

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

**O RESGATE DO PARTO NORMAL:
AS CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA APROPRIADA**

AUTORA: SUELI A. CASTILHO

Dissertação de Mestrado apresentado ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

ORIENTADORA: DR^a DENISE PIRES

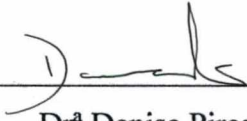
FLORIANÓPOLIS, 2000

SUELI A. CASTILHO

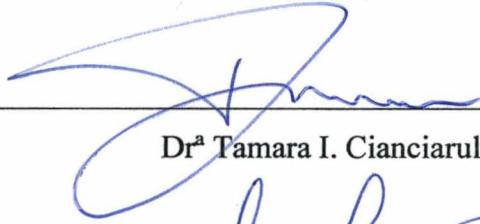
O RESGATE DO PARTO NORMAL:
AS CONTRIBUIÇÕES DE UMA TECNOLOGIA APROPRIADA

Dissertação aprovada como requisito para obtenção do grau de Mestre em
Assistência de Enfermagem no Curso de Pós-Graduação de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.


BANCA EXAMINADORA



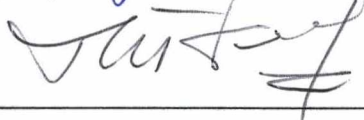
Dr^a Denise Pires (Orientadora)



Dr^a Tamara I. Cianciarullo



Dr^a Maria Itayra Coelho de Souza Padilha



Dd^a Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Dr^a Maria Teresa Leopardi (Suplente)

FLORIANÓPOLIS, 21 DE JUNHO DE 2000

Em um país onde o exercício da obstetrícia é predominantemente baseado na hospitalização e medicalização do parto, dedico este estudo às enfermeiras obstetras que estão criando uma nova expressão do saber feminino, auxiliando as mulheres a recuperar sua autonomia no processo de parturição, possibilitando a vivência deste momento, tão rico e cheio de significado, em uma atmosfera íntima e cordial.

AGRADECIMENTOS

A **Denise Pires**, pela orientação segura e confiante.

A **Paulo de Oliveira Perna**, pelo incentivo.

A **Daphene Rattner, Maria Luiza Gonzales Riesco, Maria Alice Tsunechiro, e Sonia Ioyama Venâncio** pela hospitalidade.

A **Ruth Hitomi Osava** pela contribuição numa etapa decisiva deste trabalho.

A **Moacir Faes** pela disponibilidade e paciência.

A **Simone de Oliveira Casimiro** pelo auxílio com a bibliografia.

A **Direção e às Colegas da Maternidade Darcy Vargas** por facilitar a minha liberação, favorecendo o meu estudo e pela possibilidade de desenvolver a Prática Assistencial na instituição.

A **Maria Luiza Varone** pelo apoio constante nesta caminhada de dois anos.

As **mulheres** deste estudo, que foram fundamentais para realização desta pesquisa.

RESUMO

A finalidade deste estudo foi verificar se a aplicação, por enfermeiras obstetras, dos preceitos que constituem a "Tecnologia Apropriada" para o nascimento e parto contribui para que o parto aproxime-se de um processo mais natural e saudável, devolvendo à mulher a sua confiança em dar a luz. Essa tecnologia elaborada pela OMS é um modelo de atenção que vê a mulher como sujeito de suas ações, que tenta resgatar o feminino no parto, que é sensível à participação familiar no processo e considera outros valores que não só o saber médico. Recomenda a abolição do uso de rotina da episiotomia, da indução do parto, desaconselha firmemente a posição horizontal no trabalho de parto e no parto, os enemas, as tricotomias e amniotomia, entre outras recomendações. O estudo teve como objetivo identificar com parturientes que tiveram experiências anteriores de partos, a sua percepção sobre o parto realizado por enfermeiras obstetras que utilizam a tecnologia apropriada e identificar qual a percepção das enfermeiras obstetras que prestam essa assistência, sobre a contribuição da tecnologia apropriada para o resgate do parto normal. Foi utilizado o método qualitativo para analisar a opinião das parturientes e das enfermeiras obstetras através de entrevistas. Foram entrevistadas 17 mulheres que tiveram seus filhos em uma instituição especial, que utiliza a tecnologia apropriada para o nascimento e parto baseada nos preceitos da OMS, a qual é aplicada por enfermeiras obstetras, também foram entrevistadas 3 enfermeiras obstetras que prestam esta assistência. A análise dos dados foi feita com base na técnica de "análise de conteúdo" identificando nas falas das entrevistadas os aspectos benéficos e os prejudiciais na assistência ao parto recebida na instituição estudada e na assistência tradicional. Os resultados mostram que a tecnologia apropriada para o nascimento e parto, humaniza a assistência, contribui para a desvinculação do parto de um processo patológico, defendendo sua condição de fisiológico; que o mesmo pode ser bem sucedido sem as rotinas hospitalares vigentes no modelo hegemônico de assistência ao parto no Brasil, baseado na hospitalização e medicalização. Todas as entrevistadas informaram que sentiram-se muito bem assistidas com a tecnologia apropriada e conseguiram perceber como as rotinas e intervenções obstétricas impostas pela hospitalização e medicalização interferem negativamente na humanização do parto. As enfermeiras apontam que estão prestando assistência que sempre gostariam de ter prestado. Sentem-se mais próximas das mulheres e vêem esta assistência menos intervencionista, valorizam uma postura expectante, de estar ao lado, criando vínculos. Profissionalmente propicia acúmulo de conhecimentos, uma prática crítica em relação à prática exercida anteriormente.

ABSTRACT

The Rescue of Normal Birth: The Contributions of an Appropriate Technology

The purpose of this study was to verify if the utilization by obstetric nurses of the rules that constitute the "Appropriate Technology" for birth and delivery contributes for the delivery to become a more natural and healthier process, returning to women their trust in giving birth. This technology elaborated by the WHO is an attention model that sees the woman as the subject of its actions, that tries to rescue the feminine in delivery, that is sensible to the participation of the family in the process and considers other values besides the medical knowledge. It recommends the abolition of the routine use of episiotomy, of delivery induction, firmly advises against the horizontal position during labour and delivery, against enemas, against pubic shaving and amniotomy, among other recommendations. The study had the objective of identifying with labouring women that had had previous childbirth experiences, their perception of the deliveries performed by obstetric nurses that used the appropriate technology and also, of identifying what was the perception of the obstetric nurses that provided this assistance, about the contribution of the appropriate technology for the rescue of the normal birth. Through interviews, the qualitative method was used to analyze the labouring women's and the obstetric nurses' opinions. Seventeen women were interviewed, who had their children in a special institution that uses the appropriate technology for birth and delivery based on the rules of the WHO, which is applied by obstetric nurses; 3 obstetric nurses that give this assistance were also interviewed. The analysis of the data was done based on the "content analysis" technique, identifying in the speaking of the interviewed persons the beneficial and negative aspects of delivery assistance in the studied institution and in traditional assistance. The results show that the appropriate technology for birth and delivery, humanizes the assistance, contributes for the separation of delivery from pathologic processes, defending its physiological condition; that the same can be successful without the hospital routines in force in the hegemonic model of delivery assistance in Brazil, based on hospitalization and medical treatment. All the interviewed persons informed that they felt very well assisted with the appropriate technology and that they were able to perceive how the obstetric routines and interventions imposed by hospitalization and medical treatment interfere negatively in the delivery humanization. The nurses pointed out that they are giving the assistance they always wanted to give. They feel closer to the women and see this assistance as less interventionist; they value a spectator posture, of being close, creating links. Professionally, it provides the accumulation of knowledge, a critical approach practice in relation to the practice previously performed.

A INSPIRAÇÃO:
Os Arquétipos Feminino Inspirado na Mitologia Grega, Construído por
Jean Shinoda Bolen.

Escolhi para ilustrar meu trabalho as sete deusas gregas por ser ele todo construído no feminino. Gerar, parir e cuidar que têm relação com os arquétipos e estereótipos femininos. Segundo a psicanalista Jean Shinoda Bolen, as mulheres são influenciadas por forças interiores, que podem ser personificados pelas deusas que modelam o comportamento e influenciam as emoções. As imagens das deusas mitológicas simbolizam os arquétipos femininos que enriquecem e ampliam a nossa consciência. Elas refletem diferentes aspectos de nós mesmas, e o conhecimento dos arquétipos permite à mulher compreender e desvendar seus próprios sentimentos e recuperar a sua identidade.

Cada mulher está entre dois campos de influência - intimamente pelo arquétipo divino e exteriormente pelos estereótipos culturais. É preciso ter a perspectiva feminista e compreender como as forças exteriores (papéis com os quais a sociedade espera que as mulheres se conformem) reforçam alguns poderes de deusa e refreiam outros (Bolen, 1990).

Quando a mulher sabe quais “deusas” são as forças dominantes no seu íntimo, ela adquire autoconhecimento. Por conhecer essas forças que a influenciam, ela obtém poder e pode discernir quais padrões influenciam suas escolhas.

Bolen (1990), descreve as sete deusas Gregas e as agrupa em: três deusas virgens, três deusas vulneráveis e a deusa alquímica.

As **três deusas virgens** da mitologia Grega são: **Ártemis**, deusa da caça e da lua, **Atenas**, deusa da sabedoria e das artes e **Héstia**, deusa da lareira e do templo. Essas três deusas personificam os aspectos independentes e ativos da psicologia das mulheres. Todas as três representam nas mulheres impulsos interiores para desenvolverem talentos, perseguirem interesses, resolverem problemas, competirem com outras, expressarem-se articuladamente com palavras ou formas artísticas, colocarem seu ambiente em ordem ou levarem vida contemplativa.

As **três deusas vulneráveis** são: **Hera**, deusa do casamento, **Deméter**, deusa mãe e **Perséfone**, conhecida com Coré ou jovem, a rainha do inferno. Elas simbolizam os arquétipos que representam os papéis tradicionais das mulheres: esposa, mãe e filha. As três deusas foram estupradas, raptadas, dominadas ou humilhadas pelos deuses. Cada uma sofreu quando uma ligação foi rompida ou desonrada, cada uma experimentou a impotência e cada uma reagiu a seu modo – Hera com raiva e ciúme, Deméter e Perséfone com depressão. Elas são orientadas para os relacionamentos cujas identidades e bem-estar dependem de um relacionamento significativo.

A **deusa alquímica** é **Afrodite**, deusa do amor e da beleza. Alquímica é uma designação apropriada para o processo extraordinário ou poder de transformação que ela sozinha teve na mitologia grega. Afrodite foi uma presença impressionante que motivou os mortais ou divindades (com exceção das três deusas virgens), a se apaixonarem e conceberem novas vidas. Embora tenha algumas características em comum com as deusas virgens e com as vulneráveis, ela não pertence a nenhum grupo. Afrodite ainda que fosse como Ártemis, Atenas e Héstia, fazendo o que lhe agradava, e também como Hera, Deméter e Perséfone, ligadas com as divindades masculinas e/ou tendo filhos, nunca foi vitimada e não sofreu.

As deusas juntas compõem as qualidades humanas, não havendo nenhum indicativo que devamos nos limitar a uma deusa ou a diversas, mas que cada mulher possa vivenciar os diferentes aspectos das deusas em sua vida e não permanecer dominada pelo arquétipo de uma única deusa nem ser obrigada a viver todas, mas que descubra seu próprio mito, construa sua própria história e privilegie sua escolha interior.

LISTA DE SÍMBOLOS

3.1 – Quadro sinótico das principais características dos paradigmas mencionados.....	38
3.2 - Duração do trabalho de parto na Casa de Parto.....	39
3.3 – Padrão de atendimento da Casa de Parto.....	39
6.1 – Quadro 1 – Idade das mulheres entrevistadas.....	62
6.2 – Quadro 2 – Paridade das mulheres entrevistadas.....	63
6.3 – Quadro 3 – Escolaridade das mulheres entrevistadas.....	63
6.4 – Quadro 4 – Renda familiar das mulheres entrevistadas.....	64

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Deméter – deusa mãe – pintura de Daniel Seyter – Palácio Real, Turim.....	Capa
Ártemis – deusa da caça e da lua – pintura da Escola de Fontainebleau – Louvre, Paris....	07
Atenas – deusa da sabedoria e da arte – pintura de Botticelli – Galleria degli Uffizi, Florença.....	09
Héstia - deusa da lareira e do templo – escultura de Ignazio e Filippo Collino – Academia Albertina, Turim.....	11
Hera – a esposa – pintura de Andrea Appiani - Galeria Tosio – Martinengo, Brescia.....	45
Deméter – a mãe – pintura de Pietro da Cortona – Palácio Pitti, Florença.....	52
Perséfone – a filha – pintura de Niccolo Dell’Abbate – Louvre, Paris.....	60
Afrodite – deusa do amor – pintura de Botticelli – Galleria degli Uffizi, Florença.....	90

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
1. O PROBLEMA DA PESQUISA	08
2. OBJETIVOS	10
3.REVISÃO DA LITERATURA.....	12
3.1 Uma breve Reconstituição Histórica do Surgimento da Obstetrícia e da Formação Hegemônica do Saber Médico.....	12
3.2 A Obstetrícia no Brasil.....	14
3.3 O Parto na Posição dorsal e suas Implicações Fisiológica e Cultural.....	16
3.4 Teoria de Gênero e o Desenvolvimento Psicossocial.....	18
3.5 A Medicalização do Nascimento.....	20
3.6 A Cesárea como Tecnologia para o Nascimento.....	23
3.7 As Políticas de Saúde e suas Influências para a Saúde Feminina.....	28
3.8 Assistência ao Parto dada por Enfermeira Obstetra.....	35
3.9 Tecnologia Apropriada para Assistir o Parto e o Nascimento.....	41
4 MARCO TEÓRICO.....	46
5 METODOLOGIA.....	53
5.1 Universo da Pesquisa.....	53
5.2 O Local de Estudo.....	54
5.3 Coleta de Dados.....	55

5.4 Análise e Interpretação dos Dados.....	57
6 AS CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA APROPRIADA - OS RESULTADOS DA PESQUISA.....	61
6.1 Caracterização do Grupo Estudado.....	61
6.2 A Opinião das Mulheres Assistidas por Enfermeiras Obstetras que Utilizam a Tecnologia Apropriada.....	65
6.3 A Opinião das Enfermeiras sobre a Assistência Prestada ao Nascimento e Parto Utilizando a Tecnologia Apropriada.....	84
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	95
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Atualmente, tem sido motivo de preocupação de alguns estudiosos o rumo que a obstetrícia seguiu no Brasil, centrada nas intervenções técnicas, e na medicalização do parto¹ com taxas cada vez maiores de cesariana. Esta situação tem influenciado, negativamente, nos índices de morbimortalidade materna e neonatal; tem gerado altos custos hospitalares e a desumanização da assistência (Faúndes, Pinotti, Cecatti, 1985). Destaca-se, ainda, o grande interesse da mulher brasileira de vivenciar o parto pela via cirúrgica, com perda de autonomia, deixando de vivenciar um momento tão importante e singular de sua vida, quando é a protagonista, para se submeter às regras impostas pela medicalização e hospitalização, e ao mesmo tempo, tendo seu filho sozinha sem a presença fundamental da família.

O medo paralisante da dor e da perda do controle de suas sensações dificulta a confiança da mulher nela mesma e na expressão do seu corpo, que está biologicamente apto para parir. Se a mulher acreditar que pode vencer este medo, é possível viver este potencial biológico de uma maneira mais saudável, mais humana. O parto pode representar uma experiência de prazer e não de trauma. Vencer esta etapa de vida gera grande força interior e um amadurecimento para um novo papel: o de ser mãe.

A experiência de prestar assistência psicoprofilática às mulheres provocou-me questionamentos muito particulares. Por que um número grande de mulheres estariam realizando parto cirúrgico, deixando de viver esta experiência tão rica, tão cheia de significados, que é o parto normal, deixando de serem as protagonistas para serem meras coadjuvantes num processo cirúrgico?

¹ A medicalização transformou um episódio natural em um evento monitorado por profissionais de saúde, realizado em instituições e com uma tecnologia rígida e de intervenção sobre o corpo da mulher e do bebê.

Que fatores estariam concretamente interferindo na “decisão” das mulheres que me procuravam para vivenciar, teoricamente um parto normal? Por que o meu trabalho não estava tendo os resultados esperados? Onde estariam os “nós” da questão? No meu trabalho? No sistema médico hospitalar? Na cultura vigente? Na mercantilização da medicina? Na influência do profissional médico? Na valorização extrema da tecnologia?

A minha experiência também mostrou que existe uma grande incidência de partos cesáreos e que este é o método de escolha de muitas mulheres. Chiaravallotu e Goldenberg, em trabalho publicado em 1998, ao estudarem a preferência das mulheres em relação à forma de viver o processo de parturição encontraram que 41% das mulheres entrevistadas solicitaram a cesárea como via de parto.

A cesárea representa risco de morte materna de duas a onze vezes maiores do que o parto vaginal, além de maiores riscos de infecção, embolia, hemorragia e acidentes anestésicos. A morbidade materna é cinco a dez vezes maior que no parto vaginal. A cesárea apresenta ainda complicações como placenta prévia, duas vezes mais freqüente em gestantes com antecedente de cesárea anterior e acretismo placentário em diferentes graus. Quanto ao recém-nascido, há maior risco de prematuridade iatrogênica, desconforto respiratório neonatal, entre outros problemas indiretamente relacionados (Faundes, Silva, 1998).

No Brasil, o índice de cesárea supera as indicações técnicas bem como as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). O fenômeno “cesareano” é bastante complexo. Ele não diz respeito apenas à realidade mais próxima a minha vivência profissional, mas se estende a todo país. A Organização Mundial de Saúde recomenda índice de até 15% de cesárea em relação ao total de partos, no entanto, no Brasil, os dados do Datasus mostram que em 1998, no norte do país, a taxa de cesárea foi 25,78%; no nordeste, 20,95%; no centro oeste, 41,03%; no sudeste, 37,98%; e no sul foi de 36,24%. Além da alta incidência de cesárea, estes dados mostram que os estados mais ricos têm taxas maiores de cesáreas do que os mais pobres, e é, na população mais pobre, que encontramos os índices mais altos de patologias obstétricas e complicações da gravidez e parto que poderiam indicar uma cesárea.

Os estudos disponíveis têm apontado múltiplas faces do fenômeno, mas muito poucos abordam a complexidade do mesmo, contextualizando-o historicamente. Da bibliografia disponível, posso destacar a influência do complexo médico-hospitalar na medicalização do

fenômeno do processo de parto; os valores culturais da mulher referente à dor do parto, à imagem corporal, e às representações em relação ao potencial sexual feminino; o fascínio pela tecnologia; as questões relativas a organização do trabalho médico que os levam a optarem pelo procedimento cirúrgico, mas prático e rápido, liberando o médico para outras atividades; e a formação incompleta do especialista em obstetrícia.

Não há uniformidade na literatura no tocante à incidência de cesárea, mas o índice gradualmente vem aumentando. Dentre os fatores que contribuíram para esse aumento estão os antibióticos, que possibilitaram o tratamento mais efetivo das infecções; a hemoterapia no trato preventivo e curativo do choque hemorrágico; a melhora na técnica cirúrgica e anestésica, especialmente o desenvolvimento da raquianestesia (Guariento, Delascio, 1979).

Há, sem dúvida, uma questão cultural na proliferação de partos cesáreos, enraizados no decorrer do tempo tanto entre os médicos quanto entre as mulheres. Vários fatores relacionados às próprias mulheres e aos médicos que realizam seus partos poderiam explicar a preferência pelo parto abdominal influenciados por características sócio-culturais, econômicas, médicas e institucionais. A cesárea adquiriu um caráter de “bem de consumo” (Pires, Cecatti, Faúndes, 1999).

Existem indicadores de que as mulheres preferem o parto cesáreo ao parto vaginal, e que esta preferência aumenta entre as mulheres que tem maior nível de escolaridade, e nas regiões mais ricas do país. A taxa de cesárea passa de 35% entre as mulheres sem nenhuma escolaridade para 73% entre mulheres com nível superior. Dobrando a proporção de cesárea entre as mulheres com alto nível de escolaridade, sendo que, este último grupo, previsivelmente, não se constitui numa população de risco (Cecatti, Pires, Goldenberg, 1999).

Neste século, vivemos sob o “endeusamento” da tecnologia, no entanto, essas intervenções não têm resultado em maior segurança para a mulher e nem para o bebê. Estudos mostram uma relação entre altos níveis de intervenção e aumento da morbimortalidade materna e perinatal (Faúndes, Pinotti, Cecatti, 1985).

Este modelo de atenção ao nascimento e parto, que vê a mulher como reprodutora e objeto de ação da ciência, é hegemônico, tanto nas práticas de atenção quanto na formação dos profissionais de saúde (Progianti, 1999).

A visão do corpo biológico, quase excluído do corpo social e histórico da mulher, é fortemente criticada pelo movimento feminista, resultando em questionamentos do poder médico e do modelo hegemônico de atenção ao grupo feminino (Mello e Souza, 1998).

Segundo (Osava, 1997) no modelo atual de assistência ao parto, o trabalho de parto tem sido sistematicamente suprimido ou ignorado como acontecimento privilegiado para o crescimento psicológico da mulher. Ao médico, as secreções e os odores femininos no parto são repugnantes, os gritos da mulher perturbam-no. Não por acaso, a obstetrícia, que assumiu uma característica masculina, nasceu sob a tutela cirúrgica e aperfeiçoou uma assistência ao parto fundamentalmente intervencionista. Ainda segundo (Osava, 1997) nessa era tecnológica, o trabalho do médico é o modelador do trabalho de parto, e não o contrário. Por outro lado, o movimento organizado de mulheres não dedicou uma maior atenção à questão do parto, quando perseguia a igualdade política e econômica. O parto, bem como o aleitamento, prerrogativas femininas, eram vistos por esses movimentos como limitantes para a mulher desenvolver outras atividades, e só mais recentemente começaram a ser resignificados pelas feministas.

A partir destas críticas surge a proposta de um modelo que pensa, dentre outros aspectos, a mulher como sujeito de suas ações; que tenta resgatar o feminino no parto; que é sensível a participação familiar no processo e considera outros valores que não só o saber médico. Essa preocupação motivou-me a desenvolver uma experiência de Prática Assistencial aplicando uma “Tecnologia apropriada para o nascimento e parto²”, com base nos preceitos da OMS. Essa experiência foi desenvolvida para atender o requisito de uma disciplina de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC. Essa definição partiu do meu interesse como pesquisadora e profissional de saúde em realizar uma análise crítica do atual modelo assistencial hegemônico ao nascimento e parto vigentes no país. Essa tecnologia aproxima o parto de um fenômeno normal, prazeroso e interativo entre mãe e filho, um nascimento mais natural sem a indiscriminada transformação do parto em fenômeno patológico e totalmente medicalizado, possibilitando a sua realização como evento existencial e psicológico para a mãe e o filho. Considera o parto como um fenômeno social que envolve a família e a sociedade, considerando as dimensões sociais e emocionais no cuidado perinatal e recomenda a abolição do uso de rotina da episiotomia e da indução do parto, e desaconselha, firmemente,

² Nascimento e Parto— Até recentemente, parto e nascimento eram ocorrências indiferenciadas, porém é importante chamar atenção que, embora a mulher e seu conceito sejam indissociáveis, para a mulher o parto a transformará em mãe, acrescentando outra qualidade a sua vida, já para o bebê estará ocorrendo o nascimento, um momento que marcará toda a sua vida (Rattner 1996).

a posição horizontal no trabalho de parto e no parto, os enemas, as tricotomias e a amniotomia, entre outras recomendações.

Em 1996, a OMS por meio do documento “Care in Normal Birth: a Practical Guide”, reiterou a sua posição de separar o parto normal de sua orientação patológica e defendeu que deveria existir uma razão válida para intervir em um processo natural.

A responsabilidade de quem assiste estas mulheres é a de facilitar este processo natural. Neste sentido admite que enfermeiras, pelas características menos intervencionistas de seus cuidados, são as profissionais mais apropriadas para a assistência ao parto de evolução fisiológica.

Como parte das atividades da disciplina “Prática Assistencial”, do Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina realizei assistência a um grupo de mulheres em processo de parturição utilizando uma tecnologia apropriada para o nascimento e parto. Considerando que os resultados obtidos com essa assistência foram significativos, resolvi aprofundar a pesquisa nesta temática, com vistas à elaboração da dissertação de Mestrado. Optei por avaliar a aplicação, por enfermeiras obstetras, da tecnologia apropriada para o nascimento e parto, que segue as diretrizes elaboradas pela OMS.

Para avaliar, fiz uma investigação, com um número maior de mulheres, para saber qual é a percepção delas ao vivenciarem o parto de uma forma mais natural³ e, também, como esta assistência, que utiliza essa tecnologia apropriada, pode contribuir para resgatar o parto normal no Brasil.

A abordagem teórico-filosófica que orientou a dissertação de mestrado foi construída com base no meu entendimento do processo de parturição como um fenômeno social que tem uma expressão concreta e passível de delimitação. Ao mesmo tempo que é parte de uma totalidade social, constituindo-a e por ela influenciado. É um fenômeno histórico, determinado pela cultura, pelo modelo de sociedade, pela tecnologia e pela organização institucional.

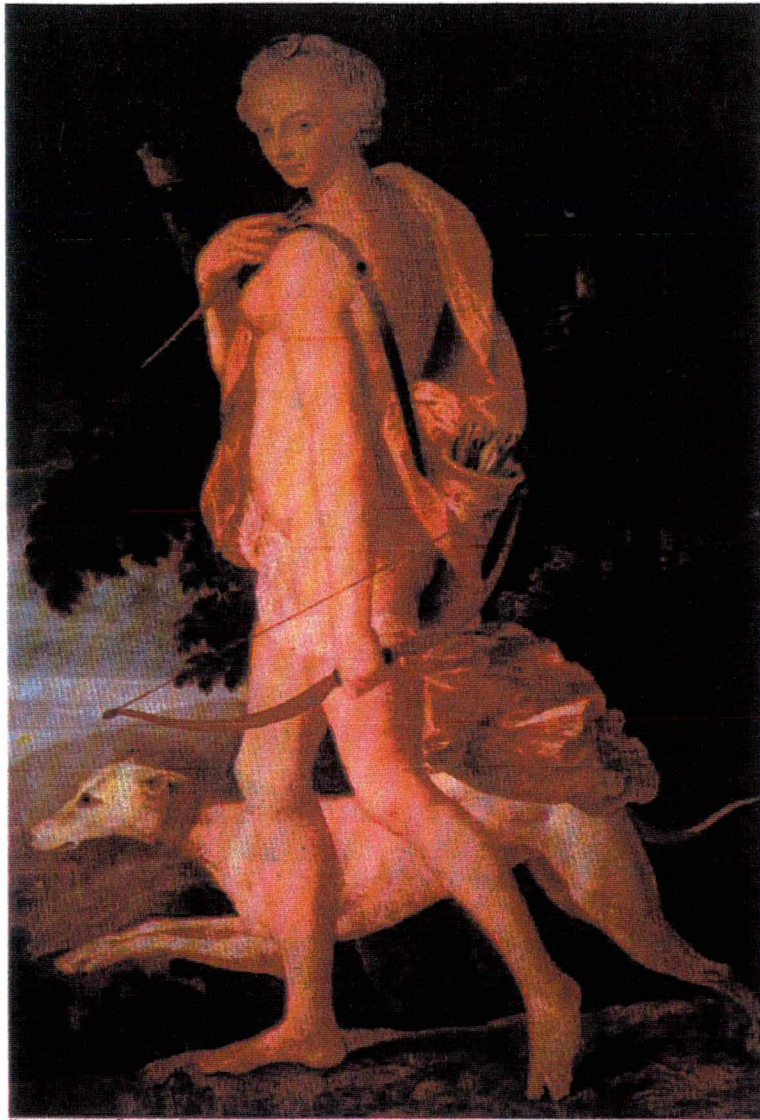
Para construir o marco teórico, explicitado no capítulo 4, usei referências do materialismo histórico-dialético, contextualizando o fenômeno histórica e socialmente. Busquei também luz em outras teorias para melhor compreensão do fenômeno, como as teorias sobre cultura, formuladas pela antropologia, as quais auxiliam na compreensão das

³ Estou considerando a expressão “mais natural” porque esta prática é menos intervencionista, respeita a fisiologia do parto e proporciona uma atitude ativa da mulher frente ao trabalho de parto.

crenças e práticas relacionadas à saúde e à doença. Utilizei também a teorização sobre gênero para auxiliar no entendimento da construção da identidade feminina e das diferentes percepções sobre o processo de nascimento e parto.

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2000, com mulheres que deram à luz em uma Casa de Parto, em uma cidade da região sudeste do Brasil e que concordaram em participar desta pesquisa.

O problema da pesquisa e os objetivos da dissertação de mestrado estão descritos no primeiro e segundo capítulos; no capítulo 3, encontra-se a revisão de literatura; o marco teórico que orientou meu olhar sobre o problema, a coleta e a análise dos dados, constitui o capítulo 4; a metodologia utilizada consta do capítulo 5 e as descrições e análise dos resultados da pesquisa apresento no capítulo 6. As minhas considerações finais estão no capítulo 7.



Ártemis conhecida pelos romanos como Diana é a personificação do espírito feminino independente. Ártemis representa as qualidades idealizadas pelo movimento feminista de empreendimento e competência, independência dos homens e das opiniões masculinas, preocupações com os atormentados, com as mulheres fracas e com as jovens. Ártemis ajudou sua mãe Leto no parto, e evitou que Leto e Aretusa fossem violadas.

Ártemis, deusa virgem. Função arquetípica: irmã – competidora - feminista. Dificuldades psicológicas: distância emocional, crueldade, rancor. Forças: habilidade no estabelecimento e realização dos objetivos, independência, autonomia; amizade com as mulheres (Bolen, 1990).

1. PROBLEMA DE PESQUISA

O objeto desta investigação foi verificar se a utilização da “Tecnologia Apropriada para o nascimento e parto, com base nos preceitos da OMS”, poderia contribuir para vivência de um parto mais natural e satisfatório para as mulheres. A minha questão específica foi verificar se a aplicação, por enfermeiras obstetras, dos preceitos que constituem essa “Tecnologia Apropriada” contribui para que o parto aproxime-se de um processo mais natural e saudável, devolvendo à mulher a sua confiança em dar à luz. Para responder a essa pergunta optei por buscar apreender a satisfação de mulheres assistidas através da tecnologia apropriada para o nascimento e parto, bem como ouvir a opinião de enfermeiras obstetras sobre a assistência prestada com essa tecnologia. É um estudo relevante no contexto do debate sobre a humanização do parto, porque contribui para a avaliação de uma das opções reconhecidas internacionalmente para a desmedicalização da assistência ao parto, que é a tecnologia apropriada elaborada pela OMS.

Trata-se de um estudo que enfocou a opinião das mulheres sobre o parto realizado com essa tecnologia e também a opinião das enfermeiras prestadoras dessa assistência. Apesar de ser um estudo localizado na experiência de uma instituição, é uma contribuição ao debate atual, especialmente no Brasil, que tem a maior taxa de cesárea se comparada aos indicadores internacionais. Contribui no debate sobre como resgatar o parto normal, e também, de como propiciar uma opção mais humanizada de assistência àquelas mulheres que preferem ter seus filhos através do parto normal.



Atenas conhecida pelos romanos como Minerva é a deusa da sabedoria. Era conhecida por suas estratégias vitoriosas e soluções práticas, de mente lógica, governada mais pela razão do que pelo coração. Atenas saltou da cabeça de Zeus como mulher adulta. Em algumas versões seu parto assemelha-se a uma operação cesariana dolorosa. Atenas não conheceu sua mãe, considera-se filha de um só genitor, Zeus, e tomou o partido da patriarquia.

Atenas, deusa virgem. Função arquetípica: “filha do pai” - estrategista. Dificuldades psicológicas: distância emocional, astúcia, carente de empatia. Forças: habilidade de pensar corretamente, de resolver problemas práticos e estrategisar; forma alianças sólidas com os homens (Bolen, 1990).

2. OBJETIVOS

- 2.1 Identificar com parturientes que tiveram experiências anteriores de parto, a sua percepção sobre o parto realizado por enfermeiras obstetras que utilizam a tecnologia apropriada.
- 2.2 Identificar qual é a percepção das enfermeiras obstetras que prestam esta assistência, sobre a contribuição da tecnologia apropriada para o resgate do parto normal.



Héstia é conhecida pelos romanos como Vesta. Assim como as três deusas virgens, Héstia tem a qualidade de uma – em – si mesma, não é vitimada pelas divindades masculinas. O arquétipo de Héstia compartilha a consciência enfocada, ela se concentra em sua experiência interior subjetiva. Cuidar dos detalhes do lar é uma atividade fundamental equivalente à meditação.

Héstia, deusa virgem. Função arquetípica: solteira - mulher sábia. Dificuldades psicológicas: distância emocional, carência social. Forças: habilidade de apreciar a solidão; de ser espiritualmente criativa (Bolen, 1990).

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Uma breve reconstituição histórica do surgimento da obstetrícia e da formação hegemônica do saber médico.

O termo “obstetrícia” origina-se do latim *obstetrix*, do verbo *obstare* que significa “ficar-ao- lado ou em-face-de”. O vocábulo primeiro foi *adstretrix*, posteriormente *obstetrix* que significa “a mulher assistindo a parturiente”. Em algumas inscrições antigas encontrou-se a grafia *opstetrix*, o prefixo “ops” significa ajudar, portanto obstetrícia equivaleria a “mulher que presta auxílio”. Segundo Rezende (1974) a obstetrícia surgiu a partir do momento em que o parto deixou de ser um episódio solitário e passou a ser presenciado pelo homem, atônito e solícito. As mulheres mais velhas passaram então a auxiliar as mulheres em seu primeiro parto com conselhos e práticas diversas dando origem às parteiras.

As mulheres dominaram por muitos séculos os cuidados assistenciais ao parto entre as classes dominantes e as demais classes. Seus conhecimentos eram empíricos e leigos e as experiências e conhecimentos eram passados de geração em geração. No entanto, os historiadores médicos desqualificam a assistência dada pelas mulheres cultas ou leigas na assistência ao parto em oposição à assistência médica, masculina segura e científica. “Ignorantes, metade feiticeiras, com a única prerrogativa da multiparidade cumprida, seus préstimos foram discutíveis” (Resende, 1974, p. 3).

Segundo Eherenreich, English (1976) no século XIII, a medicina européia firmou-se como ciência e como profissão, sendo que a Igreja Católica impunha severos controles e limites ao seu desenvolvimento. O aprendizado não incluía cirurgia, desprezava o trabalho

manual (as parturientes não eram palpadas ou tocadas), por ser desvalorizado e pouco decoroso. O saber médico era de base metafísica e as doenças eram vistas como causadas pelo meio ambiente, e na explicação não predominava a base experimental.

A medicina também era influenciada pela teoria humoral de Hipócrates (460 a.C) resgatada por Galeno (130-200 d.C) que enfatizava o entendimento das doenças como resultante do desequilíbrio entre os humores do corpo, o sangüíneo (sangue em excesso), o fleumático (fleuma em excesso), o colérico (bile amarela em excesso) e o melancólico (bile preta em excesso). A saúde era o equilíbrio desses humores e a doença, o excesso ou a deficiência de alguns deles. O tratamento consistia em sangrias, vômitos, jejum, etc.

Ainda segundo as autoras, as práticas relativas à assistência e atenção às pessoas doentes, era prestada por mulheres curandeiras, chamadas de sábias pelo povo e de bruxas pela igreja católica. As bruxas curandeiras usavam ervas e drogas que até hoje são usadas para apressar o trabalho de parto, numa época em que se acreditava que as dores de parto eram castigo de Deus, em virtude do pecado original de Eva. Usavam também drogas para prevenir contrações uterinas quando havia ameaça de aborto.

Do século XIV ao século XVIII, houve uma perseguição a essas “bruxas” ou “mulheres curandeiras”, pois elas ameaçavam a hegemonia médica, porque utilizavam outro princípio de raciocínio e de terapêutica.

No século XVI, apareceu o fórceps obstétrico e popularizou-se, no século seguinte, trazendo mudanças radicais para a assistência obstétrica. O fórceps era classificado legalmente como instrumento cirúrgico mas as mulheres foram proibidas de utilizarem este instrumento. Com essa decisão, sedimentou-se a exclusão das mulheres da profissão de parteira. Os médicos para se firmarem como grupo social hegemônico na saúde, criaram regras para normatizar o exercício profissional e incentivaram campanhas de perseguição às parteiras acusando-as de ignorantes e incompetentes. No entanto, a absorção da prática obstétrica pelos médicos não resultou em melhoria da qualidade do cuidado obstétrico, conforme relato no estudo do professor Johns Hopkins, de 1912 e publicado nos EUA. O estudo do professor aponta que os médicos americanos eram menos competentes do que as parteiras, no entanto, isso não impediu que eles conquistassem o monopólio da assistência nesta área (Eherenreich, English 1976; Pires 1989).

Segundo Diniz (1999) a entrada dos homens na realização dos partos trouxe, até as primeiras décadas deste século, um grande aumento da mortalidade de mães e bebês, provocado pela febre puerperal, pelo uso de instrumentos e pela prática da cesárea. Diante dessa evidência, a grande maioria das mulheres continuou preferindo a assistência por parteiras, que era vista como mais segura.

3.2 A Obstetrícia no Brasil

No Brasil, os conhecimentos e as práticas desenvolvidas pelos índios brasileiros, no século XVI, em relação à assistência aos doentes eram reservados ao intermediário entre os homens e os deuses, o pajé, o feiticeiro ou sacerdote. A concepção de saúde-doença dos indígenas era fundamentada na magia, na mística e no empirismo. A flora nativa era usada pelos índios assim como cataplasmas e remédios de uso interno.

“A gravidez e o parto eram considerados absolutamente fisiológicos, sem qualquer acompanhamento de saúde neste processo e nem cuidados especiais de atendimento à parturiente.(...) O parto normalmente era fácil, feito de cócoras; a descida do feto e das páreas era acompanhado de pouco sangramento. O cordão umbilical era seccionado pela própria parturiente, com os dentes ou uma lasca de taquara, e amarrado com um cipó ou raiz. O recém-nascido era lavado no rio mais próximo, onde a mãe também se banhava. Eram raras as distócias e os partos duplos” (Pires, 1989, p. 24).

Segundo Pires (1989) com a colonização, a assistência à saúde ganha novos executores: são os físicos, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os entendidos e outros. No entanto, até o final do século XVIII, eram raros os médicos no Brasil.

Outros autores apontam que o atendimento dado pelas mulheres é visto como inferior, primitivo, degradante com um viés preconceituoso. “*O exercício da obstetrícia estava entregue às parteiras, não raro negras forras, cuja ignorância e métodos de assistência se adivinham*” (Rezende, 1974, p. 20).

Com a vinda de Dom João VI ao Brasil, em 1808, foram criados os cursos de medicina e cirurgia, na Bahia e no Rio de Janeiro, marcando o processo de institucionalização da medicina no país. A prática de atenção ao doente passa a ser considerada incumbência de

profissões estruturadas e reconhecidas pelo Estado, com normas que regulam a formação e o exercício profissional. Em 1832, as academias transformam-se em escolas ou faculdades de medicina e têm autorização para conceder títulos de Doutor em Medicina, de Farmacêutico, de Parteira, além de proibir a concessão do título de sangrador.

“As primeiras medidas das escolas foram para legalizar o ensino e a profissão, buscando impor um reconhecimento social e uma valorização do seu saber às custas da perseguição dos demais exercentes das ações de saúde considerados charlatães, indignos e incapazes de exercer a arte de curar. As escolas médico-cirúrgicas transformadas em faculdades, institucionalizaram também o ensino da farmácia e da arte de partejar, além de tornar a cirurgia como parte integrante da medicina, que passa a ter duas especialidades básicas: a clínica e a cirúrgica. (...) Aos médicos coube o direito de exercer todos os ramos da arte de curar (Art. n.º12 da Lei 03/10/1832), às parteiras diplomadas foi delegado o direito de partejar e os farmacêuticos o de ter botica e mexer com os medicamentos. A institucionalização da prática das parteiras lhes retira a autonomia e a vinculação com a comunidade, transformando-as em uma profissão auxiliar, subordinada as regras emitidas pelas escolas médicas que normatizam o exercício profissional das três profissões, bem como emitem e validam diplomas” (Pires, 1989, p. 96-108).

Ainda segundo Pires (1989) quanto à formação profissional dos médicos e das parteiras no Brasil, analisando o currículo dos dois cursos e o conhecimento produzido pelos professores, não se identifica a suposta “superioridade científica” da medicina. Mostrou que a absorção da prática das parteiras para o preparo formal, não pode ser explicado só pelo discurso oficial de necessidade de aprimoramento da assistência à parturiente. Segundo a autora, os dados apontam mais para a busca dos médicos de construir a sua hegemonia no setor da saúde.

A obstetrícia produziu grandes avanços no conhecimento sobre o processo de gravidez e parto, sobre patologias obstétricas e tecnologias avançadas no tratamento e prevenção de doenças. No entanto também produziu com a institucionalização e a medicalização de assistência ao parto, a sua desumanização, tornando-o insensível aos tradicionais valores humanos, bem como influenciou a formação da enfermeira obstetra dentro do modelo biomédico.

As consequências negativas da medicalização do parto, bem como os altos custos para a sua manutenção têm provocado reações da sociedade e, no Brasil, hoje, uma dessas reações vêm da equipe do governo para diminuir os custos com o sistema médico hospitalar. Assim,

no Congresso Nacional, está tramitando um projeto de lei n.º 3175, de 1997, de autoria Deputado Eduardo Jorge, para a formação de técnicos de enfermagem com especialidade em obstetrícia (Ascherman, 1998) como também o Ministério da Saúde está incentivando a formação de parteiras leigas (Biancarelli, 1998a.b). E a quem caberá a formação deste profissional? A quem estará ligado na equipe de saúde? No fórum da FEBRASGO⁴ de 1993, preconizava-se a reabertura das escolas de parteiras de nível médio, ligadas às faculdades de medicina, para possibilitar melhor distribuição de tarefas e diminuir a sobrecarga do médico. Parece que o objetivo é o trabalho do médico e não a assistência médica.

Alguns países Europeus estão adotando medidas para humanizar a assistência ao parto, incentivando ações que transformem o espaço hospitalar em um ambiente mais familiar. Nestes países, os índices de cesárea são abaixo de 10% e apresentam as menores taxas de mortalidade perinatal. A interpretação dessas políticas no Brasil está motivando a formação de profissionais de nível médio.

No entanto, acredito ser necessário um investimento na formação do profissional de terceiro grau, preparando-o melhor, não só tecnicamente, mas também com uma visão holística para que o atendimento seja humanizado, sem grandes intervenções tecnológicas, estimulando, o processo natural e fisiológico do parto.

3.3 O Parto na Posição Dorsal e suas Implicações Fisiológica e Cultural

Na interpretação antropológica de Davis-Floyd (1987) a posição litotômica completa o processo de inversão simbólica da mulher, que passa de um estado de autonomia e privacidade, para o de dependência e completa exposição. Com esse ritual reforça-se o poder masculino e da sociedade sobre a mulher num momento de sua transformação individual.

Segundo Odent (1982) foi a partir da participação do médico no trabalho de parto, que se abandonou a cadeira obstétrica em benefício da cama. O fórceps só contribuiu para generalizar, ainda mais, a posição dorsal. *“Na verdade, o parto feito pelo médico homem, a posição dorsal e o uso do fórceps não passam de aspectos indissociáveis de um mesmo fenômeno”* (Odent, 1982, p. 78).

Este mesmo autor diz que, no período pré-industrial, estudos feitos sobre a cultura indicaram que as posições verticais para o parto eram as usadas, tendo apenas as variantes ajoelhada, acorçada, em pé, ou sentada. Por ser o médico, o introdutor, há séculos, da posição dorsal, faz-se necessário algumas reflexões sobre essa posição. Do ponto de vista mecânico a posição dorsal torna o parto mais difícil:

- a posição dorsal leva à compressão, pelo útero grávido, dos grandes vasos abdominais ao longo da coluna vertebral; a compressão da aorta é causa de sofrimento fetal, pois dificulta o acesso do sangue ao útero e à placenta; a compressão da veia cava inferior dificulta à “circulação de retorno”, que leva a hipotensão e hemorragia da mãe;
- A posição dorsal não permite explorar a mobilidade do esqueleto pélvico. Esta mobilidade pélvica não é explorada quando os joelhos estão sobre os estribos, e esta posição não ajuda o eventual fenômeno de “mutação” (a flexão aguda das coxas sobre a bacia modifica a forma da pélvis);
- A posição dorsal negligencia a ajuda trazida pelo peso: o impulso médio para expulsar a cabeça do feto é de aproximadamente quinze quilos, ou seja, para um bebê de três quilos, o esforço necessário em posição vertical representa 80% do esforço exercido em posição deitada;
- Em posição dorsal, sem flexão do tronco, o eixo do impulso faz um ângulo com o eixo da progressão da apresentação, o que acarreta gasto inútil de energia;
- Ao final do parto, a distensão do períneo se faz exclusivamente sobre o períneo posterior;
- Na posição horizontal, a estagnação do líquido amniótico na vagina, após a ruptura precoce das membranas, é um fator de proliferação microbiana, que merece consideração;
- A aspiração de líquido amniótico parece, menos provável quando o bebê nasce “com a cabeça em baixo” ;

Enfim, estando a mulher em posição vertical realiza-se uma melhor perfusão sangüínea a nível do útero e da placenta, favorecendo os mecanismos fisiológicos do trabalho de parto. É uma maneira de ajudar o corpo a encontrar o que foi esquecido, especialmente neste último século. Não se pode perder o contato com as próprias raízes impunemente, o parto e o nascimento são momentos privilegiados para compreendermos esta regra fundamental.

O mesmo autor resgata a importância das referências culturais na vivência do trabalho de parto, e exemplifica contando a situação de um casal de americanos que vivia na França, e que ao acompanhá-los no processo de parto, percebeu que o parto não progredia. Então, após pronunciar algumas palavras de encorajamento em inglês, verificou que a mulher pronunciou “*umas curtas frases em sua língua materna e o parto terminou em poucos instantes*” (Odent, 1982, p 16). A mulher que dá à luz não tem apenas a necessidade de exprimir-se em sua própria língua mas, a partir de um certo estágio do trabalho de parto, ela tende a simplificar seu vocabulário e usar apenas as palavras aprendidas na primeira infância. Esta necessidade de contato com as raízes sócio-culturais com a comunidade “à qual cada ser humano tem a necessidade de pertencer”, exprime-se também, e de maneira eloqüente, pela atração pelo parto em casa nos países mais fortemente industrializados.

Sem este contato necessário com as raízes culturais, não pode haver o contato necessário com as raízes mais profundas. O contato com nossas raízes animais, é sinônimo da escuta do cérebro instintivo, do cérebro víscero-afetivo. Este contato com as raízes animais se traduz concretamente, por parte da mãe, pela procura de posições que não são especificamente humanas como a posição de quatro, e por modos de expressão pré-verbais, tais como o grito (Odent, 1982).

Segundo Jordan (1996) todas as sociedades contemporâneas ou históricas têm um conjunto de materiais utilizados no trabalho de parto. Mudanças destes instrumentos, como o abandono das redes utilizadas por algumas sociedades para utilizar objetos tecnológicos como monitores fetais e cadeiras obstétricas transformam significativamente a capacidade de dar suporte físico às mulheres durante o trabalho de parto. Estes objetos hospitalares, construídos para a conveniência dos profissionais de saúde, criam restrições à liberdade de movimento da mulher, ao acesso ao seu próprio corpo e à sua interação física com o acompanhante.

3.4 Teoria de Gênero e o Desenvolvimento Psicossocial

O trabalho de Lo Cícero (1997) traz contribuições para a compreensão da teoria de gênero e o desenvolvimento psicossocial. Faz uma análise de como o desenvolvimento

psicossocial pode contribuir na compreensão desta interação, modulada pelas relações de gênero contribuindo significativamente, para o estabelecimento e manutenção de altas taxas de intervenção no parto.

São estudadas por Lo Cícero, cinco áreas nas quais se demonstraram diferenças de gênero: estilo cognitivo, perspectiva moral, desenvolvimento de empatia, comportamento solidário, e desenvolvimento da identidade.

Estilo cognitivo – o modelo intelectual dos obstetras deriva do modelo científico, que apresenta os padrões de pensamento masculino valorizando a observação distanciada impessoal e objetiva. Para as mulheres, no entanto, distanciamento, objetividade, e impessoalidade significam desinteresse e descaso, e conduzem ao medo, à raiva, à insegurança, e/ou ansiedade. Embora se saiba que ansiedade e tensão das mães interferem no progresso do trabalho de parto, raramente se tem levado em conta que a postura científica do médico pode gerar insegurança.

Perspectiva moral – o modelo ético utilizado pelos homens se baseia na justiça e nos direitos, enquanto o modelo feminino se baseia na solidariedade e responsabilidade.

No modelo masculino, os direitos do feto podem ser contrabalançados aos direitos da mãe. Já o modelo usado pelas mulheres defende uma abordagem que leva em consideração as necessidades de todos os envolvidos. Desta forma, a parturiente se sente melhor com uma decisão personalizada, que considera suas opiniões e preferências, e também de seu acompanhante, atendendo assim às necessidades de todos.

Empatia e solidariedade – de um modo geral, os homens tendem a ser empáticos e solidários assumindo uma postura ativa de intervenção. Assim as formas ativas de assistência, de intervenções médicas, são mais coerentes com o modelo médico científico. Por outro lado, as mulheres utilizam mais o modelo de empatia e solidariedade, baseado no envolvimento afetivo e no apoio social. Assim, o modelo feminino é menos intervencionista nos processos fisiológicos, resolvendo as ansiedades e medos do parto com uma postura solidária e otimista.

Identidade - para os homens a maturidade da identidade está centrada na autonomia e independência. Para as mulheres, ela se fundamenta nas redes de relações (Lo Cícero, 1997).

Para Diniz (1999) a hegemonia da obstetrícia médica, foi construída aparentemente, em uma tradição de negação do empirismo, pelo menos no se refere à segurança dos seus

procedimentos. É um modelo que vê o parto como patológico e a parturiente como paciente cirúrgica.

3.5 A Medicalização do Nascimento

Segundo Helman (1994) nos últimos anos, o conceito de medicalização tem sido proposto tanto por críticos da medicina moderna, como Ivan Illich, quanto por sociólogos que analisaram a questão da prática médica. Neste sentido, a medicalização diz respeito à expansão da medicina moderna em relação a vários espaços da ação humana abrangendo muitos problemas que inicialmente não eram definidos como entidades médicas. Dentre eles, estão diversos fenômenos, como as várias etapas normais do ciclo vital feminino (menstruação, gravidez, parto e menopausa), assim como, a velhice, solidão, isolamento social, além das conseqüências dos maiores problemas sociais – pobreza ou desemprego.

Existem muitas explicações para a medicalização. Helman (1994) resgata uma destas argumentações de que a medicina moderna atua cada vez mais como um agente de controle social (especialmente sobre a vida das mulheres) o que torna as pessoas dependentes da profissão médica e do vínculo com a indústria farmacêutica.

Hoje, acreditamos que “um estilo de vida pouco saudável” pode causar problemas de saúde. Isto substitui os antigos conceitos religiosos de que “um comportamento pecaminoso” levava ao castigo divino. Este processo foi favorecido pelas conquistas da tecnologia e da ciência (inclusive da ciência médica) em relação à melhoria da qualidade e da expectativa de vida. A medicalização ocorre com maior freqüência no caso em que o corpo é entendido como uma máquina, e quando ele é considerado à parte de seu contexto social e cultural. Outra razão possível para o aumento da medicalização, é de que, se alguns homens ainda vêem as mulheres e sua fisiologia feminina como representantes da “natureza”, a qual é sem controle, imprevisível e perigosamente poluidora – então os rituais médicos e a tecnologia médica representam uma forma de “domesticar” o incontrolável, que representa o caráter feminino, e torná-lo mais “cultural”.

Na moderna classe média europeia e americana, a gravidez e o parto – assim como a menopausa e a menstruação – são vistas, cada vez mais, como condições médicas e, portanto, indicadas para diagnóstico e tratamento médico (Helman, 1994).

“A gravidez é a ocasião de freqüentar o hospital ou a clínica, lugares onde geralmente se reúnem os doentes. A gravidez é também ocasião para ler ou consultar livros e guias onde estão condensados, todos os riscos inerentes ao estado da mulher grávida, do feto, ou do recém nascido. Enfim, a gravidez termina geralmente dentro de uma sala de parto que se parece muito com uma sala de operação cirúrgica” (Odent, 1982, p. 65-66).

Nos anos 30, nos EUA, o índice de partos hospitalares foi maior do que o de partos domiciliares pela primeira vez. Neste novo ambiente, o nascimento passou quase que exclusivamente para o controle do médico, e a tendência foi de medicalizar um evento biológico normal, transformando-o em um problema médico. A mulher grávida, portanto, passa a ser vista como um “paciente”, passivo e dependente. Assim como ocorre na distinção entre enfermidade e doença, a medicina é criticada principalmente, por ignorar significados que as mulheres dão às experiências de gravidez e de nascimento (Helman, 1994).

As condições habituais de nascimento nos países industrializados são desumanas, porque implicam uma separação mãe-filho, porque a dupla mãe-filho é, ela própria separada “radicalmente” de tudo o que invoca as origens da vida. A tecnocracia e o puro intelectualismo são outros aspectos exemplares de desumanização por separação e por ausência de contato com as raízes sociais...” (Odent, 1982, p. 18).

Na maneira de pensar de alguns obstetras, o parto é reduzido ao mero problema técnico de retirada de um objeto vivo (o bebê) de dentro de um tubo (o útero) por intermédio de um outro tubo (o canal vaginal) para as mãos do médico. Durante o parto, a mulher é cercada de aparatos da tecnologia médica: monitores fetais externos e internos, soros intravenosos, gráficos e instrumentos (Helman, 1994).

Para a mulher, segundo Davis-Floy (1998) seu campo visual lhe transmite mensagens sobre as mais profundas crenças e valores da nossa cultura: que a tecnologia é suprema e que estamos completamente dependentes dela e das instituições, que respondem por seu controle e distribuição. Esta impressão toma maior consistência pela utilização, cada vez mais freqüente, de episiotomias, que transformam até o mais natural do partos em um procedimento cirúrgico. Para Davis-Floyd (1998) por meio da episiotomia os médicos, como representantes da

sociedade, podem desconstruir a vagina (e por extensão, suas representações), e depois reconstruí-la de acordo com nossas crenças culturais e sistemas de valores.

Grande parte dos rituais da obstetrícia são também formas de transmitir os valores mais básicos da sociedade para mulher que dá à luz. Dentre eles, estão: a impotência feminina em face do sistema patriarcal, a “deficiência” de seu corpo feminino, a necessidade da medicina para controlar seus processos naturais, a sua dependência da ciência e da tecnologia, e a superioridade das instituições e das máquinas sobre as crenças e os significados individuais. É mais provável que este tipo de “mensagem” cultural seja transmitida, de modo mais significativo à jovem mãe na atmosfera impessoal de uma unidade obstétrica de hospital do que quando o nascimento ocorre no ambiente familiar. Reafirmando assim, o sistema vigente e mantendo-se a estrutura do poder (Davis – Floyd, 1998).

Segundo Osava (1997) para obter o controle total do parto, foi preciso retirar as mulheres de seus lares, separá-las dos outros membros da família, das suas relações sociais normais, despersonalizando inclusive aqueles que assistiriam-nas no parto.

O uso da episiotomia, segundo Osava (1997) cresceu em paralelo à visão do hospital como local da mulher dar à luz. No Brasil, a episiotomia é realizada em praticamente todas as primíparas que tem parto hospitalar, quando de acordo com ensaios clínicos a frequência deveria situar-se entre 10 e 30%.

Segundo Enkin et al (1998) quando se utiliza a técnica do corte na linha mediana o períneo é significativamente menos agredido, apresenta melhor aparência estética, melhor cicatrização e a mulher começa a ter relações sexuais mais precocemente do que quando submetida a incisão médio-lateral. Na experiência brasileira a episiotomia de rotina é a médio lateral.

A posição do parto influi muito na necessidade de se fazer episiotomia. Pacionick (1992) aponta que 50% das nulíparas que tiveram o parto na posição deitada foi necessária a realização de episiotomia contra 9% que adotaram a posição de cócoras.

Segundo Diniz (1998) os dados disponíveis sobre a episiotomia revelam que este procedimento não cumpre os objetivos que justificariam sua realização, ou seja, a prevenção de lesões nos genitais maternos, ou na cabeça do recém-nascido. As lesões genitais podem ser prevenidas com uma boa assistência ao parto, o que inclui a mudança nas condutas, por exemplo, a posição horizontal. Mas apesar das evidências a episiotomia no Brasil continua

como procedimento de rotina, talvez como uma forma de poder da obstetrícia. Ainda segundo Diniz (1998, p.1), também, o que favorece a crença entre as mulheres sobre o alargamento vaginal, são autores como Rezende, defensor do suposto afrouxamento pélvico irreversível do parto. De Lee, afirmava que a episiotomia era vantajosa para “devolver a mulher à condição virginal” e segundo o domínio acadêmico a episiorrafia deveria incluir o “ponto do marido” uma “apertada” adicional da vulva ao final da sutura, para supostamente deixá-la nas condições anteriores a gravidez. O tônus da musculatura vaginal depende mais de exercícios de contração e relaxamento do que de cirurgias.

Osava (1999) aponta uma pesquisa americana que observou uma taxa de 23% de lacerações perineais de 3º e 4º grau em mulheres assistidas por obstetras contra 7% assistidas por enfermeiras obstetras.

Segundo Sleep et al (1998) o desconforto depois de uma laceração perineal é consideravelmente menor do que depois de uma episiotomia. Ressalta também que um número grande de mulheres (19%), teve perda involuntária de urina três meses após o parto, não havendo evidências de que o uso da episiotomia previna este problema ou mesmo o relaxamento da musculatura pélvica.

Nos achados obtidos em 7 ensaios clínicos aleatórios que comparam a realização de episiotomia como rotina e a episiotomia indicada de maneira seletiva (Ymayo, 1999) não foram encontradas justificativas, para realizar a episiotomia como rotina na prevenção de traumas cranianos ao neonato e prevenção da asfixia, na prevenção dos traumas do períneo, na reparação mais fácil e rápida e na prevenção da incontinência urinária e prolapso genital.

3.6 A Cesárea como Tecnologia para o Nascimento

A cesárea é uma das cirurgias mais realizadas nos dias de hoje em todo o mundo. Esse aumento tem sido menor na Europa, e maior no E.U.A. A maior incidência mundial ocorre no Brasil: “uma em cada três gestantes em algumas regiões: uma em cada duas, ou até, duas em cada três” tem seu parto por cesárea (Pires, Cecatti, Faúndes, 1999).

Segundo os autores é indiscutível a enorme contribuição da cesárea no atendimento ao parto, salvando a vida das mulheres e crianças. Porém a cesárea transformou-se em uma questão controversa, desde que sua incidência começou a aumentar, ampliando suas indicações até chegar àquela simplesmente por opção médica ou da mulher. Um dos fatores que contribuiu para esse aumento foram os progressos da técnica cirúrgica e anestésica, que permitiram maior segurança ao procedimento. Mas com o tempo, foram alargando as indicações e aquelas que têm provocado maiores discussões são o sofrimento fetal, diagnosticado por monitorização fetal, apresentação pélvica e a conduta de “depois de cesárea, sempre cesárea”.

Segundo Faúndes, Pinotti, Cecatti (1985) no caso da cesárea por sofrimento fetal, a monitorização fetal contribui para o aumento da incidência de parto cesáreo, sendo que nem sempre a interpretação dos traçados é correta. Muitas vezes a cesárea realiza-se mais pelo fato de o parto ser monitorado do que por haver propriamente um sofrimento fetal. Isto se confirma por não se achar aumento de sofrimento fetal em centros mais experientes, e quando o diagnóstico é confirmado com amostra de pH do sangue fetal. Quanto ao parto pélvico, qualquer incidência acima de 50% não contribui para melhorar a condição neonatal. Porém, quando os fetos são muito pequenos ou quando as condições não são ideais para o parto vaginal a indicação de cesárea melhora o prognóstico do recém nascido.

Quanto ao critério de “depois de cesárea sempre cesárea” mostram diversos estudos que este preceito não é válido pois se consegue uma porcentagem variável de parto vaginal depois da cesárea sem aumentar o risco materno nem perinatal. O parto vaginal após uma cesárea ocorre em menos de 10% dos nascimentos nos EUA apesar dos dados americanos mostrarem que a proporção de êxito é de 50% a 60%, taxa suficientemente alta para justificar o parto vaginal com segurança. Estas taxas se evidenciam em pesquisa realizada por Granovisky-Grisaru et al (1995).

Besteti (1996) concluiu em pesquisa realizada com obstetras de Campinas SP, que 80% deles acredita que a realização da prova do trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior é alternativa segura para o parto vaginal em pelo menos 50%. Porém, isto é contraditório com os dados observados na prática diária.

O parto cesáreo transformou-se num fenômeno cultural que extrapola a área médica. A

popularidade deste tipo de parto, entre a população feminina brasileira, é mais que evidente. No início, essa popularidade tinha se limitado aos grupos mais abastados, mas hoje estende-se a todos os grupos sociais, particularmente nas agregações urbanas grandes e pequenas. A justificativa dada pelos obstetras pela alta incidência de cesárea é a exigência da mulher. As respostas de mulheres consultadas são tão consistentes que é difícil duvidar que os fatores mais importantes sejam, o desejo de preservar a integridade da musculatura perineal e perivulvar e o temor à dor do parto (Faúndes, Pinotti, Cecatti, 1985).

Segundo Maldonado (1982) a mulher que insiste numa cesariana sem querer considerar a possibilidade de um parto vaginal, tem vários tipos de motivação: em primeiro lugar, nela estão presentes, em grau acentuado, certos temores específicos da gravidez, como o medo de aceitar a impossibilidade e o impacto de um parto desencadeado espontaneamente; medo de ficar permanentemente deformada; de ficar com a vagina alargada e arruinar sua sexualidade e medo de sentir dores insuportáveis.

Segundo Faúndes, Cecatti (1991) a preferência dos médicos pela cesariana pode ter várias origens, mas comumente é a conveniência de uma cirurgia programada que não tomará mais de uma hora de seu tempo, ao contrário do parto vaginal que pode ocorrer a qualquer hora do dia ou da noite, nos fins de semana ou feriados, e que ocupará um período maior, e imprevisível do seu tempo. Quando a clientela de um médico cresce, então, uma cesárea com dia e hora marcada fica mais conveniente, possibilitando que dois ou mais casos possam ser resolvidos juntos.

Segundo os autores, o treinamento obstétrico incompleto e conseqüentemente a falta de segurança do médico, em suas habilidades, no manejo do parto vaginal, tem uma influência importante na decisão de realizar a cesárea. A obstetrícia aprende-se através da prática e o treinamento atual encontra dois obstáculos: há cada vez menos partos vaginais para o aprendizado dos obstetras, e os obstetras, com maior experiência, estão mais raramente disponíveis para ensinar.

Segundo Maldonado, Canella (1988) a “filosofia” do médico é fator de peso na determinação do tipo de parto, o lugar que ocupa em termos de competência médica lhe confere o poder de influenciar na escolha do tipo de parto, não só do ponto de vista técnico como também do ideológico. Quando o desejo da cliente coincide com a “filosofia” ou com o julgamento técnico do médico (a mulher quer cesárea e isto é de fato necessário, ou o obstetra

por ideologia pessoal prefere a cesárea), não há impasse, mas quando a expectativa da cliente choca-se frontalmente com a maneira do médico trabalhar, surge conflito, que pode ser resolvido, com o médico atendendo a solicitação da mulher ou mantendo sua posição e seus princípios, quando provavelmente, a cliente vai procurar outro obstetra que faça cesárea a pedido.

Segundo Faúndes, Pinotti, Cecatti (1985) o parto cesáreo apresenta riscos e desvantagens em comparação ao parto vaginal, tanto em termos de saúde da mãe e do filho, como do ponto de vista dos recursos financeiros para a saúde. O aumento dos custos do atendimento deste tipo de parto em comparação ao vaginal constitui-se em um grave problema de saúde pública. O que pode ser comprovado pelo dado apresentado pelos autores, de que para cada 1% de elevação nas taxas de cesárea sem uma clara justificativa médica, corresponde a um gasto adicional de 4 milhões de dólares. Quanto à saúde da mãe, a desvantagem mais clara, são as complicações infecciosas no pós-parto, hemorragias e os maiores riscos de morte materna. Estudos realizados em diversos países mostram a relação entre parto cesáreo e morte materna, comparado com os riscos de morte materna por parto vaginal. Faúndes, Pinotti, Cecatti em artigo publicado em 1985, apontam que: na Suécia o número de mortes por cesárea é de 2,4 para cada 10.000 partos enquanto a morte por parto vaginal é de 0,1 por 10.000 partos, já em Recife, no Brasil, a taxa de morte materna por cesárea é de 68,3 para cada 10.000 partos enquanto a taxa de morte por parto vaginal é de 1,9 por 10.000. Já Neme, Neme (1996) apontam que em 66,9% dos partos vaginais houve 429 óbitos maternos (21,5%) contra 594 mortes maternas entre 32,4% de cesáreas o que equivale a 64,2%.

Uma parte dessa maior mortalidade resulta de patologia que provocou a indicação cesárea, porém este risco também existe em populações em que a indicação de cesárea não corresponde a nenhuma doença materna que possa ser causa da morte (Faúndes, Pinotti, Cecatti 1985).

Ainda segundo os autores, o nascimento por cesárea aumenta o risco de síndrome de angústia respiratória do recém-nascido. Já o parto vaginal propicia uma redução desse risco. Existe a possibilidade de erro na avaliação da idade gestacional, em cesárea eletiva com data marcada, o que provoca um maior risco de imaturidade pulmonar (pelo fato de se suprimir o

processo de síntese de substância surfactante pulmonar), e de recém-nascido de baixo peso, que é uma importante causa de morbimortalidade neonatal.

Um efeito tardio para a saúde do recém nascido é a interferência para o início da lactação, devido à administração de sedativos à mãe e à demora de iniciar o primeiro contato entre mãe e filho e a primeira mamada. Isso tem efeitos negativos sobre a amamentação. Conclui-se que a cesárea interfere também na saúde do bebê pela sua interferência na amamentação. Peres-Escamilla et al (1999) apontam o impacto negativo da cesárea no sucesso da amamentação. Constataram que a cesárea foi um fator de risco para o início da amamentação e que esta estava associada a amamentação por menos de um mês.

No Brasil, o prognóstico perinatal piora pelo uso da laparotomia de Pfannestiel que é usada por motivos estéticos, pois este corte fica sob os pelos pubianos, deixando o corpo da mulher praticamente sem marcas ou deformidades, que muitas vezes são a principal razão de cesáreas. A extração da cabeça fetal é mais demorada quando se usa Pfannestiel do que com a laparotomia mediana infra-umbilical, e a demora na saída da cabeça fetal pode aumentar o risco de complicação respiratória neonatal e morte do recém nascido (Faúndes, Pinotti, Cecatti, 1985).

Fatores culturais e de estrutura dos serviços de saúde que elevam desnecessariamente a incidência de cesáreas, poderiam ser minimizados com o desenvolvimento de medidas como:

“divulgar os efeitos negativos da cesárea sobre a mãe e o recém nascido, tanto a nível técnico como a nível leigo; informar à mulher a cerca das variáveis importantes na função sexual, e de que esta fica preservada depois do parto vaginal; revisão e aprimoramento dos programas de residência em obstetria, com maior dedicação ao segmento da evolução normal e anormal do parto vaginal; promoção ao atendimento de parto em equipe de médicos, ou de médicos e enfermeiras obstétricas; recuperação e valorização da antiga profissão de parteira com formação universitária, que possa acompanhar o parto com supervisão médica à distância, reduzindo assim o tempo que o médico ocupa no atendimento ao parto vaginal; preparação de normas para indicação correta da operação cesariana em implantação de sistema de auditoria médica que permitam verificar a correção da aplicação dessas normas; criação de carreira de médico nos Serviços Oficiais de Saúde com estabelecimento de linhas definida de responsabilidade, o que permitirá avaliar e cobrar o cumprimento das normas estabelecidas a respeito da indicação de cesárea” (Faúndes, Pinotti, Cecatti, 1985, p.1027).

Estas medidas são indispensáveis se desejamos corrigir as distorções descritas à cerca da cirurgia cesárea no Brasil.

3.7 As Políticas de Saúde e suas Influências para a Saúde Feminina

Em 1975, o Ministério da Saúde implanta uma política específica para a mulher denominada de Programa Materno Infantil (PMI). Paralelamente, nesta década, há um crescimento dos movimentos organizados de mulheres que reivindicam uma maior participação das mulheres como protagonistas de sua própria história lutando por melhores condições de vida, defendendo seus direitos à cidadania incluindo a questão da igualdade social e de gênero no que diz respeito a valorização do trabalho, ao direito à saúde, à educação o controle de sua sexualidade e sua fecundidade, bem como uma assistência integral à sua condição de mulher e mãe. Através do diálogo entre os movimentos organizados das mulheres e o Estado surge em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PMI vê o recém-nascido como extensão do corpo feminino já o PAISM tem uma concepção ampliada de saúde e assistência à mulher, não se limitando ao ciclo reprodutivo e ao tratamento das patologias e nem é restrito somente ao corpo biológico da mulher (Brasil, 1984).

As mudanças ocorridas no Brasil desde 1970 na cultura do nascimento e parto, particularmente, no que se refere à cesárea é de grande importância, pois o Brasil tem a liderança mundial, da maior taxa de cesárea. Mesmo contrariando todas as evidências epidemiológicas quanto aos riscos à saúde da mãe e do bebê, decorrentes do parto cirúrgico, essa passou a ser considerada, tanto pelos médicos como pelas mulheres, como um tipo de parto seguro, indolor, moderno, enfim, o ideal.

As repercussões deste fato à saúde da mulher tem conseqüências graves, pois as cesáreas acarretam quatro vezes mais riscos de infecção puerperal e três vezes mais riscos de mortalidade materna. Além disso, aumenta os riscos de prematuridade e mortalidade neonatal, e gastos adicionais para o sistema de saúde, que realiza até 558 mil cirurgias anuais desnecessárias, o que resulta em um gasto inútil de R\$ 83,4 milhões para o Sistema Público de Saúde e a ocupação desnecessária de 1653 leitos a cada dia. (CFM, 1997a)

Dentre as explicações para a elevação das taxas de cesárea no Brasil além dos 10% a 15% recomendados pela OMS destaco as seguintes:

Primeira explicação: o sistema previdenciário que pagava mais pela cesárea do que pelo parto normal. Após dez anos, a taxa de cesárea dobrou, então, em 13/12/1979, a

previdência mudou sua política de pagamento, e os dois tipos de partos passaram a ser pagos de maneira igual (Rocha, Ortiz, Fung 1986) após esta iniciativa os seguros de saúde privados também adotaram a mesma política, mas o aumento nas taxas continuaram, pois mesmo com a remuneração igual, a cesárea compensa financeiramente pelo fato de ser realizada em pouco mais de uma hora.

Segunda explicação: o parto é imprevisível podendo ocorrer a qualquer hora e dia da semana, e leva de oito a dez horas, enquanto a cesárea pode ser programada e não leva mais que uma hora do tempo do médico, que no início pode dispor de um tempo maior, mas com o crescimento da clientela, a intervenção cirúrgica, possibilita-lhe mais tempo para atender suas clientes.

Terceira explicação: a cesárea tem sido bastante utilizada para a realização da laqueadura tubária, uma distorção do planejamento familiar. Dados das AIHs do SUS de 95/96, indicam que cerca de 67% das cesáreas realizadas neste período, teriam a laqueadura como provável indicação camuflada (Venâncio, 1998). Como o SUS não remunera esse procedimento, o médico ao realizar a cesárea é remunerado pelo procedimento, e utiliza freqüentemente o artifício de “exigir” da cliente um pagamento adicional.

Quarta explicação: a formação do médico obstetra. Em obstetrícia, a prática é fundamental, e há cada vez menos partos vaginais para o aprendizado dos obstetras. Segundo Rattner (1998) um dos livros adotados como referência para a formação dos obstetras brasileiros, é o livro Obstetrícia de Jorge de Rezende. Neste livro, no capítulo “A Operação Cesárea”, Rattner aponta que o autor descreve as indicações técnicas para a realização de cesárea, mas é possível perceber certa ambivalência que parece favorecer o seu uso, embora descreva os riscos. Um dos trechos que reforça essa percepção se dá quando o autor endossa as palavras de Magalhães dizendo que “a operação cesariana deve ser compreendida como recurso fácil, inócuo, de indicação ampla, e não uma obrigação, uma fórmula imperiosa um ato natural” (Rezende, 1992, p. 938). Aceita como indicação para a cesárea a diabetes e a toxemia e não aprofunda a discussão a respeito da indicação de “uma vez cesárea sempre cesárea” enfocando muito superficialmente os trabalhos americanos que abordam a questão do parto vaginal após cesárea. É possível que esta postura com tendência favorável à cirurgia tenha influenciado a formação dos obstetras brasileiros.

De acordo com Osava (1997) o parto normal não é mais que uma extração vaginal que, no treinamento acadêmico, é designada ao menos experiente. E este tão logo tenha realizado alguns partos, se desinteressa, afirmando que já sabe fazer o “parto normal”, entendido como a retirada do bebê e da placenta, a episiotomia e a episiorrafia. E volta todo seu interesse para a experiência do parto operatório, a cesariana, o fórceps, e outros virtuosismos do treinamento obstétrico. Ainda segundo Osava, certa vez, um obstetra relatou que ao perguntar a uma mulher por que de seu parto anterior ter sido por cesariana, esta respondeu que achava que foi porque “havia risco de infecção”, uma vez que ouviu o plantonista dizer que iria operar todas elas, para “limpar a área”. No jargão dos plantonistas “limpar a área” significa operar todas as parturientes “na dúvida opere”, quando se aproxima o final do plantão, para esvaziar o pré-parto.

Quinta explicação: segundo Mello E Souza (1998) os valores culturais no que se refere à dor do parto normal, à valorização da imagem corporal da mulher e o fascínio pela tecnologia, foram usados pela biomedicina para justificar a prática de cesárea. Assim, o medo da dor de parto é rotulado como despreparo psicológico para o trabalho de parto, e é uma justificativa médica para a cesárea. Outra justificativa para a cesárea é que o parto vaginal poderia provocar modificação no períneo, interferindo na estética corporal e na sexualidade. Assim, valores importantes para a imagem corporal e a identidade feminina das mulheres brasileiras, especialmente entre as de classe média – passam a justificar a cesárea como “medida preventiva”, embora não haja dados científicos que justifiquem a relação entre parto vaginal e dano ao períneo.

O movimento feminista tem como uma de suas bandeiras a luta pela libertação sexual, e a defesa do direito da mulher exercer o controle sobre seu próprio corpo. Isto é apropriado pelos médicos para justificar a prática de cesárea-a-pedido. A dor e os danos corpóreos supostamente causados pelo parto vaginal ganham força e legitimidade através da medicalização.

Segundo Mello E Souza (1998) a legitimação dada pela medicina aos fatores como dor do parto, imagem corporal feminina, e o fascínio pela tecnologia, escondem outras motivações médicas para as operações cesáreas: a defesa de seus interesses econômicos e conveniência. A autora demonstra como argumentações baseadas no discurso da ética médica e nos direitos da

paciente, podem ser distorcidos e manipulados para servir a interesses pessoais vinculados ao sistema de valores da sociedade.

Após todos estes anos de medicalização de assistência ao parto, surge a conferência de 1985, em Fortaleza-CE, sobre tecnologia apropriada ao nascimento a qual foi um marco na revisão das tecnologias adotadas e legitimadas pela medicina. Uma cuidadosa revisão dos conhecimentos atuais acerca destas tecnologias levou a adoção de um conjunto de recomendações consideradas relevantes que estão relacionadas a seguir:

- 1 – O bem-estar da futura mãe deve ser assegurado através do livre acesso de um acompanhante, por ela escolhido, ao parto e puerpério. Além disso, a equipe de saúde deve proporcionar-lhe apoio emocional.
- 2 – As mulheres que parirem em instituições têm assegurado o direito de decidir sobre a roupa dela e do bebê, a alimentação, o destino da placenta e outra prática culturalmente significativa.
- 3 – O recém-nascido sadio deve permanecer com a mãe sempre que possível. A necessidade de manter o recém-nascido sob observação não justifica a sua separação da mãe.
- 4 – A amamentação deve ser encorajada imediatamente após o nascimento, antes mesmo da mãe deixar a sala de parto.
- 5 – Países com as menores taxas de mortalidade perinatal tem índices de cesáreas abaixo de 10%. Não há justificativa para taxas maiores de 10 a 15% em qualquer região.
- 6 – Não há evidências da necessidade de uma cesárea quando um dos partos anteriores foi uma cesárea. Partos vaginais, após uma cesárea anterior, devem ser encorajados sempre que seja possível uma intervenção cirúrgica de emergência.
- 7 – Ligadura de trompas não constitui indicação de cesárea. Há métodos mais simples e menos arriscados de esterilização tubária.
- 8 – Não há evidências de que a monitorização fetal eletrônica de rotina beneficie o resultado do parto. O monitoramento fetal deve ser realizado apenas em casos cuidadosamente selecionados, associados a altas taxas de mortalidade perinatal, e partos induzidos. Recomenda-se que se realizem pesquisas para identificar grupos de parturientes que se beneficiariam da monitorização. Neste ínterim, os serviços de saúde nacionais devem abster-se de adquirir novos equipamentos.
- 9 – Os batimentos cardíacos fetais devem ser monitorados através de ausculta durante a primeira fase do trabalho de parto e, mais freqüentemente, no período expulsivo.

- 10 – Não há indicação para raspagem de pelos pubianos ou para enema antes do parto.
- 11 – Não se recomenda colocar as parturientes em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e parto. Deve-se encorajar a mulher a andar durante o trabalho de parto, e cada mulher deve ter liberdade para escolher a posição a ser adotada quando está parindo.
- 12 – Proteger o períneo sempre que possível. O uso sistemático de episiotomia não se justifica.
- 13 – A indução do trabalho de parto deve-se restringir aos casos em que haja indicações médicas específicas. Nenhuma região deve ter taxas maiores que 10% de induções de parto (OMS, 1985).

Em 1993, em Campinas-SP foi lançada a carta de Campinas. Nessa ocasião criou-se a rede de humanização de nascimento (REHUNA), que foi formada por ONG's, profissionais de saúde e instituições públicas. A REHUNA tem o propósito de:

- 1 – Mostrar os riscos a mães e bebês pelas práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas;
- 2 – resgatar o nascimento como evento existencial e sócio-cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais;
- 3 – revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento;
- 4 – aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado as práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento.

Em 1995, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), junto à Comissão Materno Infantil (COMIN), do Ministério da Saúde, apoiados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), e Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), lançou o projeto de Maternidade Segura cujas estratégias de implementação estão sintetizadas em um guia da FEBRASGO.

- 1 – Garantir informações sobre saúde reprodutiva e direitos da mulher.
- 2 – Garantir assistência durante a gravidez, parto e puerpério, bem como de planejamento familiar.
- 3 – Incentivar o parto normal e humanizado.
- 4 – Ter rotinas escritas para normatizar a assistência.
- 5 – Treinar toda a equipe de saúde para implementar as rotinas.
- 6 – Possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal.

7 – Possuir arquivo e sistema de informações.

8 – Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

Em 1996, a OMS lançou um guia para a assistência ao parto normal, o “Care in Normal Birth: a Practical Guide” com uma cuidadosa revisão das práticas corretamente adotadas que são:

A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

B – Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas

C – Práticas em relação as quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão

D – Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado.

Em 13 de agosto de 1997, o Congresso Nacional Brasileiro derrubou o veto presidencial que impedia a esterilização das mulheres na rede pública. A esterilização poderá ser realizada na rede pública, mas não será feita no momento do parto, sendo necessário um prazo de 60 dias entre o desejo de esterilizar e o ato cirúrgico (CFM, 1997b). Isso deve contribuir para a diminuição das cesáreas que tem como objetivo a esterilização. Mas, estas medidas não chegaram ao conhecimento da população, e entre os médicos, e nos meios hospitalares, ainda é bastante confusa. Desta forma, talvez leve algum tempo até que os resultados apareçam.

Outra medida adotada em 1997, com objetivo de diminuir os índices de cesárea foi a campanha de incentivo ao parto normal, uma iniciativa do Conselho Federal de Medicina, “Natural é Parto Normal” que teve como símbolo a atriz Malú Mader (CFM, 1997c).

Considerando a importância do acompanhamento do trabalho de parto, visando à redução do índice de morbimortalidade materna e perinatal o Ministério de Saúde em maio de 1998, através da portaria MS/GM 2815 estabeleceu o pagamento pelo procedimento do parto normal sem distócia à enfermeira obstetra e também, através da portaria MS/GM 2816 estabeleceu medidas para o controle nas taxas de cesáreas. A portaria estabeleceu que, para o segundo semestre de 1998, o número limite de cesárea seria de 40%, decrescendo para 37% no primeiro semestre de 1999, 35% no segundo semestre de 1999 e 30% no primeiro semestre de 2000. As instituições que excederem estes limites receberão pela cirurgia o equivalente ao parto normal (Brasil, 1998).

Os limites impostos por esta portaria são muito altos pois não consideram a diversidade das regiões brasileiras, que dispõem de taxas de cesáreas diferentes. Pois sabemos que no norte e nordeste os índices de cesárea são de 25,78% e 20,95% respectivamente, portanto abaixo do estipulado pela portaria. Porém, esta simples medida já mostrou resultados positivos, com decréscimo nos índices de cesáreas nas instituições credenciadas pelo SUS, conforme publicação do Jornal Folha de São Paulo (Falcão, 1999; Frias Filho, 1999).

Outra medida adotada pelo Ministério da Saúde é o pagamento da anestesia peridural para os partos normais, isso poderá mudar a motivação das mulheres que escolhem a cesárea para evitar a dor e também aumentar as chances do segundo parto ser normal, diminuindo assim os índices de cesáreas.

Ainda em 1998 o Ministério da Saúde através da portaria 163 estabeleceu a emissão de laudo de internação (AIH) de parto normal realizado pela enfermeira obstetra.

O Ministério da Saúde visando à promoção do parto normal estabeleceu em agosto de 1999 a portaria 985/GM criando o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS, para o atendimento à mulher no período gravídico-puerperal. O Centro de Parto Normal visa ao atendimento humanizado e de qualidade, exclusivamente ao parto normal sem distócia (Brasil, 1999).

Todas essas medidas são louváveis, mas ainda não estão concretamente articuladas para que possam, efetivamente, mudar o quadro de assistência ao parto no Brasil.

Após as portarias 2815 e 163 entrarem em vigor assistimos a todo tipo de reação por parte dos médicos que, até então, poucos se pronunciavam a respeito da assistência ao parto normal. Foi preciso que um Ministro da Saúde, economista, interviesse na assistência obstétrica, definindo medidas com vistas à humanização do parto e dentre elas medidas para o estímulo ao parto normal. No entanto, as causas da situação atual são complexas e é preciso muito mais que decretos e portarias para mudar o quadro da assistência ao parto no Brasil.

Dentre as medidas necessárias para mudar a realidade atual, destaco também a necessidade de investimento na formação de profissionais em obstetrícia, como a abertura de cursos de especialização de forma contínua nas Faculdades de Enfermagem de todas as Universidades Públicas, Estaduais e Federais e também o melhor preparo na formação do médico especialista em obstetrícia

É bem conhecida a dificuldade dos profissionais da saúde, em aceitar como “normal” e “vantajoso” o parto normal. Médicos e profissionais da saúde, em particular obstetras e enfermeiras obstétricas, ambos treinados no contexto dos hospitais de ensino, costumam desenvolver uma aversão traumática ao parto normal. A experiência de ensino, tão desagradável e anti-natural, marca-os indelevelmente; quando pessoalmente envolvidos na experiência de dar à luz, escolhe a cesariana. Como pessoas que não estão pessoalmente “convencidas” de tão propaladas vantagens, engajar-se-ão na tarefa em prol da motivação e encorajamento dos outros ? (Osava, 1997, p. 80).

A formação do médico se dá principalmente em hospitais terciários. Como a parte da formação que mais agrada ao residente é a ginecologia cirúrgica ele acaba levando isso para a obstetrícia. O residente acaba entendendo o parto cirúrgico como uma coisa normal, interiorizando uma idéia errônea de que o corpo da mulher é incapaz de funcionar normalmente. Essa idéia foi tão disseminada que até as mulheres acreditam que seus corpos são incapazes de funcionar de modo natural. A culpa também é dos professores, porque poucos entram com os alunos em um parto normal, mas em uma cesárea complicada sim, pois dá status dentro da medicina. Para a maioria dos professores é mais fácil operar do que humanizar, o conhecimento cirúrgico é mais fácil que o emocional. Quanto mais passiva for a paciente, mais fácil para a estrutura médica. A mudança tem que começar pelo ensino (Ribeiro Neto, Lippi, 1998).

3.8 A assistência ao parto dada por enfermeira obstetra

Segundo Riesco (1999) a análise da obstetrícia, nos seus mais diferentes aspectos mostra que as parteiras foram as pioneiras nos cuidados das mulheres grávidas, parturientes e puérperas, tendo os homens e os médicos se apossado de seu saber e de seu espaço de atuação. Por um lado, obtivemos os benefícios trazidos pelo progresso da medicina e, por outro, o esvaziamento simbólico e psicológico da maternidade, que perdeu a transcendência ao ser reduzida a um ato clínico.

É sabido que quanto mais civilizados nos tornamos mais nos afastamos da nossa condição natural de viver. Hoje em dia é possível assegurar cuidados médicos para todas as grávidas na ocorrência de complicações e a taxa de mortalidade tem diminuído pela técnica de atendimento da moderna obstetrícia. No entanto tenho observado, na minha prática, quanto o excessivo uso de tecnologia obstétrica de rotina, inadequadamente aplicada ao parto normal, atrapalha o processo natural e acaba causando muitos dos problemas para os quais foi destinada a prevenir. Em alguns hospitais, o parto se tornou uma extração vaginal ou abdominal dentro de uma linha de produção. A consequência é que muitas mulheres são colocadas totalmente à distância de sua própria capacidade inata de dar à luz, e as obstetrizes estão perdendo suas habilidades intuitivas à medida que passam a depender mais da tecnologia (Balaskas, 1993, p.12).

Segundo o guia da OMS 1996, a enfermeira obstetra parece ser o tipo mais adequado de prestador de cuidados de saúde para ser responsável pela assistência à gestação ao parto normal, incluindo a avaliação de riscos e o reconhecimento de complicações.

Os “Centros de Nascimentos” são uma alternativa que vem crescendo nos EUA e que respondem às expectativas das mulheres que desejam uma alternativa para o parto hospitalar, sendo também uma alternativa para a enfermeira obstetra. Assim como as parteiras atuam no domicílio e os médicos no hospital, a enfermeira obstetra necessita de um espaço próprio de atuação, com maior autonomia e locais mais confortáveis que respondam às expectativas das mulheres, valorizando suas necessidades, interesses e preocupações. Com a existência dos “Centros de Nascimentos”, o encaminhamento das mulheres que necessitam de cuidados médico-hospitalares é facilitado, o que se torna mais difícil quando o atendimento é domiciliar (Rothman, 1987).

Uma pesquisa realizada no Hospital e Maternidade de Glasgow, Reino Unido, comparou a eficácia clínica e a satisfação das mulheres na assistência ao parto prestada exclusivamente por obstetrizes com a assistência prestada em um sistema de “responsabilidades compartilhadas” por obstetrizes, médicos do hospital e médicos de família. Sob o ponto de vista de eficácia clínica não houve diferença significativa. O grupo de mulheres atendido pelas obstetrizes teve menos partos induzidos e também foram menos submetidas a episiotomia. No entanto, quanto à satisfação das mulheres, o grupo que foi atendido pelas obstetrizes ficou, significativamente, mais satisfeito com a assistência recebida. Este estudo reafirma resultados de outras pesquisas de que o acompanhamento contínuo e a

assistência individualizada, como a dispensada pela obstetrix à parturiente leva a uma maior satisfação das mulheres com o atendimento recebido (Turnbull, 1997).

Esses resultados confirmam e reforçam a posição defendida pela Organização Mundial de Saúde de que a obstetrix é aquela mais indicada para prestar assistência às mulheres na gestação normal, no parto, e puerpério sem complicações ou intercorrências. A autonomia da obstetrix parece ser a chave para elevar os índices de intervenções obstétricas ao nível próximo daquele efetivamente adequado.

Em “centros de nascimentos”, onde a disponibilidade de tecnologias é mais restrita e onde a autonomia da obstetrix é maior, as pesquisas indicam que os resultados são semelhantes, porém a frequência de intervenções é menor (Turnbull, 1997).

O artigo de Osava (1996) cita uma pesquisa científica americana que aponta como a visão de médicos e de enfermeiras diferem no que se refere às noções de “suficiente” “insuficiente” e “excesso”. Para as enfermeiras, a assistência prestada por médicos pareceu excessiva em intervenções (exames vaginais, rotura artificial das membranas ovulares, episiotomia, monitorização fetal), e insuficientes em cuidados (estimular a deambulação, ficar ao lado). Para os médicos, a assistência prestada por enfermeiras pareceu exatamente o contrário: insuficiente em intervenção e excessiva em cuidados.

Rattner (1998) resume as principais características do que denomina modelo assistencial com base nos paradigmas da sociedade ocidental, diferenciados em “americano” e “europeu” conforme quadro reproduzido a seguir.

QUADRO SINÓTICO DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS PARADIGMAS MENCIONADOS

PARADIGMA	AMERICANO	EUROPEU
Países em que ocorre	Estados Unidos, Brasil, México etc.	Inglaterra e Gales, França, Dinamarca, Suécia, Holanda, Japão etc.
Enfoque Predominante	Visão de “risco potencial”	Processo Fisiológico
Centro das Decisões	Médico	Parturiente
Uso da Tecnologia	Invasivo	Apropriado
Característica	Altas taxas de cesárea e outras intervenções (episiotomia, induções etc.)	Baixas taxas de cesárea e intervenções
Local de ocorrência do parto	Hospital	Casa de Parto, domicílio ou hospital, dependendo da indicação
Profissional responsável pelo parto eutócico	Médico	Parteira como membro da equipe

Fonte: Rattner (1998)

O Brasil começa a experimentar este modelo menos intervencionista e que privilegia a fisiologia do parto. O parto tende a voltar a ser um ato normal, não mais uma intervenção médica. A mulher terá a seu lado uma enfermeira obstetra que dará também apoio emocional (Biancarelli, 1998 c).

O Amparo Maternal, em São Paulo, que a partir de Fevereiro de 1998, fez uma opção pela valorização das enfermeiras obstetras na condução do trabalho de parto e parto. A assistência ao parto normal dado por enfermeiras passou de 10% para 70 a 80% com resultados maternos e perinatais superiores aos verificados quando a assistência estava concentrada aos médicos (Osava, 1998).

A maternidade do Hospital geral de Itapecerica da Serra-SP, também está adotando este modelo. O parto se desenvolve em ambientes menos clínicos, com a presença da família e o agente central da assistência é a enfermeira obstetra ou obstetriz (Basile, 1999).

Em outubro de 1998, foi inaugurada dentro do Programa Saúde da Família / QUALIS em São Paulo, no bairro de Sapopemba, a primeira Casa de Partos, onde toda a assistência é dada por enfermeiras obstetras e não há médicos na instituição.

O padrão de atendimento na Casa de Parto é estabelecido pela tecnologia apropriada para assistir o nascimento e parto. Os resultados obtidos, a partir deste trabalho, foram apresentados em um seminário sobre nascimento e parto em maio de 1999. Os dados relativos à duração do trabalho de parto e do padrão de atendimento oferecido pela Casa de Parto, estão descritos nos quadros abaixo (Osava, 1999).

Duração do trabalho de parto na Casa de Parto

0-2 horas	24,3 %
2-4 horas	32,4 %
4-6 horas	17,5 %
6-8 horas	17,5 %
8-10 horas	4,0 %
> 10 horas	4,0 %

Padrão de atendimento da Casa de Parto

Uso de máscara	0
Uso de luva	100 %
Uso de ocitocina	26,4 %
Uso de episiotomia	24,3 %
Tricotomias	0
Enteroclisma	0
Antibióticoprofilaxia	6 %
Infecção materna	0
AVAS ⁵	23 %

⁵Aspiração de Vias Aéreas Superiores

Estes dados são significativos, considerando-se que a bibliografia aponta que a duração do trabalho de parto para primípara é de 10 a 12 horas e para múltipara de 6 a 8 horas. Os índices obtidos na Casa de Parto ficaram em torno de 2 a 4 horas. Isso demonstra que a tecnologia apropriada apresenta resultados positivos. Também no que se refere ao uso de ocitocina e da episiotomia. Por outro lado, neste mesmo seminário apresentou-se um grupo médico que tem uma proposta de apoio à maternidade e paternidade, e nesta experiência verificou-se que a taxa de cesárea ficou em torno de 33% (Gamp, 1999).

A Casa de Parto apresenta outros dados relativos a sua assistência como:

- Toques vaginais: na Casa de Parto a porcentagem de mulheres que recebem menos de quatro toques foi de 79,9%, contra 52% nos Centros de Nascimentos norte americanos;
- Período de internação: 51% das mulheres permanecem internadas pelo período máximo de 12 horas;
- Infecção puerperal: neste primeiro ano de funcionamento não ocorreu nenhum caso de infecção puerperal ou complicações relacionadas ao parto;
- Remoção para Centro de Referência: somente 25,8% das mulheres foram removidas para o centro de referência, sendo que 91,3% delas foram removidas antes da internação, em relação aos recém nascidos somente 10 bebês foram transferidos (Osava, 1999).

O artigo de Osava (1996) cita várias pesquisas científicas americanas que mostram que há redução no número de cesáreas e episiotomias quando a assistência prestada é por enfermeiras obstetras. A taxa de cesárea em centro de nascimento fica em torno de 2% e apenas cerca de 10% destas pacientes são transferidas, no intraparto, para os serviços de referência.

As razões apontadas nestes estudos que verificaram que as menores taxas de cesáreas ocorreram em pacientes assistidas por enfermeiras obstetras são as características do cuidado prestado pela enfermeira que inclui o estímulo à deambulação e à presença constante ao lado da parturiente o que possibilita uma menor incidência de sofrimento fetal e diminui a duração do trabalho de parto.

Osava (1996) aponta que os benefícios da redução das taxas de cesárea não podem ser obtidos com assistência ao parto dado por enfermeiras obstetras que são um satélite do médico, porque esta prática assistencial não é um modelo alternativo ao modelo hegemônico, pelo contrário. Da maneira como estão estruturadas as instituições de saúde tradicionais, o papel da enfermeira obstetra está condicionado ao de satélite do médico, mas o modelo de Casa de Parto muda esse enfoque.

Até o final do semestre o Ministério da Saúde abrirá 40 Casas de Parto no país, onde enfermeiras obstetras conduzirão os partos normais e outros 210 projetos deste tipo estão sendo analisados pelo Ministério da Saúde em 100 cidades brasileiras (Biancarelli, 2000).

Torres & Reich, (1995, p.2) fazem os seguintes questionamentos: uma vez que o parto hospitalar pode causar danos desnecessários à saúde da mulher e da criança, a sua universalização não deveria ser questionada? Ao invés de ser apresentado como uma

alternativa de parto, o confinamento hospitalar não estaria sendo imposta à mulher? O parto hospitalar deve ser uma prioridade orçamentária na formulação das políticas de saúde?

Se quisermos um modelo de cuidado que privilegia a participação ativa da mulher no processo de parturição, penso que é preciso reavaliar a nossa postura frente ao modelo hegemônico, e avaliar o quanto profissionalmente podemos crescer e ganhar autonomia com essa nova possibilidade de campo de trabalho que é assistência ao parto em Centros de Nascimentos ou Casas de Parto. Com este trabalho, além de estarmos possibilitando uma alternativa segura de assistência ao parto às mulheres que querem viver mais intensamente o parto, sendo a protagonista deste processo, também estaremos dando uma assistência mais condizente com a nossa formação profissional.

3.9 Tecnologia Apropriada para Assistir o Parto e o Nascimento

A mecanicidade do parto em instituições que prestam assistência ao parto em geral não consideram as relações humanas, sociais, psicológicas e familiares que envolvem o nascimento. Neste tipo de assistência geralmente são adotadas condutas técnicas anti-fisiológicas como: a imposição de rotinas, a posição de parto e as intervenções obstétricas desnecessárias, que se opõe à fisiologia natural do parto. Esta situação chamou a atenção da Organização Pan-Americana de Saúde e da Organização Mundial de Saúde que recomendaram, no documento Tecnologia Apropriada para o Nascimento, ações que consideram as dimensões sociais e emocionais no cuidado ao parto e ao nascimento.

A OMS (1996) por meio de documento “Safe Motherhood Care in Normal Birth : a Practical Guide” estabelece ações que devem ser implementadas, revistas ou extintas na assistência perinatal, com enfoque holístico e direcionado ao atendimento das necessidades da mulher e do recém-nascido. Essas ações, foram categorizadas em quatro grupos:

Categoria A: Referentes às práticas que são utilizadas e que devem ser encorajadas

1 - Estabelecer onde e por quem o parto será realizado, tendo a participação do marido/companheiro ou de um familiar.

- 2 – Avaliar o risco da gravidez durante o pré-natal , reavaliando a cada consulta de acordo como o tempo de gestação.
- 3 - Monitorizar a mulher, física e emocionalmente, no trabalho de parto , parto e puerpério.
- 4 – Oferecer líquidos durante o trabalho de parto e parto.
- 5 – Respeitar a decisão da mulher sobre o local do nascimento.
- 6 – Providenciar para que os cuidados no trabalho de parto e parto sejam exequíveis e seguros e que a mulher possa se sentir confiante.
- 7 – Respeitar o direito da mulher de ter privacidade no local de nascimento.
- 8 - Estabelecer suporte empático entre os profissionais de saúde e gestante.
- 9 – Respeitar a escolha da mulher com relação aos acompanhantes durante o parto e nascimento.
- 10 – Dar às mulheres o máximo de informações e explicações que elas desejarem.
- 11 – Usar métodos não invasivos para alívio da dor, durante o trabalho de parto, como massagens e técnicas de relaxamento.
- 12 – Realizar monitorização fetal com ausculta intermitente.
- 13 – Usar o material descartável e descontaminar corretamente os reutilizáveis.
- 14 – Usar luvas nos procedimentos de exame vaginal, durante a recepção do RN e exame da placenta.
- 15 – Permitir a liberdade de posição e movimento no trabalho de parto.
- 16 - Encorajar outra posição, que não a supina, no trabalho de parto.
- 17 - Monitorar a evolução do trabalho de parto utilizando o partograma.
- 18 – Utilizar profilaxia com ocitocina no terceiro período do trabalho de parto nas mulheres com risco de hemorragia pós-parto e colher uma amostra de sangue.
- 19 – Dispor de material estéril para o clampeamento do cordão.
- 20 – Prevenir a hipotermia do RN.
- 21 – Desenvolver precocemente o contato pele a pele da mãe e RN e oferecer suporte para iniciar a amamentação uma hora após o parto de acordo com o guia de aleitamento da Organização Mundial de Saúde.
- 22 – Examinar rotineiramente a placenta e membranas.

Categoria B: Práticas que são consideradas Ineficazes e que devem ser abandonadas

- 1- Rotina do uso de enema.
- 2- Rotina de tricotomia pubiana.
- 3- Rotina de infusão endovenosa.
- 4- Rotina profilática de punção venosa.
- 5- Rotina de uso da posição supina durante o trabalho de parto.
- 6- Rotina de toque retal.
- 7- Usar RX pélvico.
- 8- Não utilizar ocitócicos antes do nascimento quando não houver possibilidade de controle.
- 9- Rotina do uso da posição litotômica com ou sem suporte para as pernas durante o trabalho de parto.
- 10- Sustentar ou realizar manobra de Valsalva durante o segundo período do trabalho de parto.
- 11- Massagear e ampliar a musculatura perineal durante o segundo período do trabalho de parto.
- 12- Usar drogas como ergotamina no terceiro período para prevenir ou controlar hemorragia.
- 13- Rotina de administrar a ergotamina parenteral no terceiro período.
- 14- Rotina de lavagem do útero após o nascimento.
- 15- Rotina de revisão uterina (exploração manual) após o nascimento.

Categoria C: Práticas que são utilizadas, porém necessitando serem aprofundadas, devendo, por isso, serem utilizadas com cautela

- 1 – Rever e pesquisar métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto como as ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
- 2 – Rotina da rotura precoce de membrana no primeiro período do trabalho de parto.
- 3 – Exercer pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto.
- 4 – Manobras relativas à proteção do períneo e rotação do polo cefálico no momento do nascimento.
- 5 – Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.

- 6 – Rotina da administração de ocitócicos, controle da tração do cordão ou combinação dos dois durante o terceiro período.
- 7 – Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- 8 – Estimulação do mamilo para aumentar a contração uterina durante o terceiro período do trabalho de parto .

Categoria D: Práticas que são utilizadas freqüentemente, porém inapropriadas

- 1 – Restrição de comida e líquido durante o trabalho de parto.
- 2 – Controle da dor por agentes sistêmicos.
- 3 – Controle da dor por anestesia peridural.
- 4 – Monitorização fetal eletrônica.
- 5 – Uso de máscaras e gorros durante o atendimento no trabalho de parto.
- 6 – Toques vaginais freqüentes especialmente quando atendida por mais de um profissional.
- 7 – Aumento progressivo da infusão de ocitócico.
- 8 – Transporte da mulher para a sala de parto antes de completar o primeiro período.
- 9 – Sondagem vesical.
- 10 – Encorajar a mulher a fazer força no final da dilatação ou próximo ao final, sem que a mulher sinta a progressão do polo cefálico.
- 11 – Estipular rigidamente a duração do segundo período do trabalho de parto.
- 12 – Partos cirúrgicos.
- 13 – Uso rotineiro de episiotomia.
- 14 – Exploração manual do útero após o parto.



Hera, os romanos a conheciam como Juno, a deusa do casamento. Hera foi reverenciada e injuriada, honrada e humilhada. Ela tem mais do que qualquer outra deusa atributos marcadamente positivos e negativos, uma força poderosa para alegria ou a dor na personalidade de uma mulher. O arquétipo de Hera primeiro e antes de tudo, representa o desejo ardente de ser esposa.

Hera, deusa vulnerável. Função arquetípica: esposa - fiel aos compromissos. Dificuldades psicológicas: ciumenta, vingativa, rancorosa, inabilidade de abandonar um relacionamento destrutivo. Forças: habilidade de manter os compromissos assumidos durante toda a vida; fidelidade (Bolen, 1990).

4. MARCO TEÓRICO

O marco teórico é uma construção intelectual que comporta uma estrutura lógica que relaciona conceitos elaborados para dar sustentação à pesquisa a ser desenvolvida. Assim, explicito a seguir, o que considere fundamental para nortear esta pesquisa com mulheres e enfermeiras obstetras, para uma assistência ao parto que prioriza a atenção focada na mulher e na família, respeitando a fisiologia no parto e não utilizando rotinas desnecessárias que interferem no processo fisiológico deste.

O marco referencial que utilizei para analisar os dados foi a tecnologia apropriada para assistir o parto e o nascimento, elaborada pela OMS e está descrita no capítulo da revisão de literatura nas páginas 41 a 44. Também utilizei alguns conceitos como cultura, corpo humano, saúde e doença, gênero, enfermagem, enfermeira obstetra e educação em enfermagem, para melhor compreensão dos problemas da prática assistencial em obstetrícia.

Entendo ser humano como um ser social que está sujeito a mudanças, é perecível e tanto ele quanto a sociedade se transformam ao longo da história. Os fenômenos sociais, apesar de apresentarem especificidades, são parte de uma totalidade social, a qual apresenta contradições que são vivenciadas de formas diferentes pelos indivíduos. Essa visão tem por base as idéias e conceitos elaborados por pensadores da saúde que se referenciam ao materialismo histórico dialético.

Considerando, também, que as mulheres vivem em sociedades e herdaram uma Cultura, e que homens e mulheres têm papéis diferenciados na sociedade, que não são determinados pela biologia e sim pela cultura, busco na antropologia, nas teorias sobre cultura e gênero,

referências para a compreensão do processo saúde e doença, e da vivência do trabalho de parto pelas mulheres e suas famílias, bem como, para auxiliar na compreensão das práticas assistenciais em saúde.

Para compreender a dinâmica do real na sociedade é preciso compreender sua estrutura micro e macro social e, ao mesmo tempo, compreender a sociedade no seu dinamismo, nas suas contradições, na sua provisoriidade e possibilidade de transformação. É preciso buscar apreender a prática social empírica dos indivíduos nos grupos e classes sociais, realizando a crítica às ideologias, mas é preciso também considerar a dialética, em que se dá a possibilidade de emancipação humana (Minayo, 1998).

A antropologia, estuda a humanidade enfocando suas origens, desenvolvimento, organizações sociais e políticas, religiões, línguas, artes e artefatos. Estuda os aspectos da tecnologia utilizados pelos seres humanos para controlar, dar forma, explorar e melhorar seu meio ambiente social e cultural. A antropologia médica trata de como as pessoas, nas diferentes culturas e grupos sociais, explicam as causas das doenças, os tipos de tratamento em que acreditam e a quem recorrem se ficam doentes (Helman, 1994).

No ocidente, a crença generalizada é do corpo como uma máquina, cujo controle e aperfeiçoamento cabe à ciência. A cirurgia de rotina legitima a obstetrícia na forma mais elaborada de manipulação do corpo – máquina humana. A cirurgia de cesárea é um dos procedimentos através dos quais se “manifesta a tentativa cultural de utilizar o nascimento para demonstrar a superioridade e controle do masculino sobre o feminino, da tecnologia sobre a natureza”(Davis – Floyd, 1992, p.130).

A **Cultura**, diz respeito a um conjunto de princípios (explícitos e implícitos), que mostram a cada ser humano uma forma de ver o mundo, de vivenciá-lo emocionalmente, e de comportar-se dentro dele em relação a outras pessoas, a deuses ou a forças sobrenaturais, bem como ao meio ambiente natural. A cultura também fornece a forma de transferir estes princípios para a geração seguinte através do uso de símbolos, linguagem, rituais e artes.

De certa forma, a cultura pode ser considerada como uma “lente” herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele (Helman, 1994).

A cultura permeia todo o processo de gravidez, nascimento e parto e norteia o comportamento da mulher frente a este processo. A sociedade determina as regras desse

comportamento, assim como as condições apropriadas para a procriação, e em determinados países, as políticas de controle populacional determinam o número de filhos e o sexo. Devido a influência do movimento feminista, atualmente no mundo ocidental, os homens tendem a se envolver mais com a gravidez, o parto e até com os cuidados ao recém-nascido.

O **corpo humano** é mais do que um simples organismo físico oscilando entre saúde e doença.

“É um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento. A cultura do grupo em que crescemos nos ensina como perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer em nossos corpos ao longo do tempo, aprendemos também a considerar algumas partes do corpo, como ‘públicas’ e outras ‘privadas’; e a entender algumas funções corporais como aceitáveis socialmente e outras moralmente impuras. A imagem corporal vai sendo adquirida pelo indivíduo como parte de seu crescimento em família ou sociedade particular. As crenças sobre a forma, estrutura e função do corpo são influenciados pela sociedade e cultura e podem produzir efeitos importantes sobre a saúde do indivíduo. (...) O corpo social é uma parte importante da imagem do corpo, pois fornece a cada pessoa uma base para perceber e interpretar suas próprias experiências físicas e psicológicas. É também o meio através do qual a fisiologia do indivíduo é influenciada e controlada pelos princípios que regem a sociedade em que vive. A sociedade maior – ou o corpo político – exerce um controle poderoso sobre todos os aspectos do corpo individual” (Helman, 1994, p.30 - 33).

As crenças que homens e mulheres tem sobre seu corpo afetam seu comportamento e sua reação frente aos mecanismos fisiológicos como o parto, por exemplo. O culto ao corpo no Brasil tem um significado estético muito importante no tocante a sensualidade e sexualidade. “A mulher brasileira se vê segundo o olhar do homem, o corpo é um corpo relativo ao desejo do outro”(Muraro, 1983, p.72). Isso a faz acreditar que o parto vaginal a torna menos atrativa sexualmente devido ao alargamento vaginal. Essa interpretação mecânica da fisiologia da relação sexual e os danos corpóreos que supostamente são causados pelo parto vaginal ganham legitimidade através da medicalização.

Compreendendo **Saúde**, em um sentido mais abrangente, pode se dizer que “saúde é o resultado de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É

assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social, da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987).

Saúde/Doença são metáforas qualificadas para explicação da sociedade: dão origem a atitudes, comportamentos e revelam concepções de mundo. Através da experiência com a saúde e a doença, as pessoas falam de si, do que as rodeiam, de suas condições de vida, do que as oprimem, ameaçam e amedrontam, e também opinam sobre as instituições e sobre a organização social em suas bases econômico-político e cultural. Saúde/Doença também constituem metáforas de explicação da sociedade sobre ela mesma: de sua ausência de leis e organização, desequilíbrios e preconceitos, que serve com instrumento repressivo ou libertador para o poder político se legitimar ou ser execrado (Minayo, 1998).

A saúde tem uma expressão individual e social e o processo saúde-doença é fortemente marcado pela cultura. O campo da saúde deve propiciar uma reapropriação do conhecimento do corpo, para que a mulher torne-se sujeito de sua sexualidade. Pois o desconhecimento sobre seu corpo gera alienação e perda da capacidade de controle sobre suas funções, tais como, a menstruação, a reprodução, as relações sexuais, o controle da natalidade, a menopausa, etc. (Alves, Pitanguy, 1985). Esse desconhecimento possibilita a transformação do nascimento e parto em um fenômeno patológico, totalmente medicalizado.

Gênero é constituído de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos. “O gênero é uma primeira maneira de dar significado às relações de poder, ou por meio do qual o poder é articulado. O gênero não é o único campo, mas ele parece ter constituído um meio persistente e recorrente de dar eficácia à significação do poder no ocidente, nas tradições judaicas cristãs e islâmicas” (Scott, 1990, p.16).

Segundo Scott (1990) o gênero implica em quatro elementos: os símbolos culturais, os conceitos normativos, a organização social e a identidade subjetiva.

Os símbolos culturais são representações simbólicas e contraditórias na maiorias das vezes, como Eva e Maria, ambas como símbolos de mulher mas também como mitos: escuridão/luz, poluição/purificação.

Os conceitos normativos são expressos nas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas ou jurídicas e tomam a forma de uma oposição binária que afirma de modo categórico o sentido do masculino e do feminino.

A organização social constitui-se dos sistemas de parentesco (complexificado nas sociedades modernas), o mercado de trabalho (sexualmente segregado), a educação e o sistema político.

Identidade subjetiva – a transformação da sexualidade biológica dos indivíduos à medida de sua aculturação (Scott, 1990).

Considerando o gênero como uma maneira de dar significado às relações de poder, a obstetrícia articulou o poder na forma de medicalizar um processo natural e fisiológico em uma cirurgia de rotina.

A **Enfermagem** congrega ciência, arte e tecnologia na produção de um conhecimento específico e necessário à prestação de cuidados aos indivíduos, famílias e grupos sociais. Sua prática fundamenta-se em conhecimento científico específico e de outras áreas do saber. Sistematiza conhecimentos e os utiliza nos diversos níveis da organização dos serviços de saúde. Sua atuação se faz em todas as fases do processo de vida humana através da promoção, da prevenção, dos cuidados relativos ao tratamento, da cura, da reabilitação e da educação em saúde. O trabalho de enfermagem se materializa em cuidados de enfermagem, administração de assistência de enfermagem e educação em saúde. (Baseado na concepção filosófica do programa de pós graduação de enfermagem UFSC, 1999).

Sendo um dos pressupostos do trabalho de enfermagem a dimensão educativa, a preparação da mulher para gravidez, nascimento e parto contribui para diminuir a influência cultural contemporânea no fenômeno da dor do parto. O pré-natal, em geral, não prepara a mulher grávida psicologicamente para o parto. O medo e a insegurança, que toda grávida sente, são mais estimulados do que prevenidos no pré-natal, e no contexto social em que ela vive durante a gravidez. Por isso, oportunizar um espaço para discussão sobre as transformações físicas e emocionais que envolvem o processo da gravidez para o casal grávido, possibilita a construção de um conhecimento que propicie uma gravidez mais saudável e um profissional de enfermagem mais comprometido com a promoção da saúde.

A **enfermeira obstetra** é qualificada legalmente e registrada para exercer todas as ações que envolvem a gravidez e o parto normal. O modelo de atenção oferecido pela enfermeira obstetra, que tem sua formação acadêmica no processo normal da gravidez, é de “estar ao lado” da mulher contribuindo para estabelecer uma relação de confiança, que ajude os mecanismos fisiológicos do trabalho de parto, e contribua também, para a diminuição do

número de intervenções tecnológicas exteriores ao processo natural do parto, deixando a natureza agir.

Se esta atenção se der em ambientes menos frios como em instituições, sem tantas imposições de rotinas, de ações mecânicas e repetitivas, que fazem com que percamos a noção da importância do que estamos executando, e que a essência do atendimento é a mulher e não a instituição. Acredito que o parto possa voltar a ser um processo fisiológico, normal e se desenvolver sem intervenções. Quando as intervenções são necessárias, se justificam, mas não como rotina de procedimento. Para esse tipo de atenção as enfermeiras obstetras precisam de um treinamento para serem capacitadas e sensibilizadas para um atendimento ao nascimento e parto, que otimize as relações humanas, os aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento.

Segundo Largura (1998) a imagem da parteira é sempre ambígua porque ela se encontra onde a vida e a morte podem estar presentes. Assistir ao nascimento é uma função, um chamado para defender a vida nascente.

Compartilho com autores que entendem a **educação em enfermagem** para homens e mulheres, suas famílias e a comunidade como parte integrante da práxis da enfermagem. A educação em uma perspectiva instrumentalizadora para análise da realidade social com vistas a transformá-la no sentido ético, solidário e de justiça social. Acredito numa prática educativa cujo compromisso seja com a transformação da sociedade e não com a sua manutenção, e/ou perpetuação, por isso opto pela concepção pedagógica histórico-crítica, que fundamentada-se no conceito geral de que a realidade humana é construída pelos próprios homens e mulheres, no seu processo de existência. Essa pedagogia está empenhada em colocar a educação a serviço da transformação da sociedade (Saviani, 1996, 1997).

É preciso resgatar a formação do profissional em obstetrícia rompendo com a ênfase dada para as intervenções no parto, como as induções, e as episiotomias de rotina, e a ênfase no treinamento deste profissional para a cesariana. É necessário fazer uma reflexão crítica da prática obstétrica brasileira através do sistema educacional. Faz-se necessário praticar uma enfermagem obstétrica que contribua para a vivência fisiológica do processo de parturição, para a transformação institucional de saúde do país e que considere no agir o papel de sujeitos sociais; as mulheres e suas famílias na assistência ao parto.



Deméter, os romanos a conheciam como Ceres, era venerada como deusa mãe, como mãe do cereal e mãe da jovem Perséfone. Deméter é o arquétipo materno, representa o instinto maternal desempenhado na gravidez ou através da nutrição física, psicológica ou espiritual dos outros.

Deméter, deusa vulnerável. Função arquetípica: mãe – nutridora. Dificuldades psicológicas: depressiva, desgastada, dependente como agente de nutrição, gravidez não planejada. Forças: habilidade de ser maternal e nutridora de outros; generosidade (Bolen, 1990).

5. METODOLOGIA

A pesquisa envolveu mulheres que tiveram seus partos em uma instituição especial, que utiliza a tecnologia apropriada para o nascimento e parto, com base na proposta da OMS e que é aplicada por enfermeiras obstetras.

5.1 Universo da Pesquisa

Para a captação dos dados foram realizadas 17 entrevistas com mulheres que tiveram seu último filho na instituição estudada, para verificar a satisfação das mesmas com a assistência que utiliza essa tecnologia apropriada para o nascimento e parto, aplicada por enfermeiras obstetras. Também foram realizadas 3 entrevistas com enfermeiras obstetras que trabalham nesta instituição, com o objetivo de verificar a percepção das mesmas em relação a sua prática assistencial.

5.2 O Local de Estudo

Uma “Casa de Parto” situada em um estado da região sudeste do Brasil. Esta instituição foi inaugurada em setembro de 1998, em um bairro periférico de uma grande metrópole, com o objetivo de dar assistência às mulheres com gestação fisiológica, inscritas no Programa Saúde da Família, PSF, de uma regional de saúde do município. Trata-se de uma instituição mantida pelo Estado fazendo parte da rede assistencial pública. Formalmente, a Casa de Parto é parte do sistema de referência e contra-referência da rede municipal. No entanto, muito poucas mulheres são encaminhadas a essa instituição pelos profissionais dos postos localizados na região. Após o parto, a Casa de Parto faz a contra-referência encaminhando aos postos de saúde e indicando o acompanhamento domiciliar.

A Casa de Parto é uma construção em alvenaria, sua planta física compõe de uma recepção, uma sala de exames com equipamento tecnológico para avaliação das condições obstétricas como amnioscópico, sonar, cardiotocógrafo, entre outros, três quartos, sendo dois para parto e um para puerpério. Um dos quartos utilizados para trabalho de parto e parto tem uma mesa obstétrica tradicional, mas não é utilizado com frequência, o outro quarto utilizado diariamente tem uma cama que se transforma em mesa obstétrica no momento do parto. Entre esses dois quartos fica o banheiro para as parturientes. No centro da casa fica a cozinha. Em um anexo existem uma lavanderia, um banheiro público, uma garagem que é utilizada como uma sala de reuniões ou lazer. No piso superior do anexo tem um banheiro, uma sala e um quarto que é utilizado pelas profissionais de enfermagem. A equipe da Casa de Parto é composta por enfermeiras obstetras, auxiliares de enfermagem, cozinheiras e motoristas em regime de trabalho de 24 horas, as funcionárias da cozinha trabalham 12 horas diariamente.

Todo atendimento obstétrico e neonatal são realizados por enfermeiras obstetras, apoiadas por auxiliares de enfermagem. Não há médicos na instituição, e as distócias são transferidas para os serviços de referências. A Casa de Parto faz o acompanhamento das gestantes que procuram a instituição a partir da 37ª semana de gestação. O acompanhamento é feito através de encontros semanais nos quais confirma-se a normalidade da gestação através de exame físico especialmente gineco-obstétrico, avaliação do bem-estar fetal, através da cardiotocografia em gestantes que atingem 40 semanas ou mais. A mulher e sua família

recebem informações sobre o processo fisiológico do parto, o reconhecimento dos sinais e sintomas do trabalho de parto, as posições e ações que favorecem a boa evolução do parto e a importância de uma postura ativa da parturiente durante o processo de trabalho de parto. A admissão da gestante é feita após avaliação de riscos, segundo protocolos elaborados pela equipe da Casa de Parto e quando em franco trabalho de parto. A presença de um acompanhante é prática obrigatória pela filosofia da Casa. Essa medida corresponde a aplicação de um dos critérios apontados pela tecnologia apropriada, ou seja o acompanhante é fundamental para um bom desempenho do trabalho de parto. Assim, quando não há disponibilidade de nenhum parente da mulher acompanhá-la é solicitada a presença de uma amiga ou vizinha, na impossibilidade, é designado uma agente de saúde da comunidade. Banhos prolongados, deambulação e massagens constituem cuidados prestados na Casa de Parto, associa-se a esses cuidados uma postura otimista e de encorajamento por parte das cuidadoras. As ocorrências durante o trabalho de parto são comunicadas à mulher e à família, bem como seus significados. Após o parto, a mulher recebe alta em um período menor de tempo que uma internação hospitalar. Na Casa de Parto, a alta ocorre em média 12 horas após o parto, nos hospitais tradicionais o período de internação é de 48 a 72 horas. A Casa de Parto comunica a alta ao posto de saúde que faz visita domiciliar a mulher e ao bebê, e quando ocorre qualquer anormalidade é comunicada a Casa de Parto.

A Casa de Parto, nesses 1 ano e 4 meses de funcionamento, realizou mais de 300 partos. Segundo dados disponíveis no relatório de atividades da instituição, do período de outubro de 98 a novembro de 99, os resultados maternos e perinatais foram bons, tanto em relação à segurança quanto em relação à qualidade da experiência da mulher e sua família (Osava, 1999).

5.3 Coleta de Dados

Os dados foram coletados mediante entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro (anexo IV e V). As entrevistas foram realizadas durante 15 dias em janeiro de 2000.

Previamente, foi feito contato com a diretora da Casa de Parto para a obtenção de consentimento para a pesquisa.

Para selecionar as mulheres a serem entrevistadas, fiz um levantamento nas fichas disponíveis na instituição, selecionando as que tiveram parto nos últimos 3 meses. Deste levantamento identifiquei 5 mulheres que moravam próximo à instituição e 5 que tinham telefone para contato. As 5 primeiras fiz uma visita domiciliar com a finalidade de colher os dados segundo o roteiro estabelecido, as outras 5 foram contatadas por telefone sendo que aceitaram vir até a Casa de Parto para que eu pudesse entrevistá-las. Várias mulheres foram encaminhadas por uma agente comunitária sendo que 5 permaneceram e foram entrevistadas, as outras 2 mulheres tinham tido seus bebês, na Casa de Parto na noite anterior, eu as entrevistei na instituição.

Em relação à escolha das enfermeiras que prestam assistência na instituição, procedi da seguinte forma, fiz contato pessoal com cada uma delas solicitando sua participação na pesquisa. O total de enfermeiras obstetras que atuam na instituição é de 5, sendo que entrevistei 3 delas, porque uma estava em férias, e a outra só aceitou responder por escrito. Como eu tinha definido a necessidade de colher pessoalmente os dados, com vistas a garantir uma melhor flexibilidade na formulação das questões e assim possibilitar maior riqueza na coleta de dados, optei por excluí-la do estudo.

Fiquei encantada com a disponibilidade e o interesse das pessoas em atender ao meu pedido para as entrevistas. Antes do início da entrevista foi explicada a finalidade da pesquisa, assegurado o anonimato na apresentação dos dados (anexo II e III), e solicitada a autorização para o uso do gravador.

Segundo Gil (1995) a entrevista como procedimento de pesquisa constitui em vantagens e limitações. Como vantagens destaca: primeiro, ser uma técnica muito mais eficiente para obtenção de dados em profundidade a cerca do comportamento humano. Segundo, oferecer maior flexibilidade possibilitando ao entrevistador, no contato direto com o entrevistado, esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente as pessoas e circunstâncias nas quais se desenvolve a entrevista. Como limitações, aponta o fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes; a inabilidade ou mesmo incapacidade do entrevistado para responder adequadamente por insuficiência vocabular, ou problema psicológico, e a influência exercida pelo aspecto pessoal do

entrevistador sobre o entrevistado. Essas limitações, de alguma forma, intervêm na qualidade das entrevistas, porém em função da flexibilidade própria da entrevista, muitas destas dificuldades podem ser contornadas. O entrevistador deve estar atento, pois o sucesso desta técnica depende fundamentalmente do nível de relação pessoal entre entrevistado e entrevistador.

Na minha experiência, senti que de modo geral as entrevistas transcorreram muito bem, no entanto, algumas dificuldades foram encontradas. Numa delas tive dificuldades de estabelecer uma boa comunicação com a entrevistada. As perguntas que eram feitas por mim eram respondidas com muitas outras colocações, que fugiam muito do assunto. Fiz algumas interferências, mas mesmo assim não voltamos ao foco da pergunta. Outra ocorrência, se deu quando a agente comunitária enviou várias mulheres ao mesmo tempo para as entrevistas, devido a demora, algumas foram embora, e isto diminuiu o número de entrevistadas.

5.4 Análise e Interpretação dos Dados

Considerando-se a análise de dados obtidos nas entrevistas, que são de caráter qualitativo, optei por uma das técnicas de análise deste tipo de dados, a qual utilizei como referência para auxiliar na interpretação, porque acredito que a mesma transcende às técnicas empregadas. Tradicionalmente uma das técnicas empregadas para o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa nas ciências sociais, é a análise de conteúdo. Utilizei essa técnica, de forma modificada para apreender as unidades significativas apresentadas na fala dos sujeitos entrevistados, conforme os aspectos que destaquei como importante para essa pesquisa.

Segundo Rodrigues, Leopardi (1999) vários são os caminhos que podem ser percorridos na análise de conteúdo. Inicia-se com uma leitura globalizada do material, passando em seguida por um recorte das informações significantes para serem categorizadas e classificadas e a seguir decodificadas relacionando-as com o todo.

Segundo Minayo (1998) a análise de conteúdo significa mais do que um procedimento técnico, faz parte de uma histórica, busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

“Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura do primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem” (Minayo, 1998, p. 203).

Para Minayo (1998) resumidamente, a análise de conteúdo pode abranger: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

1 – Primeira fase – definimos a unidade de registro (palavra, frase, oração), unidade de contexto (contexto do qual faz parte a mensagem), trechos significativos e categorias.

2 – Segunda fase – é o momento de ampliarmos o que foi definido na fase anterior. Pode haver necessidade de fazermos várias leituras de um mesmo material.

3 – Terceira fase – nesta fase devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto em busca de ideologia, tendências e outras determinações características dos fenômenos que estamos analisando.

O processo de análise dos dados desta pesquisa, iniciou com a transcrição das fitas gravadas. Esta etapa demandou muito tempo e grande atenção, para que as palavras pudessem ser transcritas obedecendo à entonação e ênfase e às interjeições expressa nas falas. A transcrição das entrevistas totalizaram 89 páginas. Após esta etapa, fiz várias leituras para apreender os significados das falas de cada sujeito, localizando o contexto de obtenção das informações. À medida que ia lendo, percebi que as ações que devem ser implementadas na assistência ao parto e as que devem ser revistas ou extintas estavam contidas nas falas das mulheres e das enfermeiras, ou seja, emergiram as 4 categorias da tecnologia apropriada da OMS. Isso me surpreendeu, pois eu não incluí no roteiro de entrevista perguntas referentes à tecnologia. Retornei à teoria, destacando as unidades relativas à tecnologia apropriada e construindo as seguintes categorias de análise:

1 - Em relação a opinião das mulheres/parturientes:

- a) Opinião sobre a assistência ao parto com a tecnologia apropriada realizado por enfermeiras obstetra na instituição estudada.
- b) Opinião sobre procedimentos que são utilizados e devem ser encorajados; sobre os que são considerados ineficazes e devem ser abandonados; os que devem ser usados com cautela; os que são utilizados freqüentemente e são considerados inapropriados.

2 – Em relação à opinião das enfermeiras obstetras:

Destaquei a opinião das mesmas sobre as vantagens e as desvantagens da utilização da tecnologia apropriada para as mulheres e para as profissionais.

Procedi então, a análise das falas conforme as categorias construídas



Perséfone, os romanos a conheciam como Prosérpina. Como deusa jovem foi associada como símbolo de fertilidade e como rainha do inferno. Ao contrário de Hera e Deméter que representam arquétipos ligados a fortes sentimentos instintivos. Perséfone como padrão de personalidade não parece tão sobrepujante, ela predispõe, a não agir mas a ser conduzida pelos outros, a ser complacente na ação e passiva na atitude.

Perséfone, deusa vulnerável. Função arquetípica: “filha da mãe” – mulher receptiva. Dificuldades psicológicas: depressiva, manipuladora, voltada para o fantasioso. Forças: habilidade de ser receptiva; de apreciar imaginação e sonho; potencial para habilidades psíquicas (Bolen, 1990).

6. AS CONTRIBUIÇÕES DA TECNOLOGIA APROPRIADA E OS RESULTADOS DA PESQUISA

6.1 Caracterização do Grupo Estudado:

6.1.1 As Mulheres Assistidas

A) Quanto ao motivo da procura pela instituição

Do total de entrevistadas, a maioria (88,23 %), escolheu ter seus filhos na Casa de Parto. Essa escolha foi feita com base em comentários favoráveis feitos por outras mulheres (amigas, vizinhas), que tinham tido a experiência de parir naquela instituição.

Duas mulheres (11,77%), realizaram o parto na instituição apesar de não terem escolhido. Uma delas foi fazer exame e devido ao adiantado do trabalho de parto teve seu filho lá. A outra, que percebendo que não daria tempo de chegar até o hospital escolhido por ela e indicado pela médica do posto, foi até a Casa de Parto que era a instituição mais próxima.

Do total de mulheres entrevistadas somente uma (5,8 %), foi encaminhada pelo sistema formal de referência, isto é foi indicada pelo posto de saúde da regional para realizarem o parto na instituição. Estes resultados são compatíveis com os encontrados no relatório das atividades da instituição no período de outubro de 98 a novembro de 99. Segundo este relatório a principal fonte de divulgação do trabalho da Casa de Parto é a própria usuária.

B) Quanto a idade

Quadro 1 – Idade das mulheres entrevistadas

Mulheres Idade	N.	%
15 a 19 anos	2	11,8%
20 a 29 anos	11	64,6%
30 a 34 anos	0	0%
35 a 39 anos	4	23,6%
Total	17	100%

O grupo estudado foi composto majoritariamente por mulheres dentro da faixa de adultos jovens, correspondente a 64,6% do total de entrevistadas. Este grupo situa-se portanto, dentro da faixa etária adequada para gestar e parir. Segundo a bibliografia, a idade ideal para ter filho situa-se entre 20 e 30 anos, sendo que a mortalidade perinatal aumenta com a idade materna a partir dos 30 anos. Os filhos de mulheres de até 19 anos de idade, e os primogênitos das de 35 anos ou mais, apresentam um maior risco de prematuridade e de outras complicações de gestação, como hipertensão induzida pela gestação (HIG). Além disso, os filhos de mulheres com mais de 35 anos apresentam maior riscos de defeitos congênitos, como síndrome de Down e outras anomalias genéticas (Knuppel, Drukker, 1996).

Segundo a estatística da Casa de Parto, a maioria das mulheres assistidas é constituída de adultos jovens entre 20 e 29 anos. No entanto, 28% é de adolescentes entre 15 a 19 anos (Osava, 1999). O número de gestantes jovens na rotina da instituição é maior do que encontrado nas entrevistadas, 11,8%. Esta diferença tem relação com a minha escolha de entrevistar mulheres que já tiveram pelo menos um parto anterior. Atender mulheres jovens é benéfico, no sentido de promover uma experiência satisfatória logo no primeiro parto, além de ser uma maneira de evitar traumas e multiplicar a idéia de que é possível ter um parto natural, sem intervenções desnecessárias como o que ocorre na assistência obstétrica vigente.

C) Quanto a paridade

Quadro 2 – Paridade das mulheres entrevistadas

Mulheres Paridade	N.	%
2 a 3	12	70,6%
4 a 5	5	29,4%
Total	17	100%

As mulheres que tiveram de 2 a 3 partos foi a maioria correspondendo a 70,6%. Segundo o mesmo relatório, na Casa de Parto, as nulíparas representam 32,4% do total de mulheres atendidas. O que corresponde a política de atender as gestantes jovens como já apontada anteriormente. Segundo o relatório da instituição, a maioria das mulheres assistidas, na Casa de Parto (67,6%), já tiveram experiências anteriores de dar à luz sem serem assistidas por enfermeira obstetra, utilizando a tecnologia apropriada (Osava, 1999).

D) Quanto a escolaridade

Quadro 3 – Escolaridade das mulheres entrevistadas

Escolaridade	N.	%
Analfabeta	1	5,9%
Ensino Fundamental Incompl.	13	76,4%
Ensino Médio Incompl.	2	11,8%
Ensino Médio Compl.	1	5,9%
Ensino Superior	0	0,0%
Total	17	100%

No grupo estudado predominaram as mulheres com baixa escolaridade, isto é (82,3%), tinham até o ensino fundamental incompleto e nenhuma delas tinha grau superior.

E) Quanto a renda familiar

Quadro 4 – Renda familiar das mulheres entrevistadas

Renda Familiar	N.	%
Até um salário = US\$ 75,5	1	5,9%
1 a 5 = US\$ 75,5 a 377,5	10	58,8%
5 a 10 = US\$ 377,5 a 755,0	2	11,8%
Não divulgado	4	23,6%
Total	17	100%

US\$ 1 = R\$1,80 01/2000

US\$ 75,5 = 1 salário mínimo 01/2000

Percebe-se pela representação gráfica do grupo estudado que 64,7% das famílias percebem até 5 salários mínimos (US\$ 377,5), situando-se, portanto dentro do grupo populacional brasileiro de baixa renda. Apenas 11,8% das famílias percebem renda superior a 5 salários. É importante registrar que as 4 famílias (23,6%), que não têm renda declarada foi devido a falta de investigação pela pesquisadora.

Em síntese, posso caracterizar o grupo de mulheres estudadas como pertencente ao grupo populacional de baixa renda e baixo grau de escolaridade. A maioria vive com um companheiro e estão situadas dentro do grupo de adultos jovens. Todas tiveram um ou mais partos anteriores e a grande maioria procurou a instituição por indicação de outras mulheres, que tiveram experiência positiva de serem assistidas, na instituição estudada.

6.1.2 As Enfermeiras Estudadas

O conjunto das enfermeiras estudadas tem idade entre 43 e 50 anos e exercem a profissão há mais de 20 anos, sendo que todas trabalham há mais de 18 anos com a assistência obstétrica. Todas têm formação especializada em obstetrícia, sendo que uma delas tem Mestrado e Doutorado e contribui com produção teórica na área de enfermagem obstétrica.

Todas trabalham em mais de uma instituições de saúde. Duas delas, além da Casa de Parto, trabalham em uma Maternidade onde as enfermeiras conduzem toda a assistência ao parto normal, cabendo aos médicos as distócias. A terceira enfermeira trabalha além da Casa de Parto em uma Maternidade tradicional.

6.2 A Opinião das Mulheres Assistidas por Enfermeiras Obstetras que Utilizam a Tecnologia Adequada.

Para garantir o anonimato e ao mesmo tempo possibilitar a identificação e a interpretação das opiniões emitidas pelas diversas pessoas, codifiquei as entrevistadas por número de 1 a 17.

6.2.1 Comparando a Assistência Tradicional ao Parto e a Assistência com a Tecnologia Adequada Recebida na Casa de Parto.

Ao serem abordadas sobre o atendimento em parto(s) anterior(s), em outras instituições nas quais não utilizaram a tecnologia adequada, 47,6% das mulheres referiram terem sido bem tratadas e 52,94% manifestaram insatisfação com o atendimento recebido.

“ Elas ficaram sempre do meu lado, no hospital não, a maior parte do tempo eu fiquei sozinha” (Entrevistada 7).

“ Lá é muito ruim lá eles não dão assistência, eles não ligam para a gente. A gente chega lá, se chega ganhando eles fazem o parto agora se não eles deixam lá sofrendo na cama. Lá não tem assistência” (Entrevistada 9).

“ Quando elas vão fazer o toque, elas esperam a dor passar, no hospital não. No hospital vai com dor e tudo” (Entrevistada 11).

“Elas são muito carinhosas, elas ajudam, não gritam com você. No hospital normalmente a turma fala: se fizer escândalo você fica lá. (abandonada)⁶ E é verdade. E aqui, se tem gente que faz escândalo, elas continuam tratando bem” (Entrevistada 14).

“Eles não dão atenção para a gente, eles largam a gente lá. Eu tinha medo porque minha mãe sempre dizia: não grita, porque se você gritar é pior ninguém vem te ver. Eu não dei nenhum piu e fiquei sozinha” (Entrevistada 4).

“Acho que é por isso que muitas mulheres que ganham nesses hospitais ficam com depressão pós-parto, porque a gente fica muito frustrada mesmo, eles largam a gente lá não querem nem saber, a gente já está sensível e fica pior ainda” (Entrevistada 4).

“Eu sofri bastante, fiquei o tempo todo com frio e nem ligaram para mim. Eu fui ganhar, pra bem dizer, quase sozinha, ninguém vinha ver e nem fazer exame e nem nada” (Entrevistada 9).

“Fui internada, à meia noite, e ganhei ela às 7:32 da manhã, mas o médico estava dormindo e nem queria levantar para fazer o meu parto. Eu fui chamar ele lá onde ele estava, aí ele disse que ia deixar eu pastar porque não era para eu ter ido chamar ele” (Entrevistada 16).

“Lá elas conversam só as coisas que precisa, aqui elas brincam, a gente fica distraída, dão risada e a gente distrai” (Entrevistada 5).

Ao serem questionadas sobre o atendimento recebido na instituição estudada todas responderam que o atendimento foi ótimo.

“Elas são muito atenciosas, atende a gente muito bem, na hora de ganhar é uma atenção. Olha, eu nunca tive, nem meus parentes dão tanta atenção igual a elas” (Entrevistada 1).

“É muito bom, elas são como mãe para você, para nós” (Entrevistada 15)

“Eu me senti em casa, sabe tranqüila, passa aquela tranqüilidade, do lado da gente, o tempo todo” (Entrevistada 2).

“Eu não senti tanta dor como eu senti lá, nem fui desprezada, igual eu fui lá. Nossa, foi super ótimo, aqui é dez” (Entrevistada 3).

“Eu me senti importante, nossa! as pessoas que não me conhecem, estão se interessando, querendo fazer o meu parto, então eu me senti com valor, com um certo

⁶ As expressões que estão entre parênteses e não em itálico foram incluídas por mim, para dar sentido ao relato.

valor, coisa que eu não tive quando eu fui ganhar ela” (Entrevistada 4).

Quatro mulheres (23,53%), referiram conhecer o atendimento ao parto prestado na modalidade privado, ou tendo recebido este atendimento ou referindo ter conhecimento sobre este tipo de atendimento. Estas mulheres utilizaram esta informação para qualificar o atendimento recebido, na Casa de Parto, como melhor do que o atendimento privado.

“ Tem muita diferença até do convênio tem diferença. Lá, eles atendem bem, mas não é como elas que dão atenção para você. Toda hora elas estão dando atenção conversando, não só para quem ganha mas para quem vem visitar. Para mim, que já conheço hospital de convênio não chega nem aos pés do atendimento (daqui) (O hospital de convênio) Pode ser grande, ser várias outras coisas, mas o atendimento...” (Entrevistada 13).

“ O tratamento é totalmente diferente, elas tratam você assim, todo mundo que veio me visitar pensou que era até um hospital particular, foi ótimo e tem hospital particular que você paga e não é tão bem atendido” (Entrevistada 14).

Uma das principais características da tecnologia apropriada é buscar a aproximação do parto como um episódio natural, na vida das mulheres e seus familiares, que seja vivenciado de forma satisfatória e sem muitas intervenções técnicas. Todas essas mulheres tiveram experiências anteriores de partos e, mesmo as que tiveram experiências positivas, ao comparar o parto realizado com a tecnologia apropriada por enfermeiras obstetras, avaliaram esta última experiência como significativamente mais satisfatória. Esta mesma realidade, encontrei na experiência vivida durante a disciplina de prática assistencial, quando desenvolvi um trabalho com mulheres prestando assistência ao nascimento e parto, utilizando a tecnologia apropriada. As mulheres que tiveram experiência de partos anteriores, ao compararem com a assistência dada por mim, como enfermeira obstetra, utilizando a tecnologia apropriada manifestaram sua satisfação com o atendimento e disseram que essa assistência é muito melhor que a assistência obstétrica vigente (Castilho, 1999). Dentre os aspectos que se sobressaem como motivo de satisfação das mulheres são: a atenção recebida e o tratamento individualizado como sujeitos especiais, ou seja, que são seres humanos, que têm importância na relação com o profissional de saúde, não são atendidas como “números” ou como parte de uma “demanda” em busca de atendimento.

6.2.2 A Percepção pelas Mulheres sobre a Tecnologia Apropriada, na Assistência Recebida das Enfermeiras Obstetras.

Neste item, destaco a opinião das mulheres à respeito de aspectos positivos da tecnologia apropriada, bem como as suas considerações negativas em relação as rotinas desnecessárias impostas pela medicalização da assistência ao parto. Muitas falas emergiram espontaneamente durante as entrevistas, pois as perguntas que constam do roteiro (IV), não contêm especificidade à tecnologia, relativas às rotinas que devem ser abandonadas ou encorajadas.

A tecnologia apropriada para assistir ao nascimento e parto que está descrita no capítulo 3, página 41 a 44, estabelece as ações que devem ser implementadas e as que devem ser revistas ou extintas na assistência perinatal. Assim, considerando as características da tecnologia apropriada e as opiniões das mulheres sobre a assistência recebida optei por categorizar as suas opiniões em quatro grupos conforme emergiram das entrevistadas, com vistas a perceber se a utilização da tecnologia apropriada por enfermeira obstetra contribui, ou não, para a humanização do parto.

6.2.2.1 Práticas que são utilizadas e que devem ser encorajadas.

A) Participação do marido/companheiro ou de um familiar durante o processo de nascimento e parto.

Todas as mulheres assistidas, na Casa de Parto, tiveram a presença de alguém de sua confiança a seu lado durante o parto. A maioria contou com a presença do marido, sendo que 23,53% das mulheres tiveram a presença do marido ao seu lado e 23,53% das mulheres contaram com a presença dos maridos, porém aguardando do lado de fora do quarto e só entrando no momento do nascimento do bebê. 35,29% tiveram a companhia de suas mães, e as demais foram acompanhadas por tia, vizinha, etc.

Ter uma companhia durante o processo de parir foi muito bem-visto pelas mulheres.

“A gente fica mais segura vendo aquela pessoa que a gente conhece” (Entrevistada 8).

“Ah, é muito bom, você se sente mais segura, apesar de que elas são uma família, elas deixam você mais sossegada, elas te tratam como se fosse um filho” (Entrevistada 15).

“Achei maravilhoso. É melhor, a gente se sente mais protegida” (Entrevistada 5).

Todas sentiram-se satisfeitas com a presença de alguém de sua confiança. Algumas reclamaram da não participação do marido ou da sua participação passiva.

“Ele estava aí, mas só entrou quando o neném nasceu. Porque ele não quis. (Perguntei: Ele pegou o neném?) – pegou o neném, ela deixou ele dar banho, mas ele não quis” (Entrevistada 5).

Percebe-se uma maior participação dos homens na educação dos filhos/filhas a partir da década 80 e 90. Essa atitude tem propiciado ao homem o desenvolvimento do sentimento paternal e uma participação maior no cuidado dos filhos/filhas, o que vem gerando bons resultados tanto para pais como para filhos/filhas. A função masculina de conceber e agora de cuidar e educar tem suscitado na mulher o desejo da participação do marido no momento do parto. Neste estudo, pude verificar que dos 47,06% dos homens que participaram do processo de parto somente 50% ficaram ao lado da mulher, os outros 50% permaneceram do lado de fora. Penso que os homens ainda não se sentem à vontade, pois o parto está muito ligado ao universo feminino, experimentar esses sentimentos quase que exclusivamente feminino é muito novo para eles. As mulheres parecem sentir-se com mais desenvoltura neste campo. Acho que trata-se de um processo de mudança e precisa ser incentivado, no sentido de construir relações mais solidárias.

B) Monitorizar a mulher física e emocionalmente no trabalho de parto, parto e puerpério.

Monitorizar física e emocionalmente a mulher, reconhecendo suas necessidades afetivas, cria uma atmosfera íntima e cordial e é uma das condições de sucesso para o parto, pois incentiva à liberação dos hormônios, influenciando no bom andamento do trabalho de parto.

“Sempre tinha alguém do meu lado, eu não fiquei sozinha em momento nenhum,

sempre tinha alguém do meu lado” (Entrevistada .12).

“ Eu não fiquei sozinha, não fiquei nenhum momento sozinha. O tempo todo com elas, até para tomar banho elas iam comigo no banheiro” (Entrevistada. 9).

“ Eu me senti segura como se as enfermeiras que estavam ao meu redor fossem a minha família, com a minha família junto, então era uma família que eu estava e eu não devia ter medo” (Entrevistada. 4).

“Elas são uma família, elas te deixam mais sossegada ainda porque elas te tratam como se fosse um filho” (Entrevistada. 15).

As mulheres em trabalho de parto sentem necessidade de uma companhia amiga e calorosa, a doula que em grego significa mulher que cuida de outra mulher (Klaus, 1993) é comprovadamente benéfica para o trabalho de parto e isto ficou bem caracterizado na fala das mulheres. A enfermeira obstetra assumiu muito bem este papel, fornecendo apoio emocional, elogios, contato físico, explicações sobre o que está acontecendo durante o trabalho de parto. No trabalho de Kennell (1996) o suporte emocional foi importante para diminuir o percentual de cesáreas, anestesia/analgesia e uso de ocitócitos.

Segundo o guia prático da OMS 1996, o apoio físico e empático, contínuo durante o trabalho de parto contribui para a diminuição da duração do trabalho de parto, além do menor número de medicações e analgesia epidural. Esse tipo de apoio melhorou os escores de Apgar⁷ e tem resultado melhores condições para o parto normal, diminuindo o número de partos cirúrgicos.

C) Oferecer líquidos no trabalho de parto e parto

A maioria das parturientes sentem necessidade de ingerir líquidos durante o trabalho de parto. O oferecimento de líquidos, sucos, chás durante o trabalho de parto é importante porque a fome e a sede favorecem a sensação dolorosa.

“ Da primeira eu desmaiei e desta não estou desmaiando, porque – dão comida aqui, antes de eu ganhar ela, elas me deram café, chá, foram me dando coisas, aí eu acabei de ganhar e nem tomei banho elas me deram mais café com bolo aí eu tomei. Fui tomar banho e nem me deu tontura, aí eu achei estranho e eu perguntei pra elas” (Entrevistada 9).

⁷ Avaliação para verificar a vitalidade do recém-nascido

“ Quando eu estava com sede elas me davam água, quando eu estava com fome ela me dava café com leite, perguntava se eu queria almoçar, eu falava que não, eu só sentia sede, sede, sede” (Entrevistada 11).

“ Elas vinham toda hora e me ofereciam coisas, até eu fiquei – ah meu Deus, lá eu não comia nada, eu achava que fazia mal. Ela disse que não tinha problema comer e eu comi, não fiquei o dia todo sem comer nada” (Entrevistada 4).

Parece que os benefícios desta prática são evidentes, pois energizam a mulher para sua melhor participação no trabalho de parto e parto, além de evitar a desidratação e a cetose.

D) Respeitar o direito da mulher de ter privacidade no local de nascimento.

O parto é um momento de muita intimidade, um momento onde a mulher tem que ter a liberdade de emitir sons, falar, gritar, gemer. Estes sons se assemelham muito aos sons produzidos durante uma relação sexual, por isso a necessidade de ter privacidade.

“Não tem aquela gritaria de mulher ganhando é só você, se tem outra, cada uma ganha no horário certo. Não tem gritaria de mulher ganhando, então te deixa mais sossegada” (Entrevistada 15).

“ No hospital é muita mulher para ganhar neném, aquele monte de cama, aquela mulherada toda fazendo escândalo” (Entrevistada 16).

“Porque aqui, eu ia ficar sem aquele monte de mulheres, meu marido podia ficar do meu lado” (Entrevistada 12).

Historicamente, a privacidade era garantida quando a assistência ao parto se dava no domicílio, no seio familiar. Com a hospitalização da assistência ao parto, a privacidade e a vivência subjetiva se perderam, mas não sem trauma para as mulheres, que expressam de forma clara, seu descontentamento com a falta de privacidade em um momento tão íntimo de suas vidas.

Segundo o guia prático da OMS 1996, o parto passou de um processo natural para um procedimento controlado quando passou do domicílio para hospital, isso fez com que grande parte do calor humano fosse eliminado.

E) Dar às mulheres o máximo de informação e explicações que elas desejarem

As ações educativas durante o trabalho de parto são extremamente importantes pois dúvidas geram medo, ansiedade e insegurança.

“Ensinou sentar e fazer força na cadeira, mandou tomar banho, tomei bastante banho, ela me ensinando o que tinha que fazer. Lá no outro que eu fui ganhar a minha filha, não teve nada disso, não ensinaram nada, ganhei o neném com medo. Da minha primeira eu ganhei com medo com muito medo, chorando e esta nem chorei elas me deixaram bem segura” (Entrevistada 9).

Instrumentalizar a mulher dando oportunidade de discutir seus sentimentos, fazer perguntas e expressar seus temores proporcionam uma participação mais efetiva no trabalho de parto.

F) Usar métodos não invasivos no alívio da dor, durante o trabalho de parto como massagens e técnicas de relaxamento

Segundo o guia prático da OMS 1996, o apoio empático de quem presta assistência e também do acompanhante, antes e durante o trabalho de parto, pode diminuir a necessidade de analgesia farmacológica e assim melhorar a experiência de parir.

As massagens e as técnicas de respiração e relaxamento têm como objetivo melhorar a oxigenação, facilitar a dilatação e aliviar a sensação dolorosa.

“Eu sentindo aquela dor e elas dando água na minha boca, e nossa, fazendo massagem, elas faziam massagem, nossa, não sei como vocês têm paciência, mas elas têm paciência” (Entrevistada 14).

“ Toda hora ela te dando banho, te massageando, te colocando um aparelho para te ajudar, massageando para cada vez melhor para o neném sair mais rápido” (Entrevistada 15)

“ Elas vinham e faziam massagem em mim, eu sentia câimbra nas duas pernas e elas faziam massagem nas minha pernas e nos meus dedos” (Entrevistada. 16).

“ Elas faziam massagem na minha barriga, vinha uma e fazia massagem nas minhas costas, vinha outra e fazia massagem na minha perna” (Entrevistada. 14).

Na minha experiência realizada durante a prática assistencial (Castilho, 1999) percebi que os trabalhadores da Maternidade onde prestei assistência interessaram-se pelas técnicas de massagem e relaxamento que utilizei. Algumas auxiliares de enfermagem e outros funcionários disseram que gostariam de receber aqueles cuidados nos seus trabalhos de parto e que gostariam de encaminhar pessoas da família para que eu prestasse essa assistência.

Outra situação digna de registro foi a manifestação de um médico obstetra que presenciou a transformação de uma parturiente após eu ter aplicado a técnica de relaxamento. Ele disse que a transformação ocorrida na situação de tensão e ansiedade daquela mulher era impressionante e perguntou qual era o meu segredo. Esta situação ocorreu com uma gestante, com amniorex prematura, que estava em processo de indução do parto, mas ainda não encontrava-se em franco trabalho de parto. Ela estava muito tensa sem se alimentar desde o dia anterior. Não aceitava alimentação, levantar do leito, mudar de posição e nem caminhar, pois referia sentir fortes dores que a impossibilitavam de qualquer atitude. Após eu ter empregado a técnica de relaxamento⁸, ela alimentou-se, saiu do leito, caminhou pelo jardim e permaneceu na varanda conversando com sua mãe.

G) Realizar monitorização fetal com ausculta intermitente

As condições fetais devem ser avaliadas a cada 30 minutos ou no máximo 1/1 hora através dos batimentos cardíacos (BCF). A ausculta deve ser feita antes, durante e após a contração com o objetivo de detectar alteração do ritmo cardíaco associada às contrações (DIP I e DIP II)⁹. O sofrimento fetal pode ser manifesto por bradicardia (<120 bpm), taquicardia (> 160 bpm), diminuição da variabilidade ou desaceleração.

“ Só que não vinha fazer exame de toque toda hora, só examinava, escutava o coração do bebê, colocava o aparelho que elas têm ” (Entrevistada 4).

⁸ Este relaxamento é feito com música, com comandos para relaxar cada parte do corpo e com sugestões de mentalizações. A programação mental se baseia em mentalizar o que se deseja e desprogramar as possíveis ameaças que se exponham.

⁹ É a diminuição da frequência cardíaca fetal, chamada dip ou desaceleração.

H) Permitir a liberdade de movimento no trabalho de parto

A deambulação pode melhorar, e até abreviar o trabalho de parto. A mobilidade restrita implica em aumento da duração do trabalho de parto e sofrimento fetal, pela diminuição da intensidade e eficácia das contrações. Na posição horizontal, há uma pressão sobre a veia cava, o que diminui o fluxo sanguíneo e o oxigênio para o feto. Há uma tendência de aumento da tensão e da dor porque é mais desconfortável ficar deitado do que na posição vertical ou deambular. A mudança de posição proporciona alívio da tensão e da dor do períneo durante às contrações.

“ Lá, eu internei e fiquei deitada até eu ganhar, depois fui para a cama de novo. Agora aqui não, aqui eu andava para cima e para baixo, eu ia lá no banheiro, eu ia lá fora, tomava banho, não fiquei deitada aqui” (Entrevistada 11).

“ Todo tempo eu conversava com elas na cozinha eu andava pra lá e pra cá, todo tempo eu fiquei a vontade” (Entrevistada 9).

“ Aqui você escolhe a posição, quando você chega elas falam se você quer ficar deitada, sentada ou em pé, do jeito que você quiser, você escolhe o que você quer” (Entrevistada 11).

I) Encorajar outra posição que não seja a supina no trabalho de parto

A força da gravidade somada às contrações uterinas e os “puxos” causam a separação dos ossos pélvicos e o sacro balança para trás ampliando o canal do parto. A força da gravidade, a contração uterina e os puxos deslocam a apresentação para o intróito vaginal diminuindo a distensão do períneo posterior, reduzindo a incidência de episiotomia ou rotura. A mulher tem melhor controle porque pode participar ativamente do seu parto (Sabatino, Dunn & Caldeyro-Barcia, apud Santos, 1999).

“Aqui eu ganhei rápido, lá no hospital demorou bastante, porque aqui elas fazem a gente dilatar rápido. Elas botam a gente no chuveiro, mandam ficar agachada, fazem massagem nas costas, o chuveiro ajuda bastante a dilatar, mandava andar de lá para cá, então dilata rápido” (Entrevistada 9)

“Eu ficava mais de cócoras e forçava bastante e foi o que ajudou, quase que ela nasce debaixo do chuveiro” (Entrevistada 4)

“Eu fiquei agachada tomando banho de cócoras e a moça ali, junto comigo, perguntando como as contrações estavam, se eu achava que as contrações estavam mais fortes, nossa ela não saía de perto de mim” (Entrevistada 16).

J) Desenvolver precocemente o contato pele a pele da mãe e R.N e oferecer suporte para iniciar a amamentação uma hora após o parto, de acordo com o guia de aleitamento da OMS.

Para estabelecer o vínculo mais precocemente entre mãe e filho, indica-se colocar o bebê em contato com a mãe logo após o nascimento. Colocar o bebê sobre o tórax da mãe, coberto com uma manta. Esta atitude possibilita a recuperação do stress do parto e ajuda o bebê a procurar o peito da mãe, o que contribui para tranquilizá-lo e respeitar as suas necessidades.

Esta prática permite o sucesso no início da amamentação e a permanência da amamentação por um tempo mais prolongado (Kennel, 1999).

“A primeira coisa que fizeram foi estimular o peito é bom dar, ela logo pegou o peito e mamou com aquela gula” (Entrevistada 4)

Esta mesma entrevistada relatou que no seu parto anterior quando comentou com a médica que sua filha “não aceitava o peito” esta respondeu-lhe, que “não tinha problema porque eles davam mamadeira”. A mãe refere ter argumentado que “era bom dar o peito” e que a médica respondeu que “se o bebê não aceitava não tinha importância”

6.2.2.2 Práticas que são consideradas ineficazes e que devem ser abandonadas

A) Rotina do uso de enema

Os enemas segundo o guia prático da OMS 1996, são utilizados porque estimulam as contrações uterinas e porque um intestino vazio facilita a descida do pólo cefálico e também, porque reduz o risco de contaminações, portanto, de infecções materna e neonatal. Porém, em estudos randomizados e controlados (Romney e Gordon 1981, Drayton e Rees 1984, apud OMS,1996) não foram detectados efeitos positivos do uso do enema sobre a duração do trabalho de parto ou sobre a diminuição dos índices de infecção neonatal ou de infecção na incisão da episiotomia.

Sobre a tricotomia presume-se que reduz a infecção e facilita a sutura, mas não existem evidências em favor dessa suposição. O uso rotineiro da tricotomia, pode, inclusive, aumentar o risco de infecção pelos vírus do HIV e da hepatite, tanto para o profissional quanto para a mulher (OMS, 1996).

Algumas mulheres mencionaram o seu desagrado por terem sido submetidas a enema em parto(s) anterior(s) e apreciaram não terem passado por esta experiência nesta instituição. A rotina do enema como a da tricotomia não trazem benefícios, apenas desconforto quando os pelos começam a crescer, risco de infecção, infantilização e dessexualização da mulher. Assim como o fornecimento de roupas hospitalares que as deixam despersonalizadas e constrangidas.

Alguns depoimentos sobre experiências anteriores às vividas na Casa de Parto mostram o desagrado das mulheres com essa rotina.

“ A mulher foi me examinar fez lavagem e me deixou numa cama com a janela aberta num frio e não deram cobertor e nem deram nada, fiquei pelada até às 7 horas da manhã do outro dia” (Entrevistada 9)

“ Porque lá pra bem dizer, fui desprezada porque lá ainda fizeram lavagem em mim, aí mandaram eu ficar em pé, eu fiquei lá boa hora, aí chegava outra e dizia – porque você está em pé ? (Eu respondia) - porque mandaram. (Aí falaram) - não pode ficar em pé, deita aí. Uma mandava deitar, a outra ficar em pé. Fiquei com medo. Tem que obedecer tudo o que o médico fala” (Entrevistada 3).

Estas rotinas reforçam a imposição de um modelo de assistência, a qual a mulher deve submeter-se às determinações dos profissionais e às regras da instituição. A mulher não conduz o seu trabalho de parto, não é ativa. É conduzida, é paciente e deve obedecer às rotinas hospitalares.

B) Rotina de infusão endovenosa

Poucos são os serviços que estabelecem critérios para a indução do parto. Na maioria dos hospitais a rotina, após a internação, é a infusão endovenosa de ocitocina.

Segundo o protocolo para o manejo ativo do trabalho de parto, após a amniotomia precoce são realizados exames de toque de hora em hora administrando-se ocitocina caso a velocidade de dilatação cervical for menor que 1 cm por hora. Em regra geral, segundo o guia prático da OMS 1996, a ocitocina somente deve ser usada para corrigir a dinâmica do trabalho de parto ou se houver acesso imediato à cesariana, caso seja necessário.

“ Porque lá no hospital, coloca soro na hora e já vai para dilatar e aqui não, vai fazendo a força mesmo, e aí é melhor, aí o neném vem mais rápido ainda, vão fazendo massagem” (Entrevistada 15)

“ Foi obrigada a dar injeção em mim para dilatar mais rápido, porque não estava dilatando, mas aqui não depois que eu comecei a andar tomar banho, foi rapidinho” (Entrevistada 11)

“ Lá no hospital, eles põe no soro, aqui a gente toma banho quente” (Entrevistada 5)

“ Os médicos lá colocaram o soro na hora que eu cheguei, me colocaram no soro e me deixaram lá na cama” (Entrevistada 3).

Trabalhos científicos como o de Read (1999) demonstram que a deambulação é mais efetiva que a ocitocina endovenosa no que se refere à dilatação cervical, frequência de contrações, intensidade e limite do tônus e atividade uterina, além de melhor tolerância à dor .

C) Rotina de uso da posição supina durante o trabalho de parto

Na posição supina, as contrações são mais frequentes e incordenadas, menos

intensas mais dolorosas. Nesta posição, o débito cardíaco e o volume sistólico estão reduzidos, devido à compressão da veia cava inferior pelo útero grávido.

Há indicação para a posição supina durante o primeiro estágio do trabalho de parto, quando houver amniorex em presença de uma cabeça fetal não encaixada.

“ Porque não é legal ficar dentro do quarto, dentro do quarto ficar com aqueles negócios dependurados” (Entrevistada 2)

“ Porque lá elas mandavam ficar deitada até a hora de eles virem buscar a gente” (Entrevistada 9).

“ Da hora que eu internei eu fiquei deitada até eu ganhar depois eu fui para a cama de novo” (Entrevistada 11).

“ No hospital só ficava deitada esperando a hora” (Entrevistada 15).

O uso rotineiro de infusões endovenosas limitam muito os movimentos da mulher, mas quando essas limitações são mantidas num nível mínimo, elas podem então caminhar, sentar ou ficar de quatro, tomar banho para relaxar ou adotar alternadamente cada uma dessas posições, conforme desejarem.

D) Rotina do uso da posição litotômica com ou sem suporte para as pernas durante o trabalho de parto.

A posição dorsal não permite explorar a mobilidade do esqueleto pélvico. Esta mobilidade pélvica não é explorada quando os joelhos estão sobre os estribos e esta posição não ajuda o eventual fenômeno de “mutação” (a flexão aguda das coxas sobre a bacia modifica a forma da pélvis) (Odent, 1982).

Refletindo sobre os atendimentos recebidos em experiências anteriores, as mulheres manifestaram seu desagrado com a sua manutenção nesta posição.

“ Porque no hospital você fica com os pés no ferro não é muito bom não” (Entrevistada 17)

“ A posição dela, amarraram meus braços e minhas pernas e agora não, foi na cama mesmo. Foi ótimo” (Entrevistada 13)

Segundo o guia prático da OMS 1996, quando perguntado às mulheres qual a sua posição favorita verificou-se maior entusiasmo pelas posturas verticalizadas, que produzem

menor dor. A posição litotômica com as pernas em perneiras foi percebida como menos confortável, com mais dor e restrição de movimentos. As mulheres que tiveram parto na posição vertical preferiram esta opção. Esta preferência da mulher pela posição vertical, apontada pela OMS, coincide com os resultados da minha experiência em assistir mulheres durante o trabalho de parto, realizada durante a disciplina de prática assistencial, do Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC (Castilho, 1999).

E) Sustentar ou realizar manobra de Kristeller durante o segundo período de trabalho de parto

A manobra de Kristeller é largamente utilizadas nos hospitais para abreviar o período expulsivo. Essa manobra consiste em usar as mãos espalmadas sobre o fundo uterino, durante as contrações uterinas, com o objetivo de potencializar a ação motora do útero. Na prática, a manobra de Kristeller é realizada com o peso do braço e antebraço do operador sobre o abdome materno, o que aumenta o risco de anoxia perinatal pela compressão direta da placenta.

Ainda sobre as experiências anteriores, as mulheres manifestaram-se da seguinte forma:

“ Fiz lavagem que é uma coisa insuportável, tomei soro, fiquei com fome, com sede eles não me deram água, eu tive que ir na mesa sozinha, eles me tratavam assim – sobe aí na mesa. O neném já quase nascendo e eles me mandando subir na mesa, subiram em cima da minha barriga” (Entrevistada 14)

“ Porque eu vejo na televisão, quando as mulheres vão ganhar neném apertam em cima da barriga para o neném nascer – ela falou assim, a gente faz assim também. Então porque você não está fazendo para me ajudar, aí veio uma gorda e colocou a mão em cima de mim e eu fiquei com falta de ar, porque eu já estava fraca, aí eu empurrei ela e ela disse assim que ia me deixar largada lá. Aí veio outra e me ajudou” (Entrevistada 11).

“ Subiram em cima da minha barriga, a mulher quase que me mata, uma mulher bem gordinha subiu em cima da minha barriga” (Entrevistada 14).

6.2.2.3 Práticas que são utilizadas, porém necessitando serem aprofundadas, devendo, por isso, serem utilizadas com cautela.

Rever e pesquisar métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto como as ervas, imersão em água e estimulação nervosa.

Algumas práticas são utilizadas, mas precisam de maiores estudos. Dentre elas está a necessidade de rever a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor. Como método não farmacológico identifiquei, na fala das mulheres, que chá, massagem, conversa, estar ao lado, banhos, cócoras, caminhar, foram percebidos como fator de alívio para a dor. Ainda como métodos não farmacológicos para o alívio da dor temos o uso de calor e frio superficiais, acupuntura, e aromaterapia com óleos perfumados.

“ Aqui, é na base de chá para te acalmar, de água para te acalmar. Elas do teu lado, ela pedindo para a família te ajudar também, tudo para ajudar a ganhar o neném mais rápido” (Entrevistada 15).

“ Eu senti a dor, mas elas vinham fazer massagem nas minha costas, conversavam comigo, nossa depois eu fui para um banho maravilhoso. Eu sempre digo, parece mão-de-fada porque parece que tira até um pouco da dor, parece que você não sente aquela dor, alivia com aquele carinho” (Entrevistada 4)

“ Foi obrigado a dar injeção em mim para dilatar mais rápido, porque não estava dilatando mas aqui não, depois que eu comecei a andar, tomar banho foi rapidinho” (Entrevistada 11).

~~*“Porque na hora que eu estava com dor e ela vinha conversar comigo eu já sentia melhor conversando com ela” (Entrevistada 11).*~~

“ Aqui eu ganhei rápido, lá no hospital demorou bastante, porque aqui elas fazem como a gente dilatar rápido. Aqui elas botam a gente no chuveiro, mandam ficar agachada, fazem massagem nas costas, o chuveiro ajuda bastante a dilatar, mandavam andar de lá para cá, então dilata rápido” (Entrevistada 9).

“ A minha bolsa estourou rapidinho. Aqui estourou rapidinho com o banho quente” (Entrevistada 5).

Cada cultura tem seus próprios métodos para cuidar das parturientes, porém a atenção dedicada à mulher durante a gestação e o parto é que torna esses métodos confortáveis às mulheres (OMS, 1996).

6.2.2.4 Práticas que são utilizadas freqüentemente porém inapropriadas

Comparando o parto atual com os anteriores, elas identificaram como inapropriadas as práticas descritas abaixo

A) Restrição de comida e líquido durante o trabalho de parto

A literatura indica a restrição de líquidos quando há indicação de cesárea, mas na prática a grande maioria das mulheres, quando internada para trabalho de parto, segue a rotina de jejum, que pode durar 12 horas ou mais. O receio de aspiração do conteúdo gástrico durante a anestesia geral (síndrome de Mendelson) continua a justificar a regra de abstenção total de alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto.

Segundo o guia prático da OMS 1996, o risco de aspiração está associados ao risco de anestesia geral. Como não há garantia contra síndrome de Mendelson, a abordagem correta ao parto normal deve incluir uma avaliação do risco de anestesia geral.

A restrição severa de ingestão oral pode levar à desidratação e à cetose. O que é comumente tratado por infusão venosa de glicose. Os efeitos desse tratamento, segundo os estudos de (Lucas et al 1980, Rutter et al 1980, Tarnow-Mordi et al 1981, Lawrence et al 1982, apud OMS 1996), é o aumento dos níveis médio de glicemia, que parece estar acompanhado por um aumento nos níveis maternos de insulina (e por uma redução dos níveis médios de 3-hidroxibutirato). Também resulta no aumento de níveis plasmáticos de glicose no bebê, e pode resultar numa diminuição do pH do sangue da artéria umbilical. Quando a parturiente recebe mais de 25 gramas de glicose, por via endovenosa, durante o trabalho de parto, pode ocorrer hiperinsulinismo fetal, o que pode resultar em hipoglicemia neonatal e elevação dos níveis sangüíneos de lactato. O uso excessivo de soluções endovenosas sem sódio pode levar à hiponatremia tanto materna quanto do recém-nascido.

“ Fiquei no soro, estava em jejum porque não oferecem nada para a gente”

(Entrevistada 4).

“ Eu com sede não me davam água disseram que não podia me dar água porque vomita e não me deram nada até o parto ” (Entrevistada 11).

“ Só comi depois que ganhei ele, só depois de muito tempo me deram comida, fiquei fraca desmaiando ” (Entrevistada 9).

“ Você vai comer depois de 24 horas ” (Entrevistada 11).

B) Toques vaginais freqüentes especialmente quando atendida por mais de um profissional.

Os toques vaginais freqüentes também são rotinas na prática obstétrica, principalmente em hospitais – escola, onde vários profissionais tocam a mesma pessoa. O toque vaginal deve ser realizado o menor número de vezes possível e nas parturientes com bolsa rota, com parto prematuro e com sangramento, os toques devem ser restringidos ainda mais.

“ Todos os estagiários que entravam queriam fazer toque em mim, eu levei 23 toques, tudo quanto era estagiário me examinava, foi horrível ” (Entrevistada 16)

“ Eu fiquei sozinha na sala, ninguém vinha e quando vinha era para fazer exame de toque não falava nada, não conversava com a gente largava a gente lá ” (Entrevistada 4)

Segundo o guia prático da OMS 1996, o número de toques vaginais deve ser limitado ao extremamente necessário um a cada 4 horas no primeiro estágio do trabalho de parto, conforme prescrito no manual do partograma. Em hospitais escola, um exame vaginal feito por acadêmico, às vezes deve ser repetido pelo professor, porém isso somente pode ser feito, depois de obter o consentimento da mulher.

C) Rotina de episiotomia

A episiotomia também é rotina na assistência obstétrica devido a formação dos profissionais que acreditam que a preservação do assoalho pélvico ocorre através da episiotomia profilática.

“ Da minha primeira eu levei ponto, eles dão ponto sem necessidade, com preguiça sem esperar eles vão abrindo. Aqui não deram nenhum ponto ” Entrevistada 9)

“ É um parto normal, parto natural não é um parto que eles cortam a gente enchem a gente de ponto. Aqui eu não levei ponto nenhum” (Entrevistada 14).

“ Porque no hospital eles já cortam antes do neném sair” (Entrevistada 16).

“ Não corta, porque corta para nascer mais rápido, e aqui não precisa disto” (Entrevistada 14).

Segundo o guia prático da OMS 1996, sinais de sofrimento fetal; progressão insuficiente do parto; ameaça de laceração de terceiro grau podem ser bons motivos para realizar uma episiotomia. Todas as três indicações são válidas, embora seja muito difícil prever uma laceração de terceiro grau. A incidência é de 0,4%, portanto, o diagnóstico de “ameaça de laceração do terceiro grau” somente deve ser feita ocasionalmente, ou o diagnóstico perde seu significado. Não existem evidências confiáveis de que o uso liberal ou de rotina da episiotomia tenha um efeito benéfico (protetor da condição fetal e preventivo da incontinência urinária), mas há evidências de que pode causar danos. Recomenda-se o uso limitado da episiotomia uma percentagem de 10% seria uma boa meta a ser adotada.

6.2.3 Em Relação a Segurança

Todas se sentiram seguras com a assistência recebida na Casa de Parto, mesmo aquelas que por algumas razões que exemplifico abaixo tinham alguma desconfiança.

“Quando a pressão começou a subir eu já fiquei com medo de não poder ir pra lá, fiquei apavorada com medo de ir para o hospital, mas graças a Deus eu tive lá mesmo foi tudo ótimo” (Entrevistada 12).

“A minha mãe estava meio assim, ela tinha medo” (Entrevistada 5).

“Fiquei com medo de ter cesárea, e aí ter de correr, aí eu tive medo” (Entrevistada 10).

“ Todo mundo ficava me pondo medo” (Entrevistada 11).

“ Uns falavam que não fazia episiotomia e quando fazia não dava anestesia” (Entrevistada 16).

“O meu marido não queria, porque diziam que não cortava e não costurava” (Entrevistada 16).

“Lá não tem médico” (Entrevistada 17).

Esses depoimentos indicam a influência dos valores culturais da nossa sociedade, que é uma sociedade baseada no crédito da infalibilidade da tecnologia e que a melhor forma de atenção à saúde é o acesso à tecnologia de ponta. É preciso postura e firmeza para receber assistência em um local que é visto pela sociedade como um lugar muito doméstico, desassociado daquilo que é considerado como seguro e eficiente, que são os grandes hospitais, com equipes multidisciplinares e um grande número de aparelhos sofisticados. Mas foi possível identificar mulheres que crêem que este modelo de atendimento é melhor e por algumas o receio era que devido ao protocolo da Casa de Parto elas não poderiam ser atendidas neste local.

6.3 A Opinião das Enfermeiras Sobre a Assistência Prestada ao Nascimento e Parto Utilizando a Tecnologia Adequada.

6.3.1 Sobre as Vantagens e Desvantagens para as Mulheres

As enfermeiras entrevistadas consideraram que há muitas **vantagens** para as mulheres pois estas são assistidas com a presença da família e, principalmente, pela personalização da assistência. Este atendimento personalizado cria vínculos que são extremamente benéficos tanto para a mulher quanto para a profissional. A gestante é atendida/cuidada, na Casa de Parto, a partir da 37ª semana de gestação, possibilitando o entrosamento com a enfermeira e a segurança de um bom atendimento. A segurança é um fator de alívio da dor e de melhor controle do trabalho de parto. As enfermeiras apontam também como vantagem para as mulheres o menor número de intervenções técnicas que as deixam menos sujeitas a riscos de complicações e infecções.

“Pelo estilo de atendimento que nós criamos que envolve um antes, um durante e um depois” (Enfermeira. 3).

“Estar acompanhada traz benefícios tanto para a mãe como para a criança. Se sentir mais segura, controla mais a dor e a situação do parto” (Enfermeira 2).

“ A mulher se sente em casa rodeada de pessoas que não são desconhecidas para ela. Com um grupo pequeno que lida com ela, não é um monte de gente que ela nunca viu, como no hospital. Aqui se estabelece uma relação com ela, pois vem desde o oitavo mês e mantém este vínculo. Muitas vêm também depois do parto ” (Enfermeira 2).

Dentre as **desvantagens** da aplicação da tecnologia apropriada na instituição estudada. As enfermeiras apontaram que a mesma localiza-se distante do centro de referência (hospital com recursos tecnológicos para intervenções). Esta situação dificulta a remoção em casos de emergência.

“ Se fosse mais próximo seria ideal. Porque em outros países como na Holanda, França, Japão, as Casas de Parto são (localizam-se) nas proximidades de hospitais. Porque muitas Casas de Parto são particulares, não são do Estado, então elas já montam suas Casas próximas aos hospitais. Ainda mais com este trânsito, inundações, chuvas, você acaba perdendo tempo ” (Enfermeira 1).

Outra desvantagem apontada é em relação àquelas mulheres que se sentem mais seguras num ambiente hospitalar, com tudo o que é identificado como garantia de segurança, como os equipamentos da tecnologia de ponta, a equipe multiprofissional especializada, os médicos especialistas e o uso intensivo de intervenções técnicas e medicamentos. Até mesmo, a impessoalidade do atendimento hospitalar pode indicar, para algumas mulheres, eficiência e segurança.

“Algumas mulheres podem se incomodar com a cozinha funcionando do lado, uma coisa muito doméstica. Algumas mulheres tem realmente apreço por tudo aquilo que significa hospital, para elas não seria bom, mas para aquelas que têm interesse (em serem atendidas de outra forma) só têm vantagens” (Enfermeira 3).

6.3.2 As Vantagens e Desvantagens para a Enfermeira Obstetra.

Todas as entrevistadas se referiram que estão prestando a assistência que sempre gostariam de ter prestado. Sentem-se mais próximas das mulheres e vêem esta assistência como menos intervencionista, valorizam uma postura expectante, de estar ao lado, que cria vínculos e que possibilita que as mulheres as vejam como iguais. Manifestaram que esta prática possibilita o melhor controle da mulher sobre o seu trabalho de parto. Outra vantagem

para a profissão é propiciar acúmulo de conhecimentos, uma prática crítica em relação à prática exercida anteriormente, um saber reconhecer os limites da profissão dentro deste ambiente.

“ Uma satisfação profissional muito grande. É uma coisa que não dá para comparar só vivenciando mesmo. A gente percebe a satisfação da pessoa, da família, é gratificante perceber que a família ficou contente com o atendimento ” (Enfermeira 1).

“ Para mim o fato de você não intervir, elas te vêem de forma diferente, como uma pessoa que realmente está ajudando, que está colaborando, dando apoio, você está do lado dela ” (Enfermeira 2).

“Você acumula um conhecimento, que sobre a pressão da medicina você não desenvolve, que é esse olhar realmente do parto natural ” (Enfermeira 3).

Como desvantagens, vêm o stress de serem responsáveis sozinhas pela assistência. Num ambiente hospitalar fazer de 20 a 30 partos por dia é diferente de realizar um na Casa de Parto, porque no primeiro caso a responsabilidade é compartilhada e fica diluída. Na Casa de Parto, toda a responsabilidade recai sobre a enfermeira obstetra. Esse stress é gerado também, pela oposição declarada da corporação médica e também, por não contarem, com uma firme defesa da enfermagem. As entidades de enfermagem não têm uma posição muito clara sobre o trabalho autônomo da enfermeira obstetra na Casa de Parto e, outro aspecto identificado é que existe uma intolerância em relação a este projeto de Casas de Parto, especialmente entre os profissionais de saúde e destacam a oposição da categoria médica.

“No parto hospitalar a parturiente está sendo atendida, mas a assistência é tão compartilhada que a responsabilidade é diluída, ninguém é responsável por nada, tudo se justifica até o mau resultado ” (Enfermeira 3).

“ Até em um nível mais primário, que é o médico de família, é inegável que ele tenha uma certa dificuldade de trabalhar conosco, ele alega uma série de coisas, entre outras que não pode confiar num trabalho que não tem médico ” (Enfermeira 3).

“ A corporação médica reagiu, acho que justamente por ter um ar oficial, não era uma coisa marginal, alternativa, estava dentro do sistema, como uma opção, com uma probabilidade até de substituição das modalidades de atendimentos oficiais reconhecidas ” (Enfermeira 3).

“ As próprias enfermeiras também acreditam muito em serviços que têm médicos porque foram treinadas em uma ambiente hospitalar, onde a cabeça de equipe é o médico, tudo começa a funcionar a partir de uma ação médica” (Entrevistada 3)

Em relação à demanda tinham uma expectativa maior, mas consideram bom realizar um parto ao dia, mais seis a sete consultas e visitas¹⁰ diárias. Principalmente considerando que não há praticamente encaminhamento de gestante dos postos da regional, a demanda é considerada, por elas, como boa, devido ao tempo de existência da Casa de Parto, que é de apenas 1 ano, além, de ter como principal fonte de divulgação as próprias usuárias do serviço.

6.3.3 Limitações para Utilização da Tecnologia Apropriada pelas Enfermeiras Obstetras, Segundo as Entrevistadas.

A) Em relação a formação – As entrevistadas consideram que é importante ter grande experiência em obstetrícia para trabalhar na Casa de Parto, e que existem poucas profissionais com esta qualificação. Destas, um número ainda menor têm a prática. Consideram que a médio prazo não é possível viabilizar Casas de Parto no país, porque mesmo no Estado de São Paulo, que não parou de formar enfermeiras obstetras, o número existente ainda é pequeno. Fazem uma crítica ao modelo de formação da enfermeira obstetra vigente até o momento. Uma delas aponta, ainda exemplificando com a situação de São Paulo, que a substituição de obstetras por médicos se deu a partir da década de 70, com a explosão do número de faculdades de medicina, e que esta substituição não foi sentida pela usuária, porque a obstetra não seguia o modelo europeu de atendimento. A assistência que ela prestava era igual ao modelo médico, por isso a substituição se deu sem nenhuma contestação, ou quase sem percepção por parte das usuárias.

B) Em relação a autonomia da enfermeira obstetra – A enfermeira não foi acostumada a ter autonomia, porque nos hospitais ela não responde individualmente como na Casa de

¹⁰ As visitas dizem respeito às gestantes que procuram a Casa de Parto para conhecer o serviço e não necessariamente caracterizando uma consulta

Parto. Essa autonomia adquirida, na Casa de Parto, gera angústia, pois segundo as entrevistadas, nós não criamos mecanismos de nos defender dessa responsabilidade através de jargões ou da força da corporação, como outras categorias profissionais consolidadas como a medicina.

Uma das enfermeiras indica que essas profissionais devem assumir a responsabilidade pela assistência prestada e devem buscar se fortalecer com os resultados positivos do impacto que a mesma tem tido na assistência ao nascimento e parto. Que é preciso compartilhar o cuidado prestado com a família, no sentido de comunicar o que está sendo feito. A transparência no atendimento, a aliança com a usuária e sua família, e a resolutividade do trabalho fortalecem a profissão, melhoram a qualidade do serviço prestado à população e é um dos caminhos possíveis para a valorização da enfermeira obstetra. A aliança com a população e a transparência no atendimento também podem contribuir para a proteção do exercício profissional da enfermeira obstetra. O modelo de atendimento na Casa de Parto, segundo as entrevistadas é onde podemos exercer, de forma plena, a autonomia profissional, mas considerando os limites impostos pelos critérios pela competência que a lei profissional confere. Para experimentar essa maior autonomia é preciso grande experiência profissional, precisamos ter mais Casas de Parto para criarmos uma legislação própria, um jeito de trabalhar próprio, uma cultura de Casa de Parto, o fato de ter só uma é muito frágil.

“Autonomia é bom mas ela implica em uma dose de angústia muito grande porque ela traz responsabilidades que você tem que responder. É um exercício é um jeito de atuar que a enfermeira não está acostumada é tudo muito diluído ela não tem essa relação com o seu paciente” (Enfermeira 3).

“O trabalho no hospital soa mais leve porque, individualmente, ninguém é responsável por nada, em conjunto sim mas individualmente não e uma das dificuldades da formação do enfermeiro é aceitar o peso da responsabilidade” (Enfermeira 3).

“Para mim essa autonomia é gratificante e desafiadora. Exige uma atitude colaborativa, de trabalho em equipe e de humildade” (Enfermeira 2).

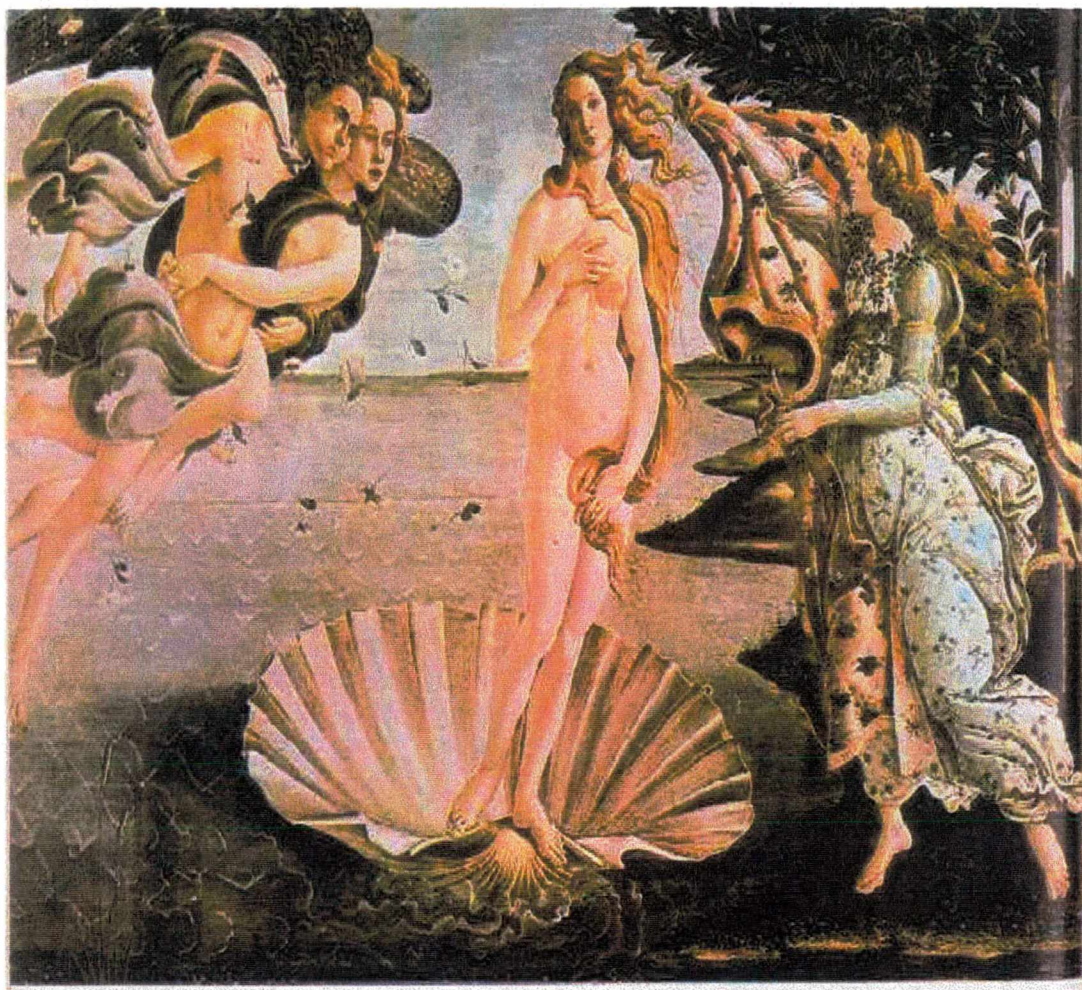
“A autonomia da enfermeira obstetra na Casa de Parto é total. Daí a necessidade de conhecimento, vivência e bom senso nas suas decisões” (Enfermeira 1).

C) Em relação a corporação médica – As enfermeiras entrevistadas apontam que a equipe médica não aprova esse novo modelo de atendimento e é através da medicina, que é possível regular o funcionamento das Casas de Parto, devido a necessidade de retaguarda, pois sem a retaguarda não há possibilidades de atuação da enfermeira obstetra. Os critérios para transferência em Casa de Parto segue um protocolo um pouco mais rígido, então a transferência acontece antes que a situação se complique, tanto é que a metade das mulheres que foram transferidas tiveram partos normais, mas em relação a transferência dos RNs, encontra-se mais dificuldades, pois até diagnosticar uma má formação congênita, por exemplo, a responsabilidade é da enfermeira obstetra que fez o parto, o obstetra faz algumas ressalvas, mas o que pode obstruir o trabalho das Casas de Parto é a oposição da Sociedade de Neonatologia.

“Assim como o obstetra passa determinados casos que não dá conta para o intensivista a obstetrix está perfeitamente qualificada para passar as situações que ela reconhece como não mais fisiológicas, ou fugindo da normalidade, e é isso que a gente tem que aprimorar, aperfeiçoar e reconhecer que o trabalho em equipe, é por aí. Não é o médico mandando em todo mundo, mas onde você tem níveis de atendimento, níveis de transferência e capacidade resolutiva em cada um desses níveis” (Enfermeira 3).

“Acho que eles não têm o que temer, a gente não está querendo disputar ou ganhar campo de ninguém. Nós gostaríamos que eles fizessem a retaguarda e não temessem ser prejudicados recebendo só os abacaxis. Não é bem assim, são pacientes com indicação para transferências” (Enfermeira 1).

“Teríamos que quebrar esse preconceito, não sei se é receio, insegurança da parte do ginecologista, da parte dos médicos dos postos em geral. Nós, obstetrizes, não estamos disputando a área” (Enfermeira 1).



Afrodite a que os romanos chamam de Vênus. O arquétipo de Afrodite governa o prazer do amor e da beleza, da sexualidade e sensualidade das mulheres. Simboliza o poder transformativo e criativo do amor.

Afrodite, deusa alquímica. Função arquetípica: amante (mulher sensual) – mulher criativa. Dificuldades psicológicas: relacionamentos sucessivos, promiscuidade, dificuldade em considerar as consequências. Forças: habilidades de apreciar o prazer e a beleza; de ser sensual e criativa (Bolen, 1990).

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para o resgate do parto normal no Brasil é preciso uma mudança nas instituições que prestam assistência ao parto. Essa pesquisa indica que a tecnologia apropriada para o nascimento e parto humaniza a assistência, contribui para a desvinculação do parto de um processo patológico, defendendo sua condição de fisiológico; que o mesmo pode ser bem sucedido sem as rotinas hospitalares vigentes no modelo hegemônico de assistência ao parto no Brasil, baseado na hospitalização e medicalização.

Penso que a enfermeira obstetra é a profissional que mais pode contribuir com a aplicação dessa tecnologia, mas vejo que para isso se tornar viável a atuação da enfermeira deve ser mais autônoma como nas Casas de Parto ou em Maternidades que adotaram a política da realização dos partos normais a cargo das enfermeiras obstetras, ficando para a equipe médica as intercorrências obstétricas. Porque em instituições, onde o médico é responsável pelo parto, a enfermeira desenvolve um modelo de assistência que gira em função do trabalho do médico e não do trabalho de parto. A paciente não é dela e sim do médico. A possibilidade de autonomia é muito pequena, o seu trabalho está condicionado ao modo de atuação do médico de plantão.

Na minha experiência (Castilho, 1999) pude comprovar que para dar uma assistência menos intervencionista, mais expectante, onde a mulher tem a liberdade de conduzir o seu trabalho de parto é necessário esta autonomia da enfermeira obstetra. Vejo isso somente a longo prazo, pois as Universidades não têm formado profissionais com especialidade em obstetria. Nos últimos 20 anos foram formadas, no Brasil, 1756 enfermeiras obstetras

(Bonadio,1999) e destas profissionais formadas o número das que foram para a prática é muito pequeno. Uma das causas desta situação são as dificuldades de atuação da enfermeira obstetra no período intraparto. Este trabalho ainda é centrado nos médicos, que ganham por prolabore por esta atividade. Numa sociedade com as características da sociedade capitalista, que predomina na sociedade atual, a lógica da remuneração por produção tem forte apelo para os profissionais médicos e dificilmente será possível uma mudança no modelo de atenção, sem mudar essa lógica de remuneração por produção. Outro fator que dificulta a prática das enfermeiras obstetras é a deficiência de locais para treinamento, pois o grande número de Faculdades de Medicina gera muitos alunos que ocupam a quase totalidade dos campos de estágios. Vejo, também que deveria haver uma reformulação no modelo do ensino médico, pois estes profissionais têm grande influência sobre a gestante e enquanto continuarem sendo formados com esta visão cirúrgica e patológica do parto, a mudança do modelo e a postura das mulheres ficam mais difíceis. Esses valores incorporados pelos médicos já são parte da nossa cultura ocidental, que deposita um grande crédito na eficiência da tecnologia de ponta.

O movimento feminista tem papel fundamental na mudança de comportamento das mulheres, mas este tema ainda é pouco pontuado nos movimentos das mulheres brasileiras. Na Europa, onde a percentagem de partos cirúrgicos é muito pequeno, foi necessário um movimento de mulheres como na Inglaterra, liderado por Janete Balaskas, para que ocorresse a humanização da assistência e uma maior autonomia da mulher na condução do seu parto, envolvendo liberdade para movimentar-se e para dar a luz na posição vertical.

No Brasil, o movimento feminista não produziu uma intervenção na sociedade capaz de mudar os padrões culturais no que se refere ao parto normal.

Percebo, também, que as enfermeiras entrevistadas que trabalham além da Casa de Parto, em uma instituição, na qual realizam todos os partos normais, cabendo ao médico somente as distócias, enxergam diferentemente a assistência prestada por elas, pois em instituições que tem um grande volume de partos; a assistência não é personalizada. Portanto, a demanda é certamente uma limitante para a expansão desse modelo assistencial.

Em relação a satisfação das mulheres com a assistência ao parto, pautada pela tecnologia apropriada, foi muito satisfatória. Todas, sem exceção, sentiram-se muito bem assistidas e conseguiram perceber como as rotinas e intervenções obstétricas impostas pela hospitalização e medicalização interferem negativamente na humanização do parto.

Considerando os dados obtidos nesta pesquisa, é possível fazer os seguintes questionamentos: será que o ambiente da Casa de Parto estimula a reflexão das mulheres sobre as interferências negativas das rotinas obstétricas intervencionistas? Será que as mulheres assistidas em um ambiente hospitalar tradicional perceberiam estas interferências negativas?

Foi possível perceber, também, o quanto o atendimento personalizado é bem visto pelas mulheres, assim como a presença da família, as visitas frequentes e o menor tempo de internação. Na minha experiência, a presença da família não é bem vista pela equipe de saúde, quando esta equipe deveria encarar a família como aliada, para essa mudança de prática, é necessária uma mudança cultural, incluindo uma mudança na concepção dos profissionais de saúde sobre o processo saúde/doença e o processo terapêutico.

Segundo a bibliografia, a visão de um percentual significativo de mulheres, principalmente a de classe média, o melhor tipo de parto é o cesáreo, e como esta visão coincide com a do médico, resgatar o parto normal é extremamente difícil. A visão das enfermeiras obstetras, que pessoalmente preferem a cesárea, também fica difícil terem uma postura de defesa do parto normal frente às mulheres que também estão receosas e acreditam na eficácia do modelo hegemônico.

A postura do profissional cuidador pode interferir nos resultados, como pôde-se constatar na experiência de um grupo de médicos que presta assistência humanizada em um serviço privado. A taxa de cesárea desse grupo fica em torno de 33% (Gamp, 1999). Ter uma atitude expectante, deixar a fisiologia do parto agir, diz mais respeito a profissionais que têm uma visão fisiológica do parto, mais condizente com a prática da enfermeira obstetra.

Foi possível perceber, através da fala das mulheres, que elas estão validando esta assistência dada por enfermeiras obstetras com formação baseada no cuidado e pela relação de identidade feminina, mais solidária do que a masculina. A filosofia do cuidado se desenvolve na relação com a diferenciação de gênero. Lo Cícero (1997) toma como referência as taxas de cesárea e as intervenções obstétricas nos EUA. Destaca os fatores intrapessoais ligados a estrutura psicológica ressaltando as interações entre médicos e parturientes que são modeladas por diferenças de gênero. Estilo cognitivo, perspectiva moral, empatia e solidariedade, identidade e poder. Assim, o modelo feminino é menos intervencionista em processos fisiológicos, resolvendo as ansiedades e medos do parto através de uma postura solidária e otimista.

Esta pesquisa foi feita com mulheres de nível sócio-econômico e educacional baixo e minha prática assistencial também foi realizada com mulheres com essas mesmas características. Estudando outro grupo de mulheres, é possível que apareça outros resultados. No entanto, acredito que a assistência baseada na tecnologia apropriada para assistir ao nascimento e parto seria muito bem aceita por mulheres de qualquer nível sócio-econômico, porque é inerente ao ser humano gostar de ser bem tratado, de forma personalizada e com autonomia.

No que se refere ao atendimento na Casas de Parto prestado por enfermeiras obstetras é possível que encontremos dificuldade de aceitação devido ao fascínio que a tecnologia e os bens de consumo exercem em mulheres das camadas mais privilegiada da sociedade. A cultura européia é diferente, mas na nossa sociedade há um crédito muito grande no papel do médico e não há um reconhecimento da enfermeira, como um profissional qualificado, para prestar esta assistência. Para que a enfermeira possa ter este reconhecimento é preciso criar um espaço próprio de atuação com maior autonomia, um modelo de cuidado que privilegia a participação ativa da mulher no processo de parturição, desta forma estaremos possibilitando uma alternativa segura de assistência ao parto às mulheres que querem viver mais intensamente o parto, sendo a protagonista deste processo.

É preciso também uma reformulação nas instituições de saúde. Para que isso aconteça é necessário uma mudança no modelo de formação do médico obstetra, enfocando o parto como processo fisiológico e natural, que perdeu a transcendência ao ser reduzido a um ato clínico e cirúrgico.

Além das mudanças em relação às instituições e aos profissionais de saúde faz-se necessário que as próprias mulheres resgatem o processo de nascimento e parto como um fenômeno fisiológico e reivindiquem uma maior autonomia na condução dos seus partos, liberdade de movimento e posições para darem à luz e combatam a assistência baseada em excessivas intervenções tecnológicas que as colocam na dependência dos profissionais e equipamentos médicos hospitalares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01-ALVES, B. M.; PITANGUY, J. **O que é feminismo**. São Paulo : Brasiliense, 1985.
- 02-ASCHERMAN, L. A qualificação formal e os modelos alternativos de capacitação da equipe de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto. In : SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE ENSINO DE ENFERMAGEM PARA ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO,1., 1998. Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto: EERP-USP, 1998. p.19-24.
- 03-BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural**. São Paulo : Ground, 1993.
- 04-BASILE, A. L. O. et al. Organização da assistência prestada ao nascimento e parto fora do centro obstétrico. In : CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51., 1999. Florianópolis. CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMERIA, 10., 1999. Florianópolis. Anais... Florianópolis: Metrôpoles, 1999. p.107.
- 05-BESTETI, H.; CECATTI, J.G.; FAÚNDES, A. Inquérito entre os obstetras sobre a realização da prova do trabalho de parto e o parto vaginal em gestantes com uma cesárea anterior. **RBGO**, São Paulo, v. 18, n. 10, p. 775-782, nov./dez. 1996.
- 06-BIANCARELLI, A. Governo revê posições para humanizar parto. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 20 jul. 1998a. caderno 3, p. 4
- 07-_____, Governo incentiva opção por parto em casa. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 21 jul. 1998b. caderno 3, p.4
- 08-_____,Partos tendem a ocorrer fora de hospitais. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 12 abr. 1998c. caderno 3, p.3
- 09-_____,País terá 40 'Casas de Parto' até julho. **Folha de São Paulo**. São Paulo. 12 mar. 2000. caderno 3, p.5

- 10-BOLEN, J.S, **As deusas e a mulher** : nova psicologia das mulheres. 4. ed. São Paulo : Paulus, 1990.
- 11-BONADIO, I.C. et al. Levantamento do número de enfermeiros obstetras formados nos últimos 20 anos pelas escolas de enfermagem do Brasil. **Nursing**, São Paulo, v.2, n.8, p.25-29, jan. 1999.
- 12-BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: base de ação programática**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1984.
- 13-_____. Portaria MS/GM n.º 2.815 de 29 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jun 1998. seção 1, p. 47-48
- 14-_____. Portaria MS/GM n.º 2816 de 29 de maio de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2 jun 1998. seção 1, p. 48
- 15-_____. Ministério da Saúde.[Percentual de cesáreas por regiões]. Brasília : Ministério da Saúde, 1998. Mimeografado
- 16-_____, Portaria MS/GM n.º 985 de 5 de agosto de 1999. Brasília : [s.n.], 1999Mimeografado
- 17-CASTILHO, S. **Assistir mulheres no processo de parturição utilizando uma tecnologia apropriada para o nascimento e parto**. Florianópolis : UFSC, 1999. Relatório da prática assistencial do Mestrado de Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
- 18-CECATTI, J.G.; PIRES, H. M.B.; GOLDENBERG, P. **Cesárea no Brasil** : um direito de opção? [s.l : s.n.], 1999. Mimeografado
- 19-CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília. **Anais...** Brasília : Ministério da Saúde, 1987. 430 p.
- 20-CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Cesariana : Uma epidemia invisível. **Medicina Conselho Federal..** Brasília, v.10, n.84, p.18-19, ago. 1997a.
- 21-_____. Fim do veto à esterilização. **Medicina Conselho Federal**. Brasília, v.10, n.85. p.20, set. 1997b.
- 22-_____. Natural é parto normal. **Medicina Conselho Federal**. Brasília, v.10, n.87. p.18-19, nov.1997c.
- 23-CHIARAVALLOTI, M.S.M ; GOLDENBERG, P. Cesáreas no município de São José do Rio Preto, em 1992. [s.l : s.n.], 1998. Mimeografado

- 24-DAVIS-FLOYD, R.E. Obstetric training as a rite of passage. **Med Anthropol.**, n.1, p. 288 - 318, 1987.
- 25-_____, Nascimento como rito de passagem americano. Traduzido por Sonia N. Hotimasky In: **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v. 3, n. 6, “não paginada”, nov./ 1998.
- 26-DINIZ, S. G. Só um corte a mais. In : **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v. 3, n. 6, “não paginada”, 1998.
- 27-_____. O que funciona e o que é justo: notas sobre violência na assistência ao parto. In : **SEMINÁRIO SOBRE NASCIMENTO E PARTO NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2.**, 1999. São Paulo. Textos de apoio. São Paulo, 1999. p. 4-11
- 28-EHERENREICH, B.; ENGLISH, D. **Bruxas, parteiras e enfermeiras : uma história de mulheres curandeiras**. Traduzido por Eva C. R. A Dalmolin, Meryl Adelman. New York : The Feminist Press, 1973. Tradução de Wilches Midwives and Nurses : a history of womenhealrs.
- 29-ENKIN, M. et al. Episiotomia. Traduzido por Sandra O. T. Araújo. In : **GENP**. Notas sobre nascimento e parto, São Paulo, v. 33, n.6, “não paginada”, nov. 1998.
- 30-FALCÃO, D. Diminui número de partos por cesariana feitos na rede pública. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 10 mar. 1999. caderno 3, p.2
- 31-FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; CECATTI, J.G A. Operação cesárea como tecnologia para o nascimento. Quando ela é apropriada? **FEMINA**, São Paulo, v. 13, n. 11, p. 1018 - 1027, 1985.
- 32-_____; CECATTI, J.G A. Operação cesárea no Brasil : incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-176, abr./jun. 1991.
- 33-_____; SILVA, J. L. P. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. **FEMINA**, São Paulo, v. 26, n. 8, p. 669-673, set./ 1998.
- 34-FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Oito Passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde. Brasília : **FEBRASGO/COMIM/OPAS/UNICEF/FNUAP**, maio 1995, 16 p.
- 35-FÓRUM NACIONAL DE DEBATES SOBRE PARTO NORMAL E PARTO CESARIANO, 1., Salvador : **FEBRASGO**, 1993. Relatório. 19 p.

- 36-FRIAS FILHO, O. Menos cesariana. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 11 mar. 1999. caderno. 1, p.2.
- 37-GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo : Atlas, 1995.
- 38-GRANOVSKY-GRISARU, S.; SHAYA, M.; DIAMANT, Y.Z. Condução do parto em mulheres com mais de uma cesariana anterior : uma nova cesariana é realmente é a única alternativa "segura"?. **GO**, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 52, jul./ 1995.
- 39-GRUPO DE APOIO À MATERNIDADE E PATERNIDADE. **Assistência por equipe multiprofissional** : a proposta do Gamp. São Paulo : [s.n.], 1999. Palestra proferida no 2º Seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo.
- 40-GUARIENTO, A; DELASCIO,D. **Obstetrícia operatória Briquet**. São Paulo : Sarvier, 1979.
- 41-HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.
- 42-JORDAN, B. A Cabana e o hospital: informação, poder e simbolismo nos artefatos do nascimento. Traduzido por Sônia N. Hotimsky. In : **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo. v.1, n.2, "não paginada", jun. 1996.
- 43-KENNEL, J. et al. Suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto em um hospital nos EUA. Traduzido por Sônia Venâncio. In: **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo. v.1, n.2, "não paginada", jun.. 1996.
- 44-KENNEL, J.H; KLAUS, M.H Vinculo afetivo: observações recentes que alteram o cuidado perinatal. Traduzido por Aline V. Paz, Josiane Fenerich. In: **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo. v.4, n.8, "não paginada", nov. 1999.
- 45-KLAUS, M.; KLAUS, P. Apoio à parturiente durante o trabalho de parto. In: **ENCONTRO BRASILEIRO PARA O ESTUDO DO PSQUIISMO PRÉ E PERINATAL**, 1., 1993. São Paulo. **Anais...** São Paulo : ABREP, 1993.
- 46-KNUPPEL, R.A; DRUKKER, J.E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.
- 47-LARGURA, M. **A assistência ao parto no Brasil**. São Paulo : [s.n.], 1998.
- 48-LO CÍCERO, A. K. Explicando taxas excessivas de cesárea e de outras intervenções no parto : contribuições das teorias de gênero e desenvolvimento psico-social contemporâneas. Traduzido por Anna Volochko. In : **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. v. 2, n. 3,"não paginada", mar./1997.

- 49-MALDONADO, M.T; NAHOUM, J.C; DICKSTEIN, J. **Nós estamos grávidos**. 5. ed. Rio de Janeiro : Bloch, 1978.
- 50-_____. **Psicologia da gravidez**. 5. ed. Petrópolis : Vozes, 1982.
- 51-_____; CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. 2. ed. São Paulo : Roca, 1988.
- 52-MELLO E SOUZA, C. Cesárea como o parto ideal : a construção cultural da beneficência os direitos dos pacientes no Brasil. In: **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v. 3, n. 5, "não paginada", mar 1998.
- 53-MINAYO, M. C. D. S. (org.) **Pesquisa social : teoria, método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis : Vozes, 1998.
- 54-_____. **O desafio do conhecimento : pesquisa qualitativa em saúde**. 5. ed. São Paulo : Hucitec/ABRASCO, 1998.
- 55-MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira**. 2. ed. Petrópolis : Vozes, 1983.
- 56-NEME, B.; NEME, R. M. Assistência ao parto e morbiletalidade materna. **GO Atual**, São Paulo, v. 5, n. 11/12, p. 14-26, nov./dez. 1996.
- 57-ODENT, M. **Gênese do homem ecológico : mudar a vida mudar o nascimento : o instinto reencontrado**. São Paulo : TAO, 1982.
- 58-ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Tecnologia apropriada para o nascimento e parto. Traduzido por Sonia N. Hotimsky. **Lancet**. n.24, p. 436-437, 1985.
Mimeografado
- 59-ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DE SAÚDE. **Safe motherhood care in normal birth : a practical guide**. Geneva : OMS, 1996.
- 60-OSAVA, R.H. A Redução das taxas de operações cesarianas no Brasil : um desafio para a enfermagem obstétrica. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, São Paulo, v. 106, n. 11/12, p. 421-427, 1996.
- 61-_____; TANAKA, A.C.A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n.1, p. 96-108, abr. 1997.
- 62-_____. **Assistência ao parto no Brasil : o lugar do não médico**. São Paulo : USP, 1997. 129 p. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, 1997
- 63-_____. Campos de ensino prático In : **SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO**, 1., 1998. Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto : EERP-USP, 1998. p. 45-48.

- 64-_____. **A Casa de Parto como alternativa ao nascimento hospitalar.** São Paulo : [s.n.], 1999. Palestra proferida no 2º Seminário sobre nascimento e parto no Estado de São Paulo
- 65-_____. **Relatório descritivo das atividades da casa do parto no período de outubro de 1998 a novembro de 1999.** São Paulo, 1999. 38 p. Mimeografado
- 66-PACIONICK, M. Análise perineal de 11.100 casos de partos de cócoras. In: SABATINO, H. et. al. **Parto humanizado : formas alternativas.** Campinas : Editora da Unicamp, 1992. p.149-159.
- 67-PERES – ESCAMILLA, R. et al. Associação entre parto cesáreo e a amamentação em mulheres mexicanas. Traduzido por Sandra D.T. Araújo. In : **GENP.** Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v.4, n.8, “não paginada”, nov. 1999.
- 68-PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo : Cortez, 1989.
- 69-PIRES, H M. B.; CECATTI, J.G.; FAÚNDES, A. **Fatores associados à prova do trabalho de parto em primíparas com uma cesárea anterior.** Campinas, 1999. Mimeografado
- 70-PROGIANTI, J.M. Assistência à parturiente. In : FÓRUM PERMANENTE DE ENFERMEIRAS OBSTETRAS, 1., 1999. Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro : NEPEN-MUSAS, 1999. p.27-36.
- 71-RATTNER, D. Nascimento ou parto? em São Paulo, nascimento e parto. In : **GENP.** Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v. 1, n.2, “não paginada”, jun. 1996.
- 72-_____. Operação cesariana. In: **GENP.** Nota sobre nascimento e parto, São Paulo, v. 3, n. 5, “não paginada”, mar. 1998.
- 73-_____. Concepções alternativas de assistência e seu impacto nos indicadores perinatais. In : SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM PARA A ASSISTÊNCIA AO NASCIMENTO E PARTO, 1.,1998. Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto : EERP-USP, 1998. p. 60-62.
- 74-READ, et al. Deambulação versos ocitocina para incremento do trabalho de parto : um estudo preliminar. traduzido por Deise A. Gonçalves. In: **GENP.** Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v.3, n.7, “não paginado”, mai. 1999.
- 75-REDE DE HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO. Carta de Campinas. Campinas : REHUNA, 1993. 4 p. Mimeografado
- 76-RIBEIRO NETO, J.A.J; LIPPI, U.G. RATTNER, D. Parto por enfermeira ou reforma na obstetrícia? **Ser Médico,** São Paulo, v.2, n.5, p. 82-89, 1998. Debate.

- 77-REZENDE, J. **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1974.
- 78-_____. 6. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1992.
- 79-RIESCO, M.L.G. **Que parteira é esta?** São Paulo : USP, 1999. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1999.
- 80-ROCHA, J. S. Y.; ORTIZ, P. C.; FUNG, Y. T. A incidência de cesárea e a remuneração da assistência ao parto. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 104, n. 3, p.167-171, mai./jun. 1986.
- 81-RODRIGUES, M.S.P; LEOPARDI, M.T. **O método de análise de conteúdo uma versão para enfermeiros**. Fortaleza : Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.
- 82-ROTHMAN, B. K. Anatomia de uma conciliação : enfermagem obstetrica e o aumento dos centros de nascimentos. Traduzindo por Sonia I. Venâncio. In: **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo v. 2, n. 3, "não paginada", mar. 1997.
- 83-SANTOS, O.M.B. Períodos clínicos do parto e assistência de enfermagem. In: OLIVEIRA M.E; MONTICELLI, M.; SANTOS, O.M.B. (org.). **Enfermagem obstétrica e neonatológica : textos fundamentais**. Florianópolis : UFSC, 1999, p.29-52
- 84-SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica primeiras aproximações**. 6. ed. Campinas : Autores Associados, 1996.
- 85-_____. **Escola e democracia**. 31. ed. Campinas : Autores Associados, 1997.
- 86-SCOTT, J. Gênero : uma categoria útil da análise histórica. **Revista Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./dez. 1990.
- 87-SLEEP, J. et al. Estudo sobre tratamento perineal em West Berkshire. Traduzido por Deise A. Gonçalves. In : **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v.3, n.6, "não paginada", nov. 1998.
- 88-TORRES, A.; REICH, M.R. A transição do nascimento em casa para o nascimento institucional : um estudo comparativo entre Reino Unido e Holanda. Traduzido por Sonia I. Venâncio e Sonia N. Hotimsky. In : **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v.1, n.1, "não paginada", dez.1995.
- 89-TURNBULL, D. et. al. Ensaio clínico randomizado sobre a eficácia da assistência ao nascimento e parto sob os cuidados da obstetrix. Traduzido por Sonia N. Hotimsky. In: **GENP**. Notas sobre nascimento e parto. São Paulo, v. 2, n. 3, "não paginada", mar. 1997.

- 90-UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Concepção filosófica.**
Florianópolis : UFSC, 1997. Programa de pós graduação em enfermagem.
- 91-VENÂNCIO, S.I Parto normal “a pedido”. In : **GENP.** Notas sobre nascimento e parto.
São Paulo, v.3, n.5, “não paginada”, mar. 1998.
- 92-YMAYO, M.R. **Prevenção do trauma perineal no parto.** porque evitar a episiotomia
como rotina. São Paulo, 1999. 12 p. Mimeografado

ANEXO I

Requerimento para parecer da comissão de ética da Casa de Parto

Desenvolvi a prática assistencial, do Curso de Mestrado, em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em uma maternidade do norte Catarinense, onde prestei assistência a mulheres em processo de parturição, utilizando uma tecnologia apropriada para o nascimento e parto, elaborada pela OMS. Como os resultados foram satisfatórios, resolvi aprofundar a pesquisa desenvolvendo a Dissertação de Mestrado, com outras mulheres assistidas com esta mesma tecnologia. Considerando que esta instituição presta assistência utilizando esta tecnologia, gostaria de realizar aqui a minha pesquisa. As ações realizadas com essas mulheres serão: entrevistá-las para saber de sua satisfação com o atendimento bem como pesquisar, junto às enfermeiras obstetras da instituição, quais as contribuições da tecnologia apropriadas para o resgate do parto normal.

Às entrevistadas, será explicado o objetivo do estudo, e como será feita a pesquisa, solicitando seu consentimento e verificando o seu desejo de participar. Será assegurado o anonimato, respeitada a individualidade, a privacidade e os valores da mulher. Em anexo, o termo de consentimento e informação e consentimento livre e esclarecido.

Solicito a apreciação de comissão de ética e a permissão para desenvolver as ações que ocorrerão no período de 10 a 20/01/2000 conforme cronograma estabelecido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

ANEXO II

Termo de Consentimento e Informação

Você está sendo convidada a participar de um estudo que envolverá mulheres que receberam assistência no processo de parturição na Casa de Parto.

Procedimento

Se você concordar com a participação, será entrevistada, no pós-parto para identificar como vivenciou o momento do parto.

Participação e Confidencialidade

A sua participação neste estudo é confidencial, e nenhum nome será divulgado em qualquer tipo de publicação. A participação, neste estudo, é voluntária e você poderá retirar-se do mesmo a qualquer momento e por qualquer razão. Todos os itens deste termo e informação serão cumpridos e respeitados por mim que sou a pesquisadora envolvida.

ANEXO III
Consentimento Livre e Esclarecido

Eu recebi uma cópia e li (ou leram para mim) as informações acima descritas. Foram explicados todos os procedimentos deste estudo. Sei que posso perguntar o que desejar e compreendo exatamente o que me acontecerá, incluindo os possíveis benefícios com a participação neste estudo. Sou livre para retirar-me deste estudo a qualquer momento.

Eu concordo com minha participação neste estudo.

Nome completo da parturiente :

Assinatura:

Data:

Nome do profissional responsável

Assinatura:

Data:

ANEXO IV
Roteiro de Entrevista

Neste roteiro foi deixado espaço para mulher discorrer sobre as questões formuladas

1 – Dados de Identificação

Nome: _____ Idade: _____

Trabalho: _____ Escolaridade: _____ Renda-Familiar: _____

End.: _____ Procedência: _____ Rel.Conjugal: _____

2 – Histórico dos Processos Gestacionais

Idade 1º gestação: _____ N.º abortos: _____ N.º gestação: _____ Tipo de parto: _____

Data do Parto: ____ / ____ / ____

3 – Entrevista

1 – Como foi sua experiência com as gestações e partos anteriores e sua relação com os profissionais de saúde?

2 - Como foi sua experiência com essa gestação e parto, e sua relação com os profissionais de saúde?

3 – O que diferencia a assistência recebida, no hospital, com esta na Casa de Parto?

4 – Se você pudesse escolher, que tipo de parto escolheria e por quê?

5 – Qual a posição que você prefere para ter o seu bebê?

6 – Como você avalia a assistência recebida na Casa de Parto?

7 – O seu marido participou do parto?

8 – O que você achou da participação do seu marido e/ou da família?

9 – Por que você escolheu a Casa de Parto para ter o seu bebê?

10 – Você se sentiu segura na Casa de Parto?

ANEXO V

Roteiro de Entrevista

Neste roteiro foi deixado espaço para a profissional discorrer sobre as questões formuladas

Nome: _____ **Idade:** _____

Formação: _____ **Ano:** _____

Especialização: _____ **Ano:** _____

Experiência Profissional: _____

Trabalho Atual: _____

- 1) O que você pensa da assistência ao parto que utilizam a tecnologia apropriada?
- 2) Quais as tecnologias que você mais utiliza na sua prática?
- 3) Qual a diferença da sua relação com as parturientes antes e depois da implantação das tecnologias apropriadas?
- 4) O que você acha do local da assistência?
- 5) E quanto a demanda?
- 6) Quais as vantagens e desvantagens para a parturiente, para o serviço e para você enfermeira obstetra?
- 7) E quanto a autonomia?