UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Escola de Enfermagem

CHANG YI WEI

**AÇÕES HUMANIZADORAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO:
experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-
escola**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem Obstétrica e Neonatal

Orientadora: Prof^a Dr^a Dulce Maria Rosa Gualda

São Paulo
2007

Este trabalho é dedicado:

Às mulheres que generosamente compartilharam comigo esse momento especial de suas vidas: o de tornarem-se mães.

À equipe de enfermagem do CO que no dia-a-dia me ensina preciosas lições de companheirismo e amor.

Ao Sylvio, meu "companheiro de viagem" na vida.

AGRADECIMENTOS

À equipe de enfermagem do Centro Obstétrico do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, por me aceitarem como sou, apesar de todos os meus erros e dificuldades, meu muito obrigada!

À Profa Dra Dulce Maria Rosa Gualda, que com sua paciência e sabedoria de parteira habilidosa, soube compreender minhas dificuldades e limitações, conduzindo com perfeição mais esse parto.

À Profa Dra Marta Maria Melleiro pela valiosa colaboração no Exame de Qualificação e durante todo o transcorrer deste trabalho.

À Profa Dra Lúcia Cristina Florentino Pereira da Silva, minha eterna "chefe", modelo de profissional e de pessoa, e com quem posso contar sempre.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, presente em meu caminhar, com as portas abertas desde a graduação e agora nessa nova etapa da minha vida profissional.

Às professoras, Doutoradas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo pela acolhida e grandes contribuições ao meu aprendizado.

Ao Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, instituição que me propiciou oportunidades de crescimento profissional.

À Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, Profa Dra Raquel Rapone Gaidzinski, que sempre incentivou e acreditou em meu crescimento profissional.

Aos Diretores de Divisão do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em especial à Diretora da Divisão de Enfermagem Materno-Infantil, Enfa Alda Valéria Neves Soares pelo apoio, incentivo e compreensão em todos os momentos.

À amiga e colega Enfa Angela Megumi Ochiai, pela amizade e paciência, com quem pude compartilhar todas as minhas dificuldades nessa trajetória acadêmica.

Aos colegas da pós-graduação, em especial Suzete, pelos momentos de reflexão e aprendizado compartilhados durante o curso das disciplinas.

À Sandra Guerreiro, pela prestativa colaboração na tradução.

À Enfa Ilva Mariko Mizumoto Aragaki e toda a equipe do Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, pelo auxílio no período da coleta das entrevistas.

À Jane Prado que é sempre compreensiva em meus momentos de angústias "computacionais" durante o preparo deste material.

À meus pais que com a superação de todas as suas dificuldades passadas, são modelos que me guiam em todos os momentos da minha vida.

Às mulheres que me concederam um pouco do seu precioso tempo para compartilharem comigo suas experiências sobre a maternidade, meu muito obrigada!

À você que de alguma forma contribui para que o parto possa ser uma experiência significativa e prazerosa na vida das mulheres.

“Berna, 2 de janeiro de 1947

Querida,

Não pense que a pessoa tem tanta força assim a ponto de levar qualquer espécie de vida e continuar a mesma. Até cortar os próprios defeitos pode ser perigoso - você nunca sabe qual é o defeito que sustenta nosso edifício inteiro. Nem sei como lhe explicar minha alma. Mas o que eu queria dizer é que a gente é muito preciosa, e que é somente até um certo ponto que a gente pode desistir de si própria e se dar aos outros e às circunstâncias. Depois que uma pessoa perder o respeito a si mesma e o respeito às suas próprias necessidades - depois disso fica-se um pouco um trapo”.

(carta publicada no jornal O Estado de São Paulo, em 25 de Julho de 1994, de Clarice Lispector a uma amiga)

Wei CY. **Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiência e percepção de um grupo de mulheres em um hospital-escola.** [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi explorar as experiências que mulheres, usuárias de um hospital de ensino, tiveram por ocasião da sua internação para o parto, comparando com uma internação anterior para parto em um período superior a 5 anos. Foram enfocados intervenções específicas da assistência ao processo de parturição no centro obstétrico: enema, deambulação, alimentação, acompanhantes, contato pele a pele com o bebê, tricotomia e episiotomia. Foram entrevistadas 35 mulheres que tiveram seus filhos de partos vaginais na instituição, em dois momentos: antes e após a implantação de ações humanizadoras da assistência ao parto. A análise quantitativa dos temas abordados permitiu uma avaliação das mudanças nas práticas assistenciais, e o enfoque qualitativo possibilitou conhecer as percepções das mulheres em relação às suas convicções sobre o processo de parturição. Além das sete práticas diretamente envolvidas na assistência ao parto, foram abordados dois aspectos relativos à instituição: a escolha do hospital e a percepção geral da assistência recebida nessa internação no centro obstétrico. Os resultados deste estudo permitiram vislumbrar o panorama da assistência prestada ao parto com a implantação de práticas assistenciais voltadas à humanização, bem como o impacto que essas mudanças vêm causando nas usuárias.

Descritores: Parto Humanizado. Humanização da Assistência. Enfermagem Obstétrica. Parto.

Wei CY. **Humanizing actions during childbirth: a group of women's experiences and perceptions at a hospital-school.** [dissertation] São Paulo (SP): School of Nursing - University of São Paulo; 2007.

ABSTRACT

The objective of this dissertation was to investigate the experiences that women –all users of a Hospital School-, had had for occasion of their hospitalization during childbirth, comparing them with their previous hospitalization for childbirth in a period at least superior to five years. Thirty-five women who've had vaginal childbirths in the institution have been interviewed at two moments: before and after the implementation of humanizing actions of skilled care during childbirth. Specific interventions during childbirth care in the obstetric center have been focused: enema, deambulation, feeding, companions, skin to skin contact with the baby, shaving and episiotomy. The quantitative analysis of the approached themes allowed evaluation of the changes in care practices, and the qualitative approach made it possible to know the women's perceptions in relation to their own convictions about childbirth care. Besides these seven procedures directly involved with childbirth care, two other aspects concerning the institution have been considered: the choice of the hospital and the general perception of the care received during hospitalization in the obstetric center. The results of this study have made possible to us a survey of the panorama of childbirth care after the implementation of humanization procedures in care during childbirth and the impact that these changes in procedures have brought to their users.

Keywords: Humanizing Delivery. Humanization of Assistance. Obstetrical Nursing. Parturition.

Wei CY. **Acciones de humanización en la asistencia al parto: experiencia y percepción de un grupo de mujeres en un hospital-escuela.** [dissertação] São Paulo (SP): Escuela de Enfermería de la Universidad Sao Paulo; 2007.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue explorar las experiencias que mujeres, usuarias de un hospital universitario, tuvieron con motivo de su hospitalización para el parto, comparándola con un parto anterior en un período superior a 5 años. Fueron enfocadas intervenciones específicas de la asistencia al proceso del parto en el centro obstétrico: enema, deambulación, alimentación, acompañantes, contacto piel a piel con el bebé, tricotomía y episiotomía. Fueron entrevistadas 35 mujeres que tuvieron sus hijos por parto vaginal en la institución, en dos momentos: antes y después la implantación de acciones de humanización de la asistencia al parto. El análisis cuantitativo de los temas abordados permitió la consideración de cambios en las prácticas asistenciales, y el enfoque cualitativo posibilitó conocer las percepciones de las mujeres en relación con sus convicciones sobre el proceso del parto. Además de las siete prácticas directamente involucradas en la asistencia al parto, fueron abordados dos aspectos relacionados con la institución: la elección por el hospital y la percepción general de la asistencia recibida en esa internación en el centro obstétrico. Los resultados de este estudio permitieron vislumbrar el panorama de la asistencia prestada en el parto con la implantación de prácticas asistenciales dirigidas a la humanización, así como, el impacto que esos cambios vienen causando en las usuarias.

Descriptor: Parto Humanizado. Humanización de la Asistencia. Enfermería Obstétrica. Parto.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização das 35 entrevistadas segundo idade, grau de instrução, procedência, estado civil, ocupação e religião. HU-USP, São Paulo, 2006.	51
Tabela 2 - Caracterização das 35 entrevistadas segundo antecedentes obstétricos. HU-USP, São Paulo, 2006.	52
Tabela 3 - Razões mencionadas pelas entrevistadas para a escolha do HU-USP para o atendimento ao parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	59
Tabela 4 - Experiências e percepções das entrevistadas em relação ao enema no pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	65
Tabela 5 - Opinião das entrevistadas quanto à realização do enema no pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	66
Tabela 6 - Razões atribuídas por 21 entrevistadas para a realização do enema no pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	67
Tabela 7 - Percepções e experiências das entrevistadas em relação à movimentação no trabalho de parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	77
Tabela 8 - Experiências das participantes quanto à oferta de alimentação durante o trabalho de parto nessa internação. HU-USP, São Paulo, 2006.	87
Tabela 9 - Razões atribuídas pelas 24 entrevistadas que não receberam alimentação durante o trabalho de parto nessa internação. HU-USP, São Paulo, 2006.	88
Tabela 10 - Experiências e percepções das entrevistadas quanto à alimentação durante o trabalho de parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	89
Tabela 11 - Experiência e percepção das entrevistadas em relação a acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	103
Tabela 12 - Razões atribuídas pelas 27 entrevistadas que não tiveram acompanhantes pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	104

Tabela 13 - Percepção materna das 29 participantes que tiveram o contato pele a pele com o bebê no parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	124
Tabela 14 - Hábitos das entrevistadas em relação à retirada dos pêlos pubianos. HU-USP, São Paulo, 2006.	136
Tabela 15 - Partos vaginais e intervenções em relação ao períneo das entrevistadas nessa internação e em experiência anterior. HU-USP, São Paulo, 2006.	146
Tabela 16 - Percepção das entrevistadas quanto à realização da episiotomia no parto normal. HU-USP, São Paulo, 2006.	147
Tabela 17 - Razões atribuídas por 24 entrevistadas para a realização da episiotomia no parto. HU-USP, São Paulo, 2006.	148
Tabela 18 - Opinião das entrevistadas sobre a assistência recebida no CO do HU-USP nesta internação. HU-USP, São Paulo, 2006.	159

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Justificativa do estudo	14
1.2 A mudança dos paradigmas assistenciais.....	16
1.3 O parto como um rito de passagem.....	22
1.4 O profissional que assiste o parto	23
1.5 Atenção baseada em evidências científicas	25
2 OBJETIVOS	38
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	40
3.1 A articulação entre a abordagem quantitativa e qualitativa	41
3.2 Questões éticas	42
3.3 O cenário do estudo	43
3.4 Participantes do estudo	46
3.5 Coleta de dados.....	47
3.5.1 Instrumento para a coleta dos dados	47
3.5.2 Operacionalização da coleta de dados.....	47
3.6 Organização, análise e apresentação dos dados.....	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 A opção pelo HU-USP	58
4.1.1 Residente próximo à instituição.....	60
4.1.2 Recomendação de familiares/vizinhos	61
4.1.3 Pertencente à comunidade USP	62
4.1.4 Encaminhamento da UBS	62
4.2 Enema	63
4.2.1 As experiências e percepções em relação à realização do enema antes do parto	64
4.2.2 Justificativas para o procedimento	65
4.3 Movimentação / Deambulação	75
4.3.1 Aspectos positivos percebidos pelas entrevistadas em relação à movimentação.....	78
4.3.2 Aspectos negativos percebidos pelas entrevistadas em relação à movimentação	83

4.4	Oferta de alimentos	86
4.4.1	Da experiência nesse parto	90
4.4.2	Percepção sobre a ingestão de alimentos no pré-parto	95
4.5	Acompanhantes	101
4.5.1	As experiências desse parto	105
4.5.2	As opiniões sobre a permanência do acompanhante no CO	113
4.6	Contato pele a pele ao nascimento	120
4.6.1	Percepção das entrevistadas que tiveram o contato pele a pele com o seu bebê no parto	124
4.6.2	Não tiveram contato pele a pele no parto	130
4.7	Tricotomia	134
4.7.1	Costuma fazer	137
4.7.2	Faz em situações específicas	140
4.7.3	Não costuma fazer depilação ou raspagem dos pêlos pubianos	142
4.8	Episiotomia	144
4.8.1	Acreditam que a episiotomia é necessária	148
4.8.2	Não é necessária	155
4.8.3	Não sabe dizer	156
4.9	Opinião da assistência recebida no CO	159
4.9.1	Percepção de mudança positiva na instituição	159
4.9.2	Assistência recebida sem alterações	161
4.9.3	Percepção de mudança negativa na instituição	162
4.9.4	Percepção de mudanças tanto boas como ruins	164
5	CONCLUSÕES	166
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
	REFERÊNCIAS	178
	ANEXOS	185

1 Introdução

1.1 Justificativa do estudo

Meu primeiro contato com a assistência à mulher no período reprodutivo ocorreu na década de 80, quando estava cursando o terceiro ano da graduação em enfermagem, na disciplina de Enfermagem Obstétrica. Por ser esta a área que mais me atraía, optei por cursar a habilitação em Enfermagem Obstétrica, um curso de pós-graduação *lato sensu* que me capacitaria para atuar na assistência às mulheres no período reprodutivo. Além disso, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo determina que os profissionais atuantes em salas de parto e no puerpério tenham essa formação (COREN-SP, 2001).

Esse curso me preparou para atender gestantes no pré-natal, acompanhar o trabalho de parto, atender ao parto normal e puerpério, tendo, como enfoque predominante, a formação de profissionais para o atendimento das necessidades fisiológicas da mulher, no período reprodutivo. Os estágios desse curso foram realizados em várias instituições filantrópicas e públicas, cuja assistência estava baseada no modelo biomédico, favorecendo, dessa forma, o aprendizado por meio da execução de procedimentos técnicos. Assim, o atendimento prestado ao trabalho de parto e ao parto eram processos permeados por normas e rotinas hospitalares, como um ritual a ser seguido para o adequado atendimento à mulher e ao seu recém-nascido (RN).

No ano seguinte à conclusão do curso de habilitação, iniciei, em 1988, minha atividade profissional no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), como enfermeira assistencial do Centro Obstétrico (CO). Durante muitos anos, exerci a função de enfermeira obstétrica nesse setor, cumprindo as atividades assistenciais que me eram pertinentes, admitindo parturientes, acompanhando o trabalho de parto, realizando partos normais sem distocia; auxiliando, quando necessário, o pediatra na reanimação do RN, enfim, todas as práticas previstas em um centro obstétrico. Vivenciei mudanças tanto no quadro de pessoal da referida seção como na política de assistência ao parto. Nesse contexto, em 1996, com o intuito de aprimorar conceitos referentes à saúde da mulher, realizei o curso de especialização em Enfermagem Obstétrica, que me proporcionou uma atualização em relação às práticas assistenciais, no campo da saúde materna.

Assim, minha trajetória profissional esteve sempre ligada à saúde materno-infantil, todavia, por volta do ano de 2000, fui convidada pelo Departamento de Enfermagem da instituição para atuar como enfermeira responsável pelo gerenciamento dos materiais e

equipamentos utilizados no ambiente hospitalar, o que ampliou muito minha visão na área administrativa na enfermagem. Participei dos processos de compra de materiais e equipamentos na instituição, julgando criteriosamente a qualidade e buscando a melhor relação custo/benefício dos novos materiais. Processos de licitação, reposição de estoque, planejamento das previsões mensais, novas aquisições, normatizações para se manter a qualidade, o contato com os representantes das empresas fornecedoras, muitas foram as experiências que ajudaram a ampliar minha percepção administrativa da instituição.

No final de 2001, com a saída da diretora de enfermagem da área materno-infantil, a chefe de enfermagem do CO foi convidada a assumir esse cargo e, após esse breve afastamento da área obstétrica, fui convidada a retornar ao CO, agora no cargo de chefe de seção. Então, em janeiro de 2002, passei a exercer esse cargo e percebi que meu compromisso com a assistência passava a ser muito mais abrangente que apenas o cuidado direto à mulher no processo de parturição. A atuação da chefe de seção abrange, além das atividades administrativas em relação aos recursos materiais e humanos, o incentivo à equipe de enfermagem a prestar uma assistência de forma harmoniosa e com competência, seguindo as diretrizes propostas pela instituição. O maior desafio encontrado nessa função foi a problemática do relacionamento humano e todas as implicações inerentes a uma equipe de profissionais que lidam com a assistência à mulher, em um período especial de sua vida: o de tornar-se mãe. Concomitantemente, havia ainda o agravante de todo o processo de assistência à mulher nessa fase estar entremeado com as condutas médicas, campo onde se confrontam ideologias de atendimento.

Em 2004, tive a oportunidade de participar do Curso de Assistência ao Parto Humanizado na Maternidade e em Casas de Parto no Japão, promovido pela Agência de Cooperação Internacional (JICA) e pela Pacific Resource Exchange Center (PREX). Trata-se de um projeto de cooperação internacional entre os governos do Brasil e do Japão, considerado um desdobramento do Projeto Luz, desenvolvido no estado do Ceará, em 1996. O Projeto Luz teve o apoio da mesma agência, a JICA, que, através de treinamentos e oficinas de sensibilização com especialistas japoneses, buscou introduzir conceitos de humanização da assistência ao parto nas instituições públicas daquele estado. Esse projeto destinou, ainda, apoio econômico para a abertura de casas de parto e para a aquisição de equipamentos nas maternidades públicas mais carentes da região.

O objetivo do curso de Assistência ao Parto Humanizado na Maternidade e nas Casas de Parto é a divulgação de conceitos de humanização da assistência ao parto, utilizando-se, como modelo, a assistência prestada pelas parteiras nas casas de parto do Japão. Para se alcançar esse objetivo, foram selecionadas enfermeiras obstétricas brasileiras que atuassem em instituições públicas e que, por meio da vivência e do aprendizado nessas casas de parto, pudessem, ao retornar ao Brasil, disseminar os conhecimentos adquiridos nas instituições em que atuavam. Essa experiência foi marcante para a minha trajetória profissional e pessoal, ampliando e mudando minha percepção sobre a assistência ao parto.

Dessa forma, ao retornar ao Brasil e ao HU-USP, organizei encontros com a equipe de enfermagem do CO para apresentar a minha experiência e os conhecimentos adquiridos no Japão. No total, foram seis encontros para permitir que todos os membros da equipe de enfermagem do CO pudessem participar, em diferentes horários e em grupos de seis a dez pessoas. Conhecendo uma outra realidade, a da assistência nas casas de parto do Japão, a equipe pôde refletir e questionar seus processos de trabalho, redefinindo seus papéis e apresentando sugestões para mudanças na referida seção. Além dessas oficinas, durante a convivência diária, busco sistematicamente transmitir os conhecimentos adquiridos no Japão e sensibilizar os profissionais da equipe de enfermagem, adequando as normas para uma assistência mais individualizada e respeitosa para com a mulher e a sua família, durante a sua permanência no CO.

Frente ao exposto, em 2005, ingressei no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), a fim de continuar meu aprimoramento no campo profissional, explorando com maior profundidade as questões relacionadas à humanização da assistência ao parto e o impacto que essas diretrizes causam às mulheres.

1.2 A mudança dos paradigmas assistenciais

Desde o início das atividades do HU-USP, a assistência de enfermagem teve como elemento norteador, o Sistema de Assistência de Enfermagem (SAE). Essa sistematização da assistência foi baseada na teoria de enfermagem de Wanda Horta, desenvolvida a partir da "Teoria da Motivação Humana" de Maslow (1970), onde as necessidades básicas são organizadas de modo hierárquico com os requisitos fisiológicos como alimentação, hidratação e sono num nível básico; a necessidade de segurança num nível acima e, no terceiro nível, a

necessidade de amor e de pertencer a um grupo, seguida de auto-estima e finalmente auto-realização (Horta, 1979).

Essa teoria, com referencial humanista, enfoca a prevenção da doença e o auxílio para as pessoas assumirem suas responsabilidades sobre sua saúde, por meio do atendimento das suas necessidades. Outro aspecto na teoria de Horta é a ênfase ao ensino do autocuidado, conceito esse que se iniciou, a partir de um movimento social, que ocorreu nos Estados Unidos na década de 60, em oposição ao sistema de saúde que não atendia às necessidades da clientela e impedia opções e decisões sobre questões de saúde e tratamento, buscando, assim, resgatar a possibilidade de as pessoas cuidarem de si próprias e de se responsabilizarem pela sua saúde.

Orem (1985) advoga que o processo do autocuidado visa possibilitar que os indivíduos, famílias e comunidades tomem iniciativas, assumam responsabilidades e empenhem-se efetivamente no desenvolvimento de seu próprio caminho em direção à melhoria da qualidade de vida, à saúde e ao bem-estar (Cianciarullo, 2001).

Nos modelos teóricos expostos acima, a prática assistencial contempla o ser humano na sua dimensão holística, privilegiando a individualização e a continuidade da assistência, com uma premissa básica de que todo ser humano é capaz de executar ações deliberadas, em seu benefício, para manutenção da vida e bem-estar próprio. Todo contexto em que está inserido o indivíduo é relevante para a assistência a ser prestada: idade, experiências anteriores e situação sócio-econômica e familiar, cabendo à equipe de enfermagem atuar quando é detectada uma incapacidade do indivíduo em desempenhar suas funções de autocuidado. Para a operacionalização dessa proposta, foi adotado o "Processo de Enfermagem", com uma "Sistematização da Assistência de Enfermagem" que engloba a realização do histórico, da evolução diária das suas condições e a prescrição de ações de enfermagem, visando a promoção, manutenção e a recuperação da saúde dos indivíduos.

Com essa filosofia assistencial, o Departamento de Enfermagem do HU-USP esteve sempre receptivo à introdução de novas propostas para o atendimento da clientela. No início dos anos 90, com a divulgação das novas recomendações da OMS/OPAS (1985), as enfermeiras atuantes na área materno-infantil iniciaram projetos, nos diversos setores, atentando para as novas diretrizes, em relação à humanização da assistência. Nesse sentido, novas propostas foram disseminadas, obrigando uma reflexão da atuação das profissionais,

introduzindo uma mudança nos processos de cuidar, novas formas de se olhar a mulher no seu contexto, valorizando sua integralidade, seu meio sócio-cultural e suas experiências e necessidades psicológicas. Para tanto, essas profissionais buscaram e experienciaram novos conceitos e paradigmas.

Um paradigma é um exemplo que serve de modelo ou de padrão, assim, os modelos assistenciais vigentes numa instituição são construídos baseados nas experiências e nos saberes científicos adquiridos pelos profissionais que nela atuam. Segundo Osava (1997), os paradigmas nos orientam a selecionar as informações de interesse e uma mudança de paradigma ocorre quando os nossos modelos para resolver uma questão não mais conseguem oferecer soluções eficazes. Há a necessidade de alterar nossos paradigmas, quando ocorre uma transformação drástica em nossa percepção.

Como resultado da constante troca de experiências entre as enfermeiras do HU-USP e docentes da Escola de Enfermagem da USP, seja pela presença dessas docentes durante o acompanhamento dos alunos em estágios, seja pela participação de algumas enfermeiras no programa de pós-graduação, além da disseminação de diretrizes governamentais, surgiram várias inquietações entre algumas enfermeiras, que experienciando novas formas de se abordar a assistência à mulher, propuseram iniciativas pioneiras que, inicialmente, foram recebidas com muita crítica, como relato a seguir:

No CO do HU-USP, a prática da amamentação na sala de parto iniciou-se em setembro de 1998, de uma forma pouco efetiva e, atualmente, ela é praticada rotineiramente. A inserção dessa nova diretriz foi pontuada com muita rejeição por parte de alguns membros da equipe de enfermagem e foi preciso um esforço por parte da chefia e das enfermeiras para que houvesse uma conscientização de todos sobre os reais propósitos dessa mudança. Os principais temores alegados pela equipe eram que as puérperas se sentiriam exaustas em amamentar no pós-parto, podendo ocorrer hipotensão materna, além da falta de pessoal para o acompanhamento nesse momento. A incorporação dessa prática foi gradativa, e somente se efetivou após o treinamento de toda a equipe para a "Iniciativa Hospital Amigo da Criança", em 2003. Atualmente, a permanência do bebê junto à sua mãe é vista por todos como uma prática natural, não se criando empecilhos para a permanência e amamentação do bebê como em períodos anteriores, quando só o fato de o bebê estar na maca da mãe gerava insegurança.

Outra iniciativa, nessa área, voltada à humanização é a integração dos diferentes níveis de complexidade assistencial dos serviços de saúde da região, favorecendo o intercâmbio das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o hospital referenciado. Essa proposta atende ao conceito da integralidade nas ações de saúde, de onde foi baseada a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com uma articulação das ações para promoção, prevenção e recuperação da saúde, que, através de um sistema de referência e contra-referência entre os serviços de saúde, possa assegurar o fluxo e a acessibilidade dos pacientes a essas instituições (Melleiro, 2002).

Essa integração com as UBS da área de abrangência da região iniciou-se em abril de 1997. Em um primeiro momento, somente com o Centro de Saúde Samuel Barnsley Pessoa, sendo, posteriormente, estendido para as demais UBS referenciadas. Dentre as ações propostas, destacam-se a implantação de visitas semanais das gestantes e de seus acompanhantes ao HU-USP, visando minimizar o estresse no momento da internação para o parto. Todas as gestantes, a partir do 7º mês de gestação, atendidas no pré-natal pelas UBS da região, podem conhecer o hospital, familiarizando-se com os setores de Centro Obstétrico, Alojamento Conjunto e Berçário. Durante as visitas, as gestantes são acompanhadas pelas enfermeiras dos setores, recebendo informações em relação às rotinas e fluxos de atendimento. Essa familiarização tem se mostrado produtiva, no sentido de minimizar a ansiedade das gestantes, em relação ao momento da internação e esclarecendo dúvidas em relação à rotina hospitalar (Gualda, 1998).

O próximo passo em direção à humanização da assistência foi a entrada e permanência de acompanhantes no pré-parto e na sala de parto, que começou a partir de 2002, após uma abordagem da equipe de enfermagem pela então Diretora da Divisão Materno-infantil que, no seu estudo, explorou a percepção da equipe de enfermagem, em relação à permanência do acompanhante no CO. Essa rotina foi efetivamente implantada, tendo como referência a recomendação do Ministério da Saúde, em sua publicação "Assistência ao Parto Normal: um guia prático" (OMS, 1996) e pela Lei nº 10.241, promulgada pelo governo do estado de São Paulo, em 17/3/1999 que, em seu Art. 2, item XVI, dispõe como direito dos usuários dos serviços e das ações de saúde, a presença do pai nos exames de pré-natal e no momento do parto (São Paulo, 1999). Embasada tanto nas diretrizes mundiais, como no direito legal do cidadão, apesar da oposição da maioria do grupo tanto

médico como de enfermagem, essa proposta foi sendo incorporada gradativamente pelos profissionais.

Em 2003, a oferta de líquidos e alimentos no CO passou a ser rotineira, respeitando-se as condições clínicas da parturiente. Essa iniciativa foi baseada também nas orientações do citado guia, que indica que a oferta de líquidos e alimentos durante o trabalho de parto é comprovadamente benéfica e deve ser incentivada. Atualmente, a avaliação das condições clínicas das mulheres em trabalho de parto é feita pela equipe médica e de enfermagem conjuntamente e a dieta oferecida é branda ou líquida e energética, podendo ser composta de purê, sopas, bolachas, chá e barra de chocolate. No início da implantação dessa conduta, ocorreram conflitos com a equipe de anestesiologistas, que, muitas vezes, questionavam a oferta de alimentos, porém, após constantes negociações, das equipes médicas e de enfermagem, os critérios foram estabelecidos de forma mais precisa. Com a adoção dessa medida, constatou-se uma redução de casos de hipotensão e maior disposição das puérperas para o cuidado do seu bebê; porém, trata-se de um dado, ainda subjetivo, dos profissionais que trabalham no setor de puerpério, havendo necessidade de uma investigação mais criteriosa por meio de estudos futuros sobre essa temática.

Ainda no ano de 2003, a questão da prescrição rotineira do enema glicerinado na admissão da parturiente foi discutida entre as enfermeiras, algumas com posições favoráveis e outras contrárias à sua abolição. Com a disseminação dos resultados de trabalhos desmistificando a necessidade da realização do enema, inclusive sem implicações nas taxas de infecção, a chefia de enfermagem propôs que a prescrição do enema fosse abolida. Após a avaliação da paciente, a enfermeira pode ou não prescrever esse procedimento, sendo encorajada a não fazê-lo. Diante disso, alguns médicos, inconformados com esse novo posicionamento, começaram a indicar o enema na prescrição médica. Ocorreram discussões entre os profissionais, com colocações bastante desagradáveis em relação a esse aspecto, por parte de alguns elementos da equipe médica, na tentativa de convencer as enfermeiras para que voltassem a prescrever o enema. Posicionamentos como a "desumanização" do profissional que irá acompanhar ao parto, colocações verbais constrangedoras percebidas pelas mulheres no momento do parto, enfim, muitos foram os embates, porém, atualmente percebe-se uma acomodação e uma maior aceitação da não realização do enema entre os profissionais, tanto da equipe médica como de enfermagem.

Outra mudança na prática assistencial, nesse mesmo período, foi decorrente da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança - IHAC (OMS, 2001). O uso rotineiro de indução com ocitocina endovenosa foi desencorajada, assim como a instalação de um acesso venoso, pois percebia-se que esse procedimento limitava a movimentação da mulher, fazendo com que a mesma se sentisse temerosa em deambular. A saída encontrada para manter um acesso venoso, em casos de antibioticoterapia ou medicação para alívio da dor, foi a colocação de uma extensão e a permeabilização dessa via com solução salina. O incentivo à deambulação foi introduzido de forma discreta, sendo visto inicialmente com muito descrédito. Os profissionais apontavam a necessidade de uma área física mais adequada para sua efetivação. Constatou-se também que as parturientes se sentiam pouco à vontade para deambular, por estarem dentro de um ambiente estranho, sem ninguém conhecido ao seu lado e trajando apenas a camisola do hospital. Todavia, nos casos da presença de algum familiar, percebe-se que o caminhar pelos corredores durante o trabalho de parto torna-se mais agradável e faz mais sentido para as parturientes.

O contato pele a pele entre a mãe e o seu bebê ao nascer, outro passo da IHAC, foi também adotado, sendo um campo para várias discussões, agora com a equipe de neonatologistas, que temerosos de complicações adaptativas do bebê, acabavam levando-o para o berço aquecido e ali realizavam manobras de reanimação como aspiração das vias aéreas e maior suporte de oxigênio, através de máscara aberta. Um trabalho intenso foi realizado com essa equipe e a dificuldade maior foi decorrente da troca constante dos residentes que estagiam nessa área.

O treinamento de toda a equipe multidisciplinar para o credenciamento do HU-USP como Hospital Amigo da Criança (HAC) se iniciou em junho de 2003, sendo coordenado por uma comissão. Para cumprir todos os passos requeridos pela IHAC, foi necessária a mobilização de todos os profissionais do hospital e, principalmente das equipes que atendem diretamente a mãe e ao RN. No ano de 2006, após as avaliações dos representantes do Ministério da Saúde, o HU-USP foi credenciado como HAC, título outorgado oficialmente à instituição, em 2007.

As ações descritas acima são pertinentes ao CO, porém, nos outros setores do hospital, também existem iniciativas voltadas para a humanização da assistência, tais como Brinquedoteca e Pet-terapia na área pediátrica; Banco de Leite Humano e Método Canguru,

na área neonatal; T.O.cando a vida, nos setores de internação e ambulatório, com o objetivo de promover os benefícios do contato da música com as pessoas. Outras atividades que também se destacam são as promovidas pelo grupo de voluntários do hospital, tais como atenção ao paciente internado, biblioteca circulante para os funcionários e Hospital-Arte, onde o voluntário estimula o paciente a expressar seus sentimentos, através da pintura em tela¹.

Essas iniciativas ilustram como os profissionais do HU-USP vêm se preocupando em implementar práticas voltadas à humanização da assistência, visando trazer benefícios aos usuários. Consoantes com sua missão institucional e interligando a prática com a pesquisa, acredita-se que o HU-USP pode assim contribuir para disseminar novos rumos para a assistência à saúde no cenário nacional.

1.3 O parto como um rito de passagem

O nascimento e a morte são exemplos de momentos especiais que acontecem com qualquer ser humano, em qualquer cultura. São grandes marcos do ciclo da vida, momentos de exceção, carregados de símbolos e significados, e que exigem uma reorganização através de rituais para a sua incorporação e redução das incertezas desse novo estado (Monticelli, 1997).

Para Davis-Floyd (1992), um ritual é uma representação simbólica das crenças de uma cultura, demonstrado de forma repetitiva e cujo objetivo primário é a transformação. Um rito de passagem consiste em uma série de rituais cujo propósito é conduzir um indivíduo ou grupo de um estado social para outro, através de transformações efetivas tanto na percepção da sociedade sobre o indivíduo como do próprio indivíduo sobre si mesmo. Os ritos de passagem geralmente consistem em três estágios: o primeiro de separação do indivíduo do seu antigo status social, um segundo período de transição onde esse indivíduo não é nem um nem outro, e no terceiro estágio, de reintegração após ter passado pelos ritos o que lhe confere um novo status social. O antropólogo Arnold Van Gennep, estudioso pioneiro sobre os ritos de passagem, reconhece a importância do parto como um rito de passagem para a mulher.

¹ Relatório sobre as atividades assistenciais voltadas à humanização no HU-USP, 2005. Material impresso.

O nascimento, além de ser um evento biológico e universal, sob uma perspectiva antropológica, é diferentemente percebido, organizado e padronizado de acordo com os valores, atitudes e crenças de cada cultura. Assim, a perspectiva do nascimento como um rito de passagem tem a sua importância pela sua função de socialização, e isso é particularmente importante por ocasião do nascimento do primeiro filho, onde existe a passagem da mulher como gestante, puérpera e mãe, tendo que incorporar diversos papéis sociais. Assim, as pessoas envolvidas no nascimento, que historicamente sempre foram as mulheres, desenvolveram ritos de cuidados, para se incorporar o novo: a mãe e o RN (Monticelli, 1997)

Para Gualda (2002), o parto constitui um ponto importante no processo da maternidade. Dar à luz uma criança nunca é simplesmente um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural. Segundo a autora, o fenômeno "parto" segue regras dispostas pela sociedade em que está inserido, regras estas que determinam o local apropriado, as pessoas que o assistem, assim como o comportamento adequado da mulher, em todo o processo. Na sociedade brasileira, apesar de muitas características comuns, há uma diversidade de heranças culturais que influem nas orientações em relação à saúde e o fato de pertencermos a um determinado grupo sócio-cultural dificulta a nossa compreensão de métodos e práticas relacionados ao ciclo grávido puerperal de outros grupos culturais ou de outras gerações.

A seguir, se tentará entender como o ser humano transformou os ritos de nascimento, que tinham um significado e uma ligação com o sagrado e com a natureza e os redefiniu, através de intervenções racionais e biomédicas, de acordo com a evolução da medicina, nos últimos séculos.

