livres, simétricos com movimentos de flexão e extensão. Pregas das coxas presentes e simétricas. Os reflexos psicomotores (ciliar, sucção, perioral, preensão palmar e plantar, Babinsk, deambulação e Moro) estavam presentes. Manobra de Ortolani-Barlow negativa. Meato urinário central, bolsa escrotal apresentando dois testículos, ânus pérvio. Coluna vertebral alinhada.

Angelim foi classificado como RN/termo/AIG, ou seja, adequado para idade gestacional. Não urinou e evacuou em grande quantidade após o nascimento.

Embebidas na teoria de Leininger sobre o cuidado cultural as acadêmicas perceberam que, apesar do acordo feito na consulta de pré-natal sobre a participação de Jatobá no corte do cordão umbilical, que este ritual não era significativo para ele naquele momento, e sim outros ritos, como fumar o charuto e ouvir a música do Bob Marley.

Ao sair de lá, às 6 horas do dia 11/10, Angelim ainda não havia mamado, mas o casal e o bebê estavam dormindo profundamente. Então, a acadêmica Iara ligou para a vizinha-tia dela para ficar com eles até a chegada das outras acadêmicas, pela manhã. Esta prontamente se colocou à disposição para ajudar.

As 8h30min do mesmo dia, as acadêmicas Ana e Renata realizaram a primeira visita à nova família. Quando as acadêmicas chegaram, foram recebidas pela vizinha, que as avisou que todos estavam dormindo. Sapopemba havia tomado um copo de leite com chocolate e comido um pedaço de sanduíche que a vizinha havia preparado.

A vizinha se despediu, pois tinha que sair para trabalhar, então Ana e Renata foram até o quarto conversar com Sapopemba, que as recebeu muito bem. Ela estava deitada na cama com Jatobá. Angelim estava dormindo bem relaxado ao lado dos pais, aconchegado com cobertores dentro de uma banheira improvisada como berço, que mais parecia um “ninho” de aconchego. Sapopemba pediu para trocar seu absorvente e foi aproveitado para olhar seu sangramento. Havia presença de lóquios fisiológicos. Foi verificado também a altura de fundo do útero que estava ao nível da cicatriz umbilical e bem lateralizado à esquerda. Ela relatou dor durante a palpação. Contou ainda que tomou um *Posntam*® e um *Paracetamol*®. Jatobá estava com dor de cabeça, relacionada à sinusite, tomou um medicamento e permaneceu na cama, tentando dormir.

As acadêmicas ficaram com Sapopemba, ajudando-a a colocar Angelim para mamar. Foi explicada a posição adequada, barriga com barriga e, de preferência, que Angelim não ficasse com muita roupa durante a mamada. Não houve sucesso, pois ele não acordava.

Então Sapopemba sugeriu trocá-lo de colo para acordá-lo. Angelim ficou no colo de Renata por alguns minutos e continuou dormindo. As acadêmicas levaram Angelim até seu quarto para trocar sua fralda, mesmo que não estivesse suja, pois a intenção era movimentá-lo para acordá-lo e aí colocá-lo para mamar. Durante a troca da fralda, as acadêmicas perceberam que ela estava limpa e seca. Ele resmungou um pouco, mas não acordou.

As acadêmicas foram para sala. Ajudaram Sapopemba a levantar devagar da cama. Jatobá permaneceu no quarto dormindo. Sentaram no sofá e aproveitaram para verificar a pressão (100/65 mmHg) e frequência cardíaca (76 bpm).

Sapopemba foi orientada para se alimentar e descansar. Tentaram ainda colocar Angelim no peito novamente, mas ele permaneceu dormindo. Resolveram ligar para a enfermeira, contando a situação e a mesma disse para não se preocuparem. Ela perguntou se Angelim apresentava algum sinal de hipoglicemia (palidez, extremidades frias, sudorese), e foi informada que não, pois as acadêmicas já haviam observado estes sinais. Angelim estava bem tranqüilo e relaxado no colo de sua mãe.

As acadêmicas conversaram com Sapopemba sobre a retirada do leite manualmente para ser dado a Angelim de colher, se fosse preciso. Ela preferiu não fazer naquele momento, mas fez perguntas de como realizar essa retirada de leite. Orientaram também sobre como colocar Angelim para eructar e também para não deixá-lo no berço em posição dorsal e sim, em decúbito lateral direito, com a cabeça sempre mais elevada.

Conversaram também sobre o momento do parto. Ela referiu estar muito feliz. Durante a conversa na sala, o telefone tocou muitas vezes, Sapopemba atendia muito contente: “É, nasceu esta madrugada!” “Ele é lindo, mas só quer saber de dormir!” “Nem mamou ainda!”.

Foi perguntado a ela se queria mais alguma coisa ou tivesse outras perguntas. Sapopemba disse que estava bem, que as acadêmicas poderiam ir despreocupadas, que ela iria aproveitar mais um pouco para descansar. As acadêmicas foram embora e deixaram seus telefones, caso ela precisasse.

Ainda no mesmo dia, durante a noite, a acadêmica Ana e a enfermeira realizaram mais uma visita, sendo recepcionadas por Jatobá, no portão da casa, enquanto que Sapopemba estava na sala, esperando. Ela havia tomado um banho. Angelim estava dormindo no seu “bercinho super aconchegado”, a banheira de plástico. A enfermeira comentou com Sapopemba para que ela procurasse deixar Angelim deitado em decúbito lateral direito, e sempre com a cabeceira mais elevada, para que ele não aspirasse, caso regurgitasse ou

vomitasse. Perguntaram se ele havia mamado e ela disse que não. Angelim até tinha acordado no início da noite, mas não quis mamar.

A enfermeira trouxe um glicosímetro, que faz a medida através da urina do bebê. Foram até o quarto para estimular a micção. Sapopemba disse que havia trocado não fazia muito tempo e que Angelim tinha recém evacuado. Contou também que a coloração era verde bem escuro. Sapopemba perguntou sobre a limpeza do coto umbilical. A enfermeira e a acadêmica explicaram que deve usar cotonete e álcool a 70% em cada troca de fralda. Como ele não urinou, providenciaram água morna para molharem a genitália de Angelim, mas não houve sucesso. A próxima tentativa foi colocar o saquinho da sonda estéril no pênis para tentar realizar a coleta. Ele chorou um pouco, mas a enfermeira continuou a estimulá-lo para que ficasse bem acordado para mamar e urinar.

Angelim pareceu agoniado, com náuseas. A enfermeira colocou-o em posição lateral e o bebê vomitou. Era de coloração esverdeada clara. A enfermeira optou por aspirá-lo com uma sonda nasogástrica e uma seringa de 10ml. Perceberam que Jatobá e Sapopemba estavam um pouco assustados. Explicaram que o motivo de ele não querer mamar era porque estava com o estômago cheio. A enfermeira retirou a reserva, para que Angelim pudesse mamar e assim estimular a produção de leite de Sapopemba. A quantidade retirada foi mais ou menos 20–30ml. Depois que tudo terminou, Jatobá e Sapopemba estavam mais tranquilos e Angelim foi colocado para mamar.

Angelim largava o peito muitas vezes, fazia a apreensão só do mamilo, mas assim que isso acontecia, era informado que a pega não estava adequada, e que Angelim precisava aprender a abocanhar grande parte da aréola e fazer uma boa pega para proteger o peito de fissuras. Sapopemba, com muita paciência, tentava aprender, pois era a primeira mamada para os dois. Seu mamilo é do tipo semi-plano, o que oferecia uma dificuldade adicional à Angelim para mamar. Sapopemba foi orientada para usar *sutien* próprio para amamentação.

Depois da mamada foi orientado Sapopemba a colocar Angelim para arrotar. Enquanto Jatobá o segurava, a enfermeira e a acadêmica aproveitam para examinar Sapopemba.

Ao trocar o absorvente, observaram lóquios fisiológicos, períneo sem edema e com uma pequena laceração no pequeno lábio esquerdo. A altura do fundo uterino estava meia polpa digital abaixo da cicatriz umbilical e o útero bem mais centralizado que na visita da manhã.

Foi verificada a pressão arterial (105/60 mmHg) e a frequência cardíaca (104 bpm). Os batimentos estavam mais acelerados em associação a movimentação de Sapopemba, que havia colocado os lençóis e as fraldas de molho.

Sapopemba foi ajudada a arrumar a cama, trocar os lençóis e já ficar preparada para a próxima mamada. Angelim estava chorando. A enfermeira perguntou se eles precisavam de mais alguma ajuda. Sapopemba disse que não, que estava tudo bem. Jatobá estava no telefone e tomando uma bebida. A enfermeira deixou Angelim no berço em decúbito lateral direito e foram embora.

No outro dia, 12/10, as acadêmicas Talita e Iara chegaram na casa para uma visita às 17h30min, encontrando Sapopemba lavando roupas na área. Contenta, recebeu bem as acadêmicas e disse que estava fazendo as atividades da casa. Convidou-as para entrar. Jatobá estava na sala assistindo TV e Angelim estava em cima da mesa de centro, dentro do berço improvisado na banheira. Assim que começaram a conversar, Jatobá se despediu de Sapopemba e foi caminhar.

A princípio, ela parecia bastante impressionada com o parto e perguntou como foi a percepção das acadêmicas, que devolveram a pergunta para ela, antes de responder. Ela disse que gostou muito, mas que foi exaustivo e longo. Ela se culpou por ter questões psicológicas internas que não deixavam o trabalho de parto evoluir. Disse que, além das contrações, os toques foram muito desconfortáveis, e em algum momento ela achou que não daria conta e que queria ir para o hospital, mas não teve coragem de verbalizar esse sentimento, pois não queria frustrar a enfermeira.

Falaram sobre a amamentação e acordaram Angelim. Incentivaram-no a mamar auxiliando-o a pegar adequadamente a mama. Sapopemba disse que ele evacuou e urinou a noite. Ela se mostrou uma mãe relativamente segura e confiante, pois não estava com medo ao pegar Angelim. Estava confiante que só precisava de um tempo para se adaptar à amamentação. As acadêmicas ofereceram ajuda para dar o banho e ela disse que a enfermeira viria dar o banho mais tarde. Então se colocaram à disposição para ajudar no que fosse preciso.

No dia 13/10 as acadêmicas Talita e Iara visitaram a família novamente, e ao chegarem a casa, às 17h30min encontraram Jatobá do lado de fora, que as recebeu bem e convidou-as para entrar. Sapopemba estava na sala, deitada no sofá com Angelim nos braços, assistindo TV. Apresentava os pés muito edemaciados, principalmente o pé direito. Ela achava que isso devia-se à grande movimentação que ela fez no dia anterior, arrumando a casa. As acadêmicas sugeriram que ela ficasse com os pés mais elevados que o corpo, favorecendo o retorno venoso e que diminuísse as atividades domésticas.

Sapopemba contou-nos que Angelim chorou muito durante o dia todo, e que ela estava um pouco preocupada com relação à amamentação. Conversaram um pouco sobre isso, sobre

a importância de manter a tranquilidade neste momento, pois a apojadura é um processo fisiológico. Acordaram Angelim e o incentivaram a mamar. Com o mamilo semi-plano, Angelim não estava conseguindo encontrá-lo para começar a sucção corretamente. Neste momento, a fim de garantir o sucesso da amamentação, as acadêmicas explicaram a existência de uma prótese de silicone que imita o mamilo e o bico protruso artificialmente. Este material é feito exclusivamente para auxiliar mulheres que têm dificuldade em amamentar, por terem o mamilo plano. As acadêmicas perguntaram se Sapopemba gostaria de tentar usar este material e ela respondeu afirmativamente. Elas então ligaram para a enfermeira e pediram para que ela trouxesse o mamilo de silicone para ajudar Angelim a mamar e também ajudar o mamilo de Sapopemba se projetar para fora.

Como a enfermeira visitaria a família novamente no mesmo dia, as acadêmicas se despediram e tranquilizaram o casal, orientando para que eles mantivessem uma atitude positiva em relação à amamentação.

No dia 14/10, quando as acadêmicas Iara, Renata e Talita chegaram à casa, às 17h foram recebidas por Jatobá que logo disse que tudo estava indo “mais ou menos bem”, então elas entraram e encontraram Sapopemba sentada no sofá com Angelim no colo. Segundo ela, Angelim tinha acabado de mamar. Jatobá chamou a acadêmica Iara para fora da casa, querendo conversar. Disse que estavam vivendo um momento delicado, pois às vezes ficavam estressados com o choro do bebê e ele ficava sem paciência com Sapopemba e vice-versa. Iara conversou com ele sobre o processo de adaptação da vida deles com a chegada de Angelim.

As acadêmicas conversaram muito com Sapopemba sobre a amamentação e colocaram Angelim para mamar algumas vezes durante a conversa. Ela disse que está se adaptando bem com o bico de silicone, acha que Angelim pega mais facilmente e consegue mamar. As acadêmicas explicaram sobre a importância de colocar Angelim para arrotar após as mamadas e que o uso do bico de silicone deve ser temporário, somente até a projeção do mamilo e o estabelecimento da amamentação. Após palpação das mamas, foi percebida uma pequena área de tensão na mama direita. Sapopemba relatou que quando sentia alguma área tensa ela massageava durante o banho com água quente, não causando problema algum.

No dia 16/10 apenas a enfermeira visitou a família. Ela contou para as acadêmicas que ajudou Sapopemba a fixar o mamilo de silicone na mama com micropore® numa tentativa de melhorar a adaptação e ainda constatou que Sapopemba teve a apojadura. No outro dia, 17/10, após contato telefônico, não aconteceu visita, pois Sapopemba disse que não era mais preciso.

No dia 18/10 as acadêmicas Renata, Iara e Talita e a enfermeira obstétrica visitaram a família. Sapopemba estava preparando o jantar. Angelim estava dormindo e Jatobá tinha saído. Sapopemba contou que Angelim está mamando bastante, mais ou menos de 2 em 2 horas. Contou que estão bem adaptados com relação à amamentação. A enfermeira pediu para olhar o períneo, que estava progredindo fisiologicamente, ainda com alguma fissura mais interna, porém as áreas de pequenos e grandes lábios estavam íntegras e sem edema. O edema das pernas e dos pés havia regredido.

Conversaram um pouco sobre sexualidade, Sapopemba falou que sentiu desejo sexual, mas achou que “não tinha como”. Depois contou que sabe que Jatobá tem desejo, porque ele comentou isso com ela. A enfermeira lembrou que existem vários tipos de sexo além da penetração.

Sapopemba contou ainda que está bem chorosa e que pela manhã tinha chorado duas vezes, mesmo sem saber o porquê, mas é “algo relacionado com sentimento. Talvez de ver Angelim, de imaginar que agora ele está ali e que antes estava na barriga”. Contou que Jatobá está mais participativo, mas que ainda fica muito nervoso quando Angelim chora.

Relatou a saída de um coágulo e perguntou se era normal. Perguntou como saberia se Angelim estaria com cólicas. A enfermeira e as acadêmicas comentaram sobre a rigidez do abdômen, da flexão das perninhas e sugeriram a aplicação de calor e as massagens no abdome no sentido horário para ajudar.

Sapopemba disse que estava pensando em dar chupeta. Não queria dar, porém achava que, às vezes, Angelim fazia o peito de chupeta. Ela estava com uma pequena fissura no mamilo direito e foi orientada a não deixar Angelim no peito quando ele não estivesse sugando e esperar até ter certeza se quer dar a chupeta mesmo. Sapopemba falou que se sentiu muito bem porque não recebeu a visita da enfermeira ou das acadêmicas no dia anterior. Ela disse que ficam meio dependentes da chegada das acadêmicas e tiveram que se virar sozinhos, pois já tinham combinado que não haveria visita. Por isso pensaram em não propor visita para o dia seguinte, a não ser que eles ligassem relatando alguma dificuldade.

No outro dia, 19/10, após contato telefônico, não aconteceu visita, pois Sapopemba relatou que não era preciso.

No dia 20/10 a enfermeira foi até a casa deles para entregar os papéis que encaminhariam para fazer o registro de Angelim e verificou que realmente estava tudo bem com a família e que eles não estavam mais precisando da assistência direta. No 10º dia após o nascimento, dia 21/10 a enfermeira foi pesar Angelim e Sapopemba e verificou que Angelim

estava pesando 3000 gramas e medindo 47 centímetros. Sapopemba havia perdido 6 kg. A amamentação estava estabelecida e o leite era de transição.

O próximo encontro então aconteceu apenas dia 25/10, quando as acadêmicas Iara e Talita visitaram a família para continuar a evolução do cuidado. Encontraram Sapopemba e Jatobá bem, ele cozinhando e ela arrumando a casa. Angelim estava dormindo e depois, quando acordou, Jatobá pegou-o e ficou com ele um tempo. As acadêmicas confirmaram o que já haviam visto antes, que o vínculo pai-filho estava estabelecido. Sapopemba estava amamentando sem fazer uso do bico de silicone, percebendo que o mamilo estava de fácil pega para Angelim. A entrevista semi-estruturada foi aplicada durante uma conversa entre Sapopemba e as acadêmicas, enquanto Jatobá cozinhava. Angelim estava dormindo no seu berço improvisado.

Sistematização dos Cuidados

Cuidados Mantidos:

Os cuidados de enfermagem que foram mantidos começaram com o desejo expressado por Sapopemba de ter o seu parto na água, pois materiais foram providenciados e a oportunidade foi oferecida e aproveitada por ela para o tipo de parto escolhido.

Ainda quando Jatobá não estava muito seguro sobre a decisão de ter o parto domiciliar, a enfermeira proporcionou métodos dele se informar sobre este tipo de parto, mas Jatobá acabou conversando com seu pai, que disse que nos EUA estava abrindo muitas casas de parto e que poderia ficar tranquilo com essa decisão.

Outro cuidado mantido foi o de as acadêmicas permanecerem na casa durante os pródomos do trabalho de parto. Sapopemba disse que precisava de alguém com ela e que jamais teria conseguido dormir se não tivesse alguém ali.

Durante o trabalho de parto houve momentos que Sapopemba foi encorajada a ficar mais ativa e preferiu posições sentadas, principalmente na bola, consideramos que devíamos manter o seu comportamento e não continuar a encoraja-la a ser mais ativa.

Logo após o parto, o corte do cordão umbilical foi feito por Jatobá, como combinando em consulta de pré-natal. Mais tarde, Angelim ainda não havia mamado e Sapopemba, Jatobá e Angelim estavam dormindo profundamente, como Sapopemba falou que não queria mais nada naquele momento além de dormir, uma das acadêmicas chamou a vizinha-tia dela para ficar com eles até a chegada das outras acadêmicas pela manhã.

Durante uma das visitas as acadêmicas sentiram em palpação uma pequena área de tensão em mama direita, então perguntaram para Sapopemba se ela estava sentindo o engurgitamento e o que achava daquilo. Sapopemba respondeu quando sente a mama ingurgitar, resolve facilmente o problema esvaziando a mama durante o banho quente, e dessa forma o ingurgitamento não chegava a incomodar.

Ainda durante as visitas outros cuidados foram mantidos, como a questão da sexualidade, quando Sapopemba relatou desejo sexual e foi lembrada que existem outros tipos de atividades sexuais que não a de penetração.

Outro cuidado mantido foi quando Sapopemba relatou que se sentiu muito bem quando as acadêmicas e a enfermeira não os visitaram alguns dias. A partir da observação da evolução da amamentação, da cicatrização do períneo e do manejo do bebê, as acadêmicas decidiram por encerrar as visitas.

Cuidados Acomodados:

Os cuidados acomodados começaram nas visitas pré-parto, em questões como o reconhecimento do início do trabalho de parto, da preocupação com o pagamento do atendimento, do nervosismo e da ansiedade frente ao verdadeiro trabalho de parto.

Durante o trabalho de parto identificamos algumas situações que precisavam ser acomodadas, ligadas à inclusão de Jatobá. Ainda acomodados a maneira de fazer força de Sapopemba, que estava concentrada no pescoço e não no períneo.

No pós-parto, cuidados com os medicamentos que o casal estava tomando tiveram que ser acomodados, pois estavam sendo tomados sem prescrição médica e em eminência de abuso.

Quando Angelim ainda não tinha mamado, as acadêmicas e a enfermeira acomodaram alguns cuidados na tentativa de estabelecer a amamentação, além de orientar Sapopemba com os cuidados de deixar Angelim elevado e de não esquecer de colocá-lo para arrotar após cada mamada. Ainda durante a amamentação a acomodação também se deu algumas vezes para garantir que Angelim estivesse pegando o peito adequadamente, e não somente o mamilo. Além de propor o uso do bico de silicone para melhorar o reconhecimento do mamilo por Angelim.

Com Jatobá o cuidado acomodado foi feito quando a acadêmica Iara conversou com ele sobre a adaptação com a chegada do bebê e sobre o processo do estabelecimento da amamentação. Já com Sapopemba as conversas em que se pode perceber o cuidado acomodado aconteceu quando as acadêmicas conversaram com ela acerca das mudanças

hormonais e sobre as adaptações que o casal iria ter de sofrer até se estabelecerem como família.

Sobre a incerteza do desejo de oferecer chupeta a Angelim, Sapopemba foi orientada a esperar e não deixar Angelim permanecer no peito quando não estivesse sugando, além disso, foram explicados os malefícios do seu uso, acomodando o cuidado, do modo que a estabelecer congruência cultural.

Por Sapopemba não saber como a limpeza do coto umbilical deveria ser feita, nem como saberia se o bebê estaria com cólicas, orientamo-la com cuidados de enfermagem e classificamos estes cuidados como acomodados.

Cuidados Repadronizados:

Durante o trabalho de parto algumas situações precisaram ser repadronizadas. As caminhadas dadas não foram iniciadas por desejo de Sapopemba e sim aceitas depois de uma sugestão das acadêmicas e da enfermeira.

Durante as contrações Sapopemba referiu que fazia força na musculatura perineal, como se para fosse fecha-la, então as acadêmicas conversaram com ela, explicando que era necessário que essa musculatura ficasse mais relaxada. Ainda durante as contrações Sapopemba fazia uma força insuficiente, de modo que a repadronização aconteceu quando as acadêmicas sugeriram que ela mudasse a forma de fazer força, aproveitando melhor o momento do puxo.

Quando as contrações não estavam suficientes a enfermeira aplicou ocitocina e rompeu as membranas artificialmente, com concordância de Sapopemba. Após o parto, durante o sangramento de Sapopemba a enfermeira interveio colocando uma infusão intravenosa de soro glicosado com ocitocina.

Nas visitas pós-parto quando Sapopemba apresentou os pés edemaciados foi preciso repadronizar o manejo dela, então ela foi orientada a elevar os pés e diminuir o ritmo, pois esteve fazendo faxina. Assim também quando a aspiração gástrica de Angelim foi avaliada como necessária pela enfermeira, percebida com preocupação por Sapopemba e Jatobá, mas ao final, recebida com um alívio por parte do casal.

Objetivo 2

Avaliar/refletir sobre esta experiência com o cuidado do ser mulher, recém-nascido e família, avaliando a adequação do referencial, da metodologia e do papel da enfermagem no domicílio e no hospital.

A experiência com o cuidado do ser mulher, recém-nascido e família durante a assistência prestada no pré-parto, parto e pós-parto fortaleceu nossa idéia inicial da mulher ser a protagonista do processo de parturição. Foi ainda mais significativa quando aplicamos o processo de enfermagem e identificamos aspectos positivos nas falas das mulheres frente à escolha pelo parto no domicílio e também pela assistência recebida no hospital.

No contexto domiciliar realizamos uma assistência bastante diferente da assistência prestada no hospital. Existe um acompanhamento de muitos dias, conforme a necessidade de cada mulher, implicando em um envolvimento intenso entre as famílias e as cuidadoras. Foram realizadas visitas nos dias que antecederam o dia do parto, e nos dias após o parto, normalmente dez dias após, mas são as mulheres que nos respondiam se poderíamos ir, se elas ou os recém-nascidos precisariam de nossa assistência. Após esse cuidado desenvolvido, aplicamos o instrumento para sabermos um pouco da opinião da mulher em relação ao seu parto e a assistência recebida. Foi bastante importante para nós esta avaliação, pois foi através da aplicação desse instrumento que identificamos as críticas, pontos positivos e pontos negativos, de modo a contribuir no desenvolvimento e na melhoria de nossa assistência.

As mulheres assistidas nos relataram que adoraram a opção pelo parto no domicílio. A assistência prestada pela enfermeira obstetra e pelas acadêmicas fora de significativa importância. Muitas delas, afirmaram que queriam contribuir com nosso estudo, a fim de fortalecer a idéia de que o domicílio constitui-se de um ambiente seguro para o parto e que pode dar certo, desde que a gravidez seja de baixo risco.

Quando indagadas acerca da avaliação do parto domiciliar, as falas foram:

“Eu achei ótimo o parto na minha casa! É um sonho que se tornou realidade! Só podemos agradecer pelo carinho recebido de vocês!” (Castanheira).

“Acho o parto domiciliar muito bom, a mulher pode ser assistida, estar relaxada, com bons cuidadores, presentes não só nos momentos de dor. É fantástico” (Carvoeira).

“Escolhi o melhor parto do mundo, faria de novo!” (Andiroba).

“O parto em casa é ótimo, sem dúvida nenhuma, não faria de outra forma, só se fosse caso de vida ou morte” (Macadâmia).

“Eles acham que fui corajosa. Eu faria de novo, é o ideal” (Figueira).

“Achei maravilhoso, é um presente você poder viver as coisas de forma que você esteja feliz, tranqüila, no seu mundo, do seu jeito, a gente tem algumas coisas um pouco diferentes e é bom que a gente possa viver isso no nascimento do nosso filho, temos as coisas que a gente acredita, incensos, nossos protetores, nossos colares... é bom ter isso por perto, é maravilhoso, é tudo que a gente queria” (Copaíba).

“Achei o máximo fazer em casa, muito também pelo pós-parto, a recuperação. Todas deveriam ter alguém que acompanhassem elas. O fato de vocês estarem fazendo trabalho foi muito bom” (Sapopemba).

A experiência no hospital também foi valiosa para nós, acadêmicas. Mesmo possuindo características diferentes do domicílio, como um acompanhamento de menos tempo com as mulheres e seus recém-nascidos, ou quando a mulher não consegue ser a única protagonista do seu parto, tendo que dividir o momento com a equipe de saúde. Mesmo assim, a assistência foi desenvolvida de modo a preservar os valores e as crenças da mulher bem como do familiar que estava com ela, preconizando sempre a sua participação ativa e uma assistência humanizada.

Pudemos perceber a satisfação das mulheres assistidas, que vinham até nós para agradecer e dizer o quanto foi importante para elas a nossa participação. Presenciamos momentos, às vezes, de não realizarmos nenhuma técnica, mas só o fato de estarmos ali, ao lado da mulher, significava muito para ela.

“Muito obrigada por tudo! Vocês são um anjo!” (Macaíba).

“Vocês me ajudaram muito.... se não fossem vocês....” (Aroeira).

Os aspectos culturais estiveram fortes e presentes na população assistida e sua presença tornou-se mais marcante ainda quando a prática foi desenvolvida. Propiciou-nos compreender ainda mais a teoria do cuidado cultural, bem como identificar as três formas de cuidado: a manutenção, a acomodação e a repadronização do cuidado. Portanto acreditamos que este referencial teórico pode ser aplicado nos dois momentos, domicílio e hospital.

Objetivo 3

Aprofundar os conhecimentos teóricos relacionados à história da assistência do parto, aos modelos, programas e políticas de atenção ao parto bem como, aos prêmios concedidos para as maternidades, às evidências científicas da Organização Mundial da Saúde, à prática do parto domiciliar assistido por uma enfermeira obstetra, à humanização no atendimento, à legislação de enfermagem obstétrica e à Teoria de Madeleine Leininger.

Os conhecimentos supramencionados foram todos pesquisados e aprofundados. Acreditamos que era necessário primeiramente conhecer a teórica e sua teoria, assim teríamos toda a base para fundamentarmos nossa prática assistencial. Na literatura, encontramos a história da teórica Madeleine Leininger, seus pressupostos e seus conceitos, juntamente com as características da teoria que envolve a prática do cuidado cultural, de modo a ser este cuidado mantido, acomodado ou repadronizado.

Além dessa pesquisa da teoria, procuramos também alguns trabalhos fundamentados na Teoria do Cuidado Cultural, para compreendermos ainda mais os ensinamentos de Madeleine Leininger inserindo sua teoria na prática da enfermagem.

Após essa fase de familiarização das acadêmicas com a teoria, buscamos através do item “Interagindo com a Literatura” pesquisar os conhecimentos relacionados à Humanização do Parto e Nascimento, agregando aspectos de sua história, evidenciando os aspectos culturais presentes no caminho percorrido. Esse levantamento bibliográfico permitiu-nos um maior aprofundamento numa área não muito comentada, ainda pouco conhecida. O parto domiciliar foi muito citado antigamente, no início da história da assistência ao parto, ainda com as parteiras. Com o passar dos tempos e com o surgimento dos profissionais, bem como das instituições, as parteiras, o parto domiciliar e a mulher perderam seu espaço e seu protagonismo e, somente nos últimos anos, começam a reconquistá-los, buscando apoio nos movimentos de humanização.

A bibliografia que pesquisamos não contempla somente a história da assistência ao parto, mas aborda também o surgimento dos três modelos de assistência ao parto, sendo o primeiro o tecnocrático, o segundo o holístico e, por último, o humanístico. Além de contemplar ainda os programas de assistência preconizados pelo Ministério da Saúde, enfocando as rotinas da assistência no momento do parto.

No decorrer dos nossos estudos vimos por necessidade acrescentar uma revisão teórica sobre o surgimento do movimento pela humanização do parto. Embasamos nossa literatura nos livros de diversos autores considerados ativistas em prol da humanização do nascimento. Constatamos ainda que este movimento ainda não se dá como encerrado e sim em constante movimento, revitalizado a cada dia, através das ONGs de humanização do parto e do nascimento e seus simpatizantes.

Ainda sentimos necessidade de ampliar a revisão bibliográfica de modo que pudesse conter explicações científicas sobre métodos não invasivos e não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto, como massagens, moxabustão, utilização de pontos de acupressão entre outras técnicas.

Também buscamos na literatura o que diz respeito à legislação do exercício do profissional enfermeiro, enquanto especialista em obstetrícia, de modo a atuar no ambiente hospitalar, assim com no ambiente domiciliar.

Além deste aspecto de busca de conhecimento teórico, participamos ainda de eventos, palestras e encontros relacionados ao tema. Estivemos presentes como monitoras do estande do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC na 5ª Semana de Ensino, Pesquisa e Extensão da UFSC, participando das atividades de orientações e simulação do parto normal e cuidados com o recém-nascido.

Estivemos presentes no 1º Encontro de Casas de Parto de São Paulo, produzido pelo Fórum Permanente de Casas de Parto e Centros de Parto Normal e pela Universidade de São Paulo, apoiado pelo Conselho Municipal e Estadual da Saúde, pelas Secretarias Municipal e Estadual da Saúde de SP, pela Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras (ABENFO) e pela ReHuNa.

Este evento ocorreu nos dias 29 e 30 de setembro de 2005 e tinha como objetivos promover a discussão sobre o funcionamento das Casas de Parto na cidade de São Paulo e refletir sobre o modelo de assistência ao parto extra-hospitalar, considerando as evidências científicas e os aspectos legais. Ainda pudemos, com este evento, alcançar outra estratégia, que foi a de conhecer a realidade de Casas de Parto, pois no segundo e último dia do evento, durante o período da manhã, tivemos uma mesa redonda que marcou o encontro. Tinha como título: Experiências e Resultados das Casas de Parto. Foi o momento dedicado para as representantes das Casas de Parto divulgarem seu trabalho e sua realidade, bem como o seu funcionamento. Esta mesa contou com a participação de 6 representantes: Casa de Maria, Casa de Parto de Sapopemba, Casa de Parto David Capistrano (Rio de Janeiro), Centro de

Parto Normal do Hospital Sofia Feldman (BH), Casa de Parto Monte Azul (projeto), Casa de Parto (Juiz de Fora - UFRJ).



Figura 25 e 26: à esquerda o banner do encontro e à direita a foto tirada durante o encontro com Prof. Dra. Ruth Osava, Prof. Dr. Marcos Dias e as acadêmicas. São Paulo, SP.

Ainda realizamos, na mesma cidade, uma visita à Maternidade Leonor Mendes de Barros, que é uma instituição de grande porte, de referência terciária na atenção obstétrica e detentora dos Títulos Maternidade Segura e Hospital Amigo da Criança.

A visita, previamente agendada pela nossa orientadora com o Diretor Geral da instituição, foi realizada dia 01 de outubro de 2005. Nesta ocasião, tivemos a oportunidade de visitar o centro de parto normal, o centro obstétrico, o alojamento conjunto, a UTI neonatal, o centro de internação neonatal e a Unidade Canguru da Maternidade Leonor Mendes de Barros em São Paulo.

Chegamos à maternidade às 10:00 horas, horário agendado com o diretor do local. O agendamento prévio da visita nos facilitou muito o contato com os profissionais da instituição, pois todos já estavam aguardando a nossa chegada naquele dia. Fomos muito bem acolhidos por todos, desde os funcionários da recepção até as enfermeiras que nos apresentaram as unidades.

Ao chegar na recepção fomos encaminhadas para o centro de parto normal no andar térreo. Quem nos recepcionou foi uma enfermeira obstetra, estando já informada sobre a nossa visita à Instituição. Ela mostrou-nos o espaço físico, normas e rotinas, burocracia, fluxograma e a equipe. Do centro de parto normal, fomos encaminhadas pela enfermeira obstetra a outros profissionais de enfermagem que continuaram a nos mostrar os outros setores da maternidade, sempre muito atenciosos e simpáticos.



Figura 27 e 28: Fotos tiradas durante a visita. Na esquerda as acadêmicas estão na entrada principal da maternidade e na da direita elas estão com a equipe do Centro de Parto Normal, dia 01/10/05. São Paulo, SP.

O centro de parto é composto por três salas de parto (todas suítes), sendo que uma delas é maior e tem banheira de hidromassagem. Todas são equipadas com foco de luz, berço aquecido, equipamentos para parto e pós-parto, atendimento neonatal, bola fisioterápica entre outras coisas. Existem também dois quartos de pós-parto com quarto leitos cada, posto de enfermagem, copa e banheiro para os funcionários.

Os critérios de admissão das parturientes nesta unidade são que as gestantes, ao serem avaliadas na triagem por médicos obstetras, residentes ou do corpo clínico, encontram-se com consultas de pré-natal e exames de cardiotoco sem alterações, estando caracterizadas como baixo risco. Após a avaliação médica, a enfermeira obstetra é chamada para avaliar a gestante e verificar se esta se enquadra no protocolo do centro de parto. Em caso positivo a gestante é encaminhada para o centro de parto. Chegando ao local as mulheres são vestidas com camisolas da unidade e encaminhadas para uma das salas, dando preferência para maior, quando esta não está sendo usada.

O centro de parto normal tem por rotina não realizar procedimentos tais como fleet enema, tricotomia, episiotomia, ocitocina, e propicia dieta livre, inclusive para o acompanhante. A gestante é encaminhada para o banho terapêutico somente no segundo período do trabalho de parto. É norma do local ter um neonatologista no parto. O toque é realizado a cada hora. A maioria dos partos acontece em decúbito lateral, seguido por cócoras e horizontal.

A equipe do local é composta por uma enfermeira obstetra, um auxiliar de enfermagem e uma escrituraria, sendo que todas nos acolheram muito bem. Depois de

conhecer toda a maternidade, chegamos a conclusão de que os pontos fortes da Maternidade Leonor de Mendes são o centro de referência ao aleitamento materno, o centro de parto normal, e o método mãe-canguru.

Participamos também de uma palestra comemorativa aos dez anos da Maternidade do HU-UFSC, intitulada “Humanizando o processo de nascimento: novas perspectivas”, ministrada pela Prof^a. Dr^a. Dafhne Rattner, representante do Ministério da Saúde. Ela procurou mostrar em sua palestra, um histórico da atenção obstétrica brasileira: como era há dez anos, como está hoje e como ficará. Além disso expressou quais são as perspectivas e os desafios para os próximos anos, do país e no HU-UFSC.



Figura 29: Foto tirada após a palestra, dia 24/10/05. Da esquerda para a direita: Enf^a Msc. Vânia S. C. Santos, acadêmica Renata, Prof^a. Dr^a. Dafhne Rattner, acadêmicas Talita e Iara, Msc Marcos Leite e acadêmica Ana Paula. Florianópolis, SC.

A participação na II Conferência para Humanização no Parto e Nascimento ainda não ocorreu, pois o evento acontecerá nos dias 30 de novembro a 3 de dezembro deste ano. As acadêmicas estão inscritas e estarão presentes no mesmo, lamentando apenas o fato do congresso ultrapassar a data de término da disciplina e da apresentação do relatório da prática assistencial, crenças que teriam muitas contribuições novas a acrescentar no presente estudo.

Objetivo 4

Divulgar/socializar os resultados da prática assistencial desenvolvida.

Com este objetivo pretendíamos socializar os resultados de nossa prática assistencial através da elaboração de um artigo científico e de um pôster a ser apresentado na II Conferência Internacional pela Humanização do Parto e Nascimento.

Durante a realização da disciplina curricular do Curso de Enfermagem intitulada Contexto Social IV tivemos como um dos grandes objetivos a construção de um artigo. Recebemos auxílio das professoras da disciplina e também de nossa orientadora durante a construção do mesmo.

Optamos por escrever um artigo de pesquisa, com o tema central girando em torno do motivo pelo qual as mulheres optaram por ter o parto domiciliar. Utilizamos para tal, parte de nossa entrevista semi-estruturada que fizemos com as sete mulheres que tiveram seus partos domiciliares assistidos pela enfermeira obstetra e acompanhados por nós.

Consideramos este objetivo alcançado porque concluímos o artigo científico intitulado O Cuidado, o Processo de Parir e a Cultura: a escolha pelo parto domiciliar assistido por enfermeira obstetra e encaminharemos o mesmo para a publicação na revista Latino Americana de Enfermagem.

Também tivemos a oportunidade de desenvolver um pôster com o objetivo de apresentá-lo na II Conferência Internacional sobre a Humanização do Parto e do Nascimento. O pôster é intitulado "O cuidado cultural no processo de ser e viver da mulher, recém-nascido e família que vivenciam o parto domiciliar: abrindo novos caminhos para a enfermagem", sendo selecionado para exposição. Ficará exposto no dia primeiro de dezembro, na sessão pôster, das nove horas da manhã até as sete horas da noite, na área de pôster, com o número PO071.

Considerando que além de desenvolvermos o pôster este foi aceito para exposição, portanto o objetivo foi alcançado.

Objetivo 5

Fortalecer novos caminhos para a parturição e para a enfermagem obstétrica como profissão autônoma, refletindo sobre as similaridades e diferenças do papel da enfermeira no contexto domiciliar e hospitalar.

Constatamos que, embora ainda considerado como alternativo, o parto domiciliar atendido por enfermeira obstetra é respaldado nas recomendações da OMS (1996), desde que

sejam rigorosamente respeitadas algumas condições especiais, a saber: o atendimento devendo ser realizado por enfermeira com especialização em obstetrícia; a gestante ter feito o acompanhamento pré-natal através de consultas adequadas e completas, ou seja, no mínimo seis consultas (apud BRASIL, 2001) e ter uma gestação saudável, caracterizada como de baixo risco.

A reflexão sobre as similaridades e diferenças do papel da enfermeira no contexto domiciliar e hospitalar envolvem diversos aspectos, entre eles, citamos alguns que consideramos mais relevantes e relacionamos com as práticas recomendáveis pela OMS (apud BRASIL, 2001).

A enfermeira deverá contar com um transporte adequado para a parturiente, que possibilite a chegada da mulher em tempo hábil e com segurança a um centro de referência, caso haja qualquer tipo de complicação ou necessidade de intervenções mais adequadas ao âmbito hospitalar. De acordo com a recomendação da OMS (apud BRASIL, 2001), deverá ser feito pela enfermeira obstetra uma avaliação detalhada de possível risco durante o pré-natal, e ser reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.

É importante que a enfermeira tenha a sua disposição todo o material necessário para o parto, como: bandeja com material esterilizado para atendimento ao parto normal contendo campo estéril, pinças, tesouras, clamps, luvas de procedimento e estéril, sonar, entre outros. A enfermeira deve, de preferência, dispor de material para situações de emergência e saber utilizá-los quando necessário. Entre esses materiais podemos citar: torpedo de oxigênio, aspirador a vácuo, soro fisiológico e glicosado, ocitocina, kit de reanimação do recém-nascido, além de material para sutura. A OMS (apud BRASIL, 2001) recomenda que o uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis. Além disso, o uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.

O tempo disponível para atenção adequada à mulher e família que a enfermeira tem no domicílio é maior, garantindo uma recomendação da OMS (apud BRASIL, 2001) que deve ser feito o monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto. No hospital, é dada uma atenção maior para o monitoramento do bem estar físico, já que a enfermagem, geralmente, não tem disponibilidade para estar avaliando o bem estar emocional das mulheres em trabalho de parto. Isso se dá devido à dificuldade de interagir integralmente com a mulher e família no ambiente hospitalar, resultado das diversas responsabilidades que a enfermeira tem que assumir para cumprir as normas e rotinas.

Recomendado pela OMS (apud BRASIL, 2001), deve ser feito um planejamento individual, determinando onde e por quem o parto será realizado. No domicílio, a enfermeira

obstetra pode desenvolver cuidado individualizado para a mulher e família, interagindo e valorizando seus saberes, sua cultura, crenças e valores de forma que possa utilizar destas ferramentas como instrumento para o sucesso do trabalho de parto. Já no ambiente hospitalar a enfermeira também pode respeitar a cultura da mulher e família, porém o espaço para valorizar seus saberes, crenças e valores é restritivo, pois no hospital existem normas e rotinas que devem ser seguidos, não importando os valores culturais da mulher que está ali para dar a luz.

No hospital, por mais humanizado que seja, a gestante ao chegar, deve tirar toda sua roupa e vestir a camisola do hospital e a partir deste momento, ela deverá seguir e obedecer às normas e rotinas da instituição. No domicílio, quem chega é a enfermeira obstetra e as pessoas que acompanharão o parto, assim eles devem seguir o ritmo da mulher e as rotinas da casa dela, isso faz toda a diferença para a evolução e o sucesso de um parto normal. Respeitar a mulher, como protagonista do processo, em seu ambiente sócio-econômico-cultural, é um desafio para a enfermagem, que está acostumada a ditar as regras, normas e rotinas.

A OMS (apud BRASIL, 2001), também recomenda a utilização de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto. Tanto no domicílio quanto no hospital, pode-se utilizar técnicas não medicamentosas para alívio das dores do trabalho de parto. Ressaltamos aqui que, no hospital, a utilização destas técnicas depende muito da equipe médica e dos profissionais da enfermagem presentes. Na maternidade do HU estão disponíveis para o uso da parturiente a bola suíça, o cavalinho, o puff, massageadores, óleos para massagem, chuveiro com água quente, aparelho de som com músicas de relaxamento, porém nem todos os profissionais médicos ou da equipe de enfermagem utilizam esse materiais para alívio da dor, apesar da equipe de enfermagem ter sido capacitada para tal.

No domicílio, além dos materiais supracitados, a enfermeira pode estar utilizando pontos de acupressão, moxabustão, exercícios para alívio da dor e para ajudar a rotação do bebê e outras técnicas utilizadas para facilitar o trabalho de parto. A enfermeira obstetra que acompanhamos leva para o atendimento do parto domiciliar a bola suíça, material para massagem e relaxamentos, caixa térmica para a realização de escalda-pés, piscina plástica de 400 litros para o parto na água – se solicitado, além de utilizar diversas técnicas para alívio da dor, entre elas, massagem, pontos de acupressão e exercícios ativos. Além disso, no domicílio ou no hospital, a enfermeira pode estar estimulando a posições e movimentos durante trabalho de parto. As alternativas de escolha para a posição e ambiente no momento do parto são maiores no domicílio.

No domicílio, o ritmo da natureza é melhor respeitado, o parto acontece da forma mais natural possível, com o mínimo ou sem nenhuma intervenção. Acreditamos que, em virtude da mulher estar inserida no seu contexto cultural e social, no domicílio o parto flui de maneira puramente fisiológica, e assim, menos traumática. No ambiente hospitalar, nem sempre este ritmo é respeitado. O próprio ambiente, as normas e rotinas podem proporcionar alterações hormonais no corpo da mulher, que podem resultar na necessidade de uma intervenção. No hospital universitário, notamos que a própria presença dos (as) acadêmicos (as) e professores com perguntas, exames de rotina repetitivos (toque, ausculta, dinâmica uterina), podem interferir na evolução natural do parto.

Com relação à participação do acompanhante, existe uma grande diferença no parto domiciliar e no parto hospitalar. A OMS (1996) recomenda que haja respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto. Essa recomendação pode ser respeitada tanto no domicílio quanto no hospital. No domicílio, por ser um lugar familiar, o acompanhante parece estar mais à vontade para circular e participar ativamente de todo o processo de nascimento; veste-se com roupas confortáveis, alimenta-se quando necessário e descansa. O acompanhante, está mais à vontade, transmitindo para a mulher a segurança necessária para apoiá-la e ajudá-la a vivenciar todas as fases que envolvem o nascimento, e compartilha com ela momentos de intensa cumplicidade. Além disso, no domicílio, a mulher pode ter a opção de escolher quantos acompanhantes achar conveniente. No ambiente hospitalar, só é permitida a entrada de um acompanhante, e este, com frequência não está familiarizado com o lugar, geralmente ficando constrangido de se movimentar e circular no ambiente. Ali, ele está sujeito às normas e rotinas do hospital, incluindo o uso de uma vestimenta (avental cor de rosa) que por diversas vezes foi constrangedora, como observado por nós, para um homem (se o acompanhante for homem), já que em nossa cultura a cor rosa está simbolicamente associada ao gênero feminino.

Para o pós-parto imediato, a OMS (apud BRASIL, 2001) recomenda um contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto. Este se constitui o quarto passo dos Dez Passos para o sucesso do aleitamento materno preconizados pelo UNICEF e OMS através da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Algo muito especial ocorre dentro da primeira hora após o nascimento. Se o ambiente é silencioso, o manuseio diminuído, as luzes enfraquecidas, o recém-nascido começa a adaptar-se suavemente à nova experiência de estar no mundo. Ele permanece tranqüilo e aquecido em contato com o corpo de sua mãe. Seus olhos abrem-se completamente, e, luminosos e brilhantes, fixam-se nos da mãe e do pai (MACHADO, 1995, p.166).

Durante a nossa prática assistencial no HU, notamos que esse passo é bem respeitado e valorizado, porém confirmamos que no ambiente domiciliar este contato mãe-filho no momento pós-parto é mais intenso, evidenciado pelo fato da mulher estar na sua casa, e não se preocupar em ter que sair de um ambiente para outro (sala de parto para sala de recuperação) ou de um profissional vir buscar o recém-nascido para prestar os primeiros cuidados. A mulher, no domicílio fica com o recém-nascido o tempo que lhe for conveniente e algumas vezes presenciamos a própria mãe ajudando a dar o primeiro banho no recém-nascido.

Com relação ao início da amamentação, no domicílio acontece de forma natural, bem espontânea, sendo que geralmente a própria mulher toma a iniciativa e faz a primeira tentativa. Ali, ela está cercada de pessoas significativas, o que diminui muito o estresse pós-parto. No hospital universitário, a amamentação também é incentivada na primeira meia hora após o nascimento, mas é interrompida na maior parte das vezes para realização dos cuidados ao recém-nascido e à mulher. Depois do parto, no hospital, a mulher é levada para uma sala de recuperação pós-parto, onde fica por uma hora até seguir para o alojamento conjunto. Nesta sala, a mulher fica com outras mulheres, inclusive as que estão se recuperando de partos cesáreas, curetagens, abortos, mulheres que tiveram natimortos ou crianças com deformidades congênitas incompatíveis com a vida, enfim, torna-se um ambiente avaliado por nós como inadequado para a mulher que está vivendo um novo momento com a chegada de uma criança saudável podendo interferir no processo de iniciação da amamentação.

No que diz respeito à recomendação da OMS (BRASIL, 2001) que o profissional deve respeitar o direito da mulher à privacidade no local de parto, um fator que nos chamou atenção durante a prática assistencial foi o desrespeito a este direito no ambiente hospitalar. Pela própria estrutura física da maternidade do HU, a falta de cortinas para dividir os espaços dos leitos na sala de recuperação e a presença de diversos profissionais, acadêmicos, professores no momento do parto, a privacidade da mulher fica prejudicada. No domicílio, a privacidade é totalmente garantida, não só pelo fato da mulher estar em um ambiente acolhedor, comum a ela, e cercada de pessoas significativas, mas a própria enfermeira deixa a mulher à vontade para usar a roupa que lhe convém durante o parto e a mulher tem o direito de escolher quem são as pessoas que estarão participando do parto.

No geral, todas as práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas recomendadas pela OMS (BRASIL, 2001) são mais facilmente garantidas no ambiente domiciliar. Por outro lado, as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, que devem ser eliminadas tais como o uso rotineiro de enema, tricotomia, de posição supina

(decúbito dorsal) entre outras, são integralmente abolidas no domicílio contribuindo deste modo para um menor risco de iatrogenização, tecnologização e desumanização do parto.

Como forma de fortalecer a enfermagem obstétrica como profissão autônoma, trazemos uma contribuição ao construirmos um documento (Apêndice 6), que tem por finalidade o acordo por escrito entre a enfermeira obstetra e a mulher/família. Este documento seria assinado pelas duas partes interessadas e, constaria das informações necessárias e os esclarecimentos relacionados aos serviços prestados pela enfermeira obstetra. A construção deste documento foi adaptada de TEIXEIRA (2003).

Ainda dentro deste objetivo está a elaboração do artigo e do pôster, que já foram contemplados e expostos no objetivo número quatro. Acreditamos que através da socialização do nosso estudo poderemos estar contribuindo com a produção do conhecimento na área da enfermagem e, em especial, com a enfermagem obstétrica, abrindo novos caminhos e fortalecendo mais uma área de atuação autônoma.

Objetivo 6

Promover e fortalecer os dez passos para o sucesso do aleitamento materno, especificamente no que se refere aos passos quarto e décimo e as práticas humanizadas preconizadas pelo prêmio Professor Galba Araújo e OMS.

Durante o desenvolvimento de nossa prática assistencial tivemos a oportunidade de contribuir para a manutenção dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, especialmente no que se refere a dois passos. O passo quatro que consiste em “auxiliar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto” e o passo dez, que consiste em “encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação para onde as mães devem ser encaminhadas, logo após a alta do hospital ou ambulatório”.

As estratégias que utilizamos para tal foram a de propiciar o contato imediato da mãe com o bebê no caso dos partos domiciliares e a de colocar o bebê em contato pele a pele com a mãe logo após a primeira avaliação do neonatologista, no hospital. Muitas vezes a amamentação não se estabeleceu neste primeiro contato, porém o contato pele a pele entre mãe-bebê foi assegurado e a amamentação incentivada em todos os momentos tanto no domicílio e como também na sala de recuperação pós-parto no hospital.



Figura 30 e 31: Incentivo à amamentação. Florianópolis, SC. Foto autorizada pelos participantes.

No que diz respeito ao passo número dez, nós, durante o último contato com a família, tanto no domicílio quanto no hospital, recomendamos, em caso de necessidade, o serviço de apoio à amamentação do Hospital Universitário, chamado de Central de Incentivo ao Aleitamento Materno (CIAM). Neste contato esclarecíamos onde fica esse serviço, o que ele se propõem e também garantíamos que toda pessoa que procurasse o serviço seria muito bem atendida e acolhida.

Já, para proteger e desenvolver práticas de assistência de enfermagem obstétrica humanizadas e das propostas estabelecidas pelo Prêmio Galba de Araújo e pela OMS, procuramos primeiramente fazer uma revisão de literatura sobre quais são estas práticas. Após a revisão dos conteúdos incentivamos a presença da pessoa significativa, mantivemos horários flexíveis para a alimentação e oferecemos água e líquidos durante o trabalho de parto – apesar de que alguns médicos obstetras do HU ainda prescrevem dieta zero ou líquida restrita às mulheres em trabalho de parto.

Outras recomendações da OMS (1996) que seguimos foi o respeito pelo local do parto escolhido, o uso de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, a liberdade de posição durante todas as fases do trabalho de parto, entre outras.

Também evitamos as práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas como o uso rotineiro de algumas técnicas – enema, tricotomia, posição supina e de litotomia e aspiração naso-faríngea, entre outras técnicas como exame retal, Manobra de Kristeller, massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.

Pelo cumprimento dessas recomendações acreditamos que o objetivo foi claramente alcançado.

CAPÍTULO VII
REFLEXÕES FINAIS



Ana Paula, Renata, Iara, Maria Flor e Talita.

“Para mudar o mundo é preciso, antes, mudar a forma de nascer”.
(ODENT, 1981)

CAPÍTULO VII - REFLEXÕES FINAIS

A trajetória trilhada em direção ao alcance dos objetivos do presente estudo possibilitou realizar uma prática de cuidado pautada numa abordagem cultural, que procurou identificar as repercussões da implementação de um processo de cuidar do ser mulher, recém-nascido e família vivenciando o parto com ênfase no contexto domiciliar, fundamentadas na Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger.

O desenvolvimento da presente prática assistencial dentro da perspectiva do cuidado cultural, ocorreu desde o seu princípio através da dinamicidade de promoção da integração de saberes, fazeres, de energias, criações e sentimentos que geraram nova compreensão e construção de conhecimentos relacionados do processo do nascimento.

Neste particular, a experiência revelou-se como uma possibilidade real para todos os participantes, cuidadores e seres cuidados, constituindo-se num espaço privilegiado para compartilhar experiências, sentimentos e afetos e socialização de saberes técnico-científico e popular. Ocasinou, ainda, para todos (as), uma maior compreensão de si e do mundo, bem como a busca de novas possibilidades - recursos para a promoção da saúde integral do ser mulher, recém-nascido e família, em suas diferentes dimensões.

O convívio com a população alvo do estudo, além de profundamente gratificante, possibilitou-nos aplicar uma abordagem teórico-metodológica que valoriza os sujeitos na sua subjetividade, uma vez que não tivemos a pretensão de impor a modificação de padrões culturais de comportamentos dos (as) participantes, por entendermos que no processo de cuidar, devemos buscar conjuntamente caminhos para a superação das limitações em possibilidades para o processo de viver.

Vivenciar a nossa prática assistencial nos dois cenários, domiciliar e hospitalar, nos rendeu uma linha de base para o atendimento ao parto que reúne segurança, conforto e qualidade de assistência. Sob a supervisão de uma enfermeira obstetra, concluímos que é possível, hoje em dia, uma mulher com uma gestação de baixo risco, dar a luz no conforto do seu lar com a segurança de um hospital.

Consideramos que assistir a mulher, recém-nascido e família na totalidade, ou seja, respeitando seus saberes próprios, significa olhá-los e escutá-los de uma outra posição, uma

posição menos distante e mais observadora, podendo assim nos aproximar e auxiliá-los a repensar seus sentimentos e desejos, frente ao processo de nascimento.

A utilização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, como base para nosso estudo, tanto no ambiente domiciliar, quanto no hospitalar, nos auxiliou a reconhecer padrões de comportamentos que têm suas raízes no contexto cultural da mulher e das pessoas envolvidas no processo de nascimento. O referencial teórico favoreceu de alguma forma o resgate das crenças e valores e nos serviu como guia para a realização do cuidado cultural congruente, sendo este adequado para a prática assistencial implementada.

Notamos que, no domicílio, por motivo de estarmos interagindo mais profundamente com a mulher e família, é mais fácil compreender e respeitar as crenças e valores dos mesmos, pois somos nós que entramos no seu “mundo”. Com tanta intimidade gerada nas consultas pré-natais, no parto, nas visitas pós-parto, a aplicação da Teoria de Leininger flui naturalmente e com facilidade. Tivemos assim a oportunidade de identificar cuidados que deveriam ser mantidos, acomodados e repadronizados. Durante a prática assistencial, percebemos que é mais fácil repadronizar um comportamento dentro do ambiente hospitalar do que no ambiente domiciliar. No domicílio, a mulher e família estão inseridos no seu contexto sócio-cultural, e nós nos inserimos no contexto da família, isso requer uma adequação nossa à cultura da mulher e família. Já no ambiente hospitalar, percebemos que a mulher e família entram no “mundo” do hospital, e ali são obrigados a deixar de lado grande parte de seus saberes, crenças e valores, além disso, estão sujeitas às normas e rotinas da instituição. Entretanto, isso não impede, de maneira alguma, que a enfermagem possa estar atuando no sentido de valorizar a cultura da mulher e família, aplicando a Teoria de Leininger.

Durante a nossa prática assistencial foram diversos os motivos que nos fizeram refletir sobre a diferença na qualidade do atendimento da enfermeira obstetra no domicílio e no ambiente hospitalar. Todos esses motivos nos levam a crer que o lugar do parto normal resultado de uma gravidez de baixo risco e sem distócia, é no domicílio ou ambiente extra-hospitalar, por este proporcionar à mulher e família um ambiente mais acolhedor, facilitando assim todo o trabalho de parto, parto e pós-parto e, um ambiente mais adequado para a chegada do bebê.

No curso de nossa trajetória acerca do local mais indicado para o processo de nascimento, encontramos facilidades e dificuldades em ambos os cenários escolhidos para nossa prática, dentre as quais destacamos.

Ressaltamos abaixo as facilidades encontradas no contexto domiciliar:

- Disponibilidade da enfermeira obstetra de nos aceitar para realizarmos a prática assistencial no atendimento a partos domiciliares;
- Pronta aceitação da maioria das mulheres e familiares que nos aceitaram para assistir o nascimento de seus filhos e desenvolver o processo de enfermagem;
- Boa receptividade, interação, entre nós, acadêmicas, a enfermeira obstetra (supervisora), a professora orientadora e a maioria das mulheres e familiares que nos receberam em suas casas;
- Acesso a publicações novas e bibliografia adequada para embasarmos o nosso estudo;
- Poder experienciar o nascimento no domicílio de sete mulheres e familiares, visualizando o contexto cultural em que estão inseridos.

Dificuldades encontradas durante a prática assistencial no atendimento aos partos domiciliares:

- Resistência de uma das mulheres atendidas para aceitar o acompanhamento de uma acadêmica durante o trabalho de parto, porém após conversa e esclarecimentos com a enfermeira obstetra, acabou concordando;
- Resistência de uma mulher em aceitar as orientações das acadêmicas de enfermagem e da enfermeira obstetra com relação à amamentação;
- Dificuldade de adequação entre os nossos horários disponíveis para a visita domiciliar e os horários da enfermeira obstetra;
- Disponibilidade de tempo para atender o parto domiciliar a qualquer hora do dia ou da noite sem previsão de retorno;
- Pouca demanda de mulheres que optam pelo parto domiciliar.

Durante a prática assistencial no Hospital Universitário, encontramos algumas facilidades para a aplicação do nosso marco conceitual, entre elas:

- Demanda suficiente de mulheres, pessoas significativas para elas e seus recém-nascidos;
- A filosofia do HU/UFSC é aberta a novos modelos de assistência, o corpo de Enfermagem tem espaço para atuação, em especial a enfermagem obstétrica;
- Disponibilidade de uma enfermeira obstetra que nos auxiliou a identificar padrões de comportamentos com raízes culturais;

- Boa receptividade, interação, entre nós acadêmicas, as enfermeiras obstetras (supervisora), a professora orientadora e a maioria das mulheres e familiares que procuraram o HU como cenário para o nascimento de seus filhos.

- Disponibilidade da equipe de enfermagem em nos auxiliar a desenvolvimento da prática assistencial;

- Contato com profissionais de enfermagem e da área médica que seguem a linha de humanização do parto e nascimento, nos proporcionando interação e crescimento dentro do assunto.

Dificuldades encontradas durante a prática assistencial no HU/UFSC:

- Estrutura física e normativa inadequada para aplicarmos alguns princípios que acreditamos como fundamentais para uma boa assistência de enfermagem, como por exemplo, a falta de uma sala de pré-parto, parto e pós-parto (PPP), onde a mulher possa vivenciar o momento do parto como único e privativo.

- Resistência de alguns profissionais médicos e de enfermagem em valorizar os saberes próprios das mulheres e acompanhantes referentes ao trabalho de parto.

Considerando que a nosso ver este estudo representou um passo importante para a realização de novas caminhadas em direção ao cuidado cultural para o ser mulher, recém-nascido e família vivenciando o processo do nascimento, recomendamos que o parto domiciliar resultado de uma gestação de baixo risco e sem distócia seja assistido por uma enfermeira obstetra ou um profissional qualificado, que esteja amparado legalmente pelas portarias ministeriais e seu conselho, garantindo assim, a segurança para mulher e para o profissional.

Acreditamos que é possível para um profissional de enfermagem prestar um atendimento de qualidade, seja no domicílio ou no hospital, sem omitir os valores culturais das mulheres e familiares a cerca do processo de nascimento, respeitando seus saberes, crenças e valores.

Finalizamos o nosso estudo afirmando que o uso da Teoria do Cuidado Cultural veio contribuir para nossa formação profissional, reforçando em nós a certeza de que não há atendimento de qualidade sem o respeito do cuidador para com ser cuidado em todo o seu contexto sócio-cultural.

REFERÊNCIAS

AMERICAN HOLISTIC MEDICAL ASSOCIATION. **About the AHMA**. Disponível em: <http://www.holisticmedicine.org>. Acesso em: 11 ago 2005.

BALASKAS, Janet. **Parto ativo**. 2ª ed, São Paulo: Editora Gound: 1993.

BLOFELD, Jhon. **I ching: O livro das transmutações**. 6ªed, Rio de Janeiro: Editora Record, 1968.

BOEHS, Astrid E. **Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na Teoria Transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família**. 1990. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRÜGGEMAMN, Odaléa Maria. **Sinais e sintomas do trabalho de parto**. In: OLIVEIRA, Maria Emília; MONTICELLI, Marisa; BRÜGGEMAMN, Odaléa Maria (org). *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. Florianópolis: UFSC, 2002.

BUB, Maria Betina Camargo. **Concepções de saúde, ética e práticas de enfermagem**. 2001. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

CAPARROZ, Sueli Castilho. **O resgate do parto natural: contribuições de uma tecnologia apropriada**. Joinville: Editora Univille, 2003.

CAPRA, Fritjot. **O tao da física**. 2ª ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1983.

CENTRO OBSTÉTRICO/HU/UFSC. **Números de partos**. In: Livro de estatísticas do serviço de enfermagem. Florianópolis: 2005.

CONSELHOS NACIONAIS DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Prêmio Professor Galba Araújo**. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=2135>. Acesso em: 15 ago 2005, 2p.

CUTLER, Howard C.; **Sua Santidade, o Dalai-Lama. A arte da felicidade: um manual para a vida**. São Paulo: Editora Martin Fontes, 2001.

D'ÁVILA, Daniela; KOETTKER, Joyce Green. **Uma viagem cultural e humanística pelo universo do processo de parir**. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

DAVIS-FLOYD, Robbie. **The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth**. Tradução por Adriana Tanese Nogueira. International Conference on Humanization of Childbirth. In INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS. Fortaleza, 2000. Disponível em http://www.amigasdoparto.org.br/ce_obstetricia_03_04.asp. Acesso em 17 nov 2005.

DUARTE, Ana Cris. **Lidando com a dor no parto**. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/dor2.html>. Acesso em 09/11/05.

ENKIN, Murray et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio e Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FRENANDES, Maria Betânia. **Fórum sobre o Prêmio Professor Galba Araújo**. Disponível em: <http://forums.obgyn.net/obstet-1/OBSTETL.9902/0095.html>. Acesso em: 15 ago 2005.

GEORGE, Julia B. Madeleine Leininger. In: GEORGE, Julia B. (org). **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 286-29.

GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. **Cuidando do pai durante o processo de nascimento fundamentado na teoria Transcultural de Leininger**. 2002. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

HOUAISS, **Mini-dicionário de língua portuguesa**, 1ª ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 1999.

KITZENGER, Sheila. **A experiência do parto**. Tradução de Ana Maria Rabaça. Lisboa: Instituto Piaget, 1984.

LARGURA, Marília. **Assistência ao parto no Brasil. Aspectos espirituais, psicológicos, biológicos e sociais. Uma análise crítica**. 2ª ed. São Paulo: [s.n.], 2000.

LEBOYER, Frédérick. **Shantala. Massagens para bebês: uma arte tradicional**. Tradução Luiz Roberto Benati e Maria Sílvia Cintra Martins. São Paulo: Ground, 1992.

_____. **Se me contassem o parto**. Tradução de Ivone Castilho Benedetti. São Paulo: Ground, 1998.

_____. **Nascer sorrindo**. Tradução média. São Paulo: Brasiliense, 1999.

LEININGER, Madeleine. **Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade**. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, Florianópolis, 1985. Anais... Florianópolis: UFSC, 1985.

_____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

MACHADO, Emerson de Godoi Cordeiro. **Gestação, parto e maternidade**: uma visão holística. Belo Horizonte: Editora Aurora, 1995.

MELO, Simone et al. **O processo de parir**: uma proposta de implementação do cuidado de enfermagem, baseada na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. 1997. Projeto assistencial de conclusão do Curso de Graduação - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como rito de passagem**: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 1994.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. 2ªed, São Paulo: Savier, 2000.

ODENT, Michel. **Água e sexualidade**. Tradução de Maria de Fátima de Madureira. São José: Editora Saint Germain. 2004.

_____. **A cientificação do amor**. Tradução de Marcos de Noronha e Tália Gevaerd de Souza. Florianópolis: Saint German, 2002.

_____. **O Renascimento do parto**. Tradução de Roland B. Calieros. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

_____. **Gênese do homem ecológico**. Tradução de Alexandre Ribondi. São Paulo: Editora Tao, 1981.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

OMS/ UNICEF. **Declaração conjunta: proteção promoção e apoio do aleitamento materno**. O papel especial dos serviços materno-infantis. Genebra: OMS, 1989.

OSAVA, Ruth Hitomi. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo.

PACIORNIK, Moysés. **Parto de cócoras**: aprenda a viver com os índios. 3ª ed, São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal, 1991.

PRADO, Andréa. **Liberdade no parto**: o verdadeiro parto normal. Disponível em: www.amigasdoparto.com.br. Acesso em 13 de setembro de 2005.

REDE DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO. **Um pouco de nossa história**. Disponível em: <http://www.rehuna.org.br>. Acesso em 17 nov 2005.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 4ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982.

RODRIGUES, Livia Penna Firme. **Dar à luz... renascer**: gravidez e parto. São Paulo: Ágora, 1997.

SANTA CATARINA. Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina. **Legislações sobre o exercício da enfermagem.** Florianópolis: COREn-SC, 2003.

SANTOS, E. K. A. dos. **A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Estado de Santa Catarina: quando e como começou, a situação atual e perspectivas futuras.** In: II Congresso Internacional de Bancos de Leite Humano e IV Congresso Brasileiro de Leite Humano e Aleitamento Materno. 2005, Distrito Federal, Distrito Federal: O Ministério da Saúde, 2005. v. I.

SANTOS, Marcos Leite dos. **Humanização da assistência ao parto e nascimento. Um modelo teórico.** 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SANTOS, Vânia S. C. dos. **Parto vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir.** 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SEBOLD, Ana Paula; CORRÊA, Fabiana. **A enfermagem como facilitadora da aproximação cultural entre a mulher-mãe, recém-nascido e família em alojamento conjunto, fundamentada na teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de Madeleine Leininger.** 2004. Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Prêmio Professor Galba Araújo.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/viewController.jsp?page=45>. Acesso em: 15 ago 2005.

SOUZA, Heloisa Regina. **A arte de nascer em casa: um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SWAMP, Jake. **Palavras de agradecimentos: saudações ao mundo natural.** Tradução de Paola Silveira. Corales: Six Nations Indian Museum, 1993.

TEIXEIRA, Maria de Lourdes da Silva. **A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente.** São Paulo: Ground, 2003.

UFSC, Departamento de Enfermagem. **Manual do aluno do curso de especialização em enfermagem obstétrica.** Florianópolis, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Estamos cientes do trabalho desenvolvido pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Ana Paula Confortin Peter, Iara Simoni Silveira Feyer, Renata Angeloni Búrigo e Talita Sallai, sob orientação da Professora Dra Evanguelia K.A dos Santos, envolvendo a família no processo de nascimento nos ambientes domiciliar e Centro Obstétrico – HU, respeitando nossas crenças e valores. Concordamos em participar e assim contribuir com o trabalho, e também autorizamos a divulgação de nossas entrevistas, através de depoimentos, e de nossas imagens desde que garantidos de confiabilidade e anonimato de nossa identificação, além da livre escolha prévia das imagens fotografadas. Se necessário, concordamos também com a utilização de gravador para melhor armazenamento de informações. Afirmamos ainda termos sido esclarecidos pelas acadêmicas quanto aos objetivos deste trabalho, bem como sua finalidade e que não reivindicaremos qualquer pagamento pelas imagens ou pela entrevista.

Florianópolis, _____ de _____ de 2005.

Assinatura da mulher

Assinatura do familiar/pessoa significante

APÊNDICE 2: Termo de Autorização para uso de Imagem

Estamos cientes do trabalho desenvolvido pelas acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Ana Paula Confortin Peter, Iara Simoni Silveira Feyer, Renata Angeloni Búrigo e Talita Sallai, sob orientação da Professora Dra Evanguelia K.A dos Santos, envolvendo a família no processo de nascimento nos ambientes domiciliar e Centro Obstétrico – HU, respeitando nossas crenças e valores. Autorizamos o uso das imagens ilustradas abaixo para serem utilizadas no trabalho citado.



Florianópolis, _____ de _____ de 2005.

Assinatura da mulher

Assinatura do familiar/pessoa significante

APÊNDICE 3: Instrumento para coleta e registro de dados

Instrumento para coleta de dados adaptados de Minati (1997), Santos (1999), Gregório, Garcia e Costa (1999), Santos (2000) e D'Ávila e Koettker (2000).

1-Conhecendo o contexto

1.1 – Identificação da mulher

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Endereço:

Profissão / Ocupação:

Escolaridade:

Religião:

Gesta Para Aborto

Idade Gestacional:

Data provável do parto:

1.2 – Identificação da pessoa significativa

Nome:

Idade:

Estado Civil:

Endereço:

Profissão / Ocupação:

Escolaridade:

Religião:

Quantos partos já acompanhou?

1.3 – Cuidados na gestação

Fez pré-natal? Onde?

Com quem? Quantas consultas?

Fez consultas com enfermeira obstétrica? Quantas?

Participou de grupo de gestantes?

Você modificou seu estilo de vida / hábitos durante a gestação?

1.4 – Cuidados no pré-parto

Como a mulher se comporta em relação a sua vestimenta?

Como a mulher se relaciona com as pessoas que a cercam (pessoas significativas e profissionais de saúde)?

O que a mulher expressa na linguagem verbal, facial e corporal?

O que a mulher acha dos seguintes aspectos da assistência ao parto:

- Tricotomia:
- Fleet enema:
- Alimentação:
- Posição preferida no período de dilatação:
- Fluidoterapia:
- Indução ou condução do trabalho de parto com ocitocina:
- Dinâmica uterina:
- Monitorização do batimento cardíaco fetal:
- Deambulação:
- Toque:
- Ruídos:
- Espaço físico:
- Dor / Analgesia de parto:
- Episiotomia:
- Número de pessoas que cuidam da mulher
- Distinção dos profissionais que cuidam da mulher

Como a mulher se comporta frente às ações de humanização ao parto?

- Bola:
- Chuveiro:
- Massagem:
- Movimento/repouso:
- Cavalinho:
- Outras

Observar o comportamento das pessoas significativas que presenciam todos os momentos do parto

1.5 – Cuidados no Parto

Como foi o processo de escolha do local do parto?

Qual foi a reação das pessoas significativas frente à sua decisão?

Tipo de parto:

Laceração:

Episiotomia:

Teve alguém de sua escolha que te acompanhou durante o parto? Quem?

Além dessa pessoa, você lembra das pessoas que presenciaram o parto?

Essas pessoas eram significativas para você?

Como foi o seu primeiro contato com o bebê após o nascimento?

Incentivaram a amamentação logo após o nascimento?

Como você percebeu a assistência prestada pelas acadêmicas?

De todas as pessoas que prestaram assistência, você percebeu a presença da enfermeira?

2 – Levantamento dos dados do Recém Nascido

2.1 – Identificação do Recém Nascido

Nome:

Data do nascimento: ____/____/____ Horário:

Sexo: _____ Peso: _____ Estatura: _____ PC:

APGAR 1º e 5º minuto: _____ Idade gestacional pelo método de Capurro:

Classificação:

2.2 – Exame físico do recém-nascido

Sinais vitais:

Atitude:

Crânio:

Faces:

Olhos:

Nariz:

Orelhas:

Boca:

Pescoço:

Tórax:

Abdômen:

Coto umbilical:

Aparelho geniturinário e ânus:

Urinou?

Evacuou?

Membros:

Manobra de Ortolani-Barlow

Dorso e nádegas:

Pele e anexos:

Reflexos	Presente	Ausente
Ciliar		
Sucção		
Perioral (4 pontos cardiais)		
Preensão palmar e plantar		

Babinsk		
Deambulação		
Moro		

3 – Conhecendo o contexto domiciliar

3.1 – Identificação do domicílio

Casa () apartamento () própria(o) () alugada(o) ()

Tipo de construção: alvenaria () madeira () mista ()

Número de peças: _____ Quais?

Possui energia elétrica?

Tem coleta de lixo?

Água encanada?

Rede de esgoto?

Pessoas que moram na casa:

Pessoas que convivem no ambiente domiciliar:

3.2 – Puerpério no domicílio

O que você pensa e como cuida com relação à/ao:

Resguardo/quarentena:

Mamas:

Realização do banho/lavagem dos cabelos:

Alimentação/hidratação:

Episiorrafia/sutura cirúrgica (pontos):

Sexo e métodos contraceptivos no pós-parto:

Outras observações:

Você está utilizando as orientações que recebeu nas consultas pré-natais ou grupo de gestantes?

Quais dificuldades você encontrou ou está encontrando no seu cuidado?

Quais dificuldades você encontrou ou está encontrando no cuidado do recém-nascido?

4 – Avaliação

O que você achou do tipo do parto escolhido?

O que você achou do domicílio como o local escolhido para o parto?

O que você achou da assistência das acadêmicas de enfermagem?

O que você achou da assistência prestada pela enfermeira obstetra?

Como você percebe o uso de máquinas fotográficas e câmera de filmagem durante o trabalho de parto, parto e pós-parto?

O que você achou da visita/acompanhamento da enfermeira e das acadêmicas de enfermagem no pós-parto?

Quantidade de visitas:

Horário das visitas:

Duração das visitas:

A percepção das pessoas/família que convivem com você acerca do parto domiciliar mudou?

APÊNDICE 4: Processo de enfermagem de parto domiciliar

Processo de enfermagem de Andiroba, Flamboiam e Ipê

Andiroba (mãe), 24 anos, católica, 3º grau completo (Jornalista), união estável com Flamboiam (pai) 3º grau completo (publicitário), residentes em Florianópolis. O apartamento em que vivem é próprio, com 3 quartos, 4 banheiros, 3 salas, 2 cozinhas, área de serviço, sacada e piscina, tem energia elétrica, coleta seletiva de lixo e água encanada. Apenas o casal mora no apartamento.

G I P 0 A 0. Idade Gestacional: DUM 41 semanas e 4 dias. Realizou sete consultas de pré-natal em clínica particular e cinco consultas com enfermeira obstetra. Participou do grupo de gestantes do HU-UFSC por indicação de uma amiga que também freqüentava o grupo. Através das consultas de enfermagem, as acadêmicas ficaram sabendo que durante a gestação Andiroba modificou alguns padrões de comportamento do estilo de vida, tais como: trocou a dança contemporânea pela hidroginástica por achar que este tipo de dança é de muito impacto, parou de fumar e de beber socialmente, não sentia vontade de sair de casa durante a noite, então foi adotando comportamento mais caseiro. Usou óleos específicos para o cuidado com o corpo, cuidava mais da alimentação, sem abolir alimentos, porém procurando comer alimentos mais saudáveis. Tinha preocupação em relação ao vestuário durante trabalho de parto e parto. Em virtude das fotos e filmagem, questionou a enfermeira se poderia usar roupa, porque para ela nos partos as mulheres ficavam nuas. A enfermeira explicou que poderia usar roupa e que mesmo nas maternidades é difícil a mulher que fica totalmente despida. A enfermeira disse que confeccionaria uma calça para ser usada durante o período expulsivo para que ela ficasse mais confortável. Andiroba tinha separado um vestido para usar no momento do trabalho de parto, mas não lembrou disso na hora.

A acadêmica Renata foi comunicada pela acadêmica Iara às 01h16min do dia 10 de setembro de 2005 que Andiroba estava em trabalho de parto, e perguntou se a mesma poderia ir à residência de Andiroba acompanhar o parto. Neste momento, a enfermeira já estava na casa de Andiroba, tinha chegado à meia noite. Andiroba estava com 5 cm de dilatação, com o colo fino e centralizado, bolsa íntegra quando a acadêmica Renata entrou em contato com a enfermeira

obstetra que confirmou o franco trabalho de parto. O marido da enfermeira pegou a acadêmica em casa às 02h e ela chegou ao local do parto às 2h15min.

Ao entrar no domicílio a acadêmica notou que o apartamento estava iluminado apenas por dois abajures, o local era extremamente limpo e organizado. Na sala e nas paredes dos quartos havia porta retratos com fotos do casal nos mais diversos lugares que eles haviam visitado, tornando o ambiente aconchegante. As flores naturais também alegravam o apartamento. Quem a recepcionou foi Flamboiam, que estava com um semblante tranqüilo e ao mesmo tempo aparentando cansaço. Depois da acadêmica se apresentar, ele indicou o quarto onde estava Andiroba e a enfermeira obstetra, enquanto ele ajudaria o marido da enfermeira a descarregar o material necessário para o parto. A acadêmica seguiu para o quarto do casal, onde encontrou Andiroba em pé com as mãos apoiadas na cama, enquanto a enfermeira obstetra fazia massagem na região lombo-sacral.

No quarto havia apenas uma luminária acesa e se escutava ao fundo o som da cantora Enya. A acadêmica foi apresentada a Andiroba que expressava face de desconforto em virtude das contrações. Andiroba relatou que estava contente porque os familiares estavam viajando, pois esses não concordavam com a idéia de parto domiciliar. Não se importou com a presença da acadêmica, apesar de ser o primeiro contato entre elas.

No trabalho de parto Andiroba apresentava face serena apenas contraindo-a durante as contrações, verbalizava somente quando necessitava pedir e/ou responder algo e em monossílabos, principalmente para expressar dor. Manteve-se em posição genupeitoral, em quase todo período de dilatação, relatando alívio nesta posição, mudando de posição apenas para realização do toque. O partograma já estava aberto. Às 02h30min Andiroba foi pesada: 78 kg. Às 03:00 horas durante uma contração houve ruptura espontânea de membranas, com líquido amniótico claro e com grumos. Foi realizada nova avaliação da dilatação cervical, indicando 9 cm de dilatação e em plano De Lee – 1, em variedade de posição ODA. BCF: 144/132/142. Mantendo três (3) contrações em dez minutos (DU) com duração de 35'', 35'' e 40''. O monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal representam uma das recomendações da OMS (apud BRASIL, 2001).

Com a ruptura da bolsa das águas foi realizado um ajuste no partograma mudando a previsão do nascimento de 08h30min para 08h do dia 10/09/05. Os batimentos cardíacos fetais mantiveram-se sempre dentro da normalidade variando entre 132 e 144 batimentos cardíacos por

minuto. Manteve um padrão de 3 contrações uterinas a cada dez minutos com duração entre 30' e 45' segundos. Apresentou vários episódios de vômito com restos alimentares, após os 9 cm de dilatação.

Andiroba foi encaminhada ao banho de aspersão terapêutico com o intuito de relaxamento e, desse modo, aumento da dilatação. Também foram realizados banho de imersão em banheira com hidromassagem (apresentou aumento dos intervalos entre as contrações, onde pode descansar e relaxar), foi feito escalda pés (ficou pouco tempo por não se sentir confortável na posição sentada), massagens em região lombar e compressão das cristas ilíacas durante as contrações (relatava grande alívio), pontos de acupressão (permaneceu durante todo trabalho de parto, parto e pós-parto com sementes de mostarda em ponto BP6), massagem terapêutica, utilização de leque para refrescar do calor provocado pelo trabalho de parto, entre outros. A prática de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto são recomendadas pela OMS (apud BRASIL, 2001). Em todos os momentos estava sendo acompanhada e estimulada por Flamboiam.

Às 05h30min Andiroba apresentava dilatação completa (10 cm), plano De Lee 0, puxos espontâneos seguido de evacuação. Foi levada ao banheiro para que realizasse o esvaziamento completo da ampola retal, sendo depois realizada uma higienização da região genital e anal, antes de ser levada ao quarto para o momento do parto. vestiu uma calça comprida de malha de algodão com uma abertura na região genital, que teve como objetivo manter a privacidade para que o parto fosse fotografado e filmado. Para o momento do parto Andiroba ficou na posição de cócoras sustentada por Flamboiam.

Andiroba teve parto natural vertical em posição de cócoras, sem episiotomia, sem laceração perineal ou fissuras na mucosa vaginal. Às 5h56min nasceu Ipê, em apresentação cefálica, desprendimento em variedade de posição em OP (occipito-púbis), vigoroso, com uma circular de cordão que foi desfeita pela cabeça, pequena bossa serosangüinolenta em região occipito-parietal. Não houve necessidade de aspiração (nasal e/ou orofaringe), manteve contato pele a pele imediatamente após o nascimento e permaneceu no colo da mãe. Ali recebeu os primeiros cuidados, sendo secado e permaneceu aquecido.

Após o parto, Andiroba foi levada para cama enquanto aguardava dequitação e a amamentação foi estimulada, com boa pega e sucção. Às 06h16min ocorreu a dequitação em

posição Baudelocque-Schutz. O cordão umbilical foi cortado pelo pai, 22 minutos (06h18min) após o nascimento. A placenta pesou 950 gramas, cordão umbilical medindo 96 cm, com duas artérias e uma veia e inserção paracentral. Após dequitação apresentava útero contraído com uma polpa acima da cicatriz umbilical e lóquios fisiológicos. Às 6h40min Andiroba tinha PA: 120/80 mmHg e P: 80 bpm.

Os cuidados com Ipê iniciaram-se às 06h45min acompanhado pelos pais. Ipê é da raça/cor branca, pesando ao nascer: 4200 gramas, perímetro cefálico medindo 35 cm e estatura 52 cm. Com Apgar de 8 no 1º minuto e 10 no 5º minuto, Capurro Somático de 40 semanas. Recebeu vitamina K (0,1 ml) por via intramuscular em Hochstetter. RN classificado como RN/TERMO/GIG. Evacuiu no momento do parto. Ipê nasceu aparentemente sem nenhuma malformação congênita e cromossômica. Sinais vitais de 140 bpm (FC), 50 mrpm (FR) e 36,8° C (T). Apresentava discreto acavalgamento entre parietais e frontal, bossa serosanguinolenta em região parieto-occipital, cabelos em distribuídos de forma uniforme em todo couro cabeludo, a fontanela bregmática tinha abertura de uma polpa e meia e a lambdóide estava fechada. Pequenos hemangiomas na região entre e sobre sobrancelhas, olhos brilhantes, foto reagentes, hemorragia conjutival em olho direito. Narina pérvia com presença de pequena quantidade de secreção amniótica. Mucosa oral úmida e corada, gengivas serrilhadas, presença de pérolas de Epstein. Ápice auricular em linha média com os olhos. Pescoço livre, com movimentos de rotação e flexão. Clavículas íntegras, mamilos com mais de 0,75 cm de diâmetro, tórax cilíndrico. Abdome normotenso, coto umbilical gelatinoso, apresentando duas artérias e uma veia. Membros livres, simétricos com movimentos de flexão/extensão. Pregas das coxas presentes e simétricas. Meato urinário central, bolsa escrotal apresentando dois testículos. Coluna vertebral alinhada. Nádegas com pregas simétricas, ânus pérvio. Manobra de Ortolani-Barlow negativa. Reflexos ciliar, sucção, perioral, preensão palmar e plantar, Babinsk, deambulação e Moro presentes.

Após o exame físico de Ipê, Andiroba foi para o banho de aspersão acompanhada pela enfermeira obstetra. Enquanto isso Ipê era observado e confortado pelo pai. Ao término do banho de Andiroba, foi a vez de Ipê receber um banho de imersão com água na temperatura de 38°C acompanhado pelos pais. Após o banho, foi amamentado e adormeceu. Ipê mamou em posição vertical, ou seja, em pé, com pega completa da aréola e ótima sucção. Após a amamentação, as mamas de Andiroba foram avaliadas. Apresentava grande quantidade de colostro, rede de Haller

visível, Tubérculos de Montgomery evidenciados. As mamas estavam normotensas e os mamilos íntegros.

Flamboiam vivenciou e participou ativamente de todo o processo, auxiliando e apoiando Andiroba durante o trabalho de parto. Durante o parto deu apoio emocional e sustentou-a fisicamente e no pós-parto esteve ao lado curtindo Ipê junto com Andiroba. Passado esse período Andiroba e Flamboiam receberam orientações sobre cuidados pós-parto e cuidados com o recém-nascido. Flamboiam recebeu informações sobre sinais e sintomas de hipoglicemia, pois Ipê era um bebê GIG. A enfermeira obstetra permaneceu junto à família até às 07h30min e encaminhou-se para outro parto domiciliar que estava acontecendo, enquanto a acadêmica Renata ficou até as 08h10min à disposição do casal para qualquer eventualidade. Antes de sair foi verificada a loquiação que era fisiológica, e a involução uterina encontrando-se o útero a uma polpa acima do nível da cicatriz umbilical.

A primeira visita pós-parto aconteceu no dia 11/09. As acadêmicas Ana Paula, Renata e a enfermeira chegaram no domicílio às 16h. Foram recebidas pela própria Andiroba, que estava com a casa repleta de visitas, notaram que o som das conversas estava relativamente alto e o trânsito das pessoas fazia o apartamento ficar pequeno. Foram até o quarto do casal para a realização dos cuidados. Trouxeram a balança para pesar Ipê e também Andiroba. Peso Ipê: 3850 gramas. Peso Andiroba: 70kg.

Andiroba referiu muita dor nas mamas e estava iniciado um processo de fissura. A enfermeira tinha levado o aparelho de infravermelho. Ela foi orientada para deixar cinco minutos em cada mama, mais ou menos três vezes por dia. Foi feita a aplicação do infravermelho, reforçando a distância entre o aparelho e a pele, que é de aproximadamente cinquenta centímetros, a proteção nos olhos e a importância de passar o leite materno ao redor do mamilo para hidratar e encontrá-lo. O períneo de Andiroba estava com boa aparência, retornando aos contornos e formas da anatomia, sem edema vulvar. O útero estava contraído na altura da cicatriz umbilical e os lóquios fisiológicos.

O banho de Ipê foi preparado e Andiroba deu junto com a enfermeira obstétrica. Os pais Andiroba e Flamboiam olhavam atentamente a forma como Ipê ficava quieto e tranqüilo. Após os cuidados com Ipê, a mãe de Andiroba entrou no quarto e começaram as perguntas. Ela queria saber como seria a recuperação de Andiroba em relação ao parto domiciliar, o que ela poderia comer, se poderia tomar suco de uva (ouviu dizer que causa cólica no bebê) e continuar com o

gelo, pois ela adora gelo. A enfermeira obstetra disse que não existe problema algum. Andiroba continuaria com sua alimentação normalmente, caso ela notasse algo diferente em Ipê, deveria observar para confirmar se existiria alguma relação com a alimentação. A enfermeira explicou que as cólicas no bebê aparecem a partir do décimo dia após o nascimento. A avó de Ipê perguntou se Andiroba poderia andar descalça já que estava no quarto com aquecedor e andava descalça pela casa. A enfermeira obstetra disse que era bom ela calçar um sapato para não pegar friagem, vendo que era uma preocupação da mãe de Andiroba. Após a realização de todos os cuidados e orientações, Ipê foi colocado no carrinho de forma que ele ficasse aconchegado e protegido.

No outro dia, 12/09, as acadêmicas Ana, Renata, Talita e a enfermeira chegaram às 22h na casa de Andiroba, pois estavam fazendo visita pós-parto em outra puérpera. Andiroba apresentava aparência cansada, estava sentindo suas mamas cheias e tensas (engurgitamento mamário) e estava sem entender “este tamanho todo”. O engurgitamento mamário acabava dificultando a amamentação do bebê. As acadêmicas explicaram a Andiroba que por sua mama estar muito cheia, dificultava a pega de Ipê para mamar de maneira correta. Pediram para que a Andiroba sentasse na poltrona do quarto de Ipê, para que Flamboiam pudesse descansar no quarto do casal. As acadêmicas juntamente com a enfermeira realizaram esvaziamento das glândulas mamárias manualmente.

Andiroba relatou que havia feito o infravermelho apenas uma vez. Foi sugerido para que ela aumentasse a quantidade de vezes da aplicação do infravermelho durante o dia.

No dia 13/09/2005 quando as acadêmicas Ana, Iara, Renata, Talita e a enfermeira chegaram na casa de Andiroba, foram preparar o material para dar banho de Ipê. Andiroba mostrou preocupação em relação as hiperemias no corpo de Ipê, principalmente na região do tórax e abdome, foi verificado e certificado que era eritema tóxico. Então foi explicado a situação para os pais. Neste dia, foi feita aplicação de luz com lâmpada de luz branca por dez minutos em Ipê, pela presença de leve icterícia em face e esclerótica (grau um). Não foi realizado banho de sol devido ao tempo chuvoso e nublado que fez naquelas semanas.

Após os cuidados com Ipê e a realização da aplicação de infravermelho nas mamas de Andiroba, foi aproveitado para fazer uma massagem relaxante em Andiroba. Primeiro Andiroba deitou no chão sobre um tapete e cobertor para que Renata e a enfermeira obstetra fizessem uma massagem usando um elástico sob a região pélvica (técnica utilizada e aprendida no Japão pela

enfermeira). Como Ipê começou a chorar as acadêmicas Renata e Ana Paula foram encontrá-lo. Enquanto isso, Talita e a enfermeira obstetra estavam cuidando de Andiroba. Na maca, a enfermeira obstétrica utilizou a técnica também japonesa, chamada de quiropraxia que consistiu em estralar o pescoço de Andiroba. Na posição ventral, no momento que Andiroba expirava, a enfermeira fazia fortes e rápidas compressões nas costas durante a expiração, promovendo relaxamento.

Andiroba pediu-nos para cortar as unhas da mão de Ipê. Quem cortou foi a acadêmica Talita que orientou os pais como deve ser feito. Foram verificados os sinais vitais de Ipê: FC 129 bpm e FR 73 mrpm.

Durante à tarde do dia 14/09 as acadêmicas foram chamadas por Andiroba para realização de esvaziamento da glândula mamária, pois estavam tensas e dolorosas. Ao chegar, Iara, Renata e Talita observaram que as mamas de Andiroba estavam engurgitadas, então prepararam o ambiente para realização do esvaziamento mamário. Esvaziaram as mamas até que elas ficassem normotensas e não apresentassem nenhum ponto de tensão. Após, Ipê foi colocado para mamar. Como Ipê já tinha tomado banho, Andiroba foi orientada sobre o banho de luz para ser realizado na próxima troca de fralda. Foi perguntado se ela precisava de mais alguma coisa. Respondeu que não, mas caso precisasse entraria em contato conosco, principalmente no que se refere ao cuidado com as mamas.

À noite, 20h30min, a acadêmica Ana Paula e a enfermeira obstetra foram até a casa de Andiroba encontrá-la, pois ela estava referindo muitas dores nas mamas. Colocaram Ipê para mamar e depois esvaziaram novamente as mamas. Após a retirada do leite, fizeram uma massagem relaxante, para que Andiroba pudesse dormir tranqüila. Vale ressaltar que a enfermeira obstetra adquiriu conhecimentos orientais durante sua viagem de estudos ao Japão no ano de 2004. Andiroba deitou no chão sobre um tapete e um cobertor, fizeram novamente a técnica com o elástico na região pélvica e ainda aproveitaram para fazer outro exercício, onde Andiroba ficava em decúbito lateral e a enfermeira obstetra ou a acadêmica sentavam sobre seu quadril. Andiroba referia não sentir dor alguma, muito pelo contrário, achava que a proporcionava relaxamento. Após esses exercícios Andiroba agradeceu nossa ida até a sua casa, afirmou estar muito satisfeita, mesmo com o horário, e referiu estar relaxada para dormir.

No dia 15/09 as acadêmicas Iara, Renata e Talita foram até a casa de Andiroba às 14h. Ela pediu auxílio com o banho de Ipê. Quem ajudou Andiroba no banho foi sua irmã e a acadêmica

Iara. Ao fazer a higiene do coto umbilical foi observado pequena quantidade de exsudato em torno do coto e um pouco de mau cheiro. Foi orientado que a limpeza do coto umbilical deve ser feito a cada troca de fralda e não apenas uma vez ao dia. Foi perguntado se ela fez banho de luz no dia anterior. Disse que não, ficou insegura quanto à distância da luz. Então foi realizado o banho de luz em Ipê mostrando para ela a distância ideal. As mamas foram avaliadas e estavam normotensas.

No dia 16/09 as acadêmicas Ana, Renata e a enfermeira foram até o domicílio às 18h e realizaram o esvaziamento das glândulas mamárias. Desta vez Andiroba em decúbito dorsal, com o auxílio de uma maca para que ela ficasse confortável. Questionou neste dia quando poderia ter relação sexual e foi orientada pela enfermeira a esperar pelo menos 15 dias e evitar penetração total.

No dia 18/09 as acadêmicas Ana, Iara e Talita foram até a casa de Andiroba porque ela ligou para a enfermeira obstetra pedindo auxílio no banho de Ipê. Como a enfermeira estava ocupada, a mesma pediu para que as acadêmicas fossem auxiliar Andiroba. Quando as acadêmicas chegaram, Andiroba estava amamentando, então elas foram preparando o banho. Perguntaram como ela se sentia para dar o banho sozinha em Ipê. Sentiram que Andiroba estava mais tranqüila e confiante. Após o banho, dado por ela, as acadêmicas questionaram como foi, ela contou que é melhor dar o banho ao invés de ficar observando. Após os cuidados com Ipê foi perguntado se Andiroba precisava de mais alguma ajuda, ela afirmou que estava tudo bem.

Dia 19/09 a acadêmica Renata e a enfermeira foram à casa de Andiroba para avaliar a região anal em virtude da evolução da hemorróida. Houve melhora do quadro e diminuição da dor ao evacuar. Após isso, Andiroba questionou se Ipê poderia dormir em seu berço, mas tinha preocupação da distância entre os quartos e de não ouvir caso Ipê chorasse, já que não tinha comprado babá eletrônica. Foi sugerido colocar um berço provisório no quarto do casal.

No décimo dia, 21/09, a enfermeira obstetra foi realizar a avaliação do décimo dia. Verificou o peso de Ipê: 4100 kg, estatura: 53,5 cm e PC: 36,5 cm. Andiroba pesou 68 kg.

No dia 22/09 Andiroba entrou em contato com a enfermeira obstetra falando que Ipê estava chorando muito, com cólicas e regurgitamento. Perguntou a possibilidade de alguém ir encontrá-la. Quando as acadêmicas Ana e Renata chegaram, às 9h, Andiroba estava com Ipê deitado sobre seu peito. Comentou que ele tinha se acalmado e dormia bem naquele momento.

As acadêmicas informaram que existem formas para aliviar as cólicas intestinais do bebê, tais como massagem em região abdominal no sentido horário, aplicação de calor local e movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores. Pediu auxílio para dar banho em Ipê. Andiroba relatou que Ipê estava com assadura na região perineal e ela estava passando pomada específica para isso. Após o banho Ipê mamou e dormiu. Andiroba mostrou umas “bolinhas” que estavam aparecendo em suas mamas e que as mesmas causavam prurido em torno da aréola. Foi explicado que poderia estar relacionado ao uso contínuo da concha coletora de leite. A região ficava úmida favorecendo assim a reação alérgica. Foi orientado que o uso da concha coletora não deveria ser contínuo, e caso ela precisasse sair, que utilizasse o absorvente específico para as mamas, ressaltando que o mesmo também não deveria ser usado continuamente, pois também poderia causar reação alérgica e favorecer ao aparecimento de fissuras. Andiroba contou que estava passando pomada de calêndula na região e que já tinha aliviado um pouco. As acadêmicas salientaram que antes das mamadas ela deveria limpar a aréola procurando retirar todos os resíduos da pomada e sugeriram ainda que ela poderia estar passando o próprio leite materno para solucionar o problema.

Planejando, Implementando e Avaliando os Cuidados

Cuidados Mantidos:

Os cuidados relacionados ao uso de vestuário de Andiroba durante trabalho de parto e parto e assadura na região perineal de Ipê e uso de pomada específica foram mantidos, vistos que esses eram congruentes.

Cuidados Acomodados:

Quanto ao cuidado de Andiroba andar descalço no quarto com aquecedor e sair para outros cômodos da casa descalça, verificamos a necessidade de encontrá-lo.

Sobre o uso de infravermelho aplicado nas mamas apenas uma vez ao dia, sugerimos a aplicação de pelo menos duas vezes ao dia para que o tratamento fosse efetivo.

Em relação à preocupação de Andiroba sobre hiperemias no corpo de Ipê, principalmente na região do tórax e abdome, avaliamos e explicamos que se tratava de eritema tóxico e que a involução seria de forma gradual.

Quanto ao cuidado de não realização de banho de luz devido insegurança quanto a distância, mostramos a distância ideal do foco luminoso já que por vários dias o tempo foi chuvoso e nublado.

Sobre como devem ser cortadas as unhas do bebê foi demonstrado e explicado como deve ser realizado.

A preocupação da mãe de Andiroba sobre se ela poderia tomar suco de uva e comer gelo teve de ser acomodada, pois explicamos que a alimentação dela não precisa ser diferente da habitual.

Como Andiroba estava preocupada em não ouvir Ipê chorar se ele ficasse no seu berço, sugerimos que ela colocasse o berço provisoriamente no seu quarto.

O cuidado que Andiroba estava promovendo com suas mamas teve de ser acomodado, pois ela estava passando pomada de própolis. Sugerimos que ela passasse leite materno e, que mesmo assim, se quisesse passar a pomada que limpasse bem o mamilo antes de amamentar.

Cuidados Repadronizados:

Quanto ao cuidado do engurgitamento mamário e endurecimento da aréola, orientamos e demonstramos o esvaziamento da mesma para que a região se tornasse flexível, facilitando a pega adequada para a amamentação.

Observamos pequena quantidade de exsudato em torno do coto umbilical e um discreto odor fétido. Verificamos a necessidade de repadronização e orientamos que a limpeza do coto umbilical deve ser feita a cada troca de fralda e realizado uma boa higiene em torno da inserção do coto à pele.

Observamos insegurança por parte de Andiroba quanto à realização do banho de Ipê, a auxiliamos nos primeiros dias para que ela sentisse segurança.

Andiroba mostrou preocupação quanto à presença de pápulas em torno da aréola, houve necessidade de repadronização e explicamos que poderia estar relacionado ao uso contínuo da concha coletora de leite. A região ficava úmida favorecendo assim a reação alérgica.

Sobre o uso de pomada de calêndula para área da aréola (pápulas), orientamos que pode prejudicar o aleitamento materno.

APÊNDICE 5: Processo de enfermagem de parto hospitalar

Processo de enfermagem de Paineira, Jacarandá e Jequitibá

Paineira tem 34 anos, é administradora, tem uma união estável de 10 anos com Jacarandá, 32 anos, que começou a faculdade de engenharia civil, mas trabalha como representante comercial. Ambos são católicos não praticantes. Nenhum dos dois assistiu partos anteriores, porém já conheciam a sala de cirurgia do Centro Obstétrico do HU.

O casal mora em casa própria, em Ponta das Canas, tendo rede de energia elétrica, água encanada e coleta de lixo. A casa possui 7 cômodos, sendo eles: cozinha, sala, 2 banheiros, 2 quartos e área de serviço. Mora apenas o casal, porque a família de ambos é de Porto Alegre.

Paineira teve um aborto há 2 anos, sendo assim G II P 0 A I. Estava com idade gestacional de 39 semanas e 6 dias pela ultra-sonografia e teve ruptura espontânea de bolsa as 07h30min do dia 24/09.

O pré-natal foi feito com uma médica de Florianópolis, tendo realizado oito consultas em uma clínica e duas em outra, ambas particulares e localizadas na cidade. Não teve nenhuma consulta com enfermeira obstétrica e nem participou de grupo de gestantes, por não ter tempo e por não ter despertado interesse. Ela tinha deixado marcado uma cesárea para o dia 05/10/2005 com sua médica obstetra.

O casal deu entrada no Hospital Universitário (HU) dia 24 de setembro de 2005, às 06 horas, referindo um aumento do número de contrações.

Paineira contou as acadêmicas que não tinha escolhido o HU como local para o parto:

“Na verdade a gente ia fazer no Regional, a cesárea marcada. Quando eu senti as contrações não achei que ia dar nada, então vim aqui porque era mais perto e já tinha sido bem atendida uma outra vez”.

Na realidade Paineira e Jacarandá sempre pensaram que o parto normal seria a melhor opção, mas devido à preocupação médica com pós-datismo, já havia incorporado a idéia de cesariana.

Foram atendidos na triagem e internados com diagnóstico de trabalho de parto. As acadêmicas tomaram ciência do casal durante a passagem de plantão. A enfermeira da noite

relatou que o casal tinha acabado de dar entrada no Centro Obstétrico (CO) e que Paineira estava deitada na cama, referindo dor durante as contrações.

Conforme proposto, as acadêmicas foram até o casal, apresentaram-se, falaram sobre o trabalho e pediram autorização para encontrá-los e para aplicar o processo de enfermagem. O casal concordou e as acadêmicas levaram-nos para conhecer o centro obstétrico – esta é uma norma da maternidade bem como uma prática recomendada pela OMS (1996) que foi avaliada como positiva para o casal, que prontamente escolheu uma das salas para o momento do parto.

De volta ao leito, Paineira relatou que estava sentindo muita dor durante as contrações. Disse ainda que estava achando demorado, e questionou se era normal levar todo este tempo. Neste momento as acadêmicas sugeriram que Paineira levantasse da cama, assumindo uma posição mais vertical, para que ela pudesse experimentar o que seria melhor para ela. A prática de experiências de novas posições também está inserida nas recomendações da OMS (apud BRASIL, 2001) que devem ser estimuladas durante o trabalho parto.

As acadêmicas conversaram um pouco com Jacarandá e explicaram o que é considerado um trabalho de parto saudável e um pouco mais sobre a fisiologia do parto. Explicaram para ele como fazer massagens no dorso de Paineira para lhe aliviar as dores durante as contrações. Outras recomendações da OMS (apud BRASIL, 2001) utilizadas foram fornecer às mulheres e pessoas significantes as informações e explicações que desejarem e realizarem métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.

Paineira relatou que se sentia mais confortável de pé ou na bola, mas depois que experimentou o cavalinho não teve dúvidas que era o lugar que mais preferia. Jacarandá continuava acompanhando-a, mostrando-se sempre agitado e muito ansioso para a chegada de seu primeiro filho.

As acadêmicas se revezavam para fazer-lhe companhia, pois Paineira não gostava de ficar sozinha. Quando, após avaliação do médico de plantão, foi constatado 7 centímetros de dilatação, as acadêmicas propuseram um banho quente. Paineira aceitou prontamente, relatando que sua roupa estava suja e que adoraria tomar um banho. Ela permaneceu 30 minutos no chuveiro, acompanhada por uma acadêmica, pois Jacarandá havia saído para tomar um lanche e ela pediu que alguém ficasse com ela.

Após o banho foi trocada toda sua roupa de cama e camisola. Paineira relatou estar mais confortável. Referiu também que estava sentindo o bebê vir e que sentia vontade de fazer força. As acadêmicas chamaram o médico plantonista que relatou dilatação total, porém disse que ela não estava fazendo força de modo correto. O médico ficou ao lado do casal, junto com uma das acadêmicas, enquanto Paineira, de cócoras,, “aprendia” a fazer força.

Após constatar que ela estava em período expulsivo o médico encaminhou Paineira para a sala de parto número dois, a escolhida pelo casal. O parto aconteceu de cócoras, apesar de Paineira nunca ter pensado nesta posição. O médico fez uma episiotomia médio lateral direita (prática não freqüente na instituição) e o bebê do sexo masculino, nasceu às 17h54min, pesando 3355 gramas, medindo 47,5 centímetros, com perímetro cefálico de 34 centímetros, recebendo Apgar de 9 no 1º e 5º minuto e Capurro somático de 40 semanas, sendo assim a termo e adequado para a idade gestacional.

A dequitação aconteceu 12 minutos após o parto, pelo mecanismo de Baudelocque-Schutz, pesando 705 gramas, cordão umbilical mediu 80 centímetros. O pulso de Paineira era de 80 bpm e sua pressão arterial de 140/110 mmHg.

Jequitibá nasceu sem alterações, apenas com uma pequena bossa serosanguinolenta. Sua freqüência cardíaca era de 126 bpm, a respiratória de 56 mpm e sua temperatura de 37,7°C. Estava ativo, porém sem choro. As acadêmicas prestaram os cuidados com Jequitibá, administraram vitamina K e colírio nos olhos, além do banho, que foi dado em conjunto com Jacarandá. As recomendações da OMS (apud BRASIL, 2001) de prevenção da hemorragia neonatal com o uso da vitamina K e prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina são rotineiras nessa instituição.

Após os cuidados, Jacarandá levou Jequitibá, já vestido, para Paineira, que estava na sala de recuperação. Jequitibá mamou pela primeira vez, já sugando e pegando a região mamilo-areolar adequadamente. Duas horas depois, a nova família foi encaminhada ao Alojamento Conjunto (AC).

No dia seguinte as acadêmicas Talita e Renata foram encontrá-los no Alojamento Conjunto. A avó paterna e uma tia estavam no quarto visitando Jequitibá. Jacarandá nos falou que iria levar as visitas para casa, então pedimos para Paineira para realizar a entrevista semi-estruturada, ela aceitou prontamente, relatando estar feliz com a nossa presença ali.

Planejando, Implementando e Avaliando os Cuidados

Cuidados Mantidos:

Durante o trabalho de parto Paineira não gostava de ficar sozinha, assim durante todo o tempo pelo menos uma das acadêmicas permaneceu com ela.

Cuidados Acomodados:

Jacarandá estava se mostrando ansioso, sem saber se era normal “levar todo esse tempo” durante o trabalho de parto. As acadêmicas conversaram com ele, explicando o que é considerado um trabalho de parto saudável e um pouco mais sobre a fisiologia do parto. Além disso, incentivaram que ele participasse do processo, fazendo massagens em Paineira.

Cuidados Repadronizados:

Paineira e Jacarandá, apesar de pensarem que um parto normal seria o melhor, estavam preparados para uma cesárea. Durante o início do trabalho de parto Paineira estava na cama, referindo muitas dores, então propusemos posições verticais e levamos música para a sala de pré-parto, atitudes apreciadas por Paineira. Além disso, ela jamais tinha pensado na posição de cócoras para ter o bebê. Após o parto ela relatou que foi muito mais fácil nesta posição.

APÊNDICE 6: Contribuição para a enfermagem

Termo de Compromisso	
Enfermeira Obstetra: _____	
Registro no Coren: _____	Telefone: () _____
Nome completo da mulher: _____	
Nome completo da pessoa significativa: _____	
Endereço: _____	
Telefone: () _____	
Antes do Parto	
<p>A enfermeira obstetra se compromete em encontrar-se com a mulher quantas vezes forem necessário, bem como com as pessoas significativas participantes do processo de nascimento que assim desejar, com o objetivo de se tornarem conhecidos, explorar e discutir as prioridades da mulher e/ou da pessoa significativa, tirar dúvidas minimizando medos ou apreensões, e também para planejar a melhor forma de trabalho em conjunto. Será conversado sobre a forma de pagamento. Esse encontro não obriga a mulher a contratar os serviços da enfermeira obstetra.</p>	
<p>A mulher deve disponibilizar para a enfermeira obstetra todos os exames pré-natais realizados a fim de avaliar possíveis riscos para o trabalho de parto.</p>	
<p>A enfermeira obstetra irá se familiarizar com as expectativas de parto da mulher, incluindo suas preferências em relação ao uso de métodos para o alívio da dor, informando ao casal quais são suas opções no manejo da dor e da fadiga, ajudando-o a preparar o plano de parto.</p>	
<p>A enfermeira obstetra e a mulher poderão decidir agendar tantos encontros (consultas de enfermagem pré-natal) quanto necessários, certamente manterão contatos telefônicos sempre que necessário. A mulher deve informar a enfermeira obstetra possíveis sinais de início de trabalho de parto.</p>	

A enfermeira obstetra deverá informar à mulher a sua disponibilidade de acordo com a data provável do parto para encontrá-la no trabalho de parto.

A enfermeira obstetra disponibiliza de materiais e equipamentos caso aconteça alguma eventualidade (pré, trans e pós-parto) e, ainda, disponibiliza de uma pessoa de sua confiança para o transporte da mulher e/ou recém-nascido no caso de emergências, até a chegada ao hospital.

Durante do Parto

A mulher deve entrar em contato com a enfermeira obstetra quando achar que iniciou o trabalho de parto. A enfermeira obstetra poderá responder a perguntas e dar sugestões por telefone, e decidirá se deve encontrá-la imediatamente ou aguardar os acontecimentos.

Geralmente, a enfermeira obstetra necessita de aproximadamente uma hora para chegar ao encontro da mulher, a partir do momento em que ela solicitar. A enfermeira obstetra permanecerá com a mulher desde a hora que for solicitada, no trabalho de parto e durante o parto, procurando sempre assegurar uma experiência segura e satisfatória.

A enfermeira obstetra utilizará seus conhecimentos e sua experiência para oferecer à mulher apoio emocional e físico. Além dos cuidados de enfermagem prestados na assistência ao processo de nascimento, ela pode fazer sugestões quanto à progressão do trabalho de parto, auxiliar com relaxamento, massagens, posições facilitadoras e outras técnicas de conforto para alívio das dores.

Após o Parto

A enfermeira obstetra permanece com a mulher pelo tempo que for necessário após o parto. Acompanha a dequitação completa da placenta, realiza os cuidados com a mãe e com o bebê. A enfermeira obstetra só deixará o local do parto quando tiver certeza que a mulher está restabelecida e não corre risco de complicações pós-parto. Da mesma forma, atende o recém-nascido, fazendo as intervenções necessárias caso haja necessidade, realizando exame físico geral e aplicando colírio anti-séptico e vitamina K, se for o desejo do casal.

Auxilia ainda nos cuidados com a amamentação.

Puerpério

A enfermeira obstetra se compromete a assessorar mulher e família nos primeiros dias após o parto através de visita agendada ou contato telefônico. Nestes primeiros dias, a enfermeira obstetra irá avaliar a evolução da recuperação da mulher, o estabelecimento da amamentação e o peso do RN.

Contratemplos

A enfermeira obstetra fará todo o esforço possível para atender o parto. Todavia, em raras situações, isso pode ser impossível, geralmente devido a um parto muito rápido, ou na ocorrência de dois partos simultâneos. No caso de partos acontecerem simultaneamente, a enfermeira deverá atender a primeira mulher que entrou em trabalho de parto e a segunda deverá ser encaminhada para um centro de referência médica para a avaliação do trabalho de parto ou receber outra enfermeira obstetra que tenha feito contato pré-natal para o controle do trabalho de parto até a chegada da enfermeira contratada. Se a falha em atender o parto for de responsabilidade da enfermeira obstetra, não haverá cobrança por seus serviços, somente de despesas relacionadas às consultas pré-natais.

Pagamento do serviço de Enfermagem Obstétrica

Valor a ser cobrado: _____

Gastos extras com materiais (quando necessário): _____

Forma de pagamento: _____

Florianópolis, _____, de _____, de _____.

Assinam:

Mulher / Pessoa significativa

Enfermeira Obstetra

ANEXOS

ANEXO 1: Prêmio Professor Galba de Araújo

Nascido em 31 de março de 1917, em Sobral, no Estado do Ceará, José Galba de Araújo formou-se em Medicina pela Universidade Federal da Bahia, graduando-se em 1941. Fez pós-graduação em Obstetrícia e Ginecologia na Universidade de Chicago, regressando ao Brasil em 1945. Ilustre médico social, muito cedo se transformou em um dos maiores obstetras de Fortaleza, sendo reconhecido pelo seu trabalho em defesa do parto sem dor. Suas demonstrações técnicas e científicas lhe asseguraram um importante papel na Obstetrícia Nacional. Seu mérito consistiu no aproveitamento dos recursos humanos da comunidade, incentivando o treinamento de parteiras tradicionais, visando a melhoria da qualidade da assistência ao Parto Domiciliar e a identificação da gestante de alto risco.

O Ministério da Saúde, ao instituir o Prêmio Galba de Araújo, criado em 1990, busca reconhecer os esforços desenvolvidos pelos profissionais de saúde nos estabelecimentos públicos e privados que integram a rede SUS, ressaltando as inovações voltadas para a humanização do atendimento à mulher e ao recém-nascido.

Esse prêmio consistirá na entrega de certificado e placa a um estabelecimento em cada uma das cinco regiões do país que se destaque pelo atendimento obstétrico e neonatal humanizados. Cada uma desses 5 estabelecimentos vencedores receberá a quantia de R\$ 30.000,00.

Os estabelecimentos interessados em participar devem:

- Ser integrantes da rede do SUS
- Desenvolver ações para humanização do atendimento ao parto e ao recém-nascido.
- Promover incentivos ao parto normal com alojamento conjunto e aleitamento materno.

São critérios para exclusão:

- A taxa média mensal de cesárea, no período, superior à estabelecida para o hospital;
- A instituição ter recebido o Prêmio Professor Galba Araújo em anos anteriores.

A comissão julgadora observará os seguintes critérios para avaliar os estabelecimentos concorrentes ao prêmio:

1. Qualidade do atendimento (atendimento e práticas obstétricas humanizadas);
2. Inovações visando a humanização do atendimento;
3. Organização Institucional;

4. Satisfação da usuária;
5. Observações do avaliador.

Também contam pontos para as candidatas, a garantia de visita de familiares e amigos, horário flexível para alimentação, disponibilidade de água quente e roupas de tamanho adequado, permissão para uso de roupas pessoais tanto para a mãe quanto para o bebê, privacidade no pré-parto, oferta de líquidos durante o trabalho de parto, além de evitar lavagem intestinal e tricotomia antes do parto.

Fonte: Conselhos Nacionais de Secretários Municipais de Saúde, Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais e Fórum sobre o Prêmio Professor Galba Araújo.

ANEXO 2: 10 Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno

PASSO 1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde.

PASSO 2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.

PASSO 3. Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

PASSO 4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê.

PASSO 5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.

PASSO 6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica.

PASSO 7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mãe e bebê permaneçam juntos - 24 horas por dia.

PASSO 8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda.

PASSO 9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio.

PASSO 10. Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde.

Fonte: Organização Mundial da Saúde / UNICEF.

ANEXO 3: Filosofia da Maternidade do HU

Na Maternidade do HU acredita-se que: em se prestando assistência se ensina.

- É direito de toda mulher - recém nascido - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- A atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento;
- A atenção à saúde da mãe, recém-nascido e família na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- O sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-recém-nascido -família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- A equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher- recém-nascido -família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado, segundo Carter;
- As atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher- recém-nascido -família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- A equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante/ e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- Todo pessoal deve ter qualificação da assistência a que tem direito a mãe-recém-nascido e a família;
- A parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para todas e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;

- O desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
- A mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde

Fonte: Maternidade do HU, Outubro de 1995.

ANEXO 4: Etapas do Trabalho de Parto

“Ainda que o trabalho siga um movimento,
uma aceleração,
que o torna exuberante, conquistador, triunfante,
e que só se compara
ao de uma tempestade,
em que o vento sopra furioso, apaixonado,
também se pode pensar numa sinfonia,
que passa do *andante* ao *allegro*,
allegro que vai ficando furioso,
para terminar, culminar em
maestroso” (LEBOYER, 1998, p. 47).

A vivência do trabalho de parto é diferente para cada mulher. Essa diferença se faz por fatores tais como: idade (maturidade), experiências em partos anteriores, pessoas próximas a ela (acompanhante, família), gravidez desejada (planejada) e a segurança que tem em si mesma. Outro fator fundamental é o ambiente e a assistência ao parto propriamente dita. Esses fatores dirão quão prazeroso, traumático, doloroso, positivo será essa vivência (BRASIL, 2001).

A Organização Mundial da Saúde considera parto normal àquele com início espontâneo, de abaixo risco no início do trabalho de parto e assim permanece ao longo do trabalho de parto e parto, o bebê nasce espontaneamente na posição de vértice, entre 37 e 42 semanas de gestação, e após o parto, mãe e bebê estão em boas condições.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) o diagnóstico do trabalho de parto se dá pela presença das seguintes condições:

Presença de contrações uterinas a intervalos regulares, que vão progressivamente aumentando com o passar do tempo, em termos de frequência e intensidade, e que não diminuem com o repouso da gestante. O padrão contrátil inicial é, geralmente, de uma contração a cada 3-5 minutos e que dura entre 20 e 60 segundos. Apagamento (esvaecimento) e dilatação progressivos do colo uterino (BRASIL, 2001, p 39,40).

É muito importante que se faça um bom exame físico com o objetivo de se evitar erro no diagnóstico. Muitas mulheres procuram instituições de saúde com contrações irregulares, não apresentando alterações cervicais o que seria indicativo de falso trabalho de parto (BRASIL, 2001).

Comparação entre o verdadeiro e falso trabalho de parto (BRÜGGEMANN, 2002, p. 27).

Trabalho de Parto Verdadeiro	Trabalho de Parto Falso
Contrações regulares (intervalo gradativamente	Contração com intervalo irregular (sem

decrecente), duração e intensidade aumentando gradativamente.	diminuição do intervalo). Duração e intensidade sem alteração.
Dilatação e apagamento cervical progressivo.	Não ocorrem alterações cervicais.
Descida progressiva da apresentação.	Não ocorre descida da apresentação.
A gestante refere-se a desconforto ou “dor” localizada nas costas e que irradia para o abdome.	A gestante refere-se a desconforto ou “dor” localizada apenas no abdome.
As contrações não se interrompem com a sedação.	As contrações interrompem-se com a sedação.

Há de se considerar o trabalho de parto parturiente como *síndrome*; os elementos que a compõem não tem, isoladamente, valor absoluto e é, somente, o conjunto deles, fiador de precisão. De forma esquemática podem ser considerados: apagamento do colo, dilatação cervical, bolsa das águas, emissão de mucosidades e contrações uterinas. (REZENDE, 1982, p. 301)

A seguir abordaremos uma seqüência fisiológica dos períodos clínicos do trabalho de parto e parto.

Primeiro período: dilatação cervical

É o período mais longo. Duas alterações ocorrem e sucedem-se durante a dilatação cervical: o esvaecimento e a dilatação propriamente dita. Caracteriza-se esvaecimento pela incorporação do canal cervical do corpo uterino, e a dilatação, pelo afastamento progressivo dos lábios cervicais ao nível do orifício externo. Nas primigestas, a seqüência dessas duas alterações é nítida, enquanto nas multigestas elas se superpõem, ocorrendo prática e simultaneamente (NEME, 2000). Este período é composto por duas fases:

- Fase de latência: é entendida por alguns como de trabalho de parto já instalado, incluindo-a no período de dilatação. A atividade uterina é ainda discreta, mas as modificações cervicais (esvaecimento e dilatação) acentuam-se. Não existe, entretanto, dilatação cervical rápida, como ocorre na fase ativa do trabalho de parto. Estimula-se duração em aproximadamente 8 horas, mas com grandes variedades segundo a paridade e dentro da mesma paridade. Nessa fase de latência, a contratilidade uterina torna-se mais eficaz (em termos de coordenação e intensidade) sem, entretanto, provocar modificações significativas na dilatação cervical e queixa dolorosa. O esvaeciernrnto cervical tende a se completar, sendo pré-requisito para que se proceda a dilatação cervical em nulíparas (NEME, 2000).

- Fase ativa: é composta de três estágios: 1) estágio de aceleração, começa a haver dilatação cervical mais progressiva, podendo ser englobada junto com a fase de latência numa “divisão

preparatória”; 2) estágio de inclinação máxima, no qual ocorre maior velocidade na dilatação, também chamada de “divisão de dilatação”; 3) estágio de desaceleração, coincidente com o final da dilatação. Admite-se duração média dessa fase em torno de 6 horas para primigestas, com velocidade de dilatação de 1,2 cm/h e, em múltiparas, duração de 2,5 a 3 horas com velocidade de dilatação de 1,5 cm/h. O início do estágio ativo não costuma ser determinado com precisão, na prática. Acredita-se iniciar com 4 cm (NEME, 2000).

É nesse período que a enfermagem pode estar promovendo uma gama de técnicas a fim de proporcionar maior conforto à mulher. Técnicas como o uso da bola para facilitar a dilatação ou ainda proporcionar um ambiente agradável, livre de ruídos e de luz forte, podem ser de grande valia para a mulher neste momento.

Segundo período: expulsivo

Inicia-se de regra, quando a dilatação cervical se torna completa (10 cm) e termina com expulsão fetal. A sucessão das contrações uterinas, cada vez mais intensas e freqüentes, com intervalos progressivamente menores, até adquirirem o aspecto de 5 contrações em cada 10 minutos. Sua duração é variável, conforme a paridade materna e outros fatores, tais como volume da apresentação fetal, intensidade da contração uterina, posição materna etc. Há tendência em se admitir duração média de 30 minutos para múltiparas e 60 minutos para primíparas. Durante as contrações uterinas, na fase expulsiva, o ânus ao se distender provoca sensação defecatória e a mulher reage exercendo “puxos” expulsivos, que aumentam a pressão geral interna uterina (NEME, 2000).

A fase expulsiva exige participação materna ativa, sem a qual se prolonga o desprendimento fetal (NEME, 2000).

O período expulsivo clássico inicia-se com a descida da apresentação e, a partir daí, complementam-se os fenômenos mecânicos do parto: rotação interna, desprendimento cefálico, rotação externa e desprendimento do ovóide córmico (BRASIL, 2001, p.77).

A OMS (1996), no seu guia prático de Assistência ao Parto Normal, recomenda que, tanto no primeiro quanto no segundo período, as mulheres devam adotar a posição que melhor lhes agrada, desde que evitem longos períodos em decúbito dorsal. Deve-se estimulá-las a experimentar aquilo que for mais confortável e, para isso, os profissionais necessitam ser treinados no manejo do parto em outras posições além da supina (BRASIL, 2001, p.80).

Terceiro período: dequitação

Esse período é aquele que vai desde o nascimento até a saída da placenta. A placenta, após descolar-se de seu leito uterino, desce, atinge o canal de parto e expulsa-se pela fenda vulvar. Após a expulsão fetal, as contrações uterinas, agora mais intensas e duradouras, reduzem a área de inserção placentária, forçam o deslocamento da placenta e provoca hemorragia local. Quando as margens limítrofes da placenta não estão descoladas, o sangue resultante da rotura dos vasos locais acumula-se e constitui-se o chamado hematoma retroplacentário, que por sua vez contribui para finalizar o descolamento da placenta (NEME, 2000).

Há duas possibilidades: a) deslocamento periférico ou marginal chamado de Duncan (menos freqüente - 25% - e com hemorragia prévia ou descolamento total); aqui o sangue se exterioriza antes da placenta que, por deslizamento, se apresenta, ao colo, pela borda ou pela face materna; e b) descolamento central chamado de Baldeoque-Schultze (mais freqüente - 75% - e com hematoma retroplacentário). Nesse caso o hematoma retroplacentário inicia-se no centro da inserção e fica prisioneiro da massa placentária, a explicar sua saída ulterior (NEME, 2000).

À saída da placenta segue-se conjuntamente a saída das membranas ovulares, que se destacam, em parte, devido à redução da dimensão uterina e, em partes, pela tração exercida pela placenta durante sua descida (NEME, 2000).

Após a expulsão é realizada uma verificação minuciosa da placenta, cordão umbilical e membranas para verificar a integridade de cada um e, certificar-se que não ficou restos placentários ou membranas dentro da cavidade uterina, evitando, desse modo, hemorragia. A hemorragia durante ou após essa separação e restos placentários são os principais riscos maternos nesse estágio. (BRASIL, 2001).

Este é um período onde a mulher e o recém-nascido podem ter seu primeiro contato pele a pele, quando o bebê é posto para mamar, já nos primeiros minutos após o parto, favorecendo o início do vínculo afetivo.

Quarto período: Greenberg

É o período de pós-parto imediato. Não há consenso quanto a sua duração. Inicia-se após a dequitação e estende-se até uma ou duas horas após o parto. (BRASIL, 2001).

A saída da placenta provoca redistribuição volêmica, não havendo mais desvio do sangue para esse órgão. O esvaziamento uterino reduz a compressão exercida sobre vasos pélvicos,

auxiliando o retorno venoso dos membros inferiores. Isso acarreta maior oferta volêmica sanguínea à circulação materna, em aumento do débito cardíaco (NEME, 2000).

No útero ocorrerão modificações funcionais e anatômicas, fundamentalmente no controle da hemorragia pós-parto. A rápida redução do tamanho uterino provoca o acotovelamento vascular das artérias uterinas e ovarianas, reduzindo sua pressão de perfusão (NEME, 2000).

O quarto período tem fases típicas a caracteriza-lo: miotamponagem (imediatamente após a expulsão da placenta o útero se contrai e é palpável num ponto intermediário entre o púbis e o umbigo. A retração inicial determina a laqueadura viva dos vasos uterinos, constituindo a primeira linha de defesa contra a hemorragia); trombotamponagem (é a formação de trombos nos grandes vasos uteroplacentários constituindo hematoma intra-uterino que recobre, de modo contínuo ou descontínuo, a ferida aberta no sítio placentário. Esses trombos são aderentes, pois os coágulos se continuam com os trombos dos grandes vasos sanguíneos uteroplacentários. Os coágulos enchem a cavidade uterina, à medida que o útero gradualmente se relaxa e atinge, ao fim de uma hora, o nível do umbigo. Tal é a segunda linha de defesa contra hemorragia, quando o estágio de contração fixa o útero ainda não foi alcançado. A contração do miométrio e a pressão do trombo determinam um estado de “equilíbrio miotrombótico”); indiferença mio-uterina (o útero se torna “apático” e do ponto de vista contrátil apresenta fases de contração e de relaxamento, com o perigo de encher-se progressivamente de sangue. Quanto maior a paridade e mais prolongados tiverem sido os três primeiros estágios da parturição, tanto mais longo tende a ser o tempo de indiferença mio-uterina. O mesmo ocorreria após partos excessivamente rápidos, polidrâmnia, prenhez múltipla e feto macrossômico, pela excessiva distensão do útero.) e contração uterina fixa (normalmente, após uma hora, o útero adquire maior tono e assim se mantém) (REZENDE, 1982).

Para Ministério da Saúde (BRASIL, 2001, p168) “é período de risco materno, com possibilidade de grandes hemorragias, principalmente por atonia uterina”. Nessa etapa a pressão arterial e o pulso são verificados a cada 15 minutos. Deverá ser realizado, também, controle da involução uterina e do sangramento.

A transferência da mãe e bebê para alojamento conjunto só é feita após o término do período de Greenberg.

ANEXO 5: Certificados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **Ana Paula C. Peter**, participou da 5ª SEPEX (5ª Semana de Ensino, Pesquisa e extensão da UFSC), no estande do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC, participando das atividades de “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém Nascido”, de 14/09 a 17/09/2005, totalizando **11 horas**.

Florianópolis, 10 de outubro de 2005

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'V. Regina Petters Gregório'.

Vitória Regina Petters Gregório

Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **Iara Simone Silveira Feyer**, participou da 5ª SEPEX (5ª Semana de Ensino, Pesquisa e extensão da UFSC), no estande do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC, participando das atividades de “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém Nascido”, de 14/09 a 17/09/2005, totalizando **07 horas**.

Florianópolis, 10 de outubro de 2005

Vitória Regina Petters Gregório
Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **Renata A. Búriço**, participou da 5ª SEPEX (5ª Semana de Ensino, Pesquisa e extensão da UFSC), no estande do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC, participando das atividades de “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém Nascido”, de 14/09 a 17/09/2005, totalizando **12horas**.

Florianópolis, 10 de outubro de 2005

Vitória Regina Petters Gregório
Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nfr@nfr.ufsc.br



DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **Talita Salai**, participou da 5ª SEPEX (5ª Semana de Ensino, Pesquisa e extensão da UFSC), no estande do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica da UFSC, participando das atividades de “Orientações e Simulação do Parto Normal e Cuidados com o Recém Nascido”, de 14/09 a 17/09/2005, totalizando **08horas**.

Florianópolis, 10 de outubro de 2005

Vitória Regina Petters Gregório
Coordenadora do Curso de Especialização de Enfermagem Obstétrica



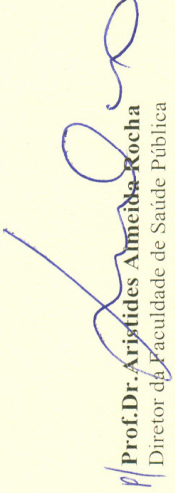
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

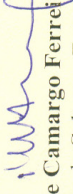


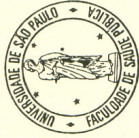
CERTIFICADO

Certificamos que **ANA PAULA CONFORTIN PETER** compareceu ao "I Encontro das Casas de Parto da Cidade de São Paulo. O lugar do parto: dentro e fora do hospital", com participação do Fórum Permanente de Casas de Parto/Centro de Parto Normal (Integrado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Escola de Enfermagem da USP, Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiras Obstetras, REHUNA, Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, Associação Comunitária Monte Azul, Casa de Saúde Santa Marcelina e Amparo Maternal), no período de 29 a 30 de setembro de 2005 (16 horas).

São Paulo, 30 de setembro de 2005.


Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha
Diretor da Faculdade de Saúde Pública


Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno
Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária



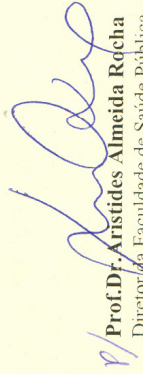
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

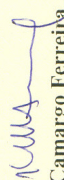


CERTIFICADO

Certificamos que **IARA SIMONE SILVEIRA FEYER** compareceu ao "I Encontro das Casas de Parto da Cidade de São Paulo. O lugar do parto: dentro e fora do hospital", com participação do Fórum Permanente de Casas de Parto/Centro de Parto Normal (Integrado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Escola de Enfermagem da USP, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras, REHUNA, Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, Associação Comunitária Monte Azul, Casa de Saúde Santa Marcelina e Amparo Maternal), no período de 29 a 30 de setembro de 2005 (16 horas).

São Paulo, 30 de setembro de 2005.


Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha
Diretor da Faculdade de Saúde Pública


Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno
Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária



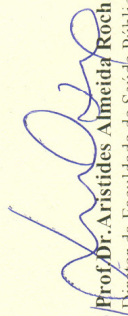
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

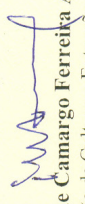
COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

CERTIFICADO

Certificamos que **RENATA ANGELIONI BERIGO** compareceu ao "I Encontro das Casas de Parto da Cidade de São Paulo. O lugar do parto: dentro e fora do hospital", com participação do Fórum Permanente de Casas de Parto/Centro de Parto Normal (Integrado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Escola de Enfermagem da USP, Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiras Obstetras, REHUNA, Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, Associação Comunitária Monte Azul, Casa de Saúde Santa Marcelina e Amparo Maternal), no período de 29 a 30 de setembro de 2005 (16 horas).

São Paulo, 30 de setembro de 2005.


Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha
Diretor da Faculdade de Saúde Pública


Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno
Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária



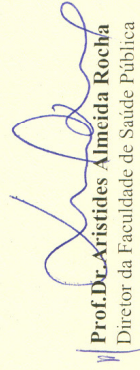
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
COMISSÃO DE CULTURA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

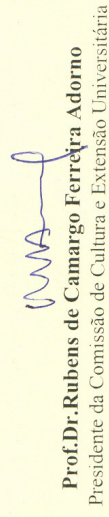
USP

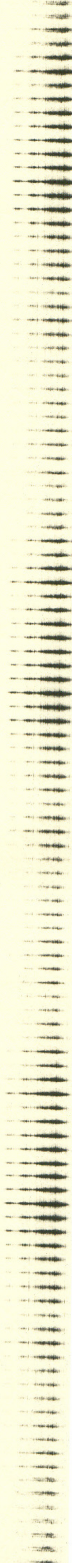
CERTIFICADO

Certificamos que **TALITA SALLAI** compareceu ao "I Encontro das Casas de Parto da Cidade de São Paulo. O lugar do parto: dentro e fora do hospital", com participação do Fórum Permanente de Casas de Parto/Centro de Parto Normal (Integrado pela Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho Estadual de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, Escola de Enfermagem da USP, Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstetras, REHUNA, Coletivo Feminista de Sexualidade e Saúde, Associação Comunitária Monte Azul, Casa de Saúde Santa Marcelina e Amparo Maternal), no período de 29 a 30 de setembro de 2005 (16 horas).

São Paulo, 30 de setembro de 2005.


Prof. Dr. Aristides Almeida Rocha
Diretor da Faculdade de Saúde Pública


Prof. Dr. Rubens de Camargo Ferreira Adorno
Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária





SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - FONE-FAX (48) 234-4069

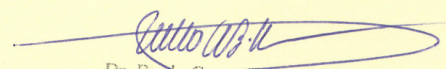
CERTIFICADO

Certificamos que ANA PAULA CONFORTIN PETER
participou da palestra **"HUMANIZANDO O PROCESSO DO
NASCIMENTO: NOVAS PERSPECTIVAS"**, proferida pela Dr^a Daphne
Rattner, representante do Ministério da Saúde, realizada no dia 24 de
Outubro de 2005 carga horária de 2 horas.

Florianópolis, 24 de outubro de 2005.


Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do GIAM - HU
CRM 5326

Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do Grupo Interdisciplinar
de Assessoria à Maternidade


Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br
Presidente do Centro de Estudos - H2/UFSC

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

CES/HU

Reg. n.º 030

Livro n.º 006

Fla. n.º 108


Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - FONE-FAX (48) 234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que *Iara Simoni Silveira Feyer*
participou da palestra "HUMANIZANDO O PROCESSO DO
NASCIMENTO: NOVAS PERSPECTIVAS", proferida pela Dr^a Daphne
Rattner, representante do Ministério da Saúde, realizada no dia 24 de
Outubro de 2005 carga horária de 2 horas.

Florianópolis, 24 de outubro de 2005.

[Assinatura]
Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do GIAM - HU
CRM 5326

Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do Grupo Interdisciplinar
de Assessoria à Maternidade

[Assinatura]
Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br
Presidente do Centro de Estudos

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
CES/HU

Reg. n.º 025

Livro n.º 006

Fls. n.º 108

[Assinatura]
Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - FONE-FAX (48) 234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que *Renata Angeloni Búrigo* participou da palestra **"HUMANIZANDO O PROCESSO DO NASCIMENTO: NOVAS PERSPECTIVAS"**, proferida pela Dr^a Daphne Rattner, representante do Ministério da Saúde, realizada no dia 24 de Outubro de 2005 carga horária de 2 horas.

Florianópolis, 24 de outubro de 2005.

Sérgio Murilo Steffens
Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do GIAM - HU
CRM 5326

Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do Grupo Interdisciplinar
de Assessoria à Maternidade

Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br
Presidente do Centro de Estudos - MUVUSC

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

CES/HU

Reg. n.º 033

Livro n.º 006

Fls. n.º 108

pcen
Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE - CAIXA POSTAL 476
CEP 88.040-900 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
TELEFONE: (48) 331-9000 - FONE-FAX (48) 234-4069

CERTIFICADO

Certificamos que *Talita Sallai*
participou da palestra **"HUMANIZANDO O PROCESSO DO
NASCIMENTO: NOVAS PERSPECTIVAS"**, proferida pela Dr^a Daphne
Rattner, representante do Ministério da Saúde, realizada no dia 24 de
Outubro de 2005 carga horária de 2 horas.

Florianópolis, 24 de outubro de 2005.

Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do GIAM - HU
CRM 5326

Dr. Sérgio Murilo Steffens
Coordenador do Grupo Interdisciplinar
de Assessoria à Maternidade

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Professor de Neurologia - www.neurologia.ufsc.br
Presidente do Centro de Estudos - HU/UFSC

Dr. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

CES/HU

Reg. n.º 034

Livro n.º 006

Fla. n.º 108

PCB
Visto

Fotos da banca, das supervisoras e acadêmicas



Prof. Marisa, Enf. Vânia, Ana Paula, Renata, Prof. Evanguelia, Talita e Iara.



Renata, Ana Paula, Enf. Eli, Iara, Enf. Vânia e Talita.