1.4 O profissional que assiste o parto

Se olharmos historicamente a evolução do cuidado no período reprodutivo, encontraremos um processo essencialmente feminino desde tempos longínquos, com ocorrência no âmbito doméstico e com as tarefas ligadas à mulher e ao seu conceito, garantindo assim a sobrevivência da espécie. A assistência ao processo de parturição se iniciou como uma forma de solidariedade entre as mulheres e desencadeou um processo

gradual de acumulação de um saber essencialmente feminino, dando origem às parteiras, primeiras profissionais da história a lidar com o processo de parto (Costa, 2000).

De acordo com Shorter (1982), até o ano de 1750, as parteiras eram provavelmente mais competentes que os médicos, em termos de conhecimentos e práticas até então existentes. Nesse período, as parteiras podiam ser divididas em dois grupos: as parteiras urbanas, altamente qualificadas por um corpo de conhecimentos adquiridos e supervisionadas por associações de classes. O outro grupo, das parteiras tradicionais, adquiriu seus conhecimentos através da prática por tradição ou necessidade, sem obrigatoriamente terem os conhecimentos da fisiologia e anatomia.

Até o século XVI, a acumulação de saberes no âmbito essencialmente feminino sobre a parturição estava centrada na figura da parteira, mulher oriunda geralmente da classe camponesa, que gozava de grande prestígio social em sua comunidade. Essa personagem era uma autoridade em matéria de sexo, controle de fertilidade, concepção, gravidez e parto seguro, representando um poder ameaçador para a igreja, que tentava impor condições para se exercer esse ofício, como a obrigatoriedade de a mulher ter antecedentes de comportamento que não a desabonassem e a crença na religião católica. Assim, inicia-se, a partir do século XV, a "caça às bruxas", com claro interesse do clero em se apropriar do conhecimento feminino, aliado aos interesses da medicina científica, de cunho essencialmente masculino e interesses econômicos da burguesia (Costa, 2000). Com a criação das universidades no Renascimento, a prática médica é legitimada, e o saber acumulado pelas parteiras, curandeiras e herboristas passa a ser uma atividade suspeita (Vieira, 2002).

Na Inglaterra do século XVII, com o advento do capitalismo industrial, a hegemonia da prática médica se consolida, colocando em marginalidade o ofício da parteira. Essa luta entre médicos e parteiras se estendeu por séculos na Europa, porém, a partir do século XVIII, o controle médico no parto se estabelece e se torna comum na Inglaterra, sendo disseminada a posição inglesa para parir, a mulher em decúbito lateral esquerdo, de costas para o parteiro, o que ilustra o espírito da época, segundo o qual a parturiente e o parteiro não deveriam se encarar (Kitzinger, 1978).

Até o século XVIII, a mortalidade materna era bastante elevada, e a mudança do local do parto para o hospital foi essencial para a descoberta de antibióticos, técnicas cirúrgicas e

uso de anestésicos, além da consolidação da prática médica nesse campo. O maior obstáculo para a hospitalização do parto foi a ocorrência epidêmica de infecção puerperal nas mulheres ali atendidas. Durante o século XIX, com as descobertas científicas em relação à bacteriologia e antibioticoterapia, utilização da assepsia nas salas cirúrgicas e anestésicos, resultou em uma diminuição na mortalidade materna, contribuindo para uma melhor aceitação dos hospitais como local para o parto (Vieira, 2002).

Nesse contexto, a medicina, enquanto arte e ciência, justifica as intervenções dos médicos sobre os corpos e dita normas sobre ações e comportamentos adequados à mulher e à enfermeira, interferindo na forma como se processa o cuidar de si e dos outros (Costa 2000). Assim, durante o século XX, assistiu-se à consolidação do hospital como local para o parto e do médico como o profissional para esse atendimento. Em decorrência desse novo modelo assistencial, houve uma utilização abusiva de intervenções e tecnologias no processo de parturição, resultando no aumento da morbidade materna e perinatal.

A seguir, serão descritos os movimentos que surgiram no final do século XX, que buscavam resgatar o parto como um processo fisiológico e defendiam a utilização racional das tecnologias existentes.

1.5 Atenção baseada em evidências científicas

O modelo médico de assistência ao parto, tutelado pela igreja, concebia o sofrimento da mulher no parto como um desígnio divino, resultante do pecado original, sendo dificultado e mesmo ilegalizado qualquer apoio que aliviasse as dores do parto. Então, no início do século XX, a obstetrícia médica reivindica seu papel de resgatadora das mulheres, com uma preocupação humanitária em resolver o problema das dores na parturição, cabendo ao obstetra antecipar e combater os muitos perigos do "desfiladeiro transpelviano". Dessa forma, a obstetrícia cirúrgica, com sua visão masculina, reivindica sua superioridade sobre o ofício feminino de partejar (Diniz, 2005).

A assistência ao parto foi se hospitalizando, se sofisticando e se instrumentalizando. Sob a ótica do profissional médico, impõem-se normas e rotinas biomédicas, retirando o caráter de processo fisiológico do evento. Em nome de se conseguir um "bebê perfeito" como

resultado final do processo, justificam-se os meios intervencionistas adotados desde meados do século XX, aumentando, acelerando, regulando, monitorando o processo fisiológico do parto. O uso desenfreado dessas tecnologias na assistência ao parto, no final do século passado, trouxe como consequência um aumento da morbimortalidade materna e perinatal, e a desincorporação de intervenções danosas se tornou problemática. Surgem, assim, no final do século XX, movimentos em todo o mundo, que tentam reverter esse quadro, oferecendo uma assistência à saúde baseada na evidência empírica da segurança e da efetividade dos procedimentos, em todas as especialidades médicas. Esse movimento é batizado com nomes diferentes nos diversos países e, no Brasil, é chamado de "Humanização do parto" (Diniz, 2001, 2005).

Na Europa, em 1979, um comitê regional propôs estudar as intervenções para a redução da morbidade e mortalidade perinatal, e constatou que, apesar dos incrementos econômicos efetuados, não houve melhoria nos resultados da assistência. A partir desse comitê, grupos de profissionais se organizaram para sistematizar e reunir os estudos na área, classificando os resultados quanto à efetividade e segurança. Essa iniciativa foi batizada de "Iniciativa Cochrane" e a base de dados armazenados foi chamada de "Biblioteca Cochrane", em homenagem ao epidemiologista inglês Archie Cochrane, grande entusiasta desse movimento.

Os resultados desses dados foram mundialmente divulgados e ficaram conhecidos também como "Atenção Baseada em Evidências Científicas". Essa iniciativa apontava para uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais" (Enkin et al., 2005).

A divulgação desses resultados aponta para a proposta de um novo paradigma na assistência, que se propagou mundialmente, apoiado pela Organização Mundial da Saúde que, em 1996, divulgou novas diretrizes nesta área, propondo que o objetivo da assistência era obter uma mãe e uma criança saudáveis com o mínimo possível de intervenção, que fosse compatível com a segurança. Esta abordagem implica que, no parto normal, deveria haver uma razão válida para interferir sobre o processo natural.

Baseado nos estudos da Biblioteca Cochrane, a OMS divulgou documentos, conhecidos como "Recomendações da OMS", classificando os procedimentos de rotina na assistência ao parto, em 4 categorias:

- *A- Condutas claramente úteis e que deveriam se encorajadas;*
- *B- Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas;*
- *C- Condutas sem evidência suficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas comprovem o assunto;*
- *D- Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.*

Dentro das "Recomendações da OMS", temos quatro documentos: o primeiro, "Tecnologias apropriadas para o parto", também conhecido como "Carta de Fortaleza", elaborado após a Conferência Internacional ocorrida naquela cidade, em 1985, foi publicado no periódico Lancet, com reações indignadas por parte de entidades médicas (Anexo 1).

O segundo documento, "Recommendations for Appropriate Technology Following Birth", de 1986, conhecido como "Carta de Trieste", foi direcionado para a área de neonatologia e o terceiro, "Care in Normal Birth: A Practical Guide (Maternal and Newborn Health/ Safe Motherhood Unit, 1996)", com versão para o Brasil, conhecida como "Guia para a Maternidade Segura", continha o texto completo e atualizado da Iniciativa Cochrane na área. O quarto documento, "World Health Day: Safe Motherhood", de 1998, retomou os anteriores e colocou a Maternidade Segura sob a perspectiva dos direitos humanos das mulheres (Diniz, 2001).

Desde que essas recomendações foram divulgadas, ações em diversos locais têm sido encorajadas no sentido de mudar as práticas institucionais. Um outro importante passo na esfera federal foi o "Pacto Nacional para Redução da Mortalidade Materna e Neonatal", lançado em 8 de março de 2004, Dia Internacional da Mulher que, como prioridade do governo, previa uma mobilização governamental e da sociedade civil para a diminuição em 15%, até o final de 2006, dos índices de mortalidade de mulheres e bebês até 28 dias de vida (Brasil, 2004b). O pacto propunha um conjunto de diretrizes políticas que promovessem o resgate dos direitos das mulheres e dos RNs, entre elas se destacaram:

- *Assegurar o direito ao acompanhante no pré-parto, parto e pós-parto imediato;*

- *Garantir às mulheres e aos recém-nascidos assistência nos serviços de saúde;*
- *Iniciativa “Primeira Semana: Saúde Integral”, intensificando o cuidado com o recém-nascido e a puérpera, na primeira semana após o parto;*
- *Investir na qualificação das maternidades e dos hospitais que realizam o parto e serviços de urgências para atenção às mulheres e recém-nascidos;*
- *Estabelecer protocolos de atendimento e oferta de métodos anticoncepcionais;*
- *Incorporar critérios de qualidade na assistência obstétrica e neonatal nos hospitais qualificados como Amigo da Criança;*
- *Reforçar iniciativas para premiar instituições com qualidade no atendimento de gestantes e recém-nascidos de risco;*
- *Implantar e apoiar ações de vigilância do óbito materno e infantil.*

Grandes esforços, com considerável aporte econômico podem ser dispendidos no âmbito governamental para se tentar mudar o cenário atual da assistência materno-infantil, porém há que se focar também o profissional que presta essa assistência, que tem sua formação baseada no modelo biomédico de atenção, assim como na sua prática profissional.

Diniz (2001), em seu levantamento sobre as diretrizes voltadas à humanização da assistência ao parto, refere que a incorporação da evidência científica sistematizada à prática cotidiana de profissionais e dos serviços tem sido lenta, e mais problemática ainda é a sua incorporação pelo aparelho formador, que pouco tem se modificado, a partir desta mudança de paradigma. A disseminação passiva das evidências científicas não é suficiente para mudar a prática clínica, com resistência a mudanças relacionadas com as percepções e expectativas dos profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência.

Grande parte do material citado acima foi traduzido e divulgado entre os profissionais ligados à área materno-infantil, num esforço governamental para se alterar o panorama da assistência nessa área, no país.

No Brasil, nos últimos anos, as ações governamentais em direção à humanização da assistência à saúde se tornaram uma política governamental, como descreveremos na sequência.

A adoção, em 13 de maio de 1996, do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH) foi um dos primeiros passos para a promoção e proteção dos direitos humanos no país e sua revisão, em 2002, com o lançamento do PNDH II, norteou a definição dos programas sociais a serem desenvolvidos até o ano de 2007. Dentro desse projeto, na área da saúde, está a promoção da humanização e da qualidade do atendimento no SUS, fortalecimento da atenção básica da saúde, da assistência integral da saúde da mulher e a implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento. Esse programa visa assegurar a realização de pelo menos seis consultas de pré-natal e definição do serviço de saúde onde será realizado o parto, apoiar programas de incentivo ao aleitamento materno, visando a redução da morbi-mortalidade materna e de crianças de zero a cinco anos, ampliação e consolidação do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2002).

As ações por parte do Ministério da Saúde do Brasil para atingir essas metas foram iniciadas em 2000, com o lançamento do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) onde foram implantados Núcleos de Humanização em 36 hospitais e, em 2003, lançou-se a Política Nacional de Humanização (PNH). No estado de São Paulo, a humanização foi uma das prioridades das ações que envolveram usuários e profissionais de saúde (BIS, 2003).

Acompanhando esse movimento, foi lançada, em 2004 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único da Saúde, o HumanizaSUS. A humanização é vista agora não como um programa, mas sim como uma política que atravessa as diferentes ações e instâncias gestoras no SUS, e implica em:

- *Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;*
- *Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e de sujeitos;*

- *Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;*
- *Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.*

No âmbito das instituições hospitalares públicas, cada vez mais tem-se falado sobre humanização da assistência, sendo que esse termo vem associado à valorização dos usuários e dos profissionais nos aspectos sócio-culturais e emocionais para a promoção da qualidade do atendimento e condições adequadas de trabalho. Os valores norteadores desse processo são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos envolvidos. A responsabilidade de ação cabe a todos os níveis desde os gestores, passando pelos profissionais até os usuários que, organizados em sociedades de classe, podem influenciar nas mudanças. Com a implantação dessa política, espera-se estabelecer quatro "marcas específicas" a serem alcançadas:

- *Serão reduzidas as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco;*
- *Todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência territorial;*
- *As unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS;*
- *As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários assim como educação permanente aos trabalhadores.*

Estão descritos também os parâmetros e as diretrizes para a implementação do HumanizaSUS, nos diversos níveis de complexidade de atenção à saúde:

- *Atenção Básica;*
- *Urgência, Emergência, Assistência Pré-hospitalar e outros;*

- Atenção Especializada;
- Atenção Hospitalar.

As diretrizes dessa política governamental estão detalhadas nos boletins informativos e nos guias técnicos distribuídos pelo Ministério da Saúde, e as ações voltadas a esse tema são acompanhadas por um grupo técnico de especialistas que promovem e avaliam as iniciativas (Brasil, 2004a).

É importante salientar que “humanizar” a assistência implica muito mais que modificar a relação do trabalhador de saúde com o usuário, mudando a postura passiva da população e propiciando o papel do profissional de saúde de fornecer instrumentos para a autonomia de cada indivíduo.

A questão da humanização no ambiente hospitalar foi inicialmente discutida sob a ótica da sociologia norte-americana, onde foram apontadas práticas assistenciais no cuidado à saúde percebidas como desumanizadoras e humanizadoras. Segundo Deslandes (2006), o marco inicial do debate sobre a (des)humanização foi o simpósio americano Humanizing Health Care (Humanizando o Cuidado em Saúde), que ocorreu em São Francisco, EUA, em 1972. Esse encontro reuniu centenas de profissionais da saúde e das ciências humanas, resultando em uma publicação com o mesmo título, em 1975 (Howard e Strauss, 1975). Um dos objetivos desse encontro e da publicação foi conceituar o que seria humanização ou desumanização do cuidado em saúde e as possíveis maneiras de implementar cuidados humanizados, relacionando-os com a relação médico-paciente, formação médica, comunicação e acesso à informação no processo terapêutico, relações hierárquicas e de poder, na produção do cuidado e na tomada de decisões, assim como fatores psicológicos e subjetivos envolvidos.

No campo da sociologia médica, a socióloga Jan Howard foi uma das pioneiras em apresentar, nesse período, uma conceitualização e análise da humanização do cuidado. Howard (1975) realizou uma ampla revisão nos anos 60 e 70, de textos em jornais, livros, revistas, que foram escritos por jornalistas, pacientes e médicos. Após essa revisão, propõe um modelo identificando 11 práticas produtoras de desumanização dos cuidados e oito práticas consideradas humanizadoras, como descritas a seguir:

Práticas produtoras de desumanização dos cuidados:

1 - Pessoas como coisas (*thinging*): não reconhece o doente como pessoa e sim como cifras para facilitar o gerenciamento. O sujeito é visto como objeto de intervenção clínica, com consequente destituição do poder de decisão do doente, além do não reconhecimento dos seus sentimentos;

2 - Desumanização pela tecnologia: cuidado realizado predominantemente por meio de máquinas e procedimentos, interação entre doente e cuidador pode ser eventual e até mesmo dispensável;

3 - Desumanização pela experimentação (*people as guinea pigs*): formas anti-éticas de experimentação clínica nos seres humanos. A obsessão por pesquisas que podem trazer conseqüências negativas ao doente. O ponto relevante é o termo de consentimento informado, quanto maior o entendimento e a liberdade para optar, menor a chance de desumanização;

4 - Pessoa como problema: o profissional reduz o doente à sua patologia pela formação biomédica dos profissionais, considerando apenas os aspectos relativos à doença, desconsiderando as necessidades e conflitos do doente;

5 - Pessoas de menor valor (*desumanização pela degradação*): atribui status e hierarquia em um sistema social, onde determinados indivíduos e grupos são vistos como "não-pessoas" ou de menor valor. Questões raciais/étnicas, de gênero e eugênicas e, principalmente, a estigmatização de pacientes psiquiátricos são lembradas;

6 - Pessoas isoladas: reclusão, solidão e não-reciprocidade dos doentes com seus cuidadores, paciente tratado como um ser externo, sem vínculos, isolado de relações cotidianas, como, em doentes mentais e pacientes geriátricos, cujas internações são longas e sem prognósticos. O profissional, nesses locais, também pode se sentir isolado pela falta de retorno nos relacionamentos com os doentes;

7 - Pessoas como recipientes de cuidados sub-padronizados: dar a uma pessoa ou grupo um cuidado inferior, de menor qualidade disponível, seja pela indiferença, discriminação ou negligência;

8 - Pessoas sem escolha: modelos assistenciais onde nem os pacientes e nem os profissionais possuem autonomia dos seus atos, seja pela burocracia, hierarquia ou normas estabelecidas;

9 - Pessoas interagindo com icebergs: a neutralidade e objetividade biomédica que teriam a função de proporcionar um melhor discernimento para a tomada de decisões podem causar relações frias e distanciadas;

10 - Pessoas em ambientes estáticos e estéreis: importância de se encontrar um equilíbrio entre a necessidade funcional do trabalho médico e um ambiente que se aproximasse o mais possível do mundo real;

11 - Responsabilidade moral dos profissionais na preservação da vida: debate moral sobre a preservação da vida a todo custo. Casos polêmicos como eutanásia, aborto e o desligamento de equipamentos de suporte da vida estão incluídos nesse item.

Nesse modelo proposto por Howard, temos um panorama detalhado das práticas desumanizadoras nas instituições de saúde. Na segunda parte do texto, a autora tenta criar uma conceituação para a humanização sob a premissa básica que os seres humanos são produtores de necessidades fisiológicas e psicológicas e os cuidados devem se preocupar em provê-las.

Condições necessárias e suficientes para a humanização dos cuidados

Estas condições estão agrupadas em dimensões ideológicas, de estrutura da interação paciente/cuidador e psicológicas.

Dimensão ideológica:

1 - Intrínseco valor da vida humana: igualdade, equidade e a saúde como direito do ser humano e não privilégio;

2 – Não substituíbilidade de cada ser humano: reconhece as singularidades de cada um, evitando assim o tratamento padronizado e impessoal;

3 - Pessoas consideradas na sua integralidade (holistic selves): aspectos relevantes de cada um, visão integral do doente;

Estrutura da interação paciente/cuidador: reconhecimento do paciente como consumidor, sujeito e portador de direito à autonomia, informação e arbítrio.

4 - Liberdade de ação: dos profissionais em relação aos custos e exigências administrativas e do doente pela própria doença, falta de conhecimentos e regras institucionais;

5 - Status de igualdade: reciprocidade e empatia e acesso às informações;

6 - Compartilhamento da tomada de decisões: consequência direta do fato de considerar o outro como um igual;

Dimensão psicológica:

7 - Empatia: identificação do profissional com o doente, até um certo limite e à partir daí, a criação de barreiras protetivas;

8 - Afeto: envolvimento emocional, vínculos positivos entre doentes e seus cuidadores.

Nesse modelo, proposto na década de 70, nos Estados Unidos, temos uma importante contribuição para a reflexão das dimensões da (des)humanização nos cuidados de saúde. Apesar de terem decorridos mais de 30 anos do estudo, as práticas tanto humanizadoras como desumanizadoras nos processos de cuidados à saúde estão presentes e atuais. Por fim, serão exploradas as percepções dos usuários da saúde, em especial as experiências das mulheres no processo de parturição e a assistência recebida naquele momento.

Devolver à mulher, a usuária do serviço de saúde, a sua autonomia representa um dos maiores desafios atuais na assistência materno-infantil no país. Conforme as recomendações da OMS (1996), o desenvolvimento do plano individual, feito pela mulher já durante a gestação, é um primeiro passo. A perspectiva de estar informada, poder refletir e escolher o local, o profissional e a equipe que vai acompanhá-la, além dos procedimentos a que será submetida poderá resultar em um processo de parturição com maiores chances de satisfação. Todavia, esse cenário se encontra muito aquém da nossa realidade, onde a

mulher busca nos serviços públicos o mínimo, que é o de poder ser prontamente atendida com dignidade.

Em estudo realizado por Lambert (2001), no CO do HU-USP, onde se investigou a atuação da enfermeira obstétrica no acompanhamento do trabalho de parto, verificou-se que há um desejo por parte das usuárias, de um bom atendimento desde a recepção, passando por toda internação até a alta hospitalar.

Hotimsky et al. (2002), em estudo em um hospital público de ensino, na cidade de São Paulo, com grupos focais de gestantes, relataram que mulheres manifestaram suas percepções e expectativas em relação à assistência ao parto e tipos de parto, havendo uma clara preferência pelo parto normal, uma associação do parto fórcepe com riscos à saúde da criança e a questão da cesariana aparece relacionada a uma experiência anterior de impossibilidade de parto normal ou por problemas de saúde e não pelo medo da dor do parto.

A assistência ao parto foi um tema que surgiu nesses grupos, refletindo a angústia das mulheres pela dificuldade de acesso a um atendimento, temor da "peregrinação" hospitalar que poderia gerar a inoportunidade de assistência, levando às complicações do quadro pela falta do atendimento, conforme descrito estudo de Tanaka (1995). Outro tema que surgiu foi o temor das gestantes em relação às condutas dos profissionais, houve queixas de desrespeito por parte dos profissionais em um momento em que a mulher está vulnerável e o uso do silêncio como estratégia das mulheres para evitar confrontos diretos com a autoridade médica.

O relacionamento entre médico/paciente inexistente, pela atitude hierárquica assumida pelo profissional, que não estabelece um diálogo com a mulher, desconsiderando o saber e a autonomia que a mulher possui do seu próprio corpo. O que transpareceu em todas as narrativas foi que não se teme apenas a dor, mas o modo como serão assistidas na dor, durante o trabalho de parto (Hotimsky, 2002).

No estudo etnográfico realizado por Gualda (1993), com o objetivo de conhecer as crenças, os valores e o significado do parto para um grupo de mulheres moradoras de uma favela em São Paulo, observou-se que a sensação dolorosa está presente nas expressões citadas, confirmando a crença popular da vinculação da maternidade ao sofrimento, *mãe de verdade é aquela que sente dor*. No citado grupo, houve referência ao conceito de dor como um componente essencial da maternidade, apesar de representar sofrimento, é necessário

que se experiencie a dor para se tornar mãe e há um desejo expresso nesse grupo por vivenciar essa experiência.

Em outro estudo, Silva (1997) constatou que o processo de parturição foi visto pelas gestantes como um momento de sofrimento e dor, construído a partir de histórias que foram contadas por mulheres que já passaram por esta experiência. Se a experiência foi negativa, o medo da dor é reforçado. Esse sentimento é ocasionado também pela insegurança que ela julga estar exposta na hospitalização, pelo receio de não encontrar acolhida pelos profissionais que irão atendê-la, além da insegurança de não conseguir ajudar adequadamente seu filho a nascer.

Corroborando esses estudos, Saito (1999) conduziu, no HU-USP, um estudo com referencial na antropologia cultural, objetivando compreender como as mulheres que deram à luz na instituição vivenciam e descrevem a dor no processo de parturição. Os resultados dessa pesquisa mostraram que as mulheres recebem a informação de que a dor é inerente ao parto de elementos do seu convívio social e essa dor diferencia-se de outras sensações dolorosas pela forte intensidade, dificultando sua descrição e compreensão por quem nunca a sentiu, porém ela possui a peculiaridade de ser esquecida após o nascimento da criança e houve uma avaliação positiva gerada pela presença do filho.

Caron (1998) realizou estudo em dois hospitais públicos na cidade de São Paulo, descrevendo como ocorria a comunicação entre os profissionais e a paciente no processo de parturição. Os resultados demonstraram que a qualidade desse intercâmbio foi comprometida, pois os profissionais da saúde agiam obstruindo a comunicação, impedindo assim que a parturiente participasse de seu processo de parturição, tornando-o, assim, menos prazeroso. A realização de procedimentos habituais que invadiam o espaço físico, o predomínio do tecnicismo, com baixo grau de sensibilidade e percepção às reais necessidades da parturiente frustraram as expectativas das mulheres de receber uma assistência mais disponível e acolhedora.

No estudo realizado por Soares (2000), verificou-se que, com a institucionalização do processo de parturição, a mulher perde o controle da situação, ficando à mercê dos profissionais e a escassa participação dos familiares nesse processo colabora para a sensação de abandono e o medo do desconhecido. Nesse estudo, evidenciou-se que o profissional que assiste à mulher deve ter paciência, disponibilidade e atenção para a adequada interação com a paciente, minimizando essa sensação de abandono.

Diante desse cenário, considera-se a necessidade de um aprofundamento nos estudos direcionados a entender como são percebidas as ações dos profissionais de saúde pelas usuárias do serviço público, principalmente na área materno-infantil, onde o objeto da atenção é um processo fisiológico que, sob o olhar do profissional, passa a ser um processo essencialmente patológico. Partiu daí o objeto deste estudo: a investigação da percepção das mulheres no processo de parturição dentro de uma instituição de ensino, onde mudanças propostas nas práticas assistenciais pretendem favorecer uma maior satisfação das usuárias desse serviço em relação à assistência recebida. Faz-se oportuno ouvir as vozes dessas mulheres, que são as protagonistas principais dessa trama, possibilitar que expressem suas angústias, valorizando seus conhecimentos, para, a partir daí, construir modelos de assistência que resultem em melhores processos que atendam às suas necessidades e expectativas.

2 Objetivos

1. Descrever a experiência de parturientes com procedimentos assistenciais específicos, atendidas em dois eventos de parto distintos, sendo um antes e outro após a implantação de ações humanizadoras em um hospital de ensino;
2. Verificar a ocorrência de mudança na realização de procedimentos assistenciais rotineiros nesse grupo de parturientes;
3. Conhecer a percepção dessas mulheres acerca desses procedimentos.

3 Trajetória Metodológica

3.1 A articulação entre a abordagem quantitativa e qualitativa

Meu olhar em relação ao processo de nascimento foi sendo modificado gradativamente, conforme experiências diárias indicavam novos caminhos no processo de assistência ao parto. Nessa trajetória percorrida, percebi que muitos dos meus questionamentos não poderiam ser respondidos unicamente por meio de uma investigação quantitativa, devido à necessidade de se explorar qualitativamente o universo cultural em que estão inseridas as mulheres usuárias da instituição em que atuo.

Segundo Minayo (2002), a articulação entre as abordagens quantitativas e qualitativas já foi alvo de debates, em especial, na década de 90, porém o tema ainda não foi suficientemente explorado, cabendo novos olhares e incursões sobre esse assunto. Nesses debates, houve o reconhecimento da importância da interação metodológica para pesquisar o complexo objeto saúde-doença-atenção, e é justamente nas diferenças de cada tipo de pesquisa que elas se complementam: o estudo quantitativo nos mostra a extensão dos fenômenos e eventos que os sujeitos estão expostos ou como demandam atenção, enquanto, no estudo qualitativo, vislumbra-se a explicação em profundidade dos valores, crenças e hábitos sobre a saúde.

A abordagem predominantemente utilizada neste estudo é a qualitativa, cuja característica visa oferecer ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os indivíduos pensam e reagem frente às questões focalizadas e conhecer a dinâmica e a estrutura da situação do estudo, sob o ponto de vista de quem o vivencia (Merighi, 2003).

Para Benjumea (1997), a pesquisa qualitativa tem seu interesse voltado à experiência humana, com ênfase em seus processos e nos significados atribuídos pelas pessoas aos fenômenos vivenciados, permitindo a elucidação de seus modos de proceder frente a esses eventos.

Apesar de este estudo ter uma maior exploração do caráter qualitativo dos resultados, as experiências e percepções das participantes foram agrupadas e tratadas em frequências absolutas, que resultaram em um panorama complementar às narrativas. Esse agrupamento quantitativo dos dados possibilitou inicialmente uma observância tanto da ocorrência das mudanças nas práticas assistenciais da instituição como das percepções das mulheres entrevistadas. No detalhamento e análise qualitativa das narrativas, foi possível

conhecer as percepções e opiniões das mulheres sobre as mudanças ocorridas, explorando o universo cultural em relação às suas convicções sobre o processo de parturição.

Os dois momentos enfocados junto às mulheres participantes deste estudo foram: em um período anterior ao ano de 2001, quando ainda se seguiam as práticas sem a implantação das medidas em prol da humanização da assistência e, no ano da coleta dos dados, em 2006, quando já tinham sido efetivadas as novas práticas assistenciais favorecendo as diretrizes, baseadas em evidências científicas.

Trata-se, portanto, de um estudo exploratório-descritivo, de caráter quali-quantitativo.

3.2 Questões éticas

Este projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa e às Câmaras de Ensino e Pesquisa do HU-USP em 21 de janeiro de 2006, sendo aprovado em 17 de março do mesmo ano (Anexo 2). Após a sua aprovação, a coleta das entrevistas iniciou-se em 24 de abril, encerrando-se em 31 de julho de 2006.

Todas as participantes do estudo tiveram suas identidades preservadas, sendo facultada sua participação na pesquisa, não interferindo na assistência recebida na internação ou nos retornos à instituição. Portanto, a participação das informantes deste estudo foi voluntária, sendo esclarecido que poderia haver desistência em qualquer momento da sua realização, sem qualquer sanção ou prejuízo decorrente deste ato, assim como o respeito às opiniões verbalizadas. A pesquisadora colocou-se à disposição das informantes para sanar dúvidas que, eventualmente, pudessem surgir durante a realização desta pesquisa, sendo oferecida a possibilidade de contato através de telefone, e-mail ou pessoalmente na instituição.

Cada participante recebeu uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), elaborado segundo normas da Resolução 196/96 que trata sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996) e outra cópia assinada foi arquivada juntamente com a transcrição da entrevista e fita K-7 gravada.

As informações obtidas nas entrevistas foram tratadas de forma ética, sob absoluto sigilo, com a preservação do anonimato, fielmente transcritas pela pesquisadora e sem interferência de pré-julgamentos.

3.3 O cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no HU-USP, que é uma unidade da Universidade de São Paulo, localizado dentro do campus da universidade, na capital do estado. Está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS), como referência de nível secundário para as unidades básicas de saúde pertencentes à Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura do Butantã, no município de São Paulo. A região possui cerca de 450.000 habitantes, que podem usufruir dos serviços da instituição, além dessa clientela, são atendidos também discentes, docentes e servidores da Universidade, assim como seus dependentes.

A missão do hospital é o ensino e a pesquisa, oferecendo uma assistência multidisciplinar integral, de média complexidade à comunidade USP e aos moradores da região do Butantã, no Município de São Paulo. Suas atividades iniciaram-se em 1981, com o atendimento de apenas três especialidades: Pediatria, Clínica Médica e Obstetrícia. Atualmente, para o alcance de suas metas, o hospital possui 258 leitos ativos, distribuídos em quatro especialidades, a saber: médica, cirúrgica, obstetrícia e pediatria. Conta+ ainda com uma UTI adulto com 14 leitos de cuidados intensivos e 14 leitos de semi-intensiva, uma UTI pediátrica e neonatal com 16 leitos, 10 salas de Centro Cirúrgico e 4 salas de parto no CO.

A Superintendência do HU-USP é o órgão de direção executiva que coordena, supervisiona e controla todas as atividades desenvolvidas dentro do HU-USP. Diretamente ligados à Superintendência estão os Departamentos Médico e de Enfermagem, tendo ambos a finalidade de coordenar as atividades referentes às áreas a eles subordinadas. A estrutura organizacional do Departamento de Enfermagem, que conta com aproximadamente 700 profissionais em seu quadro de pessoal, é composta por quatro divisões, um serviço e treze seções, como demonstrado no organograma do departamento.

Neste estudo, a Divisão de Enfermagem Materno-Infantil e, mais especificamente, a seção de Centro Obstétrico, tornou-se o cenário cultural focalizado, sendo, portanto, descrito em pormenores a seguir.

O CO está localizado no segundo pavimento do prédio, próximo à entrada das usuárias, delimitado de um lado pelo setor de Pronto Atendimento Adulto e, por outro, pelo Centro Cirúrgico, com o qual se intercomunica nas áreas de material limpo e material sujo. Dentro da instituição, o CO possui uma característica peculiar, pois engloba três áreas distintas, que são atendidas pela mesma equipe, tanto médica como de enfermagem:

- O Pronto Atendimento Obstétrico (PAO), com 3 consultórios de atendimento, 1 sala para ultrassom, 1 conforto médico e 1 quarto de observação com 2 leitos. O número médio de atendimentos/mês dessa área é de 2.100 mulheres, perfazendo uma média de 70 admissões/dia.

- O Pré-Parto (PP), composto de 4 quartos, cada um com 2 leitos e 1 banheiro em anexo, totalizando 8 leitos de pré-parto. Esta área conta, ainda, com 1 sala de expurgo, 1 sala de medicação, 1 copa, 1 escritório, 1 sala de enfermagem e, interligando o pré-parto à área

restrita, temos os vestiários masculino e feminino. A média de internações nesta área é de 420 mulheres/mês, com uma média de 14 admissões/dia.

- A Área Restrita (AR) é constituída por 4 salas de parto, todas equipadas com mesa de parto, carro de anestesia e berço de reanimação. Além das 4 salas, há 1 sala de recuperação pós-parto, uma sala de preparo de equipamentos e o almoxarifado. Nessa área, há interligação da área física com o Centro Cirúrgico, e o material estéril é suprido pela Central de Material e Esterilização (CME), em sistema de carros, por meio de monta-cargas. O material sujo, por sua vez, é encaminhado por outro monta-carga, o sujo, para o CME que se localiza no primeiro andar.

A média de partos/mês atendidos no CO no ano de 2006 foi de 318 partos, sendo cerca de 48% de partos normais, 30% de partos cesáreas e 22% de partos fórceps. Além dos partos, são realizados outros procedimentos relacionados à gestação, como curetagem pós-abortamento, revisão de canal de parto pós-parto domiciliar, circlagem e laparotomia exploratória por prenhez ectópica, com uma média de 37 procedimentos/mês.

O CO passou por uma reforma na área física, durante o ano de 2005 e início de 2006, visando melhoria estrutural e adequações para melhor atendimento às gestantes e seus acompanhantes. Nessa reforma, não houve uma expansão na área física, porém buscou-se um melhor aproveitamento dos espaços livres e uma modernização estética do local, tornando o ambiente mais claro e agradável para a circulação e permanência.

No HU-USP, a clientela atendida na área obstétrica é composta de 10% de usuárias pertencentes à comunidade USP, alunas, docentes, servidores e seus dependentes e 90% de usuárias SUS, residentes ou não na área de abrangência do hospital, uma população predominantemente de classes menos favorecidas, que se beneficiam dos serviços oferecidos pela instituição.

O CO é campo de estágio para alunos da graduação em medicina (5º e 6º anos), graduação em enfermagem (2º, 3º e 4º anos), residência médica em obstetria e neonatologia, além de outras especialidades da área da saúde que utilizam esse campo de estágio, porém com menor frequência, como a psicologia, a fisioterapia e a farmácia.

A equipe de enfermagem do CO é composta por uma chefe de seção e 12 enfermeiras obstétricas, 29 profissionais de nível médio (9 técnicos de enfermagem e 20 auxiliares de enfermagem), 2 atendentes de enfermagem e 1 oficial para assuntos

administrativos. Esta equipe é distribuída em 4 plantões, a saber: manhã (das 7 às 13 horas), tarde (das 13 às 19 horas) e 2 noturnos (19 às 7 horas, em escala de 12x36 horas), ficando, em média, 2 enfermeiras e 5 técnicos ou auxiliares de enfermagem por plantão, para todas as três áreas da seção. Todas as enfermeiras lotadas no CO possuem capacitação legal para o atendimento ao trabalho de parto e parto, através de curso de habilitação e/ou especialização em enfermagem obstétrica, conforme a Lei do Exercício da profissão.

Por ser uma das seções do HU-USP com menores taxas de rotatividade de pessoal dentro da instituição, percebe-se que os profissionais que ali atuam conhecem e se adaptaram às normas da seção. Todavia, constata-se que maiores níveis de rejeição a processos de mudanças entre esses profissionais, habituados a suas práticas rotineiras, são passíveis de ocorrer.

As ações assistenciais da equipe de enfermagem do CO são interligadas e interdependentes às condutas médicas, desde a admissão das gestantes e parturientes, acompanhamento do trabalho de parto e parto. As decisões em relação a condutas intervencionistas, no processo de parturição, são sempre negociadas entre as duas equipes. O fato de ser um hospital-escola, com a presença marcante dos alunos de graduação da Faculdade de Medicina, na maioria dos períodos e do residente de obstetrícia em todos os períodos, há, conseqüentemente, um aumento de intervenções como indução endovenosa com ocitocina, rotura artificial de membranas, episiotomia e indicações de analgesia e altas taxas de parto fórcepe. Além da Faculdade de Medicina, outras unidades de ensino também estão presentes: CO, como a Escola de Enfermagem, utilizando-o como campo de estágio para os graduandos, em disciplinas ligadas à saúde da mulher, conforme grade curricular estabelecida.

3.4 Participantes do estudo

A amostra do estudo foi constituída de 35 mulheres que aceitaram participar da pesquisa e que estavam dentro dos critérios de inclusão estabelecidos. Esse número foi alcançado no período previsto para a coleta dos dados. A pesquisadora buscou, durante dias alternados, na unidade de Alojamento Conjunto, puérperas internadas que se enquadrassem no perfil determinado. Optou-se pela busca em dias alternados no Alojamento Conjunto, visto que o período mínimo de internação após o parto é de 48 horas.

Como critério de inclusão, estabeleceu-se: mulheres que tiveram seus filhos de parto vaginal no HU-USP, em dois momentos da instituição, anterior ao ano de 2001 e no ano de 2006.

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados de abril a julho de 2006, por meio de entrevistas estruturadas.

3.5.1 Instrumento para a coleta dos dados

Para a realização da entrevista com as participantes deste estudo, foi utilizado um instrumento denominado "Roteiro de Entrevista", que norteou essa abordagem (Anexo 4). Esse instrumento foi composto de três partes: na primeira parte, a identificação da entrevistada, data de abordagem e duração da entrevista; na segunda parte, os dados pessoais da mulher. A terceira parte consiste em um roteiro com quatro questões norteadoras, sendo a segunda pergunta composta de sete subitens com temas que foram explorados com mais profundidade, a saber: lavagem intestinal, movimentação e deambulação, oferta de alimentos e líquidos, acompanhante no pré-parto e parto, contato pele a pele com o bebê ao nascimento, episiotomia e tricotomia.

As duas primeiras partes eram preenchidas manualmente pela pesquisadora e a entrevista era gravada.

3.5.2 Operacionalização da coleta de dados

Durante o período estabelecido para a coleta de dados, a pesquisadora consultava a relação de mulheres internadas na maternidade, que tinham tido partos vaginais. Revisando os prontuários, verificava-se se essas mulheres tinham tido partos vaginais anteriores em um período superior a cinco anos. Após essa consulta, foi necessária a abordagem das mulheres nos quartos em relação à internação anterior, para a confirmação se o parto ocorrera na instituição ou não. Após esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, a entrevista era agendada em um momento oportuno para a participante, que geralmente era o período após o almoço e antes do horário de visitas (entre 11h30 e 14h00).

O local utilizado para a realização das entrevistas era uma sala reservada, no próprio Alojamento Conjunto, pela facilidade de acesso, com exceção de três entrevistas que foram realizadas no próprio apartamento em que a puérpera estava internada, por se tratar de um local privativo onde a mulher poderia se expressar sem receios. Todas as entrevistas com as puérperas ocorreram na presença dos seus respectivos bebês acomodados em um berço móvel. A duração de cada entrevista foi contada a partir do início da sua gravação em fita K-7. Posteriormente, foi realizada a transcrição fiel das narrativas.

Primeiramente a pesquisadora se apresentava e esclarecia a finalidade do estudo. Após a anuência da puérpera em participar, a pesquisadora fornecia uma cópia do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", como citado anteriormente, solicitando assinatura em uma cópia para arquivo. Ao final das entrevistas, caso as participantes manifestassem dúvidas quanto algum tema abordado, eram fornecidos esclarecimentos mais detalhados.

As puérperas foram entrevistadas, em sua grande maioria, no período entre 12 a 48 horas após o parto, e a duração das entrevistas foi em média de 20 minutos, sendo a entrevista mais curta com duração de 10 minutos e a mais longa, de 30 minutos. Ao final de cada entrevista, era perguntado à participante se ela gostaria de uma cópia da transcrição da entrevista para validação do seu conteúdo, sendo que todas as participantes dispensaram essa etapa. As participantes do estudo foram identificadas de E1 a E35, e as entrevistas na íntegra encontram-se em poder da pesquisadora, tanto as fitas K-7 como as transcrições realizadas.

Após a transcrição das entrevistas e durante a análise dos conteúdos, foi sentida a necessidade de consultas aos prontuários das participantes, tanto para a confirmação dos procedimentos realizados quanto para levantamento da história obstétrica pregressa da participante. Essas consultas ocorreram durante o mês de outubro de 2006, e alguns prontuários que não estavam disponíveis naquele período foram consultados no mês seguinte. Em quatro prontuários, não foram encontrados dados referentes a internações anteriores, devido ao desmembramento dos prontuários realizado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística, em 1997, em razão da falta de espaço físico no hospital. Muitos prontuários desmembrados foram entregues aos próprios pacientes e outros foram guardados em um galpão, onde não há possibilidade de consulta. Esse procedimento assegurou a fidedignidade dos dados.

3.6 Organização, análise e apresentação dos dados

Os dados quantitativos obtidos foram armazenados em um banco de dados em programa de Sistema Gerenciador de Base de Dados (Excel) e foram tratados por meio de frequência absoluta e índices percentuais e apresentados em tabelas. Ao todo, foram organizadas 18 tabelas para melhor visualização dos resultados e os dados relevantes, que não permitiram agrupamentos, foram mencionados em separado.

A análise qualitativa das 35 entrevistas realizadas e transcritas foi efetuada após exaustiva leitura dos seus conteúdos, compilados através da edição das narrativas, com a supressão de vícios de linguagem e de idéias repetidas, preservando as diferenças individuais de expressão.

Após releituras, foram agrupados os relatos das percepções de cada entrevistada em relação aos temas abordados, esse procedimento foi facilitado pela transcrição das entrevistas no sistema Word, onde trechos de cada narrativa foram retirados e agrupados nos temas analisados. Com o agrupamento dos temas, a pesquisadora pôde estabelecer com maior clareza as percepções e categorias emergentes de cada item, pela similaridade dos discursos. A ordem de apresentação dos temas seguiu a utilizada na abordagem do citado Roteiro da Entrevista (Anexo 4).

4 Resultados e Discussão

Os dados obtidos em relação à caracterização das mulheres entrevistadas estão ilustrados na Tabela 1, a seguir.

Tabela 1 - Caracterização das 35 entrevistadas segundo idade, grau de instrução, procedência, estado civil, ocupação e religião. HU-USP, São Paulo, 2006.

Variáveis	N	%
Idade		
18 a 25 anos	06	17,1
26 a 30 anos	17	48,6
31 a 35 anos	06	17,1
36 a 41 anos	06	17,1
Grau de instrução		
Ensino fundamental incompleto	18	51,4
Ensino fundamental completo	02	5,7
Ensino médio incompleto	05	14,3
Ensino médio completo	10	28,6
Procedência		
São Paulo	21	60,0
Bahia	05	14,2
Pernambuco	04	11,4
Paraíba	03	8,6
Minas Gerais	01	2,9
Paraná	01	2,9
Estado Civil		
União consensual	19	54,3
Casada	13	37,1
Solteira	03	8,6
Ocupação		
Do lar	14	40,0
Vendas	06	17,1
Empregada doméstica	05	14,3
Outros	10	28,6
Religião		
Católica	23	65,7
Evangélica	05	14,3
Espírita	01	2,9
Não segue	06	17,1

A idade das colaboradoras deste estudo variou de 22 a 41 anos, com um predomínio de mulheres na faixa de 26 a 30 anos (48,6%). O grau de instrução encontrado entre as participantes foi do ensino fundamental incompleto até o ensino médio completo. Um pouco mais da metade (51,4%) não concluiu o ensino fundamental e 10 (28,6%) participantes

terminaram o ensino médio. Quanto ao Estado de origem, houve um predomínio de participantes procedentes do Estado de São Paulo (60,0%). Em segundo lugar (34,2%), participantes provenientes de três Estados da Região Nordeste: Bahia, Pernambuco e Paraíba, que provavelmente vieram para o Estado de São Paulo, em decorrência da migração interna em busca de melhores condições de emprego e qualidade de vida. Somente duas (5,7%) mulheres informaram que eram naturais de outros Estados do Sudeste: Minas Gerais e Paraná.

Com relação ao estado civil, mais da metade das entrevistadas (54,3%) responderam que convivem em união consensual, 13 (37,1%) referiram ser casadas e 3 (8,6%) eram solteiras. Quanto à religião, 23 (65,7%) declararam ser católicas, 6 (17,1%) não seguiam nenhuma religião, 5 (14,3%) se diziam evangélicas e 1 (2,9%) referiu seguir a religião espírita.

No que se refere à ocupação das entrevistadas, foi encontrada uma maioria de mulheres (60,0%) que exerciam atividades remuneradas. Dessas, 6 (17,1%) trabalhavam com vendas, 5 (14,3%) prestavam serviços em residências particulares, 10 (28,6%) em empregos formais como manicure e ajudante geral e 14 (40,0%) responderam que não exerciam ocupação remunerada.

Em relação aos antecedentes obstétricos das entrevistadas, quanto à paridade, incluindo o parto atual, para 10 (28,6%) participantes, era a sua segunda experiência de parto; para 17 (48,6%) mulheres, a terceira; para 4 (11,4%), o quarto parto; para 2 (5,7%), o quinto parto e para 2 (5,7%), o sexto parto, conforme demonstrado na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 - Caracterização das 35 entrevistadas segundo antecedentes obstétricos. HU-USP, São Paulo, 2006.

Experiência de parturição	N	%
Segundo parto	10	28,6
Terceiro parto	17	48,6
Quarto parto	4	11,4
Quinto parto	2	5,7
Sexto parto	2	5,7
Total	35	100

No que diz respeito ao pré-natal nessa gestação, na população estudada, foi encontrada uma maioria de 24 (68,6%) mulheres que realizaram de 6 a 10 consultas, 2 (5,7%) realizaram mais que dez consultas, 1 (2,9%) não trouxe o cartão de pré-natal e 8 (22,6%) entrevistadas realizaram menos que seis consultas. Conforme preconizado no Programa de Humanização do Parto e Nascimento, deve ser assegurado que todas as gestantes tenham um acompanhamento no pré-natal, com no mínimo seis consultas realizadas e, como visto, essa meta ainda não foi atingida, mesmo em uma das regiões mais ricas do país (Brasil, 2002).

Quanto às percepções que as mulheres tiveram da assistência recebida no CO e da instituição, os dados relativos a cada tema foram organizados em tabelas para melhor visualização, no caso de frequências absolutas e as narrativas foram agrupadas pela similaridade e analisadas sob uma perspectiva qualitativa para melhor compreensão dos seus conteúdos. Além dos sete temas envolvidos diretamente na assistência ao parto, foram analisadas duas percepções relativas à instituição: a primeira em relação à razão da escolha do hospital e a segunda questão abordada foi quanto a uma percepção geral da assistência recebida no CO.

O conteúdo das entrevistas foi agrupado em nove itens, que foram analisados e serão apresentados conforme a sequência a seguir:

- 4.1 - A opção pelo HU-USP;
- 4.2 - Enema;
- 4.3 - Movimentação e deambulação;
- 4.4 - Acompanhante;
- 4.5 - Oferta de líquidos e alimentos;
- 4.6 - Contato imediato com seu bebê ao nascimento;
- 4.7 - Episiotomia;
- 4.8 - Tricotomia;
- 4.9 - Opinião da assistência recebida no CO do HU-USP.

Foram elaborados quadros mostrando a taxonomia dos assuntos abordados, contendo as experiências e percepções das participantes, possibilitando uma visualização global dos conteúdos encontrados em cada tema.

Taxonomia dos dados referentes à opção pelo HU-USP para o atendimento ao parto

Taxonomia dos dados referentes à realização do enema no trabalho de parto

Taxonomia dos dados referentes à movimentação/deambulação durante o trabalho de parto

Taxonomia dos dados referentes à oferta de alimentos durante o trabalho de parto

Taxonomia dos dados referentes à presença de acompanhantes durante o trabalho de parto e parto

Taxonomia dos dados referentes ao contato pele a pele da mãe com o bebê ao nascimento

Taxonomia dos dados referentes à realização de tricotomia da região genital

Taxonomia dos dados referentes à realização de episiotomia

Taxonomia dos dados referentes à opinião da assistência recebida no CO do HU-USP

4.1 A opção pelo HU-USP

Desde que o local do parto foi transferido do domicílio para o hospital, a escolha da instituição onde se dará o parto vem sendo considerada um fator de ansiedade para a gestante. Uma das razões que concorrem para esse fato é a insegurança em relação à existência de vagas nessas instituições, bem como o desconhecimento do local onde a mesma será atendida. Experiências anteriores reforçam essa apreensão, além dos fatores relacionados ao próprio processo de parturição.

Em um estudo dirigido por Tanaka (1995), na região metropolitana de São Paulo, constatou-se a "peregrinação" das gestantes por instituições de saúde para a internação para o parto e, em decorrência disso, um aumento da morbidade e mortalidade materna e infantil. Decorridos mais de 10 anos do citado estudo, após diversas mudanças de gestores e a reorganização do sistema de saúde pública, o que se busca é uma política que contemple o princípio da integralidade na assistência ao indivíduo.

Dentro desse princípio, salienta-se, ainda, a necessidade da descentralização política e administrativa dos serviços de saúde, com a adequação do sistema de referência e contra-referência (Melleiro, 2003). Nesse sentido, a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde tem, por finalidade, facultar o acesso do usuário aos diversos níveis de atenção, sendo o acesso inicial pelo nível primário. O objetivo é oferecer melhor qualidade de assistência à saúde e atender a diversidade de demandas.

Inserido como referência de nível secundário para as UBS da região oeste do município de São Paulo, o HU-USP atende às gestantes que residem na área pertencente ao Distrito de Saúde Escola do Butantã. Um maior intercâmbio entre as UBS e o hospital foi iniciado no final da década de 90, com a implantação de visitas semanais das gestantes que realizam o pré-natal nos postos de saúde da região para a familiarização do local e dos profissionais que iriam atendê-las no momento do parto. Segundo Melleiro (2003), uma das idealizadoras dessa iniciativa, a finalidade da implantação dessas visitas foi minimizar o estresse no momento da internação para o parto e iniciar o processo de acolhimento das usuárias. A autora realizou um estudo na mesma instituição, em 2003, explorando a experiência que as mulheres tiveram no contato com o sistema de saúde, por ocasião do parto e estas consideraram a experiência positiva.

Além da população de moradoras da região do Butantã, uma pequena porcentagem de mulheres atendidas na área materno-infantil do HU-USP pertencem à comunidade USP (alunas, docentes, servidoras ou dependentes) e há também o afluxo de gestantes que residem em outras regiões da cidade, que buscam o atendimento nessa especialidade, seja pela insatisfação no atendimento recebido na área em que residem, como pela divulgação da experiência de familiares ou conhecidos. No ano de 2006, segundo dados estatísticos levantados na instituição, a média de internações na área obstétrica manteve-se em 71% de residentes do Butantã, 24% residentes fora de região do Butantã e apenas 5% pertencentes à comunidade USP.

A primeira questão abordada junto às entrevistadas foi investigar a razão pela qual as mesmas optaram pelo HU-USP, na sua primeira experiência para o atendimento ao parto. Na Tabela 3, temos a distribuição das razões citadas pelas entrevistadas para a escolha da referida instituição:

Tabela 3 - Razões mencionadas pelas entrevistadas para a escolha do HU-USP para o atendimento ao parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Razão mencionada da procura	N	%
Residente próximo à instituição	18	51,4
Recomendação de familiares/vizinhos	14	40,0
Pertencente à comunidade USP	02	5,7
Encaminhamento da UBS	01	2,9
Total	35	100,0

Mais da metade das entrevistadas (51,4%) relataram que procuraram a assistência ao parto pela proximidade em que residem e 14 (40,0%) mulheres seguiram recomendações de familiares e vizinhos, que elogiaram o atendimento. Duas (5,7%) participantes pertenciam à comunidade USP e somente uma (2,9%) entrevistada informou que procurou a instituição exclusivamente pelo encaminhamento da UBS de origem.

A seguir são apresentadas as principais falas das participantes, frente às razões mencionadas para a escolha do HU-USP.

4.1.1 Residente próximo à instituição

Nesse grupo, 18 (51,4%) entrevistadas relataram que moram próximas ao hospital e pela facilidade de acesso, buscaram o atendimento médico quando necessitaram:

- Porque eu moro aqui na região e porque é mais perto também. [E7]

- Já conhecia porque eu nasci e me criei aqui no bairro. Nasci aqui no Butantã, desde que eu me conheço por gente, esse hospital é muito bom. [E21]

- Ah! Porque eu moro aqui do lado, fiz o pré-natal no posto do Butantã. [E30]

Pelo fato de residirem na área de abrangência do HU-USP, muitas mulheres relataram já terem alguma familiaridade com o fluxo de atendimento nesta instituição, seja acompanhando familiares em internações ou em visitas às pessoas internadas:

- Conhecia o hospital, meus meninos tavam sempre internados aqui, moro no Butantã. [E33]

- Que é o único que eu sabia, porque mesmo quando as crianças estão doentes, a gente já traz direto pra cá, é o mais perto. [34]

A integração entre as UBS da região com a instituição foi mencionada, indicando que a visita ao hospital realizada por gestantes que fazem o pré-natal nas UBS da região foi considerada um fator positivo.

- O postinho onde eu fazia pré-natal, tinha aquele projeto, que hoje também tem, que trazia a gente pra conhecer a maternidade, onde a gente vai ganhar neném. É, aí eu fiz a visita, essa parte da maternidade a gente não conhecia, aí a gente veio, conheceu, e eu achei muito organizado, limpo e aí eu falei, é perto de casa, tô fazendo pré-natal que encaminha aqui pro HU, então é esse mesmo. [E29]

A confiança no atendimento oferecido pelos profissionais foi outro item que está associado à proximidade da instituição, seja por experiências anteriores, seja pela opinião de familiares e vizinhos:

- Moro aqui, na São Remo, prefiro aqui porque é um hospital bom, as pessoas tratam a gente bem, desde o meu primeiro filho... [E15]

A entrevistada a seguir relatou que teve os partos anteriores na instituição, pois residia próximo e, após ter se mudado de domicílio recentemente, ainda assim optou em procurar o HU-USP no momento em que se iniciaram as contrações, apesar da distância da região onde reside atualmente.

- Morava aqui perto, agora tô morando em Caucaia, porque eu casei no ano passado e morava de aluguel, aí ele comprou casa própria. Como eu já fazia pré-natal aqui na região, vim ganhar aqui porque as minhas meninas são todas daqui do Butantã. [E17]

4.1.2 Recomendação de familiares/vizinhos

A influência de familiares e da rede social foi valorizada no momento da escolha do hospital para o atendimento ao parto, sendo apontada por 14 (40,0%) das mulheres entrevistadas. Nos depoimentos, foi percebido que o fato de alguém próximo já ter tido uma experiência positiva proporcionou segurança para a mulher confiar no atendimento dos profissionais da instituição:

- Conforme muita gente elogiou, falou que era um hospital muito bom, eu fui passando na consulta, fui vendo que era isso mesmo, aí eu preferi ter aqui. [E8]

- Bom, eu vim mesmo por referência, indicação de pessoas amigas que já tiveram bebê aqui e falaram que aqui é muito bom, a maternidade é muito bem falada. [E18]

- Eu procurei aqui o hospital porque as minhas duas cunhadas já tinham ganhado neném aqui, então já tinha experiência e, por ser o primeiro parto, a gente fica meio insegura, aí como elas falaram a respeito do hospital, aí vim aqui. [E26]

- A minha prima teve três filhos e os três filhos foram aqui, então ela que me falou e me indicou. [E32]

- É porque eu via vizinhos que falam que o hospital era bom, e aí eu vim e ganhei a Camila aqui, gostei, eu vim nessa aqui de novo. [E35]

Mesmo a opinião de familiares e amigos que tiveram experiências em outras áreas do hospital reforçaram a confiança no atendimento da instituição como um todo, como se confirma no trecho dessa entrevista:

- Bom, eu sempre gostei desse hospital, e a família também sempre gostou, a família do meu marido também, todo mundo passa aqui, inclusive o avô dele faleceu aqui, né? Mas foi muito, muito bem tratado, e eu sempre fui muito bem tratada. [E10]

4.1.3 Pertencente à comunidade USP

Constatou-se que 2 (5,7%) das entrevistadas eram dependentes de funcionários da Universidade e uma delas relatou que, apesar de morar distante do hospital, a qualidade do atendimento recebido compensou o deslocamento.

- Meu marido trabalha aqui, eu sou dependente de funcionário. [E11]

- Meu esposo trabalha aqui, é funcionário e eu sou dependente. Apesar da distância, eu preferi aqui. Fiz todos os meus pré-natais das crianças aqui, a distância de lá até aqui é grande, era muito cansativo vir quase todo dia, fazer o pré-natal, ginecologista, essas coisas, muita distância, mas compensa, eu gostei do atendimento, as enfermeiras são muito boas, eles atendem muito bem a gente. [E28]

4.1.4 Encaminhamento da UBS

Somente 1 (2,7%) entrevistada relatou que procurou o hospital devido encaminhamento fornecido pela UBS, onde realizou o pré-natal, porém a escolha ainda foi reforçada pela opinião geral da comunidade:

- Eu vim pra cá porque todos os ginecologistas encaminham pra cá, do posto de saúde. O hospital também é bem falado, da região daqui, o mais falado é este. [E19]

A confiança na instituição e nos profissionais que nela atuam foi fundamental para que a gestante se sentisse segura no momento em que busca atendimento para o parto. Neste grupo estudado, a confiança no hospital foi reforçada pela rede familiar e social. A indicação do médico que acompanhou o pré-natal também influenciou e a visita que algumas gestantes realizaram durante o pré-natal foi apontada como fator positivo, devido à familiarização prévia com a instituição. Como constatou-se no estudo realizado por Melleiro (2003), essa familiarização prévia das gestantes é importante, pois mesmo que os profissionais que a atenderam na visita não estejam no momento da internação para o parto, o fato de já terem circulado pelas dependências da instituição, traz tranquilidade para a mulher e contribui para que o processo de nascimento seja uma experiência positiva na vida das mulheres.

4.2 Enema

O enema foi um dos procedimentos incorporados como rotineiros com a medicalização da assistência ao parto, independente da existência de condições que justificassem sua utilização. Essa abordagem biomédica do parto gerou a crença junto aos profissionais de saúde que a utilização do enema poderia, principalmente, prevenir infecções tanto para a mãe como para o bebê, além de acelerar o trabalho de parto.

O uso rotineiro do enema no trabalho de parto, segundo as recomendações da OMS (1996), está classificado como categoria B, como "Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas". No guia "Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher" (Brasil, 2001), a rotina de realização do enema ou enterocлизма em mulheres no período pré-parto não traz os benefícios atribuídos a esse procedimento, que seriam a diminuição da infecção, facilidade para a descida da apresentação e aumento da contratilidade uterina. Porém, nesse mesmo manual, há a indicação de se valorizar o desejo da mulher de realizar esse procedimento, visando prevenir o constrangimento, caso ela venha a evacuar no momento do parto.

Reforçando esse ponto de vista, Enkin et al. (2005) colocam que a administração rotineira de enemas a mulheres em trabalho de parto não traz benefícios, porém há situações em que ele é considerado necessário ou é solicitado pela mulher. Em um estudo realizado no nosso meio por Lopes et al. (2001), onde se investigou os efeitos do enterocлизма na duração do trabalho de parto, contaminação do parto, necessidade de antibioticoterapia e percepção das usuárias, os resultados percebidos reforçam as evidências encontradas anteriormente, que não se justifica o uso rotineiro do enterocлизма no preparo para o parto e a análise caso-a-caso deve ser feita, respeitando-se a opinião e a vontade da mulher.

A diferença entre o enterocлизма e o enema reside no volume do líquido a ser administrado, enquanto o enterocлизма contém cerca de 500ml, a solução do enema é de 150ml, além da necessidade do aquecimento da solução no caso do enterocлизма, devido ao volume. No CO do HU-USP, desde o início de suas atividades, a questão do enema causava polêmica entre os profissionais, seja pelo volume e o momento em que era indicado o procedimento, até as implicações durante o parto, como a saída de fezes líquidas, durante a expulsão do feto. Sendo uma prática de domínio da enfermagem, sua indicação era feita apenas pelas enfermeiras do setor, após avaliação de cada caso. As divergências em relação ao tipo de solução a ser administrada foram esclarecidas em 1994, quando foram divulgados

os resultados do estudo de Saito, que comparou o efeito do enteroclisma e do enema, no esvaziamento intestinal. Nesse estudo, realizado na instituição, não houve diferenças significativas entre os dois métodos utilizados, considerando-se apenas a contaminação fecal durante o parto (Saito, 1994). Desde então, a solução de escolha utilizada no pré-parto passou a ser o enema glicerinado, conhecido comercialmente como "fleet enema", pela sua praticidade na administração e por causar menor desconforto nas mulheres durante sua administração.

Baseado na divulgação dos estudos e nas recomendações governamentais, há cerca de cinco anos a prescrição rotineira do enema no pré-parto, por parte das enfermeiras, foi abolida. Essa iniciativa foi, a princípio, fortemente contestada pela equipe médica e alguns médicos do setor passaram a prescrever o enema na internação das parturientes. Atualmente, a realização do enema no pré-parto está bastante restrito, sendo prescrito somente por parte da equipe médica, após avaliação da sua necessidade. Em um levantamento recente realizado junto ao Serviço de Farmácia do HU-USP, o fornecimento mensal que era de 45 frascos, no ano de 2004, diminuiu para 22 frascos, em 2006, para uma média de 318 partos atendidos por mês.

Explorando esse tema, foram investigadas, primeiramente, as experiências e percepções que as entrevistadas tiveram com o procedimento e, na sequência, as justificativas a favor ou contra a sua realização.

4.2.1 As experiências e percepções em relação à realização do enema antes do parto

As experiências e percepções que as entrevistadas tiveram quanto à realização do enema no período pré-parto, em internações anteriores e nessa, foram agrupadas e classificadas em quatro grupos, conforme Tabela 4:

Tabela 4 - Experiências e percepções das entrevistadas em relação ao enema no pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Experiência	Percepção			N	%
	Deve ser feito	Não deve ser feito	Indiferente		
Receberam no parto anterior e não no parto atual	13	2	2	17	48,6
Nunca foi submetida ao procedimento	6	-	10	16	45,7
Foi submetida em todos os partos	1	-	-	1	2,9
Não recebeu enema anteriormente e recebeu na atual	1	-	-	1	2,9
Total	21	2	12	35	100,0

Entre as mulheres entrevistadas, constatou-se que das 19 (54,3%) mulheres que, em alguma internação para parto, foram submetidas ao enema, 15 (42,9%) eram favoráveis à realização desse procedimento, apenas 2 (5,7%) desfavoráveis e 2 (5,7%) não se posicionaram. Quanto à opinião das mulheres em relação à necessidade de se realizar o enema antes do parto, 21 (60,0%) das entrevistadas relataram acreditar que sua realização é benéfica. Do grupo de 12 (34,3%) mulheres que se colocam indiferentes ou que não se posicionaram, 10 (28,6%) nunca foram submetidas a esse procedimento e 2 (5,7%) receberam o enema em internações anteriores e não nesse parto.

Do total de 35 (100%) entrevistadas deste estudo, apenas 2 (5,7%) relataram que foram submetidas ao enema no trabalho de parto nessa internação, evidenciando-se uma mudança institucional em relação ao uso rotineiro desse procedimento no pré-parto.

Na segunda parte desse tópico, serão exploradas com mais detalhes as opiniões das entrevistadas, justificando tanto as percepções para a realização do enema como para a sua não realização.

4.2.2 Justificativas para o procedimento

Nas entrevistas realizadas neste estudo, as mulheres foram questionadas sobre suas percepções com relação à realização do enema ou enteroclisma no pré-parto, não havendo diferenciação para as usuárias entre as duas soluções. As opiniões das participantes em relação ao enema foram agrupadas em 3 grupos, favoráveis, contra a realização do procedimento e indiferentes, conforme ilustrado na Tabela 5.

Tabela 5 - Opinião das entrevistadas quanto à realização do enema no pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Opinião das entrevistadas	N	%
Acreditam que deve ser feito	21	60,0
Não souberam opinar/Indiferente	12	34,3
Acreditam que <u>não</u> deve ser feito	2	5,7
Total	35	100,0

Apesar de um grupo majoritário de mulheres (60%) posicionarem-se favoravelmente quanto à realização do enema, 2 (5,7%) mulheres colocaram-se contra a realização do procedimento, reforçando as recomendações do Ministério da Saúde de se respeitar as particularidades de cada uma (Brasil, 2001). Observou-se que 12 (34,3%) mulheres se colocaram indiferentes à sua realização, colocando essa decisão sob responsabilidade do profissional de saúde que as atende.

Os depoimentos e as razões justificando o posicionamento das entrevistadas em relação ao enema estão relatadas a seguir:

4.2.2.1 Acreditam que deve ser feito

Para 21 (60%) mulheres deste estudo, a realização do enema no pré-parto se justifica, e as razões apontadas pelas entrevistadas foram: higiene pela contaminação de fezes no momento do parto, que pode levar infecção ao bebê, constrangimento perante a equipe no momento do parto, maior segurança para a mulher no momento dos esforços expulsivos do parto e alívio intestinal, durante o parto e no pós-parto. Conforme ilustrado na Tabela 6, temos as razões atribuídas pelas 21 mulheres que se colocaram a favor da realização do enema no pré-parto.

Tabela 6 - Razões atribuídas por 21 entrevistadas para a realização do enema no pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Razões atribuídas	N	%
Higiene/infecção	12	57,1
Evitar constrangimento	5	23,8
Segurança no parto	3	14,3
Alívio intestinal	1	4,8
Total	21	100,0

As razões atribuídas pelas mulheres foram analisadas detalhadamente e trechos das entrevistas foram citados.

Higiene/infecção

A preocupação com a higiene e o medo de contaminação no parto foi marcante nas entrevistas, porém, em um estudo realizado por Lopes et al. (2001), com um grupo de 90 parturientes em uma maternidade no Estado de São Paulo, que comparou um grupo de mulheres que foram submetidas ao procedimento e outro que não recebeu o enema no pré-parto, os resultados demonstraram que não houve diferenças significativas quanto à contaminação fecal, durante o primeiro e segundo períodos clínicos do parto, entre os dois grupos estudados. Portanto, a necessidade da realização do enema como uma forma de se evitar que ocorra a evacuação no momento do parto não possui uma fundamentação científica, porém, de acordo com os relatos, percebeu-se que é uma crença que se encontra bastante arraigada tanto entre as usuárias do serviço como na equipe médica e de enfermagem.

- Das outras crianças eu fiz, desse eu não fiz. É meio desconfortável, mas acho que para mim é normal. Tem que fazer mesmo, eu acho que é uma coisa mais limpa porque não mistura uma coisa com a outra assim... [E10]

- Eu acho que é uma boa, que a criança pode pegar alguma infecção né? É, acho que é mais por causa do bebê. Pra não pegar nenhuma infecção. [E14]

- É um procedimento muito bom, eu acho que reduz a infecção, essas coisas, eu acho ótimo. Como eu disse, é bom pra evitar alguma contaminação. Sou a favor. [E21]

Nas situações em que a mulher se encontra de jejum, o enema foi considerado desnecessário para a sua função, que é o esvaziamento intestinal, porém o procedimento foi lembrado como necessário, caso a mulher não estivesse em jejum, pelos riscos de contaminação das fezes, no momento do parto.

- Do Gabriel eu fiz. Dessa vez, não, porque eu tava de jejum desde às 11 horas da noite do outro dia e, como eu tava sentindo dor de manhã, evitei de tomar café. Aí eu cheguei aqui e falei pra enfermeira que eu tava de jejum desde 10:30, 11 horas da noite, aí eu não fiz. Eu acho que é necessário fazer a lavagem, porque senão na mesa do parto, vai fazer, né? Faz cocô na hora, imagina, pode até pegar infecção na neném, mesmo na gente. Eu acho que precisa sim, é desagradável, pode contaminar o bebê, pela sujeira, porque é fezes, contamina... [E20]

A regularidade intestinal foi apontada como fator para a não realização do enema, e também foi lembrada a particularidade de cada organismo. Foi mencionada também que a opção da realização do enema deve ser da mulher, respeitando-se as escolhas de cada uma.

- Das minhas duas filhas, eu fiz a lavagem intestinal e já dessa eu não precisei fazer porque me perguntaram se o intestino era regular, eu falei que era, e também não me trouxe problema nenhum. Eu acho que tem algumas mulheres que o intestino já não é mais regular e corre o risco de contaminar o neném na hora que ele tá nascendo e, no meu caso, eu não tomei lavagem e não fiz cocô nem nada, porque ele tava bem regulado. Pra mim não tem problema, se tivesse de fazer de novo eu faria, mas deve ter mulheres que prefiram não fazer também, pra mim o que fosse melhor pro neném... [E6]

Somente 1 (2,9%) entrevistada relatou ter sido submetida à lavagem intestinal no parto anterior e neste também, e sua percepção em relação ao procedimento foi positiva, relatou que o enema pode prevenir uma contaminação no momento do parto. A indicação de se fazer o enema nessa internação partiu da equipe médica, sendo que a entrevistada concordou em realizar o procedimento.

- É um procedimento muito bom. Eu acho que reduz a infecção, essas coisas. Eu acho ótimo. Como eu disse é bom pra evitar alguma contaminação, alguma coisa assim. Sou a favor de ser feita. Eles falaram que ia fazer e eu concordei em fazer. [E21]

O fato do enema não ter sido realizado nessa internação gerou descontentamento para algumas participantes, que relataram ter evacuado no momento do parto e que, por isso,

preferiam ter feito a lavagem. Além da higiene, a realização do enema foi apontada como um fator de segurança para a mulher fazer força no período expulsivo.

- Fiz no meu primeiro parto. Eu acho desagradável, mas ajuda né? Que nem da Mirela não tive a lavagem e já saiu junto na hora do parto, dele também, então acho que fica meio desagradável. Não gostei que não fizeram, preferia que tivessem feito, sim. Eu achei, que era melhor ter feito, apesar de ser ruim, mas é melhor, fica uma coisa assim mais higiênica, né? [E2]

- Eu acho que é importante por causa da contaminação, você tá eliminando alguma bactéria suja do cocô, e na hora que eu tive ela, ele mandou fazer uma primeira força pra mostrar que eu sabia fazer a força, então veio só fezes, aí teve que limpar pra fazer outra força pra neném sair. Acho importante fazer a lavagem, queria que fosse feito, porque na hora você não sabe se tá fazendo a força de vir o neném, pode vir as duas coisas junto, às vezes mesmo você fazendo a lavagem, ainda fica restos. Deveria ser feito porque é melhor. Dá mais segurança porque você faz força e sabe que não vai ser as fezes e sim o neném. [E23]

Uma das entrevistadas relatou que nunca tinha sido submetida ao enema e, na consulta ao prontuário, constatou-se que esse procedimento havia sido realizado. Apontou que deve ser realizado o enema para evitar a evacuação no momento do parto, no caso de a mulher não estar de jejum.

- Não fiz não, desse e do outro, que eu já tinha feito em casa. Se tiver comido, acho que é melhor fazer, que dá vontade de ir ao banheiro, né? E não dói nada. É, eu acho que se tiver comido, tem que fazer, porque daí fica com o intestino limpo. Pode fazer cocô na hora do parto, pode sair na hora que a gente faz muita força. [E13]

Evitar constrangimento

O constrangimento perante o profissional de saúde que atende o parto foi referido como razão para que se realize o enema por 7 (20%) entrevistadas.

- É bom porque na hora vai facilitar bastante pros médicos, eu acho meio chatinho isso, né? [E16]

- Eu fiquei preocupada que eu não tinha ido ao banheiro e perguntei para a enfermeira se podia ir, que é a mesma sensação quando você vai ganhar o bebê de quando vai ao banheiro, ela falou tudo bem, eu falei que ótimo, que eu já tava assim

meio preocupada de fazer cocô na hora do parto. É bem desagradável você começar a pensar que pode evacuar na hora do parto, deve ser uma situação desagradável pra todo mundo. [E26]

O fato de não ter sido submetida ao enema gerou descontentamento e insegurança no momento do parto para esta entrevistada, que relatou ter ficado com medo de evacuar no período expulsivo. Essa preocupação foi acentuada pelo fato de ter ouvido que, no parto de uma outra parturiente, havia ocorrido essa situação.

- No primeiro, eu fiz. Pra mim, não me senti constrangida da primeira vez, acho que foi até melhor, mais higiênico. Desse eu já fiquei com medo, porque eu não fiz e fiquei até com vergonha. Na hora, de repente, fazer porque tinha escutado a moça ganhando e fazendo cocô, eu falei, já pensou? Ai, não fiz lavagem e nem nada. Mas eu acho que deveria ser feito sim. [E1]

Sob esse aspecto, a experiência desse parto foi percebida negativamente para a entrevistada, pois não recebeu o enema e se sentiu constrangida, quando evacuou no momento do parto. A participante relatou que preferia ter feito o enema antes do parto, mas lembra que é uma escolha pessoal de cada mulher que deve ser respeitada.

- Eu acho melhor fazer antes, que é um pouco constrangedor a gente fazer lá na hora do parto, que a gente tá fazendo força, tem que parar pra limpar, igual foi no caso desse parto, aconteceu na hora que eu tava fazendo força saiu um pouco, eles tiveram que parar pra limpar pra poder continuar. Aí acho que fica à escolha da paciente, no meu caso, se puder escolher, eu prefiro fazer, eu me sinto melhor, mais à vontade, mas se tem gente que não gosta... [E29]

Nesse depoimento, a participante já chegou à instituição em período expulsivo e apresentando evacuação, o que para ela foi constrangedor. Relatou que, no seu parto anterior, não teve essa experiência, pois recebeu o enema antes do parto, o que evitou a ocorrência de evacuação no período expulsivo.

- Eu acho importante, que nem, eu cheguei evacuando, então se tivesse feito antes acho que teria sido melhor, eu fiquei constrangida, com vergonha. No parto anterior, da Isabela, não tive, que eu fiz a lavagem. Eu não sei se é necessária, mas que, no meu caso, como eu fiquei constrangida, eu acho que eu preferia sim. É melhor fazer, que daí eu ficava pedindo desculpas, porque dá vergonha, é chato, Eu acho que, no meu caso, seria bom ter feito. [E32]

Apesar de não ter recebido o enema e não ter evacuado no parto, ainda assim essa entrevistada apontou ser necessária sua realização, para evitar o constrangimento da evacuação no parto diante dos profissionais, e a indicação para a sua realização foi atribuída à equipe de saúde.

- Da outra vez, eu fiz e dessa não. Eu acho necessária sim, embora não precisei dessa vez, mas eu acho que é necessária. É constrangedor né? Você, de repente, na hora do parto, porque é normal, tem que fazer muita força e evacuar na hora. Eu acho que é constrangedor pra gente, pros médicos, acho que eles devem estar acostumados, mas pra gente... eu não me inportaria de ter feito, mas não falaram nada, não me pediram. [E3]

Essa participante relatou que, apesar de nunca ter sido submetida ao enema, mesmo assim, acredita nos seus benefícios para o momento do parto. Mencionou, ainda, que a realização do procedimento pode acarretar incômodo para a mulher, porém é necessária.

- Não fiz nunca. Eu acho que deve fazer, né? No caso que é necessário, mas ainda bem que eu não passei por isso. Das outras duas, não precisou. É horrível mas deve ser feito, porque acho que é um incômodo grande pra gente, sem contar a vergonha que dá, mais por vergonha na hora do parto. [E5]

Segurança no esforço expulsivo

Para 3 (8,6%) entrevistadas, a realização do enema antes do parto foi decisiva para que se sentissem mais seguras para fazer força no momento do parto.

- Você vai mais segura até, é bem desagradável você começar a pensar que você pode evacuar na hora do parto, deve ser uma situação desagradável pra todo mundo. É desconfortável a lavagem, mas se você pensar no meu caso eu até preferia, fica mais tranquila, mais segura de fazer força no parto. [E26]

A necessidade da realização do enema esteve diretamente associada aqui à alimentação antes da internação. Se a mulher tiver se alimentado, há necessidade do procedimento pelo risco de evacuação no momento do parto.

- Até onde eu sei, quando fala que vem com a barriga muito cheia, comeu, e aí tem que fazer pra não ter problema no parto, de fazer cocô. É, acho que incomoda, você tá

ali tendo as dor e vai ter o neném e ao mesmo tempo, acaba evacuando ali, eu acho que é até bom fazer. [E8]

Alívio intestinal

Apenas 1 (2,9%) entrevistada relatou que nunca tinha feito o enema em outros partos e que, nessa internação, solicitou o procedimento, pois estava com constipação intestinal e foi necessário realizar duas vezes o enema pelo ressecamento das fezes. A colaboradora relatou que o procedimento foi benéfico no seu caso, tanto para o parto quanto no pós-parto, pois se sentiu mais aliviada da flatulência.

- Eu acho que tem. Meu intestino é muito difícil, eu fiz duas lavagens mas não adiantou, é preso, eu tenho problema de intestino. Fico mais aliviada, acho que atrapalha as dores, você não sabe qual dos dois tá doendo. Que nem hoje, nesses três dias que eu tô aqui, até os gases que não estavam saindo, estão saindo. Faz o intestino mexer mais, nossa! alivia bastante! [E30]

A seguir, foram detalhadas as opiniões do grupo de mulheres que se colocaram indiferentes ou não souberam opinar quanto à realização do enema.

4.2.2.2 Não souberam opinar/indiferentes

Das 12 (34,3%) entrevistadas que não souberam opinar ou eram indiferentes quanto à necessidade da realização do enema, 10 (28,6%) nunca foram submetidas ao procedimento nos partos anteriores, relataram que, pelo fato de nunca terem tido essa experiência, não tinham uma opinião formada sobre o assunto.

Apesar de já terem ouvido falar sobre o enema, as entrevistadas relataram que não sabiam como o procedimento era realizado e quais eram as suas indicações.

- Já ouvi mas não sei nem como se faz isso, que eu não sei como funciona... [E4]

- Não porque da minha primeira filha eu já fui chegando e nascendo. E agora essa aqui ela perguntou se eu tinha feito cocô no mesmo dia e eu falei que tinha e aí não sei se foi por isso que não fez. Já ouvi falar , mas não sei como que é. Não faço a menor idéia como que é. [E9]

-Quando vim pra ganhar essa menina, me deu vontade de fazer cocô na hora, mas fui sozinha, não fiz lavagem. Já ouvi falar da lavagem, mas nunca fiz não, eu vejo falar assim que tem que fazer a lavagem pra não fazer cocô na hora do parto. Olha isso aí nem sei te responder, se precisa ser feito, nunca fiz... [E35]

Somente 1 (2,9%) das entrevistadas desse subgrupo relatou não saber a finalidade do enema, associando a lavagem intestinal a um procedimento preparatório para o parto cesárea. A mesma questiona o porquê de nunca ter sido submetida ao enema, sendo que já conversou com outras mulheres que tiveram parto normal e que foram submetidas ao enema. Mencionou também que, por nunca ter sido submetida ao enema, não teve a experiência para dar a sua opinião.

- Nunca fiz, não precisou. Eles dão a lavagem, eu acho, que é pra cesárea, mas as pessoas já tomaram sendo parto normal, só eu que não, no meu caso não sei por que. Acho que não precisou mesmo. Como eu nunca fiz, eu não sei se é melhor fazendo e não fazendo. Como um pessoal diz que é melhor fazendo e outros dizem que não gosta, então só vendo, só fazendo pra saber. [E17]

Averiguou-se que 2 (5,7%) entrevistadas tiveram a experiência do enema, porém colocaram-se indiferentes quanto à necessidade da sua realização, colocando a decisão da indicação do enema ao profissional de saúde.

- É, porque, das outras vezes, eles fizeram e dessa acho que não precisou. Acho que é pra não fazer cocô... Pra mim, assim, tanto faz. [E15]

Por fim, as opiniões das mulheres que acreditam que o enema não deve ser realizado rotineiramente no pré-parto.

4.2.2.3 Acreditam que não deve ser feito

Apenas 2 (5,7%) entrevistadas colocaram-se contra a realização do enema no pré-parto. Uma entrevistada relatou o constrangimento e desconforto que sofreu ao ser submetida ao procedimento no outro parto e percebeu como um fator positivo a abolição do seu uso rotineiro na instituição.

- Ainda bem que aqui aderiram a não fazer mais, pelo menos é o que eu fiquei sabendo. É horrível, é constrangedor, muito desconfortável, não gostei. Eu não sei qual a necessidade de fazer o enema, acho que é, pra na hora que a gente vai ter o

bebê, não fazer cocô, acho que é isso, não sei. Eu acho que deve ser abolido, pelo constrangimento da lavagem. [E18]

Nesse segundo relato, a entrevistada apontou a realização do enema como desnecessária e que não proporciona os benefícios alegados no momento do parto, e se sentiu tranqüila por não ter sido obrigada a ser submetida ao procedimento.

- Eu acho que é melhor sem a lavagem, porque na hora que você tá com vontade de fazer cocô, acho que é a hora da neném estar nascendo. Eu acho que não precisaria ser feito. Pra mim tá bom não ter feito, acho que não ajuda a lavagem. [E24]

Para 60% das mulheres entrevistadas, o enema foi apontado como um procedimento necessário no pré-parto e as razões citadas estavam relacionadas com a possibilidade de evacuação no momento do parto e, conseqüentemente, com o risco de infecção, constrangimento com o profissional de saúde, medo do esforço expulsivo e alívio intestinal. Apesar de as evidências indicarem que a realização do enema não é eficaz para a prevenção de infecções no momento do parto, os demais fatores apontados pelas mulheres devem ser considerados, principalmente a questão do constrangimento perante a equipe, no caso de evacuarem no parto. Esta última questão é reforçada pela maneira indelicada como os elementos da equipe se comportam em situações onde a mulher evacua no momento do parto, causando o constrangimento nas usuárias.

Somente 2 (5,7%) mulheres relataram que o procedimento não é necessário e que poderia ser abolido, o que demonstrou o receio que as mulheres têm em exigir seus direitos de escolha na condutas. Da população entrevistada, 12 (34,3%) mulheres não tinham opinião formada quanto à necessidade e justificativa para a realização do enema, e colocaram nas mãos dos profissionais essa decisão. Em muitos casos, percebeu-se uma insegurança na mulher para decidir sobre seu tratamento. A falta de maiores esclarecimentos faz com que a população confie plenamente nas decisões dos profissionais de saúde, renunciando aos seus direitos como usuários dos serviços de saúde. Aliado a essa falta de orientações em todo o processo assistencial, está a questão histórica do papel esperado dos usuários dos serviços de saúde, que é o de mero receptor das ações, não lhe cabendo nenhuma autonomia para decidir sobre condutas a serem tomadas para o seu tratamento.

Uma transformação nesse panorama só se dará a partir de uma conscientização dos direitos dos usuários, mudança no comportamento dos profissionais e amplo esclarecimento à população sobre os processos fisiológicos da parturição.

4.3 Movimentação / Deambulação

Com a medicalização da assistência ao parto, desde meados do século XX, criou-se nos hospitais um ritual para o acompanhamento das parturientes por meio de aparelhos cada vez mais sofisticados, resultando então na necessidade de se restringir essas mulheres ao leito, a fim de acompanhar cada variação dos batimentos cardíaco-fetais durante o trabalho de parto. Como consequência dessa tecnologia, a restrição na movimentação das parturientes no pré-parto se tornou uma prática inserida no universo cultural dos profissionais que atendem ao parto, gerando inseguranças quanto à adequada evolução do trabalho de parto e bem-estar do feto, caso esse não esteja sendo constantemente monitorado.

No HU-USP, a prática de monitorização contínua das mulheres no trabalho de parto atingiu o seu ponto máximo no início dos anos 90, com a aquisição de modernos monitores fetais e o modelo assistencial pautado em protocolos assistenciais. Atualmente, no entanto, uma maior flexibilização na monitorização das parturientes vem sendo incorporada gradativamente pela equipe, em decorrência de estudos que apontam para os benefícios da movimentação no trabalho de parto, além da experiência prática de alguns elementos da equipe que atuam em outras instituições onde a prática da movimentação trouxe resultados positivos.

Segundo Enkin et al. (2005), estudos controlados mostram que mulheres que foram incentivadas a ficar em pé, caminhar ou sentar tiveram, em média, trabalhos de partos mais curtos que mulheres que permaneceram deitadas. Os resultados também sugerem que mulheres que permaneceram deitadas durante o trabalho de parto tiveram a atividade uterina prejudicada pela redução do fluxo sanguíneo e placentário, prolongando o trabalho de parto e causando um aumento no uso de ocitócicos para estimular as contrações.

A autonomia da mulher na escolha da posição e movimentação durante o trabalho de parto é recomendada no guia de atenção humanizada ao parto do Ministério da Saúde (Brasil, 2001) e, no geral, o que se percebe é que há uma alternância espontânea nas posições escolhidas pelas mulheres.

Incentivando essas práticas baseadas nas evidências, além da flexibilização dos profissionais em relação à movimentação das parturientes, no CO do HU-USP, foi afixado em todos os pré-partos, após a reforma, um quadro elaborado pela JICA que, através de figuras

ilustrativas, demonstra as posições que favorecem o alívio da dor no trabalho de parto e orientações quanto à massagem de conforto na região lombar.

Com a deambulação, uma das possibilidades para o alívio da dor no trabalho de parto é o banho de ducha com água morna. É oferecido às mulheres no pré-parto, pois proporciona uma sensação de relaxamento físico e mental, o que, no caso das parturientes, traz efeitos benéficos para a evolução do trabalho de parto. Poucos estudos científicos comprovaram a eficácia do banho em relação ao alívio da dor no trabalho de parto, porém, ele é utilizado de forma rotineira nas instituições.

Sobre esse tema, Ochiai (2000) conduziu um estudo na instituição, onde se investigou a relação do banho de aspersão com o alívio à dor do trabalho de parto, 79% das parturientes de uma amostra experimental de 20 mulheres relataram que o banho trouxe relaxamento e conforto físico, naquele momento. Além da melhora da sensação de dor, as mulheres também perceberam que houve um aumento das contrações e aceleração do trabalho de parto. Com a divulgação dos resultados dessa pesquisa, consensuou-se entre o grupo de enfermeiras do CO do HU-USP que a indicação do banho durante o trabalho de parto era uma estratégia a ser utilizada de forma sistemática para o alívio da dor no trabalho de parto, antes de se iniciarem as intervenções farmacológicas. Pelos resultados levantados na atual pesquisa, percebe-se que essa prática está incorporada na referida instituição, pois mesmo as mulheres que preferiram ficar deitadas, foram estimuladas a irem ao banho.

Corroborando o estudo de Ochiai (2000) Silva (2004) realizou uma pesquisa em um Centro de Parto Normal, de uma maternidade filantrópica na região sul da capital paulista, investigando a influência do banho de imersão na dor e duração do primeiro período clínico do trabalho de parto. Trata-se de um ensaio clínico experimental, controlado e randomizado, onde as mulheres do grupo experimental atribuíram valores menores nos índices para a dor do trabalho de parto com o banho de imersão, não havendo diferenças estatísticas em relação à duração do trabalho de parto, comparando-se com o grupo controle. Dessa forma, o banho de imersão mostra-se como uma estratégia eficaz, como método não farmacológico para alívio da dor.

Pensando em proporcionar um maior conforto e melhores condições para o banho das parturientes, durante a última reforma do CO do HU-USP, que ocorreu durante os anos de 2005 e 2006, foram instaladas barras de apoio e cadeira de banho em todos os banheiros.

Foi cogitada também a possibilidade de instalação de banheiras de imersão, porém essa alternativa se mostrou inviável pelo espaço físico e estrutura hidráulica insuficientes na seção.

Nesta pesquisa, em relação à movimentação durante o trabalho de parto, foram encontradas duas percepções entre as mulheres: 20 (57,1%) entrevistadas referiram que a movimentação e deambulação são benéficas durante o trabalho de parto e 15 (42,9%) relataram que preferiam ficar deitadas. Além das percepções das participantes, foram agrupadas, na Tabela 7, as experiências que elas tiveram tanto nesse parto como no anterior, em relação à deambulação.

Tabela 7 - Percepções e experiências das entrevistadas em relação à movimentação no trabalho de parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Percepção	Experiência nesse parto		Experiência parto anterior		N	%
	deamb.	não deamb.	deamb.	não deamb.		
Acha que deve se movimentar	17	3	1	19	20	57,1
Acha que não deve se movimentar	-	15	1	14	15	42,9
Total	17	18	2	33	35	100,0

Na tabela acima, além das percepções das mulheres sobre a movimentação, foram levantadas as experiências sobre esse assunto que elas tiveram nesse parto e no anterior. Das 20 (57,1%) mulheres que acreditam que a movimentação é benéfica, 17 (48,6%) relatam ter se movimentado nessa internação, apenas 2 (5,7%) não deambularam por terem chegado em período expulsivo e 1 (2,9%) somente foi até o banheiro para o banho de relaxamento. Ainda desse grupo, na experiência que elas tiveram na internação anterior para o parto, somente 1 (2,9%) mulher relatou ter tido a liberdade para se movimentar, 1 (2,9%) foi ao banho e 18 (51,4%) entrevistadas permaneceram no leito durante o trabalho de parto.

No grupo de 15 (42,9%) mulheres que relataram preferir ficar deitadas durante o trabalho de parto, nessa internação, nenhuma referiu ter se levantado para andar, 7 (20%) mulheres desse grupo levantaram somente para o banho e o restante preferiu permanecer deitada, o que demonstra que a equipe respeita a escolha das mulheres, em relação à melhor posição no pré-parto. Já em relação à experiência anterior, desse grupo, 1 (2,9%)

entrevistada lembra que, no parto anterior, se movimentou apesar de preferir ficar deitada, 1 (2,9%) se levantou apenas para o banho e as demais permaneceram deitadas.

Comparando-se as experiências do parto anterior com esse, percebeu-se claramente uma mudança na postura dos profissionais em relação à movimentação das parturientes. Atualmente, não somente é dada liberdade para que a mulher se movimente como desejar, como também é incentivado que ela o faça, visando maior efetividade das contrações e melhor evolução do trabalho de parto. A autonomia das parturientes para a movimentação no pré-parto também foi respeitada, pois aquelas que não sentiram vontade de andar puderam permanecer no leito.

A seguir encontram-se analisadas as narrativas das participantes, em relação às suas percepções sobre a movimentação, durante o trabalho de parto, sendo que as opiniões foram agrupadas em aspectos positivos e negativos dessa prática.

4.3.1 Aspectos positivos percebidos pelas entrevistadas em relação à movimentação

Das 20 (57,1%) mulheres que declararam acreditar nos benefícios que a deambulação e movimentação podem trazer durante o trabalho de parto, os aspectos positivos apontados foram: melhora da dor, ter opção para o banho de ducha, adianta o parto e profissionais da equipe de saúde mostram-se mais flexíveis quanto à movimentação.

A movimentação melhora a dor

O fato de poderem deambular foi referido pelas mulheres como importante para suportar as dores do trabalho de parto. Citaram que a movimentação e deambulação foram preferíveis a permanecer deitada no leito.

- Fiquei me movimentando bastante, porque parece que alivia a dor. Melhor andar, prefiro que ficar deitada, parece que a dor aumenta, não sei. Pra mim melhora se andar. Eu fiquei andando em volta da beirada da cama, perto do banheiro, já melhora, parece que alivia um pouco a dor. [E20]

A movimentação foi percebida de forma positiva, uma vez que retira o foco de atenção da mulher na dor, o que foi percebido como importante para suportar alguns momentos do trabalho de parto.

- *É, facilita bastante na hora do parto, eu acho que facilita bastante que a gente vai movimentando, e vai distraindo a dor. Eu acho que é bom andar, bem importante.* [E5]

Para 1 (2,9%) entrevistada, apesar de ter tido um trabalho de parto muito rápido e não ter se movimentado, ainda assim apontou para os benefícios da deambulação.

- *Não senti vontade de andar, fiquei quietinha. Eu acho que deveria andar, no meu caso eu não andei porque desse parto foi muito rápido, fui ali, tomei a medicação deitei e logo depois comecei a sentir contração.* [E26]

Ter a opção para o banho de ducha

A possibilidade de poder ir ao banho foi lembrada como uma intervenção que, além de promover uma melhora da sensação de dor, trouxe como benefício a aceleração do trabalho de parto.

- *O banho também alivia bastante, nossa! Desta vez, eu ganhei rapidinho que eu tomei banho e fiquei mais calma, aquela água quente na barriga, aí, graças a Deus, foi tudo rapidinho, por causa do banho demorado.* [E5]

Outro aspecto positivo citado foi o fato de o banho ter oferecido uma atividade, que minimizou a impaciência da mulher naquele momento. Como relatado, o trabalho de parto foi longo e a possibilidade de livre movimentação foi percebida como benéfica.

- *Eu acho que, às vezes, a gente tá tão impaciente, que até tomar um banho, levantar da cama um pouco, melhor que ficar só na cama sentindo a dor. Eu andei, tomei banho, sentei, levantei, lanchei, que eu cheguei de madrugada e fui ganhar cinco hora da tarde.*(9)

O incentivo, por parte da equipe de saúde, para o banho foi percebido como uma experiência positiva e também foi ressaltada a importância do tratamento amigável dado pelos profissionais.

- *Eu acho que ajuda até a nascer mais rápido, melhor que ficar deitada, eu prefiro ficar andando. O primeiro meu eu só quis ficar no chuveiro, parece que melhora. Eu não sei se é impressão, parece que com a gente deitada é pior, né? O pessoal falava pra ficar jogando água na barriga, que nasce mais rápido, eu, naquela loucura de ver nascer logo, tanto que falaram assim: Mãe chega, sai debaixo desse chuveiro, deita*

aqui. Eu falei: Ah! Deixa eu ficar mais um pouco, que passa a dor. Não, agora chega, você não é pato! o pessoal ainda brincou. [E31]

A reforma do CO foi percebida positivamente, pela adequação do banheiro com a instalação de barras de apoio e cadeira, que deram melhores condições para que as mulheres pudessem relaxar durante o banho.

- Levantei na hora de tomar uma ducha, pra dar uma relaxada, mas agüentei poucos minutos, que começou a vir forte as contrações. No caso de ficar andando não sei, dói bastante, mas pra tomar aquele ducha quente nas costas onde dói bastante, na barriga, relaxa bastante, tem a cadeirinha que a gente pode estar sentando...não tinha... eu fiquei um pouco e aí já começou a doer, e pedi pra parar que tava sentindo dor e vontade de fazer cocô. [E29]

A movimentação adianta o parto

Foi citado pelas mulheres que o fato de andar é preferível a ficar deitada, pois acreditam que há o aceleração do parto e uma melhora da dor.

- Eu acho melhor que ficar deitada, tem que se exercitar um pouquinho. Eu acho que melhora a dor, se a mulher fica deitada, acho que piora a dor. Acho que andar adianta o parto sim. [E14]

A rápida progressão da dilatação do colo uterino foi atribuída à movimentação nesse relato, mas em relação à dor não houve percepção de melhora. O incentivo da equipe para a deambulação foi percebido como importante para a evolução do trabalho de parto.

- Eu tava com 1 dedo de dilatação, quando cheguei e uma enfermeira me aconselhou a ficar andando, eu andei do meio dia a 1h30 e consegui ficar com 4 dedos de dilatação. Acho interessante isso. No parto anterior, minha bolsa rompeu em casa 9h30 e 10h30, ele nasceu aqui, e não deu pra andar, foi muito rápido. Adianta o parto andar, que você consegue obter a dilatação, mas a dor não melhora, quando você tá andando e vem a contração, você pára, respira pra poder continuar. [E23]

Feita a comparação da experiência entre o parto anterior e o atual, houve a constatação que a deambulação foi decisiva nessa internação, para a progressão do parto, assim como o banho de ducha.

- Agora eu pude andar no corredor, ficar menos tempo com o aparelho de monitor na barriga, tomando banho, que foi uma dica que da outra vez não tinha. Além de tomar banho, movimentar é melhor que ficar deitada. Vou falar da minha parte, andar me ajudou porque fiquei um tempão estacionada com 4 cms de dilatação, quando o médico deixou andar uns 40 min., fui pra 6-7 dedos, até o médico percebeu que andar ajudou. Depois a médica falou, você vai tomar banho, vai ficar sentada pra esse neném baixar mais, eu fui que tem uma cadeirinha lá, fiquei sentada debaixo do chuveiro, eu fui pra 8 cms de dilatação, mas ainda tava grosso, ela examinou, deixou eu voltar a sentar, fui pra oito fino, o colo afinou rapidamente, então coisa que não podia fazer antes, eu teria que ficar só deitada e o monitor sufoca muito, o tempo todo, vai deixando nervosa, tensa. [E6]

A prática da movimentação foi utilizada pelas mulheres no domicílio, antes de se internar no hospital, como uma forma de chegar à instituição em uma fase mais avançada do trabalho de parto.

- Quando começa as contrações, eu fico em casa esperando, fico me movimentando. Eu acho que o movimentar ajuda sim, porque, aí na hora que vem aqui, já tá mais adiantado. Eu acho que se mexer em casa ajuda no trabalho de parto sim. Gravidez não é doença, se você ficar parada, é pior tanto pra mãe quanto pro bebê na hora que nasce. [E25]

Equipe mais flexível quanto à movimentação

A possibilidade de poderem movimentar-se foi percebida como uma mudança positiva, pois, nos partos anteriores, havia a prática da monitorização contínua dos batimentos cardíaco-fetais. Foi apontado que essa prática gerava incômodo e tensão às mulheres pela necessidade de permanecerem imóveis, durante o trabalho de parto para o registro do monitor.

- Do meu outro filho, eu andei poucas vezes, deu tempo pra fazer o exame do coraçãozinho. Então, toda vez que dava vontade de andar, elas falavam que não pode por causa do aparelho, não deixavam, fiquei mais deitada. Dessa cheguei nascendo, foi diferente. Da outra vez, cheguei 2 horas da manhã e ele foi nascer no dia seguinte 11h35 da manhã. Fiquei deitada, ligaram soro, queria ter andado, quando vinha as contrações, vinha a vontade, mas não podia por causa dos aparelhos. Acho que tem que deixar as mulheres andarem, na hora das contrações é melhor andar, segurar em alguma coisa. Ficar deitada é pior, fica presa naquele

aparelho, incomoda bastante! Aquilo vai ficando duro e o aparelho aperta aquelas faixas. Melhor é poder andar, ir ao banheiro, se mexer à vontade. [E24]

Na comparação entre a experiência do trabalho de parto anterior e nesse nascimento, a possibilidade de movimentação foi vista como mais benéfica que o modelo anterior. O incentivo para o banho de ducha foi percebido como um recurso que ajudou no momento em que a mulher estava exaurida com o processo do trabalho de parto.

- Na época do Mateus, eu não levantava da cama pra nada, colocaram um monte de aparelho em mim, pra ouvir o coração do neném, não podia nem me virar direito, foi horrível! Eu fiquei praticamente aquelas 12 horas ali, parada. Nesse a enfermeira perguntava pra mim como eu preferia ficar: em pé, se eu queria sentar, ficar deitada, que eu ficasse do jeito que fosse melhor pra mim. Eu ficava mais deitada, na hora que vinha as contrações mesmo, você não agüenta andar muito. Aí eu falei pra ela que tava sentindo muita dor, ela recomendou que eu tomasse um banho, foi aí que ele desembestou a querer nascer, foi rapidinho. Falei, se soubesse, tinha tomado banho antes. [E2]

A preocupação quanto ao risco do bebê nascer durante a deambulação foi citada pelas mulheres, porém houve a percepção que a deambulação ajuda na progressão do trabalho de parto. A dificuldade de encontrar uma posição que trouxesse alívio à dor também foi relatada.

- No dela, logo comecei a sentir as contrações e comecei a andar, logo ela já tava nascendo, então é um risco muito grande você ir ao banheiro, de ficar andando e acabar nascendo. Na hora que tava com dor, fiquei deitada, não senti vontade de andar. Aí na hora da dor, você não sabe o que quer fazer, se quer andar, se quer movimentar pra ver a melhor posição pra dor. [E19]

Novamente, a inquietação e a busca por uma posição mais confortável durante o trabalho de parto levou as mulheres a se movimentarem. Essa movimentação foi percebida positivamente, pois proporcionou uma melhora da dor e foi decisiva para a evolução do trabalho de parto.

- Eu cheguei a levantar porque eu tava com muita incomodação de ficar deitada, aí levantei e fiquei andando um pouquinho pra lá e pra cá, e falei de repente é até melhor. Depois disso eu deitei, aí foi quando já comecei a fazer força pra ter o neném. senti um pouco melhor andando. [E8]

4.3.2 Aspectos negativos percebidos pelas entrevistadas em relação à movimentação

Observou-se que 15 (42,9%) mulheres relataram que preferiam ficar deitadas durante o trabalho de parto e as razões apontadas foram: preferência em ficar deitada, risco de o bebê nascer durante a movimentação e dificuldade para fazer força, na posição vertical.

Preferência pela posição deitada

Apesar de um grupo de mulheres considerarem a posição deitada desconfortável e preferirem movimentar-se como relatado anteriormente, algumas entrevistadas preferem permanecer deitadas durante as contrações do trabalho de parto.

- Eu sempre vou para a cama, que já tá pertinho de nascer quando eu vou pro hospital. E antes de ir pro hospital, fico deitada, eu não gosto de andar, acho que incomoda mais, eu prefiro ficar deitada.[E13]

A necessidade de movimentação ou deambulação esteve associada às diferenças de cada organismo, com respostas diferentes para cada caso. A deambulação foi vista como uma estratégia adicional para se acelerar o trabalho de parto, nos casos em que não ocorre a progressão esperada.

- Depende de cada organismo, de cada pessoa, como a outra moça que tinha chegado na noite anterior e até aquela hora que eu tava lá, não tinha dor, tava no soro e não tinha nem dilatação nem nada. A bolsa já tinha estourado fazia tempo e ela tava andando pra ver se ajudava, né? No meu caso, não precisava, porque foi rápido. [E21]

Risco do nascimento durante a movimentação

O medo de o bebê nascer durante a deambulação também foi citado como um fator determinante para que permanecessem deitadas e, mesmo se houvesse a orientação de um profissional, a mulher ainda assim se recusou a caminhar.

- No outro, eu fiquei deitada o tempo todo, com aparelho na sala de pré-parto e desse também. Do primeiro, eu me lembro que cheguei no hospital era meio-dia e ganhei 8 da noite, então fiquei bastante tempo no pré-parto, e desse não, foi mais rápido. Olha, se dissessem pra mim na hora, você pode andar, eu não ia andar, porque ia ficar com medo de andar e sei lá, de repente nascer. Eu não iria andar, eu teria medo. [E3]

O fato de permanecer deitada não causou incômodo para essa entrevistada que, mesmo para ir ao banheiro, solicitou a presença de alguém da equipe de enfermagem, pois se sentiu insegura para ir sozinha e ter o risco de o bebê nascer.

- Acho melhor ficar deitada, né? De repente, cai o bebê, tem risco do neném nascer. Eu fico deitada, não incomoda, só quando dá vontade de ir ao banheiro, eu peço às enfermeiras pra me levar, porque eu fico com medo de repente de nascer e eu sozinha.[E35]

A afirmação de um elemento da equipe de saúde reforçou o temor de o bebê nascer, quando a mulher se levanta durante o trabalho de parto, mesmo que este risco seja remoto.

- Eu fiquei deitada o tempo todo, inclusive eles não deixam a gente nem ir no banheiro. Eles falam que o máximo que a gente agüentar ficar deitada é melhor pra não ter alguma coisa, ou o neném nascer e cair no chão. Eles não gostam muito que a gente vá no banheiro. Acho que, como eu disse é meio desconfortável por medo de assim poder ganhar no meio do chão. Como o médico disse, é difícil ganhar assim, mas nunca se sabe. Acho perigoso, da mulher ficar andando, com certeza! [E10]

Posição vertical dificulta para fazer força

O fato de estar em posição vertical (em pé ou sentada) foi citado como dificultador no momento de fazer força por ocasião das contrações.

- Não senti vontade de andar, senti bem em ficar deitada, bem melhor que no banho, né? Na cama, tem como você pôr força. Você, sentada na cadeira, não tem como fazer nada, tinha que ficar sentada, não podia ficar em pé no banho. Aí eu achava que ficava mais difícil pra fazer força, preferia ficar deitada.[E16]

A posição horizontal foi vista como a mais segura para a mulher poder fazer força, sem risco de o bebê cair no chão. Foi percebido também que as contrações persistem em qualquer posição que a mulher esteja, a preferência pela posição deitada foi preferida pela segurança que ela sente, caso o bebê venha a nascer.

- Olha, eu não sei, quando a gente tá em pé, vem contração, é pior também, a gente tá sentado, vem do mesmo jeito, então eu prefiria deitada logo, porque quando vinha a dor mesmo, é melhor a gente tá deitada que em pé, é perigoso, e se o neném estiver nascendo e a gente em pé? Prefiro deitada, quando vinha contração, você punha

força, deitada mesmo, você tá ali, tá com segurança. Em pé, como que você bota força? [E28]

Foi constatada uma mudança em relação à postura dos profissionais que atendem às mulheres no pré-parto, que passam a perceber a movimentação como uma estratégia benéfica para a evolução do trabalho de parto. Em experiências de parto anteriores na mesma instituição, as mulheres raramente se movimentavam durante o trabalho de parto, mesmo aquelas que sentiam a necessidade de andar eram impedidas de fazê-lo. Outro ponto importante levantado foi em relação à autonomia das mulheres que não sentiram necessidade de se movimentar e foram respeitadas em relação às suas preferências. Em um caso foi relatado que a equipe incentivou a permanência na posição deitada, mostrando que ainda persiste, em alguns elementos da equipe, a prática do modelo de assistência intervencionista.

Como pode-se constatar, as mulheres constroem, a partir de suas experiências, saberes que vão embasar as crenças e formas de reagir às situações específicas. Várias estratégias podem ser sugeridas para as mulheres no pré-parto para o alívio da dor do trabalho de parto, porém o principal a ser lembrado sempre é o respeito à individualidade e a autonomia para escolhas, premissas básicas quando se busca uma assistência humanizada.

4.4 Oferta de alimentos

A oferta de líquidos e alimentos às parturientes teve início no CO do HU-USP, em 2003, apoiado pelas chefias médica e de enfermagem da referida seção. Antes dessa iniciativa, a regra geral era o jejum para todas as mulheres que estivessem em trabalho de parto e as raras exceções eram aquelas mulheres com quadros de inibição de trabalho de parto prematuro ou observações por abortamento e hiperemese gravídica. Essa norma era apoiada em um modelo tecnocrático de assistência, onde o processo de parto era visto como um evento "fisiologicamente patológico" que, a qualquer momento, podia necessitar de uma intervenção cirúrgica.

A restrição alimentar não representa um problema para muitas mulheres, pois a maioria delas não tem vontade de comer, durante a fase ativa do trabalho de parto (Enkin et al., 2005). Para aquelas que estão na fase inicial e desejam comer, o jejum obrigatório pode causar uma progressão insatisfatória no trabalho de parto, recaindo na cascata de intervenções que culminam em uma cesariana (Diniz, 2001). Durante o trabalho de parto, o dispêndio de energia é o equivalente ao exercício físico moderado contínuo e, no caso do trabalho de parto prolongado associado ao jejum, há o aumento progressivo de cetonas urinárias (Enkin et al., 2005). Essa preocupação excessiva dos profissionais deve-se ao risco de aspiração do conteúdo gástrico, caso a parturiente venha a regurgitar durante um procedimento anestésico, porém, segundo estudos levantados por esses autores, o risco de aspiração está diretamente associado ao uso de anestesia geral no parto, que atualmente é muito baixo, além dos cuidados do profissional que administra a anestesia.

No caso de gestantes, o jejum não atinge o objetivo desejado de um estômago vazio, pois haverá sempre um resíduo mínimo de 100 ml no volume gástrico, independente do período da última refeição. Ao que tudo indica, a ingestão de alimentos pobres em resíduos e de líquidos de sabor agradável a intervalos freqüentes é preferível ao jejum.

Baseado em estudos que evidenciam os efeitos negativos da restrição alimentar durante o trabalho de parto, a equipe de obstetras e enfermeiras do CO do HU-USP propuseram a oferta de alimentos leves e líquidos para as parturientes, iniciativa essa que gerou conflitos junto à equipe de anestesistas naquela ocasião, relutantes em aceitar essa mudança. Além disso, havia a questão operacional do fornecimento dos alimentos, acondicionamento na unidade e estabelecimento de critérios para a oferta.

Nesse sentido, a colaboração do Serviço de Nutrição e Dietética do hospital foi essencial para que essa iniciativa tivesse sucesso. No início, houve a necessidade de ajustes tanto em relação à quantidade de alimentos quanto ao tipo fornecido. Dentro das possibilidades da instituição, a alimentação fornecida rotineiramente às parturientes segue os critérios estabelecidos pelas equipes. A normatização final a que se chegou foi que mulheres, em fase latente ou no início do trabalho de parto, receberiam uma dieta considerada geral branda, de fácil digestão, após avaliação do seu quadro. Para aquelas em fase ativa do trabalho de parto, a oferta seria de uma dieta líquida composta basicamente de sopa e gelatina e/ou uma barra de chocolate pelo seu valor energético e pela facilidade na digestão. Em todos os períodos, ainda há a possibilidade de se oferecer à parturiente chá com bolachas ou chocolate em barra. Atualmente, essa prática vem sendo mantida e não se percebeu nenhuma intercorrência anestésica associada a essa oferta de alimentos, desde o seu início.

Em relação a esse assunto, as mulheres entrevistadas relataram suas experiências com a oferta e ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto nessa internação e, num segundo momento, colocaram suas percepções quanto à necessidade ou não dessa alimentação naquele momento. Por se tratar de uma mudança recente na rotina do setor, todas as entrevistadas não tiveram acesso a alimentos ou líquidos durante o trabalho de parto na internação anterior. Na Tabela 8 a seguir, foram verificadas as experiências que as participantes tiveram quanto à oferta de alimentos no trabalho de parto durante esta internação.

Tabela 8 - Experiências das participantes quanto à oferta de alimentação durante o trabalho de parto nessa internação. HU-USP, São Paulo, 2006.

Oferta	N	%
Oferecido	17	48,6
Não oferecido	18	51,4
Total	35	100,0

Como constatado na Tabela 8, a alimentação foi oferecida para metade da população da amostra e, para a outra metade das mulheres, não foi ofertado.

A seguir, na próxima tabela, foram detalhadas as razões pelas quais parte das entrevistadas não se alimentou no pré-parto (Tabela 9).

Tabela 9 - Razões atribuídas pelas 24 entrevistadas que não receberam alimentação durante o trabalho de parto nessa internação. HU-USP, São Paulo, 2006.

Experiência	N	%
Oferecido e recusou	6	25
Não oferecido	18	75
Expulsivo	7	
Noturno	6	
Sem razão	5	
Total	24	100

Das mulheres que não receberam alimentação no pré-parto nessa internação, para 6 (25,0%) mulheres, a oferta de alimentos foi feita e recusada, 7 (20,0%) participantes chegaram à instituição em período expulsivo, 6 (17,1%) tiveram seu trabalho de parto durante o período noturno, quando não há possibilidade de uma maior oferta de alimentos e para 5 (14,3%) das entrevistadas, não foi encontrado, nos prontuários, registro de justificativas para o jejum durante esse período.

Considerando apenas as razões pelas quais esses dois últimos grupos de mulheres não tiveram a oportunidade de se alimentar; primeiramente, em relação ao período noturno, uma proposta para melhorar esse inconveniente seria um local apropriado (refrigerador) para o acondicionamento dos alimentos e líquidos, e que pudessem ser oferecidos às parturientes em qualquer momento, durante o período noturno, após o aquecimento em forno microondas, existente no CO. Em relação ao grupo de 5 (14,3%) mulheres que permaneceram em jejum durante esta internação, sem justificativa plausível, percebe-se a necessidade de um reforço constante junto às equipes médica e de enfermagem para maior efetivação das práticas humanizadoras na assistência, sob o risco de se retroceder nesse processo.

Na Tabela 10, foram demonstradas as experiências e as percepções que as participantes tiveram em relação à alimentação durante o período do trabalho de parto. Foram colocadas, na mesma tabela, as informações sobre a experiência e a opinião das

mulheres, para possibilitar uma melhor visualização dos dados e verificar se a experiência de ter recebido alimentação influenciou na opinião das entrevistadas.

Tabela 10 - Experiências e percepções das entrevistadas quanto à alimentação durante o trabalho de parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Experiência nesse parto			Opinião sobre a alimentação			
Alimentação	N	%	à favor alimentos	só líquidos	não é necessário	não sabe opinar
Não recebeu	24	68,6	2	10	8	4
Recebeu	11	31,4	8	-	1	2
Total	35	100,0	10	10	9	6

Das participantes desse estudo, 24 (68,6%) das entrevistadas não receberam nenhum tipo de alimentação no trabalho de parto nessa internação e, desse grupo, somente 2 (5,7%) mulheres opinaram a favor de se oferecer alimentos. Para 10 (28,6%) entrevistadas, a necessidade apontada durante o trabalho de parto foi de se oferecer somente líquidos, 8 (22,6%) mulheres desse grupo relataram que não é necessária a oferta de alimentação no pré-parto e 4 (11,4%) não souberam dar a sua opinião sobre o assunto. Do grupo de 11 (31,4%) mulheres que efetivamente receberam alimentação durante o trabalho de parto; 8 (22,9%) apontaram que a alimentação é necessária naquele momento, somente 1 (2,9%) se colocou contra a oferta de alimentos e 2 (5,7%) não se posicionaram sobre o tema.

Algumas considerações sobre esses dados podem ser aventadas: considerando que a experiência de se alimentar durante o trabalho de parto é uma prática recente no nosso meio, há uma insegurança nas mulheres que isso possa trazer alguma complicação ao parto. A incorporação das justificativas dadas pelos profissionais à necessidade de jejum, em experiências anteriores; também pode ser um dos fatores para que as mulheres recusem a alimentação oferecida. Além disso, as características individuais das mulheres também devem ser respeitadas, pois pessoas reagem diferentemente para cada situação, nervosismo ou dor podem trazer inapetência ou desencadear acessos de fome.

A seguir, encontram-se detalhadas as percepções das participantes sobre esses dois pontos, primeiramente, em relação às experiências de terem recebido ou não alimentação no pré-parto e, na sequência, foram analisados os conteúdos dos relatos sobre esse assunto.

4.4.1 Da experiência nesse parto

As experiências das participantes quanto à oferta e aceitação de alimentos durante o trabalho de parto foram examinadas com maior detalhe, e as razões estão apresentadas na seqüência.

4.4.1.1 Não recebeu alimentação durante o trabalho de parto

As razões apontadas pelas mulheres que não se alimentaram durante o trabalho de parto nessa internação foram: recusa da mulher em aceitar a alimentação oferecida, chegada ao hospital em período expulsivo ou no horário noturno e equipe não ofereceu. A seguir, as narrativas corroborando essas experiências.

Recusa da oferta de alimentos

Um grupo de 6 (17,1%) mulheres recusaram a alimentação oferecida e as principais razões apontadas foram o temor de passar mal e vomitar, a dor das contrações que impede a ingestão alimentar ou por terem se alimentado anteriormente em casa.

O fato de ter tido uma experiência anterior em que se sentiu enjoada e vomitou durante as contrações faz com que a mulher se recuse a aceitar alimentos por medo de acontecer novamente.

- Eles perguntaram se eu queria chá com bolachas, mas eu não aceitei, porque, das outras duas filhas, na hora das contrações, eu acabei vomitando e tava com o estômago vazio. [E21]

- Ofereceram sopa, mas não quis, eu mesmo fiquei com medo de passar mal, de sentir vômito na hora, porque quando sinto dores, eu fico com vontade de vomitar, aí então eu não quis. [E23]

A dor também foi apontada como uma razão para que as mulheres se recusassem a aceitar qualquer alimentação oferecida.

- Me trouxeram um chá com umas bolachas, mas eu não agüentei comer nada, tava com muita dor, então não agüentei comer. [E2]

O fato de ter se alimentado antes da internação no hospital, também, foi relatado como uma razão da falta de fome durante o trabalho de parto. Quanto à sede, ela esteve presente, porém a mulher teme ter alguma intercorrência, caso venha a ingerir líquidos.

- Senti fome, depois que vim pra cima, lá na hora não, eu tinha almoçado e do horário que entrei até a hora de subir, não tava com fome. Eu tava sentindo sede e, ao mesmo tempo, dá uma dor e não conseguia mais sentir sede, eu até comentei com o meu marido, falei assim, eu tô com muita sede, será que posso beber água? Ele falou assim: fica quietinha, é melhor não mexer no que tá quieto. [E29]

Não foi oferecido alimento ou água

A falta de explicação sobre a necessidade do jejum foi relatada por 5 (14,3%) entrevistadas, a equipe não oferece a alimentação e também não explica a razão da proibição da ingestão de alimentos e de líquidos, principalmente a água. A sensação intensa de sede aparece em vários relatos. Além do jejum, a proibição à mulher de molhar o cabelo no banho foi enfatizada pela equipe, pois, no caso de uma eventual indicação de parto cesárea, a necessidade da utilização do bisturi elétrico pode causar algum tipo de queimadura no couro cabeludo pela corrente elétrica.

O fato de elementos da equipe reforçarem essa proibição de ingerir líquidos foi resultante de experiências anteriores desses profissionais, onde parturientes acabavam bebendo água do chuveiro escondido, devido à sede intensa que sentiam.

- Não recebi nenhum alimento nem água, nada. A enfermeira falou pra mim que não era nem pra mim beber água, pode ir na ducha, mas não bebe água nem molha o cabelo, nem pra bochechar. [E20]

- Elas me falaram que eu não podia estar tomando água, nem molhando o cabelo, não sei por quê. Fiquei em jejum, eu tava com fome, uma baita duma fome! [E26]

Apesar de as chefias médicas e de enfermagem incentivarem a oferta de líquidos no trabalho de parto, mesmo após o nascimento, não foi oferecida nem água às mulheres e ainda persistiu na equipe a prática de somente molhar os lábios das mulheres com um algodão ou gaze embebida em água.

- Não foi oferecido. Depois que nasceu, das duas eu senti sede, aí, no parto das duas, só molharam minha boca, acho que com algodão, não lembro, eu falei que tava com a boca ressecando, aí molharam a minha boca. [E4]

Chegou em período expulsivo

Constatou-se que 7 (20%) entrevistadas chegaram ao hospital e, em menos de duas horas, já tinham dado à luz a seus bebês. A alimentação não foi um fator de preocupação naquele momento, somente a sede, que foi apontada como um desconforto que não foi atendido, mesmo quando solicitado pela mulher.

- Sede, vontade de tomar água, da outra vez, só molharam um pouco a boca, desse também. Pedi água e não podia, depois que eu tive, foi que ela veio só com um pouquinho, mas quando fui abrir a boca, ela disse: não, só pode molhar um pouco a boca. [E15]

Não recebi. Não deu fome, deu mais é sede. Eu pedi água, mas eles não deram não. Na hora tava nascendo, desse foi muito rápido. [E34]

Teve o trabalho de parto no período noturno

Verificou-se que 6 (17,1%) entrevistadas chegaram ao hospital durante o período noturno e, depois das 22 horas, quando a oferta de alimentos se restringe somente ao chá com bolachas e barra de chocolate.

Dessa vez não, eu jantei antes de sair de casa, vim pra cá alimentada. Era de noite, madrugada. [E3]

4.4.1.2 Receberam alimentação no trabalho de parto

As 11 (31,4%) entrevistadas que receberam algum tipo de alimentação durante o trabalho de parto, nessa internação, apontaram aspectos positivos proporcionados por essa experiência, comparados com o parto anterior, onde o jejum era indicado para todas as mulheres.

Experiência de parto foi melhor que o parto anterior

A lembrança de ter permanecido em jejum no parto anterior é vista negativamente e a avaliação da alimentação oferecida nessa internação é ressaltada como benéfica.

- Da outra vez, eu fiquei com fome, não deram nem água! Dessa me deram sopa, aí, o chá da tarde eu já não quis mais, porque já tava doendo muito e a água eles deixaram tomar à vontade, eu tomei muita água, foi bom. [E1]

- No meu caso, tinha só tomado café na minha casa, então, quando foi à noite, pedi qualquer coisa, nem que seja água, tava morrendo de fome. Me deram um chá e bolacha e foi bom, porque eu tava morrendo de fome. Na época do meu outro filho, fiquei em jejum. [E30]

A alimentação ajudou a mulher a ter mais força no parto

A mudança referente à oferta de alimentos durante o trabalho de parto foi percebida positivamente e houve a constatação que a ingestão de alimentos, naquele momento, além de não causar nenhum transtorno durante o parto, propiciou às mulheres melhores condições físicas para fazer força no período expulsivo.

- Dessa agora já teve essa modificação, que, das outras vezes, não tinha, não davam água nem alimentação nenhuma, até ter o parto. Agora não, teve o café, teve o almoço, eles não cortaram nada. Dessa vez, foi diferente. É bom porque eu achei que ia ter uma diferença na hora do parto, mas foi tudo normal, tudo a mesma coisa. É melhor você se alimentar pra ter mais força do que você ficar enfraquecida. [E19]

A oferta de alimentos durante o trabalho de parto foi percebida como positiva, porém a dor sentida naquele momento influenciou para que a mulher não conseguisse se alimentar.

- Da outra vez, não deram, antigamente, não podia tomar nem água. É ótimo, porque a gente fica fraca, sentindo dor e ainda com fome, pior ainda. Só que, com contração, você não consegue comer nada, perde tudo, até a vontade de viver na hora, é muito ruim. [E17]

A relação direta da alimentação e melhores condições físicas da mulher no período expulsivo foi percebida pela vivência dessa entrevistada nesse parto.

- *Almocei, tomei café de manhã. Eu creio que é bom, porque a gente não fica fraca, eu mesmo ganhei ele e não senti fraqueza, porque, se a gente fica sem comer, fica fraca e acho que não dá nem pra fazer força. [E27]*

Barra de chocolate saciou a fome

Foi reconhecido o empenho da equipe em oferecer algum alimento disponível no período noturno, que, no caso, foi a barra de chocolate, que é um alimento altamente energético e de fácil digestão. Nessa experiência relatada, a barra de chocolate oferecida pela equipe ajudou a mulher a enfrentar o período noturno.

- *Dá uma fome no parto, eu vou falar sinceramente, tava com uma fome tão grande, era 4h00 da manhã, mas eu tava com uma fome tão grande que a enfermeira me deu um chocolate pra comer e um copo de água também. E daí deu uma sossegada na fome. [E10]*

A oferta de chocolate em barra também foi citada como uma alternativa, quando a mulher não conseguiu ingerir outros alimentos, além de ter tido um resultado positivo nesse caso.

- *Do primeiro mês aos nove meses, eu vomitei, cheguei aqui, vomitei, aí, ainda bem que eu não tava com fome, que elas me deram chocolate e falaram: olha você tem que comer que tá com a pressão baixa, aí me deram chocolate. Lá na sala do parto, antes da sala do parto, e eu melhorei.[E28]*

Proporcionou uma melhor condição física no pós-parto

Uma melhor condição física da mulher tanto no parto como no pós-parto foi atribuída à alimentação recebida durante o trabalho de parto. O fato de ter ficado em jejum no parto anterior foi apontado como responsável pela fraqueza vivenciada, além da necessidade de um maior aporte medicamentoso para sua recuperação física.

- *No parto dela, eu comi antes, achei uma boa, recebi o jantar. Do outro, não comi nem bebi nada, fui comer só de noite. Esse acho que foi melhor, acho que eu tive mais força. Do outro acho que foi por isso que fiquei mais fraca, tive que tomar soro, sangue. E, aqui em cima, senti diferença na hora de levantar, do outro, não tinha comido nada e desse tava alimentada. [E14]*

4.4.2 Percepção sobre a ingestão de alimentos no pré-parto

As percepções encontradas em relação à ingestão de qualquer tipo de alimento no pré-parto foram variadas:

- **Alimentos sólidos:** 10 (28,6%) entrevistadas declararam ser favoráveis à oferta de alimentos sólidos às mulheres durante o trabalho de parto. Desse grupo, somente 2 (5,7%) não receberam nenhuma alimentação naquele momento, pois uma teve seu filho, logo ao chegar ao hospital e a outra entrevistada chegou e teve o seu bebê durante o período noturno;

- **Somente líquidos:** 10 (28,6%) entrevistadas acreditam que seria benéfica a oferta apenas de líquidos no trabalho de parto, nenhuma pertencia ao grupo que recebeu efetivamente alimentos no pré-parto e as demais estavam nos seguintes grupos: 2 (5,7%) recusaram a alimentação, para 2 (5,7%), não foi oferecido, 3 (8,6%) chegaram em período expulsivo e 3 (8,6%) tiveram seu trabalho de parto, durante o período noturno;

- **Desnecessário:** 9 (25,7%) entrevistadas relataram ser desnecessária a oferta de alimentos no trabalho de parto, somente 1 (2,9%) pertencia ao grupo que recebeu alimentação no pré-parto, as demais estavam assim divididas: 4 (11,4%) recusaram a oferta de alimentos, para 1 (2,9%) não foi oferecido, 2 (5,7%) chegaram em período expulsivo e 1 (2,9%) internou no período noturno;

- **Não sabe dizer/depende do médico:** 6 (17,1%) entrevistadas referiram que não sabiam opinar sobre a necessidade da alimentação no trabalho de parto e estão assim divididas: para 2 (5,7%) não foi oferecido, 1 (2,9%) chegou em expulsivo, 1 (2,9%) chegou no período noturno e 2 (5,7%) se alimentaram no pré-parto.

Em relação às opiniões das entrevistadas para a oferta de alimentos no trabalho de parto, foram agrupadas e analisadas a seguir as razões citadas para justificar suas opiniões.

4.4.2.1 Favorável à oferta de alimentos

Averiguou-se que 10 (28,6%) entrevistadas manifestaram-se favoráveis à oferta de alimentos no pré-parto, alegando que o trabalho de parto em si já traz um sofrimento que pode ser agravado com o jejum.

- *Acho que deveria dar porque acho que além da gente estar ali no sofrimento e ainda ficar em jejum, acho que é pior. [E1]*

- *É melhor você se alimentar pra ter mais força do que você ficar enfraquecida. Então eu acho que deve continuar dando os alimentos no trabalho de parto. [E19]*

A demora do trabalho de parto foi também citada como justificativa para que a mulher recebesse uma alimentação naquele momento e a hidratação foi vista pelas entrevistadas como fundamental nesse período, por causa da transpiração excessiva, que ocorre no processo.

- *Às vezes, acho que tem que dar porque se você demora a ganhar, dá fome, mas se for rápido, não precisa. Líquidos eu tomo quando eu começo a transpirar, me dá uma sede. Eu acho que água sim, que dá uma sede, um calor. [E35]*

Apesar de acreditar que a alimentação é benéfica durante o trabalho de parto, o temor que possa ocorrer a evacuação no momento do parto também foi lembrado, ficando a mulher dividida entre esses dois pontos: se alimentar e ter força no período expulsivo e o risco de vir a evacuar durante o parto.

- *Fica mais difícil sobre isso aí, por causa da evacuação, mas eu creio que é bom também porque a gente não fica fraca, eu mesmo ganhei ele e não senti fraqueza, né? Porque se, às vezes, a gente fica sem comer, fica fraca e acho que não dá nem pra fazer força. [E27]*

Alimentos leves foram apontados como mais adequados para serem ingeridos durante o do trabalho de parto pelo menor risco de causar algum mal-estar no momento parto.

- *Não falo que vai comer aquela comida pesada, seria uma comida mais leve pra gente, né? Assim um chá e uma bolacha, suco, eu não sei se, antes do parto, pode ocorrer alguma coisa que possa prejudicar na hora do parto se você comer, mas acho que se comer coisas pesadas, comida mesmo, seria indigesto, agora um chazinho e uma bolachinha tinha que ter. [E10]*

- *Eu acho que não uma coisa pesada que vai mexer com o intestino. Acho que um chá, um leite, uma bolacha de água e sal ou uma fruta, em vez dessas coisas uma fruta, né? E água, também, importante a água. [E32]*

No caso de um trabalho de parto com evolução mais lenta, foi apontada a importância de se oferecer alimentos leves, visando atenuar o sofrimento causado jejum prolongado, uma vez que o processo de parturição já imputa dor e sofrimento à mulher.

- Comida, comida acho que não, pelo menos um chá com bolachas, que é mais leve. É bom dar algum alimento leve, na hora do trabalho de parto, que às vezes fica bastante tempo, e aí você fica fraca, cansada, tá sentindo dor, e ainda com fome... [E9]

4.4.2.2 Favorável à oferta de líquidos

Constatou-se que 10 (28,6%) entrevistadas apontaram ser mais adequada a ingestão somente de líquidos no trabalho de parto. As razões atribuídas para essa escolha foram a facilidade do organismo em absorver os líquidos e o fato de o trabalho de parto provocar transpiração excessiva. A importância da oferta constante de água às mulheres em trabalho de parto foi apontada como ponto fundamental para o processo de parturição.

- Eu acho que não, água sim porque você tem sede, o resto não. [E3]

- Água eu não sei, acho que pode ser que não tenha muito a ver. Comida acho que não, que não precisa. [E20]

- Água eu acho que deve dar, principalmente a água, que você sente muita sede, comida não, só água mesmo. [E24]

A associação entre uma alimentação mais consistente e a possibilidade de uma evacuação no momento do parto, também, foi mencionada como um ponto negativo para que a mulher se alimentasse durante o trabalho de parto.

- Eu acho que o líquido sim, porque a gente sente muita sede, agora a alimentação já não acho bom, porque pode atrapalhar no parto, no meu caso, se eu tivesse comido o macarrão que nem a moça do meu lado quis comer, imagina o que não tinha saído na hora que eu tinha tido esse menino, né? Então acho que uma coisa pesada assim já não dá, mas acho que um suco, uma água era sempre bom a gente estar tomando lá. [E2]

O enema foi lembrado como um procedimento a ser realizado nos casos em que a mulher tenha ingerido alimentos antes do parto, e foi reforçada a crença que a mulher deve permanecer em jejum até o nascimento do bebê.

- Já tem o caso da lavagem, que fazem em caso de pessoas que chegam com a barriga cheia, comeu bastante, então acho que o certo é esperar mesmo até ter o

neném. Não dar nada, eu acho melhor não. Água até que é bom, que a gente sente bastante sede. [E8]

A experiência de ter tido náusea somente com a ingestão de água foi determinante para a indicação de uma dieta líquida a ser oferecida. Pela experiência vivenciada a participante percebeu como desnecessária a oferta de alimentos.

- Acho que comida não, que eu, só com a água, me deu ânsia de vômito. Que o médico falou você bebe pouca água, na hora de ganhar, ainda assim deu ânsia de vômito, eu acho que não é preciso.[E22]

4.4.2.3 Desfavorável à ingestão de alimentos

Observou-se que 9 (25,7%) mulheres referiram não ser necessária a alimentação durante o trabalho de parto. A principal razão apontada para justificar essa posição foi a dor, que fez com que a mulher não conseguisse comer, além de causar náuseas e mal-estar.

- Eu acho que não, naquele momento não, não deve comer, porque sei lá, a gente com dor vai ter tempo de comer? [E5]

- Também eu acho que não adianta a gente querer comer, que a gente não consegue, você tá ali sentindo dor, querendo fazer força, não dá! Nem é necessário eles tá oferecendo nada pra gente. [E29]

O medo de vomitar foi também uma das razões citadas pelas mulheres para o jejum durante o trabalho de parto. A dor é um fator desencadeante para o vômito, e mesmo a água também pode desencadear o enjôo.

- Eu não sinto fome quando tô sentindo dor, porque já tenho facilidade de vomitar quando a dor tá muito forte e, se come alguma coisa, coloca pra fora na hora. Se a mulher tá sentindo dor, se comer, coloca pra fora mesmo. Eu acho que nem água. Desses dois foi tão rápido, mas o primeiro se eu comesse alguma coisa, era só pôr e jogar pra fora. [E31]

Foi lembrado que as diferenças pessoais entre as mulheres determinam a necessidade da oferta de alimentos ou não, pelas características individuais de cada uma. O fato de o jejum durante o trabalho de parto ser temporário também é um atenuante para que a mulher não receba alimentos naquele momento.

- É o que eu falei, depende de cada pessoa. O organismo de cada pessoa, se estiver sentindo fome, porque tem vezes que a pessoa sai de casa achando que vai ser rápido e demora, né? Se fosse pra mim, eu acho desnecessário, que dali a pouco nasce e pronto. E depois quando você vai pro quarto, geralmente já tem uma refeição. [E21]

A sugestão de uma oferta de alimentos leves para o momento do pós-parto imediato foi apontada como um cuidado mais adequado.

- Na minha opinião, se a gente ganha neném eles tinham que dar um copo com leite, depois que nasce. Antes não, nem chá, suco. Depois do parto, você sobe pro quarto, tá com aquela fome, eu sinto fome, daí dá um copo de leite, um chá, até amanhecer o dia, que daí vem o café. [E28]

4.4.2.4 Não sabe dizer/depende do médico

Averiguou-se que 6 (17,1%) entrevistadas não se sentiram seguras para dar sua opinião sobre a alimentação durante o trabalho de parto, colocando essa decisão nas mãos da equipe profissional.

Conforme os relatos, a justificativa alegada pelos profissionais para o jejum no momento do trabalho de parto foi a prevenção contra náuseas e vômitos que a mulher possa apresentar naquele momento, e esse argumento foi aceito pelas mulheres.

- Nessa parte aí eu não entendo muito. Às vezes, eles não dão porque diz que a gente pode vomitar na hora do parto, foi isso que o doutor falou pra mim. Por isso, que não me deram quando eu cheguei. Eu falei: doutor, eu quero água e ele falou: não, que você já vai ter o neném e pode na hora querer vomitar, foi isso que ele falou pra mim. [E15]

- Eu não sei, porque ela falou assim pra mim que se toma não é bom que vomita, e pra gente vomitar é tão chato, é ruim pra gente vomitar, então eu fiquei, mesmo com sede, eu fiquei tranqüila. [E16]

A percepção foi que é a equipe médica quem decide em relação à alimentação no pré-parto, e uma maior restrição na oferta de alimentos às parturientes foi relacionada à evolução do quadro clínico, isto é, caso a mulher esteja no início do trabalho de parto, a oferta de alimentos é mais flexível e quando existe alguma intercorrência ou em um período mais próximo ao parto, a tendência é a oferta de uma dieta líquida de fácil digestão ou

mesmo o jejum. Nesse caso, a entrevistada percebeu que houve um risco de ela necessitar ser submetida à cesárea e, por isso, permaneceu em jejum, conforme observou, para outras parturientes sem intercorrências, houve a liberação da alimentação.

- Antes de entrar em trabalho de parto, eu pude comer, no dia em que internei, eu almocei, e à tarde tomei um chá com bolachas. Depois, no outro dia de manhã, quando foi umas 10h00, me deram um pão com chá, mas depois não comi mais nada, não pude mesmo, e água bebi só um pouquinho, que aí não podia também. Como eu não entendo muito, não posso falar, acho que pode prejudicar alguma coisa, pra não deixarem comer. Porque as mulheres que estavam certo do parto normal, eles davam, no meu caso, como estava duvidoso, então podia prejudicar em alguma coisa. [E6]

A incorporação da oferta de alimentos no pré-parto foi um processo lento e gradativo para os profissionais da equipe do CO do HU-USP. Essa medida beneficiou uma parte das mulheres atendidas, todavia, para outras, a resposta esperada não foi positiva. As diversas opiniões encontradas neste estudo devem-se às diferenças e às experiências pessoais de cada mulher, como cada organismo responde a situações de estresse e dor e vivências anteriores pela qual cada mulher passou.

Cabe ressaltar que, nas narrativas obtidas neste estudo, observou-se o respeito e a plena confiança que esta população demonstrou quanto às orientações recebidas dos profissionais durante a assistência, não havendo questionamentos em relação às condutas e intervenções realizadas por ocasião da internação. À população cabe o direito de participar das decisões na sua assistência, e isso somente ocorrerá de forma plena e consciente, quando as relações entre os profissionais de saúde e os pacientes se processarem de forma igualitária, com uma troca de informações entre os dois lados e não um discurso onde apenas um lado fala e decide.

4.5 Acompanhantes

O momento da internação é uma situação tensa, tanto para a parturiente como para seus familiares, onde sentimentos como solidão e estresse são gerados pelas normas hospitalares, que repercutem de forma negativa em todo o processo de parturição.

A separação da mulher de seus familiares, despida de suas roupas e pertences, sendo encaminhada a um ambiente totalmente asséptico e ameaçador tem um impacto emocional negativo na mulher. Uma das formas de minimizar esse impacto inicial seria a existência de uma equipe que a recebesse de forma acolhedora. Além disso, que fosse permitida a presença de um acompanhante de sua preferência, para algumas mulheres, seria essencial para dar o suporte emocional que ela necessita naquele momento. Entretanto, cabe salientar que a simples presença física desse acompanhante não é suficiente, essa pessoa deve realizar também atividades de suporte, que compreendem tanto medidas de conforto físico quanto apoio emocional (Enkin et al., 2005).

Desde o início do atendimento na área obstétrica no HU-USP, o fluxo de internação e acompanhamento do trabalho de parto e o parto previa a separação total da mulher do seu convívio familiar. A presença de uma pessoa, dentro do centro obstétrico, que não fosse a parturiente ou o profissional, causava estranheza na equipe. Visitas breves eram permitidas somente para as mulheres que necessitassem permanecer longos períodos dentro da unidade, e acompanhantes só eram permitidos, se esses atuassem na área da saúde e, ainda assim, como muita restrição. Essa cultura dentro da equipe estava sedimentada e uma possível proposta de mudança deveria ser trabalhada com muita cautela, pela resistência que o grupo poderia manifestar.

Para a implantação da proposta de permanência do acompanhante da parturiente no pré-parto, houve a necessidade de um planejamento cuidadoso a respeito da melhor estratégia a ser seguida, e essa proposta foi iniciada por Florentino no ano de 2002, que, naquela época, ocupava o cargo de diretora da Divisão Materno-infantil do Departamento de Enfermagem, que utilizou, como referencial teórico, a motivação para a mudança.

Essa proposta de mudança pró-ativa foi iniciada primeiramente com uma abordagem individual a alguns elementos da equipe de enfermagem, levantando-se suas opiniões em relação à permanência do acompanhante, antes da efetivação da mudança. Nessa fase, houve a constatação de um processo de negação da equipe frente à mudança e, após uma

fase de preparação e sensibilização do grupo, iniciou-se a fase de implantação da proposta, momento em que os componentes da equipe trocavam idéias e tiravam dúvidas entre si. Num segundo momento, após a mudança, foram abordados outros elementos da equipe de enfermagem, também individualmente, buscando compreender os pontos positivos e negativos experienciados nessa mudança, e levantar sugestões que colaborassem para proporcionar um melhor manejo quanto à atuação do acompanhante. Todos os passos percorridos para a implantação da presença do acompanhante no CO do HU-USP estão descritos no estudo de Florentino (2003).

Os primeiros meses de implantação dessa proposta de permanência dos acompanhantes das parturientes no CO do HU-USP foram marcados pela ansiedade e um maior grau de descontentamento por parte dos profissionais, que se sentiam inseguros quanto à presença do familiar e receosos do seu comportamento. As maiores dificuldades encontradas pela equipe foram: manter a privacidade das mulheres, proporcionar acomodação adequada ao acompanhante e evitar circulação intensa de pessoas estranhas ao serviço.

O processo de inserção do acompanhante dentro do CO do HU-USP iniciou-se em 2002 e teve um período de interrupção devido à reforma estrutural da unidade no ano de 2005, onde o CO foi, provisoriamente, instalado na área anexa ao centro cirúrgico, no espaço físico da cirurgia ambulatorial. Essa área era muito menor e as salas de parto utilizadas ficavam dentro da área cirúrgica e a operacionalização da entrada do acompanhante naqueles setores era inviável. Cartazes orientando sobre essa mudança provisória foram afixados na entrada do hospital e do pronto atendimento, solicitando a compreensão da população naquele momento. Após a referida reforma, a permanência do acompanhante foi facilitada tanto pelas cortinas divisórias, instaladas entre os leitos, como pela adaptação de uma sala de espera e um vestiário próprio para os acompanhantes dentro do CO.

Inicialmente a proposta era a entrada do acompanhante na sala de parto, com a colocação de roupas de uso privativo, a mesma utilizada pelos profissionais, porém as desvantagens encontradas foram além da demora para o acompanhante se trocar, sua identificação e circulação dentro da sala eram problemáticas. Consultou-se, então, a Comissão de Infecção Hospitalar da instituição quanto à viabilidade de o acompanhante utilizar somente um avental diferenciado, touca e propés para a entrada na sala, tanto no caso de um parto vaginal como de uma cesárea. Essa medida foi aprovada, pois não

aumentaria os riscos de infecção e a confecção de um avental de cor azul claro foi solicitada junto à administração do hospital, solucionando-se, assim, tanto o problema da rapidez para a entrada do acompanhante no momento do parto, como a sua pronta identificação.

A sensibilização da equipe médica e de enfermagem quanto à importância do papel do acompanhante continua sendo incorporada gradativamente, conforme experiências positivas com a presença do acompanhante foram ocorrendo. À equipe cabe atuar constantemente no reforço ao acompanhante do seu importante papel no processo de nascimento, para que essa prática traga resultados benéficos para a mulher que está dando à luz.

Em relação à permanência de familiares durante o trabalho de parto e parto, foi questionada a percepção que as mulheres tiveram dessa experiência, nessa internação e qual a opinião delas sobre o assunto. Como descrito anteriormente, a rotina da permanência de um acompanhante da escolha da parturiente não acontecia até o ano de 2002, então todas as participantes deste estudo não tiveram a companhia de um familiar no parto anterior. A norma vigente atualmente no CO é a entrada de um acompanhante da preferência da parturiente tanto no pré-parto como no parto e se solicita que não haja uma troca constante de pessoas para evitar um grande fluxo de pessoas dentro do setor, visando manter a privacidade de todas as mulheres internadas.

Na Tabela 11 a seguir, estão apresentadas as experiências que as participantes tiveram em relação à permanência do acompanhante nessa internação, e a percepção delas sobre esse assunto. Esse cruzamento de duas variáveis foi intencional, para permitir a visualização da experiência e suas implicações com a opinião manifestada.

Tabela 11 - Experiência e percepção das entrevistadas em relação a acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Experiência	N	%	Percepção			
			proteção, segurança e tranquilidade	valorização da mulher	medo de intercorrência	prefere sozinha
Não tiveram	27	77,1	11	4	2	10
Tiveram	8	22,9	6	2	-	-
Total	35	100	17	6	2	10

Constatou-se que o fato de ter tido a experiência do acompanhante influenciou na opinião que a participante manifestou na entrevista. Para as 8 (22,9%) mulheres que tiveram um acompanhante ao seu lado no CO nessa internação, a percepção da importância dessa pessoa foi apontada. Nesse grupo, 6 (17,1%) disseram se sentir seguras, protegidas e tranquilas com a presença do acompanhante e 2 (5,7%) apontaram que o marido passa a dar uma maior valorização à mulher, após essa experiência.

No caso das 27 (77,1%) mulheres que não tiveram a experiência de um acompanhante ao seu lado, as opiniões se mostraram divididas, sendo que 10 (28,6%) referiram que preferiam ficar sozinhas naquele momento e as outras 17 (48,6%) apontaram que a presença do acompanhante é benéfica, seja pela proteção e segurança proporcionados, como valorização da mulher após a experiência e ter um apoio no caso de alguma intercorrência.

A seguir serão exploradas com maiores detalhes, as razões pelas quais 27 entrevistadas desse estudo não tiveram a presença de um acompanhante nesse parto.

Tabela 12 - Razões atribuídas pelas 27 entrevistadas que não tiveram acompanhantes pré-parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Razões atribuídas	N	%
Acompanhante não quis	10	37,1
Mulher preferiu ficar sozinha	7	25,9
Não deu tempo/não pôde	9	33,3
Equipe não permitiu	1	3,7
Total	27	100,0

As razões mencionadas pelas entrevistadas para a ausência de uma pessoa do seu círculo social no trabalho de parto e parto são: 10 (37,1%) disseram que o acompanhante que, na maioria das vezes, é o marido recusou-se a permanecer ao seu lado, naquele momento, 7 (25,9%) alegaram que preferiam ficar sozinhas, 9 (33,3%) referiram que não houve tempo hábil para o acompanhante estar presente ou mesmo não pôde ficar por razões

particulares e, em 1 (3,7%) caso, a entrevistada mencionou que a equipe não permitiu o acesso do seu familiar.

As experiências das mulheres em relação à presença do acompanhante encontram-se detalhadas nos tópicos seguintes, com trechos das narrativas corroborando as razões encontradas.

4.5.1 As experiências desse parto

As experiências que as participantes deste estudo tiveram em relação à presença de um acompanhante no seu trabalho de parto e parto foram separadas em dois grupos: as que tiveram a presença de um acompanhante no CO e as que não tiveram um acompanhante.

4.5.1.1 Tiveram acompanhante no CO

Verificou-se que 8 (22,9%) participantes tiveram efetivamente a companhia do cônjuge ou de algum familiar, durante o trabalho de parto e parto, percebendo essa experiência como positiva, em comparação com a internação anterior, sem a presença de acompanhante.

A presença de um acompanhante foi valorizada pelas mulheres, que se sentiram mais seguras e tranquilas durante o processo de nascimento, recebendo o suporte para enfrentar as dores do trabalho de parto. Só o fato de saber que o familiar estava próximo já proporcionou segurança à mulher, que não se sentiu tão sozinha naquele momento.

- Eu vim pra cá era 7 h00, e ela nasceu só 3h30 da tarde, mas já foi melhor, porque o meu marido pôde ficar comigo lá na sala o tempo todo do meu lado, ele só não assistiu o parto porque não deu tempo, foi rápido o nascimento. Apesar da demora pra nascer, na hora de nascer, começou a nascer na sala de pré-parto e não deu tempo dele assistir, mas achei que foi bem melhor, ele ficou o tempo todo do meu lado, me ajudando. [E2]

- Pra mim que fiquei dois dias e uma noite, ele ficou comigo o tempo todo, então no meu caso foi bom porque eu não fiquei nervosa, fiquei mais tranquila. Se tivesse sozinha tinha ficado nervosa com certeza! Essa coisa do marido estar junto ou

alguém da família dá segurança, porque você sabe que tem alguém. Das outras vezes, senti falta, mas não podia, tinha que ficar lá fora e, de vez em quando, podia entrar. [E6]

A percepção de uma maior flexibilidade da equipe foi sentida como um fator positivo. O fato de poder ficar com um acompanhante nesse parto proporcionou uma experiência gratificante, ao contrário da sensação de solidão e tristeza sentidas no outro parto. Houve a percepção de que, com alguém da família por perto, o processo de parturição transcorreu com maior tranquilidade e a mulher pôde se sentir mais calma, o que não ocorreu nos outros partos.

- Só que, dessa vez, achei que ficaram mais... a gente tem acompanhante, que antes não podia, foi uma coisa legal, parece que você fica mais protegida. Fiquei com o pai da criança. Dessa vez eu achei que foi um pouco melhor, que o pai da criança pôde entrar, e isso pra mim fez diferença, fez sentir segura mesmo, tanto que fiquei muito calma desse. E dos outros partos que eu tive, não sei se foi coisa minha, me senti sozinha e ficava um pouco triste de não ter ninguém, e dessa não. Por isso que eu falo que eu me senti bastante segura desse parto. [E12]

A presença do companheiro contribuiu para que a dor do trabalho de parto fosse mais suportável, além de proporcionar segurança durante aquele período. A utilização de medidas de conforto como massagem nas costas e a companhia do cônjuge ajudaram a superar as dores intensas naquela fase. O fato de poder presenciar o nascimento também foi lembrado como um momento especial para o pai da criança.

- Outra coisa também que mudou e foi bom que eles deixam o pai assistir. O problema é que a gente tem que passar por essa dor e eles não têm culpa. Ajuda muito uma pessoa do lado, é uma companhia, você tá ali sozinha sofrendo, e eu tava ruim até às 5h00, quando meu marido chegou, mesmo com dor foi melhor, que eu sabia que ele tava ali do meu lado, quando vinha uma contração, ele dava uma massagem nas costas, você fica com alguém que tem confiança, você fica mais segura. Eu tava na sala, já preparada pra nascer e foram chamar ele, trocou e foi. Ele gostou, chorou, quando ela saiu, ele chorou, que é meio bobão. Que ela é a primeira filha e a primeira o pai sempre fica meio abestado. [E17]

A preocupação com a pessoa que está acompanhando também foi citada, apesar de a presença do acompanhante ter um resultado positivo para a mulher. A preocupação da

parturiente, ao perceber que o acompanhante sente-se impotente em minimizar sua dor, foi apontada como um fator negativo para quem fica ao lado da parturiente.

- Minha mãe ficou comigo. Não sei, na hora ela perguntou se queria que ela ficasse, mas depois parece que é pior, porque na hora que ela vê a gente sofrendo, com dor, parece que sofre junto, pra ela foi pior, não pra mim. Mas a gente fica preocupada com a pessoa que tá vendo você gemer de dor. Ajudou o fato da minha mãe ter ficado, nesse sentido foi bom pra mim, o ruim é que a gente vê a pessoa preocupada, sem saber o que fazer, que não tem o que fazer na hora. [E20]

Também foi mencionado que a pessoa escolhida para acompanhar não precisa ser necessariamente o esposo e sim a pessoa que a mulher tiver mais confiança. O fato de a equipe estar paramentada com gorros e máscaras e serem pessoas estranhas à parturiente, também, foi relatado como um fator que gerou insegurança no momento do parto, que foi minimizado com a chegada do esposo.

- A gente fica mais segura com o marido, com a mãe, com quem a gente confia. No parto, ele chegou depois que eles tinham dado anestesia, que tava tudo preparado, aí pediram pra ele entrar com uma roupa. Da minha outra filha mesmo não teve, que ele trabalhava em dois horários. A gente fica meio assim com medo, porque um monte de gente com máscara, a gente confia, mas a gente não conhece ninguém, e fica assim insegura, só vê gente estranha... [E29]

No próximo item, serão analisadas as experiências do grupo de mulheres que não tiveram a presença de um acompanhante no CO nessa internação.

4.5.1.2 Não tiveram um acompanhante no CO

Nesse grupo de 27 (77,1%) entrevistadas que não tiveram a presença de um acompanhante, no seu trabalho de parto e parto, as razões mencionadas para essa ausência foram: recusa do acompanhante em presenciar o parto, a própria mulher optou em ficar sozinha naquele momento, não houve tempo hábil para o acompanhante estar presente ou ele não pôde por motivos particulares e equipe não permitiu.

Acompanhante não quis

Mesmo com o incentivo da permanência de um acompanhante, 10 (28,6%) mulheres deste estudo não tiveram a companhia de familiares ou cônjuge durante esse parto, pois o

acompanhante se recusou a ficar. A razão principal que as mulheres referiram foi o medo e despreparo da pessoa para permanecer ao seu lado, que na maioria dos casos o acompanhante escolhido é o marido ou companheiro, e este não se sentiu seguro para permanecer ao lado da esposa.

- O meu marido entrou, mas ele também não aguentou me ver contorcendo e saiu. Aí ele queria ver o parto também e não viu porque não aguentou ver eu sofrendo, na verdade ele falou "não, não vou ver não, tá?, não dá, eu não consigo". [E1]

- Ele não quis. Que o meu marido não tem coragem de enfrentar, ele é medroso. Ele mesmo falou que não queria. [E23]

Apesar da solicitação da mulher para que o companheiro permanecesse ao seu lado, este alegou estar com medo e foi embora, deixando a mulher sozinha durante o processo de parturição.

- Na hora fiquei sozinha, porque o pai dele é mole, não quis, morre de medo e foi embora. Pedi pra ele ficar, com certeza, mas ele não quis. [E10]

Mesmo com um preparo prévio do companheiro para assistir ao nascimento não garantiu a calma no momento do parto. O companheiro chegou a entrar no pré-parto, porém a mulher percebeu o nervosismo do mesmo e espontaneamente optou por ficar sozinha, com medo que esse nervosismo atrapalhasse a assistência ao parto. Para o casal, a importância da presença do pai no momento do parto era valorizada, porém como o companheiro não conseguiu acalmar-se, ele preferiu se afastar.

- Veio o meu esposo, mas ele ficou muito nervoso e falei é melhor você ficar lá na salinha. Fiquei com medo dele dar trabalho lá dentro. Ele falava desde o comecinho que ia assistir, e chegou na hora... Se ele estivesse calmo eu queria que ele assistisse. Até perguntei duas vezes pro médico, ele falou assim, se não tiver nenhum problema, pode entrar, mas aí quando a gente chegou ele começou a tremer, eu falei que é melhor você sair, que em vez do médico socorrer a mãe e a filha, vai socorrer o pai. Na minha opinião e na dele, era importante que era o primeiro filho dele. [E25]

Apesar de ter feita uma abordagem anterior ao momento do trabalho de parto e parto, com a alegação que o marido nunca havia presenciado os outros partos, a mulher não

conseguiu convencê-lo a permanecer ao seu lado durante o nascimento e percebe-se a resignação da mulher diante das negativas recebidas.

- Eu queria meu marido, mas ele, covarde, ele ficou com medo e falou, "eu não vou aguentar não". Eu falei "você não quer assistir o parto da neném? porque você não nunca assistiu". Ele falou "não, não tenho coragem não!", eu falei, entendo. [E5]

A alegação da falta de familiaridade do companheiro em relação ao universo feminino foi também apontado como uma razão para a sua ausência no momento do parto, que é compensada pela assistência recebida da equipe.

- Não porque ele não gosta de assistir essas coisas, ele só gosta de vir depois do resultado. Então prefiro ficar sozinha com os médicos e enfermeiras. [E19]

A falta de outras pessoas além do companheiro para o acompanhamento do nascimento também foi citado, a mulher ficou sozinha, pois todas as pessoas do seu círculo familiar não se sentiam seguras para permanecerem ao seu lado naquele momento.

- Meu marido não quis não, eu queria mas ele não quis, ficou com medo. Já conversei, mas não adiantou não, ele não quis. Não tinha ninguém, ninguém ia querer não, todo mundo tem medo, minha mãe também não. [E32]

Mulher preferiu ficar sozinha

As 7 (20%) mulheres que relataram que não queriam a companhia de nenhum familiar apontaram como razões a preocupação com o outro, vergonha em se expor e a necessidade de ficar sozinha naquele momento. A preferência de algumas mulheres em ficarem sozinhas no trabalho de parto foi relatada como uma característica pessoal.

- Eu também não preferia que ele ficasse, não gosto que ninguém veja eu fazendo careta não! Eu prefiro ficar quieta. [E9]

- Eu prefiro ficar sozinha, sei lá, eu prefiro ficar sozinha, coisa minha. [E11]

A permanência de uma pessoa que não oferece a tranquilidade necessária fez com que a mulher preferisse ficar sozinha. A razão apontada foi que o acompanhante pode deixar a parturiente mais nervosa ao não saber lidar com a dor que a mulher está sentindo.

- *Minha irmã entrou, ficou um pouco depois foi embora. Eu prefiro, acho que deixa a gente mais nervosa, que eles ficam incomodado com a gente reclamando de dor, eu acho que eles ficam mais agitado que a gente. Então prefiro que vá embora, e daí que eu dispensei ela. [E30]*

Baseada nas experiências anteriores que a mulher teve, o suporte recebido da equipe de enfermagem supriu a necessidade de um acompanhante no processo de parturição, e a mulher optou em ficar sem a presença de familiares no momento dessa internação.

- *Eu não quis, até preferia que não ficasse ninguém perto de mim. Eu não sei, que da primeira eu não fiquei com ninguém, da segunda também, aí dela, eu falei, não. Da primeira não fiquei e me senti bem, as enfermeiras lá foram ótimas. [E16]*

Mesmo com a insistência do companheiro em assistir ao parto, a mulher optou em ter seu filho somente na companhia da equipe de saúde do hospital, baseada na sua experiência dos parto anteriores, onde se sentiu totalmente apoiada pelos profissionais. Houve o temor que a presença do seu esposo pudesse gerar um nervosismo na mulher que atrapalharia o momento do parto.

- *Ele queria vir mas eu não deixei , falei pra ele não, que eu achei que a gente ia ficar mais nervosa, sabe? Acho que eu ia ficar mais tensa e ia dar mais trabalho. Aí falei pra ele que não, que sempre quando eu tive os meus, sempre tavam só as enfermeiras, que elas foram bem legais, conversando, sorrindo. Ele comentou comigo em casa, e eu falei, num pode não, ele falou eu levo uma máquina, e eu digo, não pode não. [E15]*

A companhia do marido no pré-parto foi valorizada, como uma forma de dar segurança e tranquilidade no trabalho de parto, mas a vergonha do nascimento no caso de um parto vaginal fez com que a mulher optasse em ficar sozinha. Mesmo para o seu companheiro, a mulher tem vergonha em expor suas partes íntimas, e o temor que ao assistir ao parto normal o companheiro sinta repulsa dela é citada como uma das razões para que o marido não presencie o parto. É colocado que no caso de um parto cesárea, a presença do marido é aceita, pois não há exposição da genitália nesse tipo de parto.

- *Eu fiquei com vergonha que ele visse no parto normal, eu falei pra ele, se fosse cesárea eu queria que você ficasse, mas no normal não, fiquei com vergonha. Durante*

o trabalho de parto eu queria que ele tivesse junto, no pré-parto, ele não ia ver nada...ia ficar só segurando a minha mão. [E3]

- Já pensou se ia ver a gente lá, sentindo dor, na hora do parto, eu não queria, ele queria, ainda bem que a enfermeira não falou nada. Depois eu penso assim, é vergonha uma parte e depois eu penso que ele ia sentir nojo, ia sentir aquele neném, principalmente parto normal, acho muito feio pro marido assistir ao vivo da mulher mesmo, mas eu mesmo ia sentir vergonha. É, foi bom não ter entrado. Mas cesárea eu preferia que ele entrasse, cesárea, mas normal não. [E28]

Não deu tempo/acompanhante não pôde

Nesse grupo, 9 (25,7%) mulheres relataram que não tiveram acompanhantes nessa internação, por ocasião do trabalho de parto e parto, porque não houve tempo hábil para a chegada do companheiro ao hospital ou porque o mesmo tinha outros compromissos que o impediam de estar presente naquele momento.

- Das outras vezes não podia, e agora não deu tempo. Eu queria que ficasse meu esposo, mas ele tava trabalhando, eu entrei uma hora, e ele nasceu duas e cinquenta e seis. [E4]

A rapidez da evolução do trabalho de parto foi um dos fatores que fez com que o companheiro não presenciasse o parto. Por se tratar de um grupo de mulheres que já tinham tido um parto vaginal anterior, era de se esperar que elas procurassem atendimento já na fase ativa do trabalho de parto e que apresentassem uma evolução mais rápida do parto.

- Não deu tempo, que meu esposo foi em casa e quando ele voltou já tinha nascido. Dessa vez eu queria, mas não deu tempo, que ele tava arrumando a sacola com as minhas coisas, roupas e tudo, e falou eu vou em casa e já volto. Ele achou que ia dar tempo. [E21]

A impossibilidade de faltar ao trabalho foi citada como razão para a ausência do esposo no momento da internação e do parto. Mesmo com a legalização da licença paternidade no país, há uma grande dificuldade para os pais estarem presentes ao nascimento dos seus filhos por motivos trabalhistas.

- *Ê, eu queria o meu marido, mas não deu pra ele vir porque ele ia trabalhar, ele é porteiro. Eu queria que ele ficasse, mas não deu, eu fiquei só. [E13]*

- *A minha irmã não tava e nem meu marido, que trabalha à noite, ele não pôde que tava em serviço. [E22]*

A preocupação com os outros filhos e a falta de uma rede social que desse suporte nesse momento, também, foi apontado como razão para que o companheiro não pudesse acompanhar o parto.

- *Como eu saí uma hora da manhã, e ficou os meus dois filhos dormindo sozinhos em casa, aí eu prefiri que ele fosse, por causa das crianças, que depois acorda e é perigoso né? Apesar que eu desliguei o gás, mas mesmo assim, aí não sabia se ia nascer logo se não ia. Então o meu marido não podia ficar, que só ia ficar as duas crianças em casa. [E31]*

- *Meu marido chegou e depois foi embora, é porque ele tinha que ficar com as outras meninas, não tinha quem ficasse. [E35]*

Equipe não permitiu

Somente 1 (2,9%) entrevistada relatou que seus familiares foram impedidos de estar ao seu lado, e permaneceram na sala de espera destinada aos acompanhantes na entrada do setor. Ao se levantar os dados da sua internação, constatou-se que esta entrevistada chegou ao hospital às 4:30 horas e deu à luz às 5:42 horas, e esse impedimento da entrada do familiar pode ser resultante da rapidez com que o parto evoluiu e a equipe estar ocupada em dar assistência à mulher e não ter lembrado de chamar o acompanhante para o parto.

- *Não fiquei com ninguém, ficaram na sala de fora, esperando. Queria que ficasse, né? Era uma boa, um apoio, tava minha mãe e meu marido, mas só que não podiam entrar. [E7]*

A seguir, foram analisadas as opiniões das entrevistadas em relação à presença do acompanhante no CO.

4.5.2 As opiniões sobre a permanência do acompanhante no CO

Em relação às opiniões sobre a permanência do acompanhante no CO, tanto no trabalho de parto como no parto, as opiniões relatadas foram:

- 17 (48,6%) entrevistadas manifestaram que a presença de um acompanhante proporciona segurança, proteção e tranquilidade;
- 6 (17,1%) entrevistadas apontaram que é importante que o companheiro participe do processo de nascimento para então valorizar tanto a mulher como seu filho;
- 2 (5,7%) entrevistadas valorizaram a permanência do acompanhante como uma retarguarda caso ela venha a ter algum mal-estar e fique descordada;
- 10 (28,6%) entrevistadas manifestaram que preferiam ficar sozinhas naquele momento, e nessa internação esse desejo foi respeitado.

4.5.2.1 Proteção, segurança e tranquilidade no processo de parturição

Para 17 (48,6%) das mulheres entrevistadas houve uma percepção positiva da permanência de um acompanhante no momento do trabalho de parto e parto, e a razão apontada é que ele proporciona maior proteção e segurança naquele momento, uma vez que a companhia de um familiar pode minimizar os sentimentos de solidão e desespero que eventualmente podem surgir.

- Olha, eu acho que ajuda, deixa você mais tranquila, uma pessoa te tranquilizando, porque na hora, é tão terrível, a gente fica tão desesperada, se tivesse uma pessoa, um parente ou esposo, acho que ficaria bem melhor, acho ficaria um pouco mais calma. [E3]

- Eu acho super importante, uma coisa assim que dá força, segurança pra poder tem o neném mesmo, da minha filha mesmo, o pai dela assistiu o parto, eu não tava com ele, mas ele me deu uma força muito grande, nunca pensei. Faz falta alguém do lado... [E10]

O fato de poder compartilhar com alguém os sentimentos no momento do trabalho de parto foi apontado como importante, assim como também no momento do parto, em que a participação da família foi valorizada.

- Acho que o acompanhante é muito importante, porque ele acaba acalmando a gente ali naquela hora. É importante ter uma pessoa assim pra conversar com a gente. É muito bom porque acho que é um momento muito lindo pra mãe, mas acho que o pai também gostaria de participar, e às vezes não tem o pai mas tem a avó, então acho muito bom. [E1]

A presença de um familiar foi percebida como um estímulo para a mulher no trabalho de parto. O suporte emocional recebido de alguém da equipe de saúde ajudou a dar mais força, mas a presença de uma pessoa conhecida naquele momento, seria preferível.

- Eu acho que na hora que você tá sentindo muita dor assim, você não consegue pensar em nada e a pessoa ali é um estímulo, do lado, lhe dá confiança. Apesar de ter uma mocinha do meu lado que ficava o tempo todo pondo a mão na minha testa, me dando força, mas se você tem uma pessoa conhecida do seu lado, eu acho bem melhor. [E21]

O suporte que o companheiro pode fornecer foi apontado como positivo, pois oferece maior apoio durante o trabalho de parto, mas com a intensificação das dores do processo de parturir, a mulher pode necessitar se isolar dos familiares naquele momento.

- Tem hora que é bom, pra dar uma força. Falei pra ele me dar as mãos pra mim morder. Eu acho que tem hora que até dá uma força, né? Assim, anima um pouco mais, apesar que na hora que tá sentindo muita dor você prefere tá longe, sem ninguém. [E31]

O período do trabalho de parto foi percebido como o mais sofrido pelas mulheres, onde houve uma necessidade maior de apoio emocional de um familiar. No momento do parto propriamente dito, constatou-se que a presença de profissionais da equipe de enfermagem foi suficiente para apoiá-la naquele momento.

- Às vezes sente falta. Acho que era bom ter alguém junto sim, na hora das contrações. Acho que é bom pra dar amor, pra me ajudar. Na hora do parto tem as enfermeiras que ficam ali, do lado, mas na hora do pré-parto ali, fica sozinha. [E35]

O direito de ter um acompanhante no trabalho de parto e parto foi visto como um benefício para as mulheres que atualmente ainda é pouco respeitado nas instituições públicas. Apesar de ter uma legislação específica que garanta esse direito a todas as mulheres, ainda são poucas as instituições públicas que adotam essa rotina.

- Eu acho importante, se o marido tem oportunidade de ver, porque nem todas as maternidades dão essa oportunidade, a não ser as particulares. Se dá e a pessoa tem coragem, acho importante pra mãe, pra dar força, pra ver o quanto a gente sofre. Ser mãe é bom, mas sofre. No caso se a mulher é casada, o marido, se é uma jovem de 15-16 anos é bom sempre ter alguém, a mãe ou o pai acompanhando. [E32]

A resignação da mulher em ficar sozinha foi citada, mesmo não tendo o acompanhante, a entrevistada apontou os benefícios que ele poderia proporcionar com a sua presença.

- Acho que acostumei já, de ficar sozinha. Mas eu gostaria, eu acho legal quando o pai fica junto, parece que a gente se sente mais segura. [E27]

4.5.2.2 Companheiro/marido valoriza mais a mulher ao assistir o parto

O fato do companheiro ou esposo presenciar todo o processo de nascimento foi ressaltado como importante por seis mulheres entrevistadas, pois acreditam que haverá uma maior valorização dela após o nascimento da criança, além da criação de um vínculo maior do pai com o filho.

- Eu acho importante ficar, uma que muda a cabeça de muitos pais por aí, tem pai que se interessa vendo o filho nascendo, vendo como funciona. Se interessa mais tanto pela mulher, pelo filho mesmo. Eu acho, muito importante para o homem. [E12]

O desconhecimento de como ocorre o nascimento e a falta de familiaridade com o universo feminino foi apontado como uma das razões pelas quais as mulheres acreditam que o companheiro deva estar presente naquele momento.

- Eu acho que sim, seria bom que ele entenderia tudo, o parto, todo o processo, nascimento da criança, as contrações, tudo isso. [E18]

- *Eu acho que é muito importante, o pai assistindo ele vai dar mais valor à mulher, é melhor, que a gente conta depois, eles não acreditam, acham que é só em novela que é assim. Eu falei pra ele antes de vir, você vai assistir, pra ver como que é. [E24]*

A participação no processo de nascimento pode proporcionar ao homem uma maior sensibilidade e amadurecimento, além da valorização da mulher em razão do sofrimento pela qual ela passou.

- *Era importante presenciar o parto, ver como a mulher se sente na hora, acho que ele daria mais valor pras mulheres, que hoje as mulheres têm tão pouco valor nessa parte, acho que o homem fica mais sensível, amadurece mais um pouquinho, pensa dez vezes antes de fazer mais um. [E25]*

- *Pra dar mais importância pra mulher, pro filho, se bem que dá, mas dar mais respeito, ver como a mulher sofre pra por um filho no mundo. [E5]*

4.5.2.3 Ter alguém de confiança caso tenha algum problema

Verificou-se que 2 (5,7%) entrevistadas apontaram a importância de ter algum familiar presente no momento do parto caso venham a ter algum mal-estar. A preocupação de uma entrevistada era por uma possível troca do seu filho pois no outro parto sentiu-se sonolenta, insegura e teve dúvidas, pois mostraram seu filho coberto por um pano em um momento posterior ao nascimento.

- *Acho importante porque de repente você pode se sentir mal e fica em dúvida se era seu filho ou não. Quando tomei anestesia comecei a ficar meio tonta, parecia que ia dormir, aí pensei, como que eu vou saber se é a minha filha mesmo? Porque do meu filho Márcio, quando nasceu eles não deixaram ver na hora, aí trouxeram depois e aí eu ficava, será que é meu filho mesmo? Na hora não mostrou, enrolou em um pano verde e depois trouxeram e mostrou, e essa dúvida ficou na minha cabeça, mas depois ele foi crescendo e aí, era a cara, não tem como. [E23]*

O medo de necessitar de um atendimento mais rápido e não ter que ficar chamando foi apontado como razão importante para a permanência de um acompanhante ao seu lado. Também a sensação de solidão e medo do desconhecido no momento da internação foram mencionados, acreditando-se que a presença de um familiar poderia minimizar esses temores.

- *Primeiro você de repente pode precisar de alguma coisa, não tem que ficar chamando toda hora, conversando também, que é ótimo, distrai. E na realidade eu me senti bastante assim, sozinha, né? E dá um sensação estranha quando o marido vai embora, te interna e você fica ali, nossa! Agora é eu e Deus! [E26]*

4.5.2.4 Prefere ficar sozinha

As 10 (28,6%) mulheres que responderam que preferiam ficar sozinhas, tanto no trabalho de parto como no parto, e relataram que as razões para essa escolha foram: vergonha e medo de se expor, preocupação com o acompanhante e necessidade pessoal de se isolar.

A vergonha em expor o corpo e a necessidade de privacidade no momento do trabalho de parto e parto foram apontados como uma das principais razões para que a mulher recusasse a companhia de um familiar ou cônjuge. Apesar do acompanhante ser uma pessoa de sua convivência, as mulheres preferem ficar mais à vontade sozinhas quando podem agir livremente.

- *Eu queria, seria bom, mas é melhor ficar sozinha, porque sozinha você se sente mais à vontade, tem horas que você precisa ir ao banheiro, qualquer coisa e não fica muito à vontade. [E22]*

O parto vaginal foi citado também como uma das razões para que o acompanhante não entrasse no momento do nascimento, pelo pudor da mulher em expor seu corpo, mesmo para o seu companheiro.

- *Já pensou se ia ver a gente lá, sentindo dor, na hora do parto, eu não queria. Fiquei com vergonha, é, vergonha uma parte e depois eu penso que ele ia sentir nojo de mim. [E28]*

Reforçando a questão da vergonha em se expor, a mulher ficou aliviada pois o esposo não fez questão em assistir ao parto.

- *Não, porque eu não gosto que ele veja o parto, fico com vergonha. E ele não faz questão de ver, ele não gosta de ver não. [E33]*

A exposição do seu corpo foi um momento difícil para as mulheres, que não se sentem à vontade, mesmo no caso de uma consulta ao ginecologista.

- Não queria que ficasse, morro de vergonha, até mesmo quando vou no ginecologista eu sinto vergonha. Prefiro ficar sozinha. [E34]

A preocupação com a reação do acompanhante também fez com que as mulheres optassem em ficar sozinhas naquele momento. A razão apontada foi o despreparo do cônjuge, que poderia gerar uma preocupação adicional para a mulher naquele momento.

- Eu acho que ia ficar mais tensa e dar mais trabalho, ia ficar mais nervosa por ele estar lá junto. É, eu achava que ia ficar muito tensa que ele ia estar ali do meu lado. [E15]

- Eu prefiro não, eu acho que deixa a gente mais nervosa. Que eles ficam incomodado com a gente reclamando de dor, eu acho que eles ficam mais agitado que a gente, então prefiro que vá embora. [E30]

A presença de um familiar foi apontada também como um fator que pode aumentar o nervosismo e acarretar que a mulher fique mais manhosa para enfrentar o parto.

- Os médicos estão sempre ali do seu lado e se tiver alguém da família você acaba ficando mais nervosa, que tem muitas mulheres que sentem muita manha com alguém da família por perto. [E19]

A preferência da mulher em permanecer sozinha no trabalho de parto e parto foi reforçada pelo fato do companheiro ter alegado que não se sentia preparado para acompanhá-la naquele momento.

- Eu também preferia que ele não ficasse, nessa hora eu prefiro ficar sozinha, não gosto que ninguém veja eu fazendo careta não! É, eu prefiro quieta. [E9]

- Eu prefiro ficar sozinha, coisa minha. E o meu marido, ele não gosta de ver eu sofrer. Eu acho que é melhor sozinha. [E11]

Houve a percepção da importância em respeitar-se as preferências de cada mulher. A experiência de ter um acompanhante pode ter um efeito positivo para uma mulher e para outra mulher a opção de ficar sozinha naquele momento pode ser a melhor escolha.

- *Eu pra mim querer que ficasse de vontade, eu não queria muito não, mas tem gente que gosta, que fique alguém pra ajudar, aí, leva pro banho, tira do banho, segura na mão. A menina que tá comigo no quarto ela falou que o marido dela ficou junto e que gostou, foi bom, mas eu não sei porque, eu mesma não quis. Ela falou que você escolhe se quer ou não, não tem a história de ser obrigatório ficar alguém com você, então eu prefiro assim. Cada uma escolhe...e eu não quis não. [E16]*

Algumas práticas assistenciais ao serem mudadas necessitam também da mudança na postura dos profissionais que as executam. No caso do acompanhante da parturiente, o confronto se dá não pelo espaço físico que ele ocupa, mas sim pelo desconhecimento da sua reação e também pela insegurança do profissional, que não estava acostumado em ter que lidar com outra pessoa além da própria parturiente.

A importância do acompanhante transcende a questão de conforto físico para a mulher, seu valor maior é em relação ao apoio emocional que ele pode oferecer, o que no processo de parturição é essencial. Novamente, as diferenças individuais entre as mulheres apareceram, e o respeito à autonomia para escolhas é sempre lembrada como crucial.

4.6 Contato pele a pele ao nascimento

No momento do parto, o bebê experimenta a transição entre dois mundos, o amniótico e o terrestre, ele passa de um mundo fluido e quase sem peso, a um mundo sólido e com gravidade. Em uma abordagem terapêutica corporal denominada de biossíntese, cuja base é o conceito de correntes energéticas que são denominadas "fluxos vitais", que se originam na formação embrionária, o nascimento e a infância têm papéis relevantes que irão influir na forma como o indivíduo irá agir e reagir na sua vida adulta.

Sob a perspectiva da biossíntese, durante o processo de nascimento, a criança passa por pelo menos quatro transições distintas que podem ser vivenciadas de forma agradável ou como um choque catastrófico, de acordo com a maneira como o bebê é recebido. A primeira é a transição sensorial, a criança passa de um mundo de escuridão e sons amortecidos pela água para um mundo de luzes ofuscantes e sons ensurdecedores. A queda súbita de temperatura e a percepção sensorial através do toque são outros aspectos a serem considerados nessa transição. A segunda transição é a transição circulatória e o nascimento da respiração, onde as mudanças do sistema circulatório ocorrem nos primeiros minutos depois do nascimento, de uma circulação placentária, passa para a circulação pulmonar. A terceira é a transição gravitacional, onde a sensação de insegurança e queda pode enrijecer os músculos do bebê. A quarta transição é a alimentar, onde seu sistema digestivo aprende a funcionar (Boadella, 1992).

Reforçando essa visão bioenergética do nascimento, Le Boyer em seu livro "Nascer sorrindo" cuja primeira edição é de 1974, propõe medidas humanizadoras para que o bebê passe por essas fases de transição sem traumas ou violência. O uso de luzes difusas e o mínimo possível de sons no momento do parto são medidas que podem minimizar o choque no momento do nascimento. Para promover o aquecimento do bebê, a colocação da criança com o ventre e a face voltada para o abdôme da mãe e o uso subsequente de banhos mornos podem ser experiências sensoriais agradáveis. As vantagens do contato do recém-nascido com o ventre materno são várias, desde a manutenção da temperatura corpórea, a possibilidade de manter o cordão umbilical sem cortar e ser um local seguro onde a mãe possa tocar e reconhecer seu bebê (Leboyer, 1996).

A separação da mãe do seu bebê, pode trazer uma diminuição na segurança materna acompanhada de ansiedade; psicologicamente falando, o contato íntimo precoce proporciona muitas vantagens. "Se fosse apenas pelo motivo fundamental de que a primeira linguagem de comunicação entre o recém-nascido e sua mãe ocorre através da pele, pelo tato, esses dois não deviam ser separados, exceto quando um ou outro precisassem descansar ou dormir, ou durante a vigência de infecção na mãe. Qualquer prática obstétrica que desconsidere essas diretrizes deve ser abandonada" (Montagu, 1988).

Desconsiderando toda essa visão holística do parto, o modelo tecnocrático de assistência ao processo de parturição inseriu intervenções rotineiras para a mãe e o seu bebê no momento do parto. Nessa abordagem, o recém-nascido deve ter suas vias aéreas aspiradas por medo da sua "incapacidade" em eliminar espontaneamente o líquido amniótico em que estava mergulhado, e isso deve ser realizado o mais rapidamente possível, assim o cordão deve ser seccionado rapidamente e o bebê colocado em uma "Unidade de Reanimação" para a realização imediata dessas intervenções. Os batimentos cardíacos do bebê devem ser imediatamente verificados, sob o risco dele necessitar de um aporte de oxigênio imediato, e as rotinas institucionais como a realização do exame físico, a pesagem, a limpeza ocular com nitrato de prata, e sua devida identificação plantar e colocação de pulseiras. Todas essas intervenções são vistas como prioritárias, acima de quaisquer necessidades de interação da mãe com o seu bebê naquele momento. À mãe, no momento do parto, é mostrado rapidamente seu filho, que normalmente estará envolto em um cobertor para prevenir a perda de calor, será comunicada do peso, confirmado o sexo da criança e conferidas as pulseiras de identificação, e imediatamente o bebê é encaminhado a uma unidade neonatal para que seja devidamente monitorado quanto suas funções vitais.

Nesse modelo assistencial, a criança só é liberada à mãe após cerca de 6 horas de vida, pois só então têm-se a segurança do seu perfeito funcionamento enquanto ser vivo. Essa é uma descrição geral do que ocorre em grande parte das instituições hospitalares que atendem ao parto no país, e no CO do HU-USP, também essa rotina intervencionista era seguida desde o início do funcionamento até recentemente, sob a forma de protocolos e padrões assistenciais estabelecidos.

Como uma forma de se humanizar esse momento do nascimento, a proposta do contato pele a pele no parto foi inserida como uma das diretrizes fundamentais da IHAC,

baseada nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde e apoiada pelo Ministério da Saúde.

Segundo Venâncio (2004), o termo "contato pele a pele" foi utilizado para denominar a proposta do Método Mãe Canguru, que foi idealizado e implantado de forma pioneira por Edgar Rey Sanabria e Hector Martinez, em 1979, na cidade de Bogotá, Colômbia, e foi batizado com esse nome pela forma semelhante aos marsupiais que as mães carregam seus bebês. Esse método foi criado voltado para bebês prematuros e de baixo peso, visando a redução das altas taxas de mortalidade neonatal frente à falta de recursos tecnológicos, infecções cruzadas, desmame precoce e abandono materno.

Em estudos posteriores, os benefícios desse método se estendem às mães que apresentam maior segurança e estabilidade emocional, assim como o fortalecimento dos vínculos afetivos e maiores índices de adesão ao aleitamento.

No HU-USP as primeiras iniciativas para propiciar um maior contato entre a mãe e seu bebê ocorreram por volta do ano de 1998, com uma proposta de amamentação do bebê ainda no CO. Essa iniciativa foi pioneira na instituição em um período que pouco se falava em mudança de rotinas institucionais, visando a humanização da assistência, e foi denominada dentro da área materno-infantil, de "Projeto Piloto". Esse projeto consistia em incentivar a puérpera assim que ela saísse da sala de parto e estivesse na sala de recuperação pós-parto, a amamentar seu bebê, e buscava dessa forma propiciar um momento de interação entre esse binômio para a formação de vínculos afetivos. Após um período de tempo de cerca de 30-40 minutos dessa interação, o bebê era então encaminhado à unidade neonatal para um período de observação de seis horas.

A implantação dessa nova proposta assistencial processou-se em duas fases: a primeira ocorreu no período de setembro de 1998 a abril de 1999, abrangendo recém-nascidos de parto normal sem intercorrências. Em uma segunda fase, a implantação dessa prática como rotineira desde abril de 1999, incluindo todas as puérperas e recém-nascidos sem intercorrências clínicas, independente do tipo de parto. Esse foi um primeiro passo para que a equipe atentasse para a questão da interação da mãe com seu bebê e a importância da criação dos vínculos afetivos desde os primeiros momentos de vida. A implantação dessa nova proposta assistencial foi apresentada em forma de relato de experiência no X Encontro

Paulista de Aleitamento Materno ocorrido em agosto de 1999, em São Paulo (Ochiai et al., 1999).

Apesar do contato mãe/bebê ocorrer rotineiramente no CO do HU-USP desde então, a implantação do contato pele a pele da criança com a sua mãe já no nascimento, foi um processo marcado por dificuldades na sua operacionalização, e se iniciou em agosto de 2003, em decorrência da implantação da IHAC. Foram primeiramente mobilizadas as equipes de médicos obstetras e pediatras, assim como a equipe de enfermagem da unidade. Os maiores embates ocorreram devido à pouca familiarização com a não-intervenção no momento da transição do bebê, logo ao nascimento, quando ele era colocado no ventre materno. As ansiedades maiores da equipe de neonatologistas eram em tentar monitorar os batimentos cardíacos, manter as vias aéreas livres para a respiração e aquecer o bebê naquele momento. Por se tratar de um hospital-escola, esse primeiro atendimento é realizado em sua grande maioria pelos residentes médicos da área pediátrica, que possuem uma formação intervencionista apreendida em outros locais de estágio. Para assegurar o sucesso dessa iniciativa foi utilizada como estratégia a inserção obrigatória do curso de treinamento da IHAC para todos os residentes da área pediátrica antes de iniciarem o período de estágio na sala de parto.

O apoio da equipe de enfermagem e dos obstetras atuantes no CO foram, também, essenciais para a sedimentação dessa proposta de contato pele a pele do bebê com a sua mãe no momento do nascimento.

Em maio de 2004, segundo levantamento em livros de registros da seção, o contato pele a pele das mães que tiveram partos vaginais, com seus bebês, ocorreu em 90% desses nascimentos, e em 68% houve a amamentação efetiva já na sala de parto. Nos partos cesárea, 65% dos bebês foram colocados em contato pele a pele. Desde então, a prática do contato pele a pele ao nascimento é realizado de forma sistemática, sendo incorporado no universo da assistência dos profissionais que atuam na área. Devido à mudança constante dos residentes que estagiam na área neonatal, o reforço dos profissionais que atuam no setor é fundamental para se perpetuar essa prática.

Conforme descrito, a prática do contato pele a pele da mãe com o bebê não acontecia nos nascimentos ocorridos na instituição até o ano de 2003, assim, as mulheres entrevistadas neste estudo não tiveram a oportunidade de ter essa experiência nos partos

anteriores, somente por ocasião dessa internação. Das 35 (100%) mulheres entrevistadas, 29 (82,9%) relataram que tiveram o contato pele a pele no momento desse parto, e 6 (17,1%) relataram que não tiveram essa experiência. As percepções dessas experiências foram analisadas em um primeiro grupo, das mulheres que tiveram esse contato e qual a percepção resultante dele, e no segundo grupo de entrevistadas, que não tiveram a experiência do contato com o seu bebê ao nascimento, foram investigadas as razões porque esse contato não ocorreu e foi perguntado à mulher qual a sua opinião sobre esse assunto.

4.6.1 Percepção das entrevistadas que tiveram o contato pele a pele com o seu bebê no parto

Do grupo das 29 (82,9%) mulheres que tiveram a experiência do contato pele a pele no nascimento do bebê, as percepções relatadas foram de reconhecimento do bebê ao contato com a sua mãe, alívio da mulher pelo bem-estar do seu filho, emoção e fortalecimento de vínculos. Para todas as mulheres que tiveram esse contato pele a pele com o bebê, essa experiência foi sentida positivamente e apontaram para a importância da continuidade dessa prática no processo de nascimento.

Tabela 13 - Percepção materna das 29 participantes que tiveram o contato pele a pele com o bebê no parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

PERCEPÇÃO MATERNA AO CONTATO PELE A PELE	N	%
Bebê se acalma ao sentir o calor materno e reconhece a mãe	15	51,7
Alívio e segurança para a mãe	9	31,0
Emoção para a mãe	3*	10,4
Formação de vínculos	2**	6,9
Total	29	100,0

* duas entrevistadas colocaram que além da emoção sentem que o bebê reconhece a mãe.

** uma entrevistada relatou que além da formação do vínculo, o contato dá segurança para a mãe.

As percepções maternas ao contato pele a pele com o bebê foram detalhadas a seguir.

4.6.1.1 Bebê se acalma ao sentir o calor materno e reconhece a mãe

Para 15 (51,7%) mulheres houve uma mudança no comportamento do seu bebê ao ser colocado em contato com a sua pele, e relataram que o mesmo parou de chorar e de se agitar, demonstrando calma e tranquilidade ao toque. Acreditam, ainda, que a criança reconhece o corpo da sua mãe, o que trouxe segurança para o bebê naquele momento. Essa percepção foi reforçada pela mudança imediata no comportamento da criança ao ser colocada em contato à pele da mãe.

- Eu acho muito bom o primeiro contato com a criança, eles tavam limpando e ela chorando, e quando colocaram ela em cima de mim ela parou de chorar na hora. Eu acho, que a criança sente né? Tá ali e ela sente que é a mãe e se acalma, ela fica calminha....na hora que eles colocaram ela já parou de chorar. [E21]

- Na minha opinião tem que continuar, que você sente o calor dela e ela sente o seu, se tá limpo ou sujo, não importa. Ela ficou mais calma, que ela nasceu gritando muito aí na hora que colocaram ela no meu peito ela ficou mais calma. [E25]

- Eu achei mais gostoso, você sente o bebê, automaticamente, você encosta e ele já pára de chorar, se acalma, é muito legal, a mãe já vê o bebê, o bebê já sente o cheiro da mãe, já sente a pele. [E29]

Esse reconhecimento mútuo perdura mesmo depois do parto, as mulheres percebem que seus bebês mudam de comportamento ao serem tocados ou quando elas conversam com a criança.

- É muito bom porque parece que o neném te conhece, depois de algumas horas que passou esse momento, já te conhece, acho que só eu falar ele já fica procurando, se tá chorando, você pega, dá uma acalmadinha, já sabe que é você, acho que o bebê fica seguro também, é interessante.... [E12]

- Eu acho legal, o bebê já nasce e sente a mãe, porque eu acho que ele já conhece o corpo da mãe, na hora que nasce e coloca, acho que ele já sabe que ali tá...já conhece, que ele tá chorando a gente pega e ele já pára de chorar na hora. [E31]

Comparando-se com o parto anterior, essa experiência de parturição foi percebida como mais gratificante para a mãe pela possibilidade de um maior contato com o seu com o seu bebê no momento do nascimento.

- Tava ali com ela, e ela muito linda, deixaram bastante tempo ela se acalmar comigo, e com o meu filho não, ele ficou num canto, no bercinho, então ele ficava chorando ali, e deixa a gente mais nervosa. [E1]

- O de agora que colocaram aqui no peito ficou melhor porque a criança sente mais o calor da mãe, né? Os outros colocou só o nariz perto do meu cheirou um pouquinho e levou lá pro bercinho limpar. [E7]

- Porque das outras foi diferente, eles não colocaram, só mostraram de longe e levaram. Dessa ela chorava e eu encostava bem pertinho de mim e parava de chorar, ficava bem quietinha, bem calminha. Aí tirava, ela já chorava, mas bem quentinha, sujinha, coisa mais linda! Eu percebo que ela me reconhece, eu fico falando, conversando, às vezes ela pára até de mamar, eu fico falando e ela pára e fica olhando. [E16]

Essa interação da mulher com o bebê no momento do nascimento foi referida como um atenuante para que suportasse o processo doloroso da saída da placenta e a realização dos pontos, o que não ocorreu no seu parto anterior.

- Colocaram ela assim, então ela ficou bem quietinha, foi outra coisa, nem senti eles costurarem, foi parto normal mas teve o corte, nem senti tirarem a placenta nem nada. Do outro eu já senti eles tirarem a placenta, que também incomoda bastante, dá aquela cólica. E pra costurar também foi ruim. É, dessa vez eu nem percebi, quando ela falou "a gente já acabou" eu nem acreditei, já? Por causa da sua nenezinha, tava ali com ela. [E1]

Apesar do reconhecimento da importância do primeiro contato com seu bebê, foi sugerido por uma entrevistada, que a criança fosse encaminhada ao berçário nas primeiras horas, para que a mãe tivesse um período para se restabelecer após o parto.

- Acho melhor esse negócio da criança ficar um pouco lá e depois vir pra mãe, porque você tá exausta, passou por um período difícil, normalmente você não fica sossegada, porque tem que ficar olhando a criança, então eu acho que pelo menos nas primeiras horas, que nem era antes, não precisa muito tempo. Acho importante você pelo menos

conseguir relaxar um pouco. Então achei que esse contato foi importante, eu fiquei surpresa, não esperava que fosse ser assim, mas acho que é cansativo pra mãe, não sei se eu tô reclamando de barriga cheia, né? [E2]

4.6.1.2 Alívio e segurança para a mãe

Para 9 (28,1%) mulheres o contato pele a pele com seu bebê trouxe alívio e tranquilidade naquele momento.

- Porque a gente tá vendo ele, que tá tudo bem, sente o calor dele, o cheirinho, então é muito bom, eles deixam bastante tempo. [E10]

- Da Camila os pediatras já tiraram, botaram no bercinho e foram examinar. Dela primeiro botaram em mim, depois que foram examinar, colocaram um tempinho. Eu acho melhor esse jeito, esse contato, já vê a criança. Mesmo sujinha, mas não tem problema não. [E35]

O momento desse parto foi permeado por uma sensação maior de insegurança pelas experiências negativas ocorridas no parto anterior, quando a criança necessitou de maiores cuidados neonatais. Foi enfatizada a importância do contato com a criança logo ao nascimento, para tranquilizar a mãe. Nesses casos a mulher necessita ver o bebê para ter a certeza que está tudo bem.

- Do primeiro não teve, talvez porque ele foi prematuro, de 8 meses. Ele nasceu e aí a pediatra pegou e só abriu o lençolzinho e me mostrou o sexo dele, eu olhei, e depois já levou, não vi mais. Desse aqui ficou comigo, fiz carinho nele, só não mamou na hora, mas eu fiquei com ele. Do segundo foi bem melhor, ele ficou perto de mim, vi o tempo todo ele do meu lado, elas fazendo tudo nele, eu vi tudo, do outro eu não vi nada... [E3]

- Do meu outro filho, ele foi direto pra incubadora por que tava com taxa elevada de açúcar no sangue, ele não ficou comigo. Do outro só vi assim de longe, na mesma hora, só fui ver ele no outro dia, que não deu pra ver ele no mesmo dia, que ele tava no sorinho. [E13]

Além de ter tido uma experiência anterior onde seu outro filho necessitou de um cuidado maior, nessa gravidez a mulher teve o agravante da médica do pré-natal ter

comentado que o seu bebê iria nascer com baixo peso. Essa preocupação, nesse caso permeou todo o período de gestação e só foi amenizada depois que ela pôde estar em contato com o seu filho no nascimento.

- O Emerson foi direto pra UTI. Eu achei que foi bom o contato, que você se sente mais aliviada, eu mesmo passei os nove meses meio que preocupada, que a médica falou que ela ia ser muito pequena, então você fica naquela esperança de ver logo, sentir, daí eu achei legal. [E22]

A insegurança e a necessidade de verificar se o bebê possui alguma malformação foi relatado como uma experiência negativa no parto anterior, o que não ocorreu nesse. O fato do pediatra realizar o exame físico do bebê no colo da mãe, trouxe tranquilidade, pois a mulher pôde acompanhar todos os passos.

- Do João Vítor, meu outro filho só deram ele pra mim dar um beijinho, mostrou o rostinho e depois levaram. Do Miguel foi melhor, de ficar juntinho, você já olha, ele até silencia! Bem mais seguro. Do João Vítor como eu só vi o rostinho então não via a hora de chegar no quarto e olhar tudo! Do Miguel não, eles já mostram ali na hora, e até pra eles dar as primeiras examinadas, tá ali do lado, antes eles tiravam, não sei se era nas minhas costas, que a gente não via nada, agora não, é bem do lado, você pode virar o pescoço e ver. [E26]

A mudança dessa prática assistencial na instituição foi percebida, e houve a reflexão dos aspectos positivos e negativos dessa nova proposta. O fato do bebê permanecer o tempo todo sob os cuidados diretos da mãe trouxe um desgaste físico para a mulher, que não conseguia descansar durante o período noturno. Entretanto, a percepção de um apego maior da criança com a sua mãe foi sentida.

- Eu vi a mudança, senti bastante, porque da outra vez o neném não ficava com a mãe, e agora fica o tempo todo, tem as coisas boas e as coisas ruins. O bom é que você fica o tempo todo com a criança, você fica mais segura, só que tem a parte ruim, eu não consegui dormir à noite, porque ela tava sentindo fome, o meu leite ainda não tá saindo, ela sofreu e eu também pra dormir à noite, então, se a gente conversasse, aí pegava um tempinho só pra mãe descansar um pouco à noite. Eu senti diferença com ela agora, que ela não consegue mais ficar, assim quando coloco ela no bercinho, já sente a diferença, quer ficar junto comigo, ficou bem apegada. [E14]

4.6.1.3 Emoção para a mãe

A emoção da mulher no primeiro momento em que ela vê o seu bebê foi relatado por 5 (15,6%) participantes do estudo. Duas mulheres citaram que além da emoção também perceberam que seus bebês se acalmavam e paravam de chorar ao contato, e a razão atribuída pelas participantes era o reconhecimento da criança com a mãe.

- Eu acho, uma coisa bem emocionante, imaginou? Acaba de nascer e você já pode... ela já mamou logo em seguida, foi maravilhoso! Adorei. [E16]

- Então eu acho que o primeiro contato é bem importante, primeiro que é emocionante, na hora que colocaram em cima de mim assim, e acho bem legal, que a criança sente né? Tá ali e ela sente que é a mãe, se acalma, fica calminha, na hora que eles colocaram ela já parou de chorar. [E21]

Apesar da mulher já ter tido outros filhos, a percepção desse parto foi diferente pela possibilidade que ela teve de um maior contato com o seu bebê logo após o nascimento, o que trouxe uma emoção maior naquele momento.

- Foi a hora que eu chorei. Das outras vezes só colocaram ele pra dar um beijinho no neném, mas dessa vez colocaram e cortaram o umbiguinho assim, e aí eu comecei a chorar, porque é emocionante, né? A gente ver assim, nossa! Eu acabei chorando. [E15]

- Esse foi o único que realmente colocaram direto em cima do meu peito, agora dos outros fiquei acompanhando, olhando pro bercinho e conforme eles limpavam eu já fiquei com o neném. Senti diferente, por ser o terceiro, que no caso seria uma coisa que, já tenho outros filhos não precisaria ligar tanto, já me emocionei mais, então acho legal. De poder deitar ele em cima de mim, acho que dá mais emoção. [E8]

Uma analogia com os marsupiais foi citada, justificando a necessidade desse primeiro contato da mãe com o seu bebê.

- Emoção né? Deu até vontade de chorar. É bom o calor humano da mãe, igual o canguru, o canguru não carrega o bebezinho naquele saquinho? Igual a gente, a gente carrega os nove meses e depois que sai a gente quer ter o primeiro contato, né? [E32]

Formação de vínculos

A formação de vínculos foi citado por 3 (9,4%) entrevistadas como uma razão importante para o contato pele a pele após o nascimento.

- Eu acho importante pra gente ter o contato, se conhecer, pra gente manter já laços, a gente já tem, mas assim acho que o laço fica mais forte. [E5]

O vínculo que se forma entre a mãe e seu bebê desde o útero foi lembrado, assim como o reconhecimento da criança quando ela foi colocada em contato com a sua mãe.

- Uma ligação muito bonita entre mãe e filho, eu acho que a primeira pessoa que ele vê quando nasce e passa a conhecer é a mãe. Quando ele nasce e abre o olhinho, já enxerga é a mãe. Foi bom demais, gostei! Eu acho que ele começa mesmo a perceber o carinho da mãe, uma ligação muito forte que ele fica nove meses com a gente, aí de repente tira ele assim, vai sentir, ele sente o cheiro, que fica nove meses ali, reconhece a mãe, não tem jeito, quando nasce sabe que é a mãe. [E18]

Apenas 1 (3,5%) entrevistada citou que além do apego, o contato foi importante, pois proporcionou maior segurança tanto para mãe como para o bebê.

- Eles deixaram em cima de mim mesmo, perguntaram se eu tava sentindo bem, se dava pra segurar a neném, eu fiquei o tempo todo. Tanto é que eu subi com ela na maca. Eu acho importante, que é uma segurança pra mãe e pro bebê, e parece que eles se apegam mais, que nem, minha filha já veio mamando, na hora que colocaram ela em mim na sala, ela já tava mamando. [E23]

4.6.2 Não tiveram contato pele a pele no parto

Um grupo de 6 (17,1%) entrevistadas relatou que não teve a experiência do contato pele a pele com o bebê logo após o nascimento. Segundo justificativas apontadas e levantamentos dos registros em prontuários, verificou-se que:

Em um caso o bebê nasceu com baixo peso além de estar no limite para a prematuridade. Após o exame da equipe de neonatologistas, o bebê foi liberado a

permanecer com a mãe no alojamento conjunto. A mãe citou a importância de ter visto o seu bebê logo ao nascimento pela ansiedade da espera da gestação.

- Acho que você tá esperando 9 meses pra ver a carinha, então na hora que nasce você quer logo ver, olhar. Na minha primeira filha ela falou: mãe olha aqui o seu bebê, me mostrou, falou pra dar um cheirinho na cabecinha dela, e agora também ela fez, só mostrou e botou pra mim dar um cheirinho nela, e aí levou, que daí depois ela cuidou dele e já subiu junto comigo também, enquanto ela tava cuidando dele, o médico tava cuidando de mim. [E9]

Nesse relato, a entrevistada afirmou não ter tido o contato pele a pele no nascimento, mas ao levantamento dos dados de prontuário, havia o registro do bebê ter sido colocado em seu colo. Essa participante opinou que o bebê deve ser mostrado à mãe depois que foi limpo, pois a mãe naquele momento está cansada devido ao trabalho de parto e parto. Houve uma valorização do momento do pós-parto imediato, onde a participação do pai da criança é importante para a formação dos vínculos familiares, o que não ocorria em um período anterior.

- O médico deu pras enfermeiras, elas colocaram na caminha, limparam ele todinho, e daí vieram. Aí colocou, eu olhei ele, aí tiraram de mim. Eu não acho que deve ir direto, sujo. Não, tem que limpar primeiro. É bom que limpe, ele tá lá todo sujo, vai mostrar pra gente, principalmente no normal, a gente tá cansada, aí trazer pra gente? Não acho, não! Primeiro leva ele, limpa bem limpinho, depois traz pra mãe conhecer o neném. Eu achei interessante, que agora tá assim, você ganha neném, vai pra uma salinha, dá de mamar, a gente fica com nossos esposos. É, que tem mulheres que não gostam que o pai assista ao parto, mas gosta de ficar depois. Aí achei muito bonito, meu marido na salinha e o neném, também ficou feliz, antigamente ele via o neném era outro dia. Ele vinha antes da visita, agora não, eu achei muito bonito, vem antes da mãe subir pro quarto. [E28]

Pelo fato do bebê ter apresentado mecônio no líquido amniótico antes do parto, foi apontado que a equipe de pediatras teve que realizar a aspiração das vias aéreas logo ao nascimento e somente depois desse procedimento o bebê foi colocado ao seu lado. A entrevistada valorizou esse primeiro contato com seu bebê como uma forma de transmitir segurança para a criança além dela mesma se sentir mais segura com o seu bebê junto na maca.

- Não foi colocado porque ela fez cocô na barriga, precisou fazer a limpeza no nariz, depois ele me deu ela, assim que eu saí da mesa de parto, na maca ele já colocou do meu lado, ficou pertinho de mim, não podia mamar. Do meu outro filho puseram pertinho de mim, cheguei a encostar o rosto nele, mas não colocou junto na maca. Achei melhor, a gente parece que fica mais segura, eu acho que é melhor. Eu acho importante o primeiro contato direto com a mãe, logo que nasce é uma coisa importante, transmite segurança pro bebê. [E20]

Uma entrevistada referiu ser importante a criança ficar junto da mãe ao nascer, e acredita que seu bebê não foi colocado em contato pele a pele no momento do nascimento por ela ter evacuado no momento do parto. Valorizou a permanência do bebê com a mãe como uma experiência prazerosa e que proporciona tranquilidade à mulher.

- Colocou no bercinho primeiro e depois colocou do lado. E depois pôs de novo lá pra limpar, que eu sei que na hora que fui ganhar eu tava evacuando, acho que deve ser por causa disso também. Do Jonas, naquele tempo acho que era diferente, eu fiquei admirada porque eu acho legal o neném estar bem e ficar com a gente logo, eu achei bom. A gente quer que esteja junto, é mais gostoso, fica mais tranquilo ele tando com você, ele tando saudável, agora se tivesse algum problema... [E27]

Nesse relato, além do parto ter causado um ferimento no seu bebê, a própria entrevistada se sentia muita fraca e exausta pelo longo período do trabalho de parto, e assim, teve medo de segurar o bebê e ele vir a cair.

- Foi pro bercinho por causa que furou a cabecinha, aí só me mostrou. Diz que foi por causa do fórceps. Eu acho que faz parte, o importante é vir com saúde. Pra mim ela mostrou, deu um cheirinho e tira, que aquele momento a gente tá morrendo, sei lá, tá cansada, né? Acho que tem vezes você fica com medo, eu tava fraca, quase dois dias tomando soro, então eu não queria nem ficar com ele, tremendo, tenho medo de derrubar. [E30]

Em uma entrevista, a participante relatou não ter percebido mudanças em relação a esse primeiro contato com o bebê, dos partos que teve. Ao se verificar no prontuário, não houve nenhuma razão que justifique essa separação levando-se em consideração as condições clínicas da mãe e do bebê, o que confirma que essa rotina ainda não está totalmente sedimentada na equipe.

- *Do mesmo jeito, eles não encostam, geralmente só levam pertinho de você e mostram e falam o sexo e aí já faz tudo. Só mostraram, encostou bem pertinho e mostrou, não chegou a deitar no colo, não puseram, em nenhuma das três. [E19]*

Ao se proporcionar o contato pele a pele da mãe com seu bebê ao nascimento, só estamos devolvendo à mulher o que foi retirado com a institucionalização do parto, a chance dela poder cuidar do seu filho desde o início. Kitzinger (1978) coloca em seu estudo antropológico sobre mães, que o comportamento humano muitas vezes ignora alguns elementos biológicos, e freqüentemente a cultura modifica-os de tal modo que as ações resultantes são inadequadas. Quanto mais o parto for controlado por especialistas, maior será a probabilidade de que o comportamento da mãe seja afetado por fatores externos e sociais e não fatores provenientes do seu próprio corpo.

Para Dahlke (2005), depois de uma campanha de séculos para a imediata separação da mãe e do filho logo depois do parto, a medicina convencional hoje constata surpresa que o resultado de todas as pesquisas apontam para os benefícios dessa não separação. A principal razão colocada para a separação era o risco de infecções, e após estudos, foi comprovado cientificamente que o alojamento conjunto diminui esse risco, além de trazer outros benefícios como amamentação mais bem sucedida e o desenvolvimento dos vínculos mãe-filho. O biólogo Vitrus Dröschner (1984) apud Dahlke (2005), parte do princípio que o "instinto materno" já existe na mulher ao ter o seu bebê, mas o "amor materno" tem que se desenvolver aos poucos durante os primeiros dias, assim, esse período é decisivo para a relação mãe e filho. Segundo Dröshner, o amor materno dos homens foi perturbado pelo intelecto.

Nessa perspectiva, acredita-se que se estamos em busca de proporcionar uma assistência mais humanizada à mulher no processo de parturição, todos esses aspectos devem ser considerados quando normas e rotinas institucionais forem estabelecidas.

4.7 Tricotomia

A tricotomia é a retirada dos pêlos em qualquer parte do corpo como um preparo para uma intervenção cirúrgica. Esse procedimento pode ser realizado por meio de barbeador com lâmina removível, barbeador descartável, tricotomizador ou cera depilatória.

A prática da raspagem do pêlos pubianos foi adotada como um preparo necessário para o parto institucionalizado, quando este se tornou uma intervenção cirúrgica e não um processo fisiológico. No estudo realizado por Sodré (2000), investigando os processo de trabalho na assistência ao parto em cinco instituições do município de Londrina, a tricotomia apareceu como obrigatória para os profissionais, pelo uso rotineiro da episiotomia nos partos normais.

Independentemente da história obstétrica da mulher, tem havido uma decisão de se realizar a episiotomia para toda parturiente, sem que o profissional comunique ou peça autorização para a realização do procedimento. Além disso, a tricotomia total tem sido preconizada como um "viés de cesárea", pela possibilidade de todo parto evoluir para um ato cirúrgico.

No estudo citado acima, os profissionais entrevistados acreditam que a parturiente continuará sendo submetida à retirada dos pêlos, muito embora esta seja parcial, ou melhor, serão removidos somente os pêlos da região perineal ou supra-púbica no caso de parto normal ou cesárea, respectivamente por meio do uso de tesoura ou tricotomizador. Concluindo, a tricotomia é necessária no caso específico de excesso de pêlos, entretanto não deve ser realizada rotineiramente (Sodré, 2000).

Em relação à incidência de infecções do sítio cirúrgico com o tipo de tricotomia realizado, segundo resultados de estudos do grupo técnico de infecção hospitalar da Secretaria do Estado de São Paulo, foi constatado que: pacientes que foram submetidos à tricotomia com lâmina de barbear tiveram uma incidência de infecção incisional de 5,6% ao passo que foi de 0,6% quando foi usado o creme depilatório. Constatou-se que a remoção de pêlo com lâmina de barbear, em cirurgias simples, ocasionou infecção incisional de 2,3% e com barbeador de 1,7%, enquanto foi de apenas 0,9% quando não se fez a retirada de pêlo.

O problema da infecção não se encontra na remoção dos pêlos, mas sim no risco de lesões microscópicas ou macroscópicas na pele ao se realizar esse procedimento, dependendo do material utilizado. Essas lesões produzem inflamação folicular ou até mesmo extravasamento de plasma, ao retirar a proteção natural da pele, constituindo-se substrato para proliferação bacteriana (São Paulo, 1989).

A prática da remoção dos pêlos pubianos foi incorporada no universo cultural das mulheres que passam a associar o momento da internação com a necessidade de depilação da região perineal, e vários são os motivos atribuídos à essa prática, que vão desde a associação dos pêlos pubianos com a falta de higiene íntima até a exigência dos profissionais que assistem a mulher e a questão da vergonha das mulheres em expor essa região.

Outro ponto de vista a ser considerado em relação à tricotomia é a questão da assexualização da mulher no momento do parto. Kitzinger (1978), em seu estudo antropológico sobre a maternidade coloca que a raspagem dos pêlos faz parte do cerimonial do parto hospitalar, é uma forma de assexuar a mulher, prática com a qual se regride sua genitália às características da fase infantil. O profissional que vai dar assistência ao parto focaliza apenas os órgãos reprodutores, sem associação com a sua função sexual.

No HU-USP, a prática da tricotomia no momento da internação das parturientes sofreu modificações no decorrer dos anos, variando desde o material utilizado até a amplitude da região a ser tricotomizada. A tricotomia ampla e total da região púbica e vulvar era realizada rotineiramente em todas as parturientes até o final dos anos 90.

À partir de estudos que comprovaram que além dos riscos maiores de infecção pela realização dessa forma de raspagem dos pêlos, havia um questionamento quanto à sua finalidade, uma vez que o "viés de cesárea" ocorre em apenas cerca de 30% dos casos. Desde então, ficou estabelecido que a tricotomia rotineira para todas as parturientes deve abranger apenas a porção média inferior dos grandes lábios até próxima à região do ânus, em ambos os lados. Essa medida ainda perdura e podemos denominar como "viés de episiotomia", com uma tendência a ser questionada em um momento futuro, uma vez que a realização de episiotomia rotineira é uma prática que foi abolida, e os índices da sua realização apresentam decréscimo na instituição como será tratado no tópico seguinte.

O material utilizado para a realização da tricotomia, inicialmente, era o aparelho de barbear com lâmina removível, que, ocasionalmente, causava lesões sangrantes na pele, dependendo da destreza do profissional que manuseava. Com o progresso dos materiais descartáveis, esse tipo de barbeador foi substituído pelo barbeador descartável, muito mais seguro uma vez que evita a ocorrência das lesões macroscópicas. Todavia observa-se que há a necessidade de se utilizar vários aparelhos no caso de locais com excesso de pêlos. O uso do tricotomizador hospitalar foi testado, porém seu uso é muito restrito para essa área por não poder ser utilizado em mucosas e nem locais úmidos, além do seu alto custo operacional.

O ritual da retirada dos pêlos pubianos na internação das parturientes é realizado na admissão da mulher no CO, onde uma auxiliar ou técnica de enfermagem, após orientar quanto à troca do vestuário, solicita à parturiente que se deite e faz uma inspeção visual da área genital e realiza a tricotomia com aparelho de barbear quando há presença de pêlos na região inferior dos grandes lábios. Nos casos de indicação de cesárea já na internação, a tricotomia é realizada somente na região do baixo ventre e supra-púbica. Em situações de indicação de cesárea de urgência, a tricotomia na região supra-púbica é realizada rapidamente antes de se encaminhar a paciente à sala de parto.

Neste estudo, em relação à raspagem dos pêlos pubianos, primeiramente foi perguntado às mulheres quais os seus hábitos em relação à isso, e foram encontradas três situações: mulheres que costumam realizar sempre a raspagem dos seus pêlos pubianos, mulheres que realizam somente em situações específicas como ida ao médico ou na gestação e aquelas que não costumam se depilar.

Na Tabela 14 encontram-se apresentados os resultados em relação a essa temática.

Tabela 14 - Hábitos das entrevistadas em relação à retirada dos pêlos pubianos. HU-USP, São Paulo, 2006.

Hábitos das mulheres em relação à retirada de pêlos pubianos	N	%
Costuma fazer	18	51,4
Faz em situações específicas	10	28,6
Não costuma fazer	7	20,0
Total	35	100,0

Constatou-se que 18 (51,4%) das mulheres costumam realizar alguma forma de retirada de pêlos da região genital, mesmo fora do período de gestação. Um grupo de 10 (28,6%) mulheres relatou não ter o costume de realizar a depilação nessa região, porém o fazem antes de irem a um ginecologista ou em períodos de gestação, quando sabem que poderão necessitar de um atendimento médico a qualquer momento. Somente 7 (20%) das entrevistadas referiram não ter o hábito de realizar preparo ou depilação na área genital no seu cotidiano.

Quanto às opiniões sobre a retirada dos pêlos em região genital, estas foram divididas em três grupos conforme os hábitos relatados pelas mulheres:

4.7.1 Costuma fazer

Das entrevistadas, 18 (51,4%) mulheres referiram que rotineiramente realizam a retirada de pêlos pubianos seja através de cera depilatória ou raspagem com lâmina. Todas referiram que foi necessária uma complementação desse preparo no momento da internação. As razões atribuídas para esse prática foram a higiene, costume pessoal e orientação anterior de um profissional.

Higiene

A questão da higiene nessa região foi citada pelas mulheres, e a retirada dos pêlos pubianos esteve associada com uma percepção de maior limpeza na região.

- *Eu sempre costumo raspar, eu acho que a gente fica mais limpinha, eu gosto. [E16]*

- *Costumo fazer, eu vim limpinha, mas a moça falou que precisava fazer um pouco mais. Costumo fazer, porque eu acho que é higiênico. [E22]*

- *Eu tava assim, quase pronta, tinha pouca coisa que ela teve que terminar. Faço sempre um pouquinho, não assim direto, tudo não. Fora da gravidez corto, mas não tudo. Eu acho assim muita falta de higiene, pela higiene. [E18]*

A questão da anatomia e fisiologia do corpo feminino foi lembrada como um fator para que a depilação seja realizada sempre. Houve a crença que a genitália feminina estaria

menos suscetível a infecções nos períodos menstruais, decorrente da retirada dos pêlos pubianos.

- É um costume, que eu acho que isso é uma falta de higiene, eu acho a mulher depilada é uma higiene melhor, tem que fazer, mesmo no tempo da menstruação ajuda a não pegar infecção nos pelinhos.[E25]

- Em casa eu raspo, falta de higiene, eu acho que mulher vai muito ao banheiro, mulher tem menstruação, vai ao banheiro fazer xixi, acho que a gente fica... pra mim eu faço isso, não sei se faz bem. [E30]

A depilação do pêlos pubianos foi intensificada no período próximo ao parto, pois a mulher acredita que há a necessidade de manter a região limpa e livre dos pêlos para a passagem do bebê.

- Sempre que eu tomo banho faço uma depilação, mas quando estou nos dias pra ganhar, tiro tudo, depilo tudo, só que aqui eles fazem com gilete mesmo e aí tira o restante. Acho que é necessária pela higiene, e também é uma coisa bem delicada que é por onde a criança vai sair. Eu acho, isso daí não tem como... fora de discussão, tem que raspar! [E21]

Mesmo com a retirada dos pêlos pubianos, a mulher ainda reconheceu a necessidade que seja realizada novamente a raspagem, pois se sentiu insegura e acreditava que não tinha conseguido retirar todos os pêlos da região.

- Tem que fazer, mais higiênico. isso foi uma das coisas que eu mais estranhei quando cheguei, ainda perguntei pra uma moça e ela falou "não, não vai precisar, você já fez em casa", como eu te falei, já estava esperando então a gente já aprende tudo, eu já me adiantei, embora achei que eles iam tentar tirar mais, porque lá em baixo mesmo eu não consegui muito, que eu não consigo ver.... [E3]

Costume pessoal

A depilação na região supra-púbica e perineal apareceu como uma prática incorporada na população feminina abordada, sendo vista como algo natural entre as mulheres.

- Eu já venho de casa preparada de casa, é normal eu me depilar, sempre faço. [E14]

- *Eu já tinha me preparado um pouco antes, há uns dias antes eu tinha feito depilação, aí só tinha uns... ela passou bem de leve e não precisou fazer. Eu costumo depilar sempre, mesmo não grávida, é um costume já. [E20]*

Mesmo que a mulher já tenha sido orientada por um profissional quanto ao papel de proteção dos pêlos pubianos e os riscos da constante depilação nessa região, ainda se constatou uma persistência desse costume nessa população.

- *Já venho pronta de casa, sempre, mesmo não tando grávida, é um costume meu, o ginecologista já deu bronca, que ele disse que isso não pode, estar raspando tudo assim, que é uma proteção, então ele já disse... [E19]*

Por já saber que a tricotomia irá ser realizada com o um aparelho de barbear na internação para o parto, nesse caso, a mulher preferiu se adiantar para não sofrer as consequências de reações alérgicas na região perineal, que poderiam se sobrepor caso tenha que ser realizada a episiorrafia no parto.

- *Eu tinha feito depilação de manhã que eu tenho alergia a gilete, fica cheio de carocinho, e daí, vai que eu passo barbeador e tomo ponto e daí começa a coçar, vai juntar uma coisa com a outra, já que tenho que fazer, então vou lá fazer a depilação antes. [E29]*

Orientação de um profissional

O fato de ter sido criticada em algum momento quando foi atendida por um profissional da saúde reforça nas mulheres a importância de um preparo antes de se buscar atendimento médico.

- *Eu já tinha raspado em casa, mas por causa da barriga, quando eu cheguei a menina teve que arrumar direitinho, que num devia de estar muito bonito. Eu sempre fiz, mesmo não estando grávida, que eu acho que fica melhor. Às vezes o médico reclama muito, quando a gente vai passar "ah mãe, não sei porque tá esse monte de cabelo...", mas cada um... tem uns que prefere aparado. [E15]*

4.7.2 Faz em situações específicas

Constatou-se que 10 (28,6%) mulheres responderam que realizam a raspagem dos pêlos pubianos somente em situações específicas, como em caso de consulta ao ginecologista e durante a gestação. As razões atribuídas a esse preparo foram: a consulta ao médico, vergonha de se expor, evitar dar trabalho para os profissionais que irão atendê-la e por ter tido uma experiência anterior onde o profissional se queixou dela não ter feito a depilação previamente.

Atendimento médico

A gestação e o parto foram fatores incorporados nas mulheres para a realização da raspagem dos pêlos pubianos nesse período, com o intuito de manter a região o mais limpa possível e com associação à uma eventual necessidade de episiotomia e episiorrafia. A depilação prévia foi vista como uma conscientização da mulher para evitar contaminação no local.

- É bom porque é um lugar que tem que estar bem higiênico, né? De repente a pessoa não sabia, adiantou um pouco, tava esperando pra outro dia, aí pelo menos tem a garantia que eles vão estar fazendo essa limpeza. [E8]

- Eu já vim prevenida, me depilei na minha casa. Acho que vem da consciência de cada mulher, né? Se ela tem como se depilar, quando vai chegando perto de ganhar, melhor se depilar em casa. Acho que tem que se depilar porque deve ficar alguns pêlos por baixo e se precisar cortar, alguma coisa, eu acho que deve contaminar sim. [E32]

- Eu mesma me depilei, às vezes eu corto um pouco, ou quando eu vou no ginecologista, eu faço tudo. E na gravidez, eu fiz tudo, nessas emergências eu faço é cortar assim, que eu acho que não tem muita precisão de fazer tudo... [E27]

Vergonha

A vergonha da exposição dos pêlos ao profissional de saúde que irá atendê-la apareceu como um dos motivos para se depilar previamente.

- *Eu sempre me raspo, só que não me raspo tudo, só embaixo e dos lados. É porque eu acho que quando você vai no médico dá uma vergonha, e também por causa da higiene, pra não ficar um monte de pêlo. [E35]*

Evita dar trabalho

A experiência de ter tido os pêlos pubianos raspados na internação anterior reforçou a prática de se preparar quando se aproxima o final da gestação, para evitar que esse procedimento seja realizado no hospital. Novamente esse preparo foi afirmado como uma conscientização que a mulher deve ter no final da sua gestação.

- *Eu acho que é melhor, não precisa se preocupar em atrapalhar o serviço deles, o parto. [E13]*

- *Primeiro é bom que você não vai dar mais trabalho e depois, você fazendo em casa é melhor, que eu tenho medo de me cortarem também, eu já prefiro fazer em casa. Só da primeira que não tinha me raspado porque não sabia como que era, ninguém nunca me falou, então da segunda, quando entrou os 8 pros 9 mese eu já fazia com frequência, pra se acontecer alguma emergência...[E9]*

Queixa anterior de um profissional

A orientação do médico quanto aos pontos negativos dessa prática foi relatada, porém a experiência de ter sido criticada em internações anteriores por não ter se depilado fez com que a mulher realizasse esse preparo previamente.

- *Não costumo fazer porque a minha médica acha que onde tem pêlo é proteção contra bactéria, mas eu raspei porque eu tava vindo pro hospital, não que eu sou acostumada. É, porque das duas outras vezes que eu vim elas raspavam, e ainda comentaram, "ai mãe você nem se raspou?" então eu me raspei. [E23]*

4.7.3 Não costuma fazer depilação ou raspagem dos pêlos pubianos

Um grupo de 7 (20,0%) mulheres referiu que não tem o costume de fazer depilação na região pubiana, mas todas acreditavam que na internação para o parto esse procedimento se torna necessário.

- É bom, pelo menos não cai, como fala..., pelinho, fica tudo organizado. [E7]

A dificuldade da mulher realizar sozinha a raspagem dos pêlos pubianos, no final da gravidez, foi citada. A retirada dos pêlos foi justificada por uma eventual necessidade de episiotomia e episiorrafia.

- Eu acho que é bom, se fosse pra gente fazer em casa é difícil, não dá pra ver por causa da barriga, então fazer aqui é melhor. A raspagem é necessária, se precisar cortar, já tá melhor pra ver os pontos sem os pelinhos. Eu acho que atrapalha e deve ficar mais ruim, com os pontos e com os pelinhos. [E31]

A raspagem dos pêlos pubianos foi uma prática já incorporada no universo dessas mulheres, seja pela crença de uma maior higiene na região, assim como destinado a permitir o uso de vestuários que exponham maiores partes do corpo em locais públicos de banho.

A exposição da genitália sem a retirada dos pêlos pubianos, mesmo que para um profissional da saúde, foi referida como vergonhosa e associada a uma percepção de sujidade e desleixo da mulher.

Sobre esse tema todas as mulheres abordadas relataram que a tricotomia é uma intervenção necessária como um preparo para o nascimento, provavelmente resultante da percepção do parto como uma intervenção cirúrgica, pelas intervenções frequentes dos profissionais no atendimento ao parto, como episiotomia, fórceps ou parto cesáreo. A associação direta com o corte e sutura no parto vaginal reforçam essa percepção entre as mulheres, da necessidade da realização da raspagem dos pêlos, apontando sempre para a questão da higiene com a sua retirada. Então, a tricotomia dos pêlos pubianos na internação para o parto não causa à mulher nenhum constrangimento ou questionamentos, e a sua não realização sim causa estranhamento para a mulher.

Uma grande maioria das mulheres abordadas neste estudo já realizava algum tipo de retirada de pêlos na região pubiana, assim não haveria uma real necessidade de se refazer a

tricotomia no local. Nas instituições esse procedimento poderia ser reduzido somente para as mulheres que apresentassem grande quantidade de pêlos que atrapalhassem a visualização do local a ser suturado, isso nos casos em que tivesse sido realizada a episiotomia. A questão da tricotomia passa também por uma percepção do profissional que atende ao parto, a presença de pêlos pubianos deve ser vista como uma característica natural e a sua retirada deve ser feita somente em casos específicos diante da necessidade de intervenções locais.

4.8 Episiotomia

O termo episiotomia etimologicamente significa "corte do púbis" (episeion = pubis e temno = corte). Dados históricos remontam ao ano de 1742, quando foi utilizada a episiotomia pela primeira vez por Sir Fielding Ould, na Irlanda, para vencer a rigidez perineal e favorecer a saída do feto. A prática da episiotomia disseminou-se e teve seu auge com as publicações de Pomeroy em 1918 e Delee em 1920, incentivando a sua prática na assistência obstétrica. Com o tempo, esse procedimento que tinha um uso seletivo e terapêutico passa a ser uma intervenção profilática, indicada principalmente em primíparas. As finalidades atribuídas para a realização desse corte são: evitar lesões permanentes no períneo, facilitar o parto no caso de períneo rígido e abreviar o parto quando há alterações do feto (Scetti et al., 2005).

A recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), em seu Guia Prático de Assistência ao Parto Normal, indica o uso restrito da episiotomia, sem ultrapassar a frequência de 10% dos casos. No estudo retrospectivo realizado por Scetti et al. (2005), foi demonstrado que a frequência de episiotomia encontrada em um hospital na cidade de Corrientes na Argentina durante um período de 4 anos (2000 a 2004), foi de 20% dos partos, sendo que em primigestas foi realizada em 70% dos casos.

No nosso meio, Schneck (2004) estudou as seguintes intervenções utilizadas em um Centro de Parto Normal na região metropolitana da cidade de São Paulo: amniotomia, monitorização fetal eletrônica, uso de ocitocina e episiotomia, em uma população de 830 mulheres durante 4 anos. Em relação à essa última intervenção, foi encontrada uma frequência de 26,5% dos partos normais em que utilizou-se a episiotomia. A proporção foi de 43,3% em nulíparas e 15,9% em múltiparas. Na instituição estudada constatou-se proporção semelhante de integridade perineal e taxa de episiotomia, e a proporção do trauma perineal de segundo grau foi quase três vezes menor que o de primeiro grau, isto é, em pele e mucosa.

No HU-USP, pelo fato de ser um hospital-escola, a ocorrência de episiotomia durante o parto normal sempre se manteve em níveis elevados, seja pelo ensino aos alunos que estagiam na área, como pela crença dos profissionais que ali atuam. Porém, nos últimos cinco anos percebeu-se um decréscimo na frequência desse procedimento. Esse movimento teve um início provável em decorrência da publicação de evidências científicas demonstrando

que a sua utilização não oferece a proteção do períneo como se acreditava. Os primeiros questionamentos partiram de enfermeiras da unidade que buscaram respostas às suas dúvidas por meio de estudos acadêmicos voltados a esse tema.

Scarabotto (2004) investigou a utilização da enzima hialuronidase na prevenção de lacerações perineais no parto normal, e para isso realizou um teste-piloto na referida instituição em 2002. Nesse estudo realizado em um Centro de Parto Normal de uma entidade filantrópica localizada na cidade de São Paulo, com uma amostra de 134 parturientes, sendo 67 pertencentes ao grupo controle e 67 do grupo com uso de hialuronidase injetável no períneo. Os resultados confirmaram que a utilização da enzima hialuronidase injetada no períneo, durante o segundo estágio do parto reduz a frequência e o grau de lacerações perineais no parto normal.

Outro ponto que gerava dúvidas entre as enfermeiras e médicos do CO era a crença que a utilização de vaselina líquida durante a expulsão do pólo cefálico poderia evitar roturas na região perineal. Para esclarecer essa dúvida, Araújo (2004) realizou uma investigação experimental buscando a relação entre traumatismos perineais nos partos normais e a utilização de vaselina líquida no período expulsivo. A coleta de dados desse estudo foi realizada em outra instituição apesar da enfermeira atuar no HU-USP, pelas dificuldades operacionais encontradas ali. Nesse estudo experimental foi investigada uma população de 76 parturientes, divididas em dois grupos, o primeiro com a utilização da vaselina líquida no período expulsivo e o segundo grupo sem a utilização desse produto. Os resultados encontrados apontam que não houve diferenças estatísticas tanto na frequência de laceração perineal como no grau, em função do uso da vaselina. À partir desses resultados, foi desmistificada a crença entre os profissionais dos benefícios do uso da vaselina líquida no período expulsivo. Pode-se dizer que esses dois estudos iniciaram os questionamentos em relação à prática diária da episiotomia entre os profissionais que assistem aos partos no CO do HU-USP.

Para seu estudo, Scarabotto (2004) realizou um levantamento retrospectivo nos livros de registros do CO do HU-USP no período de abril de 2001 a abril de 2002 e verificou uma frequência de 91,5% de episiotomia realizadas nos 1.837 partos normais ocorridos. A constatação do declínio na frequência da realização da episiotomia na instituição é demonstrada segundo um levantamento realizado durante o ano de 2006, onde foi

encontrada uma frequência de 44,7% de episiotomias realizadas nos 1.774 partos normais atendidos no ano. Esses índices ainda estão muito acima dos preconizados tanto pela OMS em 10%, assim como pela "Iniciativa Amiga da Mãe" (Mother-Friendly Childbirth Initiative), que preconiza frequências de 20% ou menos nos partos normais (Gaskin, 2003; CIMS, 2006). Porém, apesar das altas frequências encontradas nesta instituição, um aspecto animador é a tendência à diminuição dessa intervenção, que vem ocorrendo persistente e gradativamente durante esses anos sem nenhuma intervenção por parte das chefias ou da administração do hospital.

Indícios de uma mudança cultural entre os profissionais da instituição no manejo do períneo nos partos normais e estudos mais aprofundados devem ser realizados sobre o tema no futuro. Outros aspectos a serem enfocados, sobre esse assunto, visando a melhoria na qualidade da assistência oferecida na instituição são em relação à possibilidade do parto ocorrer em outras posições que não a litotômica e um acompanhamento dessas mulheres quanto à recuperação da musculatura perineal no pós-parto.

Das 35 (100%) entrevistadas, 8 (22,9%) tiveram episiotomia nesse parto (cinco em parto normal e três devido ao parto fórcepe), e uma maioria de 27 (77%) mulheres não tiveram, conforme tabela abaixo.

Tabela 15 - Partos vaginais e intervenções em relação ao períneo das entrevistadas nessa internação e em experiência anterior. HU-USP, São Paulo, 2006.

Parto e períneo	Internação atual		Internação anterior*	
	N	%	N	%
Parto normal + períneo íntegro	13	37,1	4	12,9
Parto normal + rotura	14	40,0	3	9,7
Parto normal + EMLD	5	14,3	18	58,1
Parto fórcepe	3	8,6	6	19,3
TOTAL	35	100,0	31	100,0

* Quatro entrevistadas não possuíam o prontuário da internação anterior, que foi desmembrado em 1997 devido falta de espaço físico para a guarda no SAME

A comparação com a experiência anterior foi baseada no levantamento dos prontuários das entrevistadas, e verificou-se o tipo de parto anterior, correlacionando com as intervenções em relação ao períneo. Em quatro prontuários, não foi possível apurar maiores detalhes sobre os partos anteriores devido ao desmembramento do arquivo, que ocorreu em 1997, decorrente da falta de espaço físico no serviço de arquivo médico e estatística. Nessa época, grande parte dos prontuários foram entregues aos pacientes, ou arquivados em um galpão onde não há acesso a consultas. Para o cálculo da frequência da episiotomia, rotura de períneo e períneo íntegro no parto normal, foram considerados apenas os partos normais, tanto em relação à essa internação como para a internação anterior. Em casos onde as entrevistadas tiveram mais de um parto vaginal anterior, foi considerado o parto onde houve maior intervenção em relação ao períneo, isto é, se os partos anteriores fossem normal com rotura há cinco anos e normal com episiotomia há sete anos, foi considerado como parto normal com episiotomia para efeitos de experiência anterior.

Ao se comparar a experiência de parto anterior com a experiência atual, percebeu-se uma mudança significativa em relação à prática da episiotomia na instituição. Mesmo em uma amostra pequena da população, a prática da episiotomia no parto normal ocorria em 72% dos casos, e no cenário atual passa para pouco mais de 15%. Mesmo considerando que a episiotomia é mais frequentemente realizada em primíparas, essa queda acentuada pode ser atribuída também a uma mudança na rotina dos profissionais.

Quanto a esse assunto, foi perguntado às mulheres qual a percepção que elas tinham em relação à episiotomia ou episiorrafia/sutura no parto atual e nos anteriores. Mais da metade das mulheres entrevistadas referiram que acreditavam que a realização da episiotomia é necessária, e as justificativas apontadas estão apresentadas a seguir.

Tabela 16 - Percepção das entrevistadas quanto à realização da episiotomia no parto normal. HU-USP, São Paulo, 2006.

Percepção quanto à realização da episiotomia	N	%
Necessária	24	68,6
Não é necessária	5	14,3
Não sabe dizer	6	17,1
Total	35	100,0

Para mais da metade (68,6%) das entrevistadas a realização da episiotomia foi apontada como necessária, somente 5 (14,3%) mulheres se manifestaram contra essa intervenção e 6 (17,1%) não se manifestaram.

Na sequência foram analisadas as percepções das entrevistadas em relação a essa temática, divididas em grupos segundo as opiniões manifestadas.

4.8.1 Acreditam que a episiotomia é necessária

Observou-se que 24 (68,6%) mulheres referiram acreditar que a episiotomia deva ser realizada, e as razões apontadas estão descritas na Tabela 17.

Tabela 17 - Razões atribuídas por 24 entrevistadas para a realização da episiotomia no parto. HU-USP, São Paulo, 2006.

Razões atribuídas	N	%
Depende do tamanho do bebê	10	41,7
Facilita o parto	7	29,2
Depende de cada mulher	4	16,7
Mulher não fica "aberta"	2	8,3
Evita do bebê "rasgar" a mãe	1	4,2
Total	24	100

As razões apontadas pelas entrevistadas para a realização da episiotomia estão detalhadas com os relatos que ilustram suas percepções a seguir.

Depende do tamanho do bebê

Para 10 (41,7%) mulheres que relataram que a episiotomia é necessária no parto, o tamanho do bebê foi apontado como um fator determinante para a sua realização.

- Eu acho que é porque depende do neném. Eu fico pensando, quando é grande tem que cortar, e quando é pequeno não precisa cortar, eu penso assim. [E30]

- *No meu ponto de vista o corte é pra ajudar, pra não correr o risco de chegar na hora e o neném ser grande e não passar, ou não ter uma passagem... não sei, eu penso isso. [E29]*

Houve uma percepção da falta de esclarecimentos quanto aos procedimentos que estavam sendo realizados no momento do nascimento, a mulher não soube precisar se foi feita a episiotomia ou se houve uma rotura espontânea do períneo, somente percebeu um desconforto maior durante a sutura, e esta foi atribuída ao tamanho da criança.

- *Eu só senti na hora que tava costurando depois do parto, que aí começava a doer e eu falava pra eles que tava doendo. Não sei se rasgou ou se cortaram, porque tá cheio de pontos, dói um pouquinho. Depende do tamanho da criança, do jeito que fica lá embaixo, que esse neném foi grande, nasceu com 4.095gms. [E34]*

Comparando a experiência de parto anterior com episiotomia e nesse parto sem a sua realização, houve a percepção que o o parto com a episiotomia causa menos dor durante o parto. A mulher relatou que a não realização do corte foi o causador de um sofrimento maior nesse parto, e que foi agravado pelo tamanho do bebê. A realização da episiotomia foi apontada preferível, apesar do desconforto que os pontos causam no puerpério.

- *Dos dois primeiros foi cortado, desse não. Eu acho que tem que cortar porque dessa vez doeu mais, sem cortar doeu mais, apesar que quando corta depois dói, mas na hora dói muito, cheguei a ver estrela na hora que nasce. É mais difícil, sei lá rasga, e cortando é melhor, é mais fácil. Eu acho que tem que cortar, principalmente quando é grande, acho que sim. Porque desse aqui eu sofri viu? [E31]*

A relação entre o fato de não ter sido realizado a episiotomia e uma provável laceração perineal em um parto anterior foi citada por uma das entrevistadas, que associou isso aos desconfortos que estava sentindo naquele período. A episiotomia foi apontada como um procedimento facilitador do nascimento e que deve ser feita para prevenção de complicações maternas no futuro.

- *Do Mateus a força rasgou o reto, eu acho ruim não ter levado ponto que mais pra frente eu vou ter que fazer o períneo, que a bexiga já tá baixa. Eu acho que devia ter feito o corte e os pontos, por ele ser grande, do Mateus e do Márcio, os dois foram com 5 ks. Eu sou a favor de fazer o corte e os pontos, não só quando o neném é grande, a*

mãe vai ter que fazer mais força, o corte ajuda a nascer, eles dão um "teco" assim, ajuda que a passagem fica mais livre pro neném. [E23]

Apesar da justificativa da necessidade da episiotomia no caso de um feto macrossômico, houve um alívio quando a episiotomia não é realizada. O parto sem essa intervenção, de uma maneira geral, foi avaliado como melhor.

- Nos outros eu levei um cortinho no ladinho, desse não, eles falaram que não abriu. Eu levei porque quando eu tive meu primeiro filho eu não tinha passagem, eu tinha 15 anos e eles me deram o corte, eu acho que se você tem passagem, não precisa. E a passagem acho que é pelo tamanho do bebê, que não tem como passar. Eu acho que esse foi o melhor parto, e também eu me recuperei mais rápido. [E35]

Um sofrimento maior para a mulher no momento do parto foi atribuído pela não realização da episiotomia, porém houve a percepção que a recuperação no puerpério estava sendo melhor.

- Como esse foi o primeiro parto sem pontos, então eu gostei, apesar de ser mais sofredor, mas pós-parto, dez mil vezes melhor! Quando na outra época eu não sentava não! Só tava inchado. [E17]

Contrariamente à percepção da entrevistada anterior, a dor no momento do parto não foi atenuada com a realização da episiotomia, e a recuperação no pós-parto foi muito melhor.

- Todos teve. só desse último que não. Eu acho que se não precisar não tem, porque até melhor que a gente não fica sofrendo depois com dor no ponto. Bem melhor sem pontos que aí não fica doendo. Na hora do parto é igual, dói do mesmo jeito. [E33]

Mesmo as mulheres que nunca tiveram a experiência da episiotomia no parto, associaram a necessidade da mesma ao tamanho do bebê e às condições da mãe. Também foi lembrada a capacidade da mãe em suportar mais o sofrimento e assim evitar a realização da episiotomia.

- Em nenhum parto tive pontos. Acho que depende, eu não sei te explicar se precisa do corte, que realmente eu nunca passei por isso. Então devido tamanho do neném também, eu acho que tem sim, senão não tem como. Tem casos que precisa do corte, tem que ter, porque eu sofri um pouquinho, nesse meu filho e eu sei que eu poderia ter precisado, né? é que eu aguentei mais...(8)

Facilita o parto

Um grupo de 7 (29,2%) mulheres referiram que a episiotomia pode facilitar a saída do bebê e assim aliviar o sofrimento da mãe no momento do nascimento. Houve uma percepção que o parto sem episiotomia impõe maior sofrimento à mulher.

- Eu acho que facilita porque se a gente tiver que fazer toda a força pra o nenê sair acho que ia sofrer muito mais, eu tentei fazer ela sair sem ter que cortar, eu não tava mais aguentando de dor e não tinha como ela sair. Do outro parto foi feito um corte menor, mas foi feito. [E1]

A episiotomia foi vista como uma intervenção que ajudou a mulher no momento do parto e pela percepção dessa participante, ela foi realizada somente em situações necessárias. A realização da episiotomia foi justificada, e cabe ao profissional que assiste ao parto a decisão da realização da mesma. Pela troca de experiência com outras mulheres que tiveram partos sem necessidade da episiotomia não houve um maior entendimento como isso pode acontecer.

- É bom cortar, pra dar uma ajudinha. Eu conheço uma amiga minha que teve 4 filhos, tudo normal e nenhum ela levou pontos, aí eu nem sei como explicar o porquê. Pros meus 3 eu levei e não sei como é o que não leva, que nasce normal, de natureza mesmo sem precisar levar nenhum ponto, então fica meio difícil de falar como que fica, mas diz que é ótimo. Ela falou nasceu, acabou, não tem dor nenhuma mais no corpo, só o sangramento normal, e mais nada. Eu acho que cortam porque precisa, imaginou se não precisasse, né? Ninguém cortava. Eu penso assim, se precisasse corta, se não precisasse não ia cortar. [E16]

O fato de não ter sido realizada a episiotomia nesse parto foi visto como agravante do sofrimento pela qual a mulher passou. A entrevistada relatou que preferia que tivessem feito a episiotomia para facilitar o parto, e a sua não realização acarretou uma demora maior para que o bebê nascesse, aumentando o seu sofrimento e causando rotura perineal no momento da passagem da criança.

- Tive pontos em todos partos, só que desse daí veio com tudo, do dele não teve corte, ele rasgou por si. Acho que ia ser melhor ter cortado, eu sofri muito com esse daí, porque demorou muito e disse que ele tava com pouco líquido. Preferia que tivessem

cortado, eu acho que é melhor, já pensou, rasgando com tudo, você se acaba, dói muito. [E27]

Houve a percepção de uma melhor assistência recebida devido à realização da episiotomia no momento do parto na experiência anterior, o que não ocorreu nesse parto, pela rapidez da evolução, onde a falta de tempo hábil para a realização desse procedimento gerou um temor que a passagem do bebê pudesse ter causado algum dano maior.

- Sei que do parto do João Vítor eles cortaram e eu tive 4 pontos, já do Miguel não teve tempo pra nada, não deu tempo de corte, mas depois eles aplicaram anestesia e teve que costurar. Da primeira gravidez eu achei bom, deve dar uma bela duma ajudinha. Não sei como fica, mas eu achei bom. Do Miguel já achei estranho porque como foi muito rápido, achei que devia ter feito um estrago, assim popularmente falando. No caso, sou adepta ao cortezinho, se necessário. Acho que o corte ajuda. [E26]

As vantagens do parto normal sobre os partos cirúrgicos, tanto cesárea como fórceps, foram ressaltadas nesse relato, onde a episiotomia apareceu como uma intervenção benéfica inerente ao parto normal. Uma das vantagens citadas do parto normal foi uma melhor recuperação da mulher no puerpério.

- Em todos eles eu tive, precisa pra ajudar mais a gente, tá ali com dor, né? Mas se for fórceps eu acho esse parto errado, o fórceps. Eu acho que é muito empurrada a criança, mas o corte não, o corte ajuda a gente pra ter rápido a criança. E cesárea também não queria, queria mesmo era normal. No normal pode cortar, pra mim pode sim, o normal é muito bom, no outro dia a gente tá disposta, levanta, toma banho sozinha, cuidar dos nossos filhos, é a minha opinião, concordo que eles corta. [E28]

Depende de cada mulher

Para 4 (16,7%) entrevistadas a realização da episiotomia no parto foi percebida como uma intervenção necessária para algumas mulheres enquanto para outras não.

- Foi tudo cortado, eu acho que tem mulher que precisa cortar, né? E tem umas que não precisa. Depende da mulher. [E11]

- *Eu acho bom cortar, acho que ajuda a nascer mais rápido, mas como eu não levei ponto e ela nasceu rápido também, ela nasceu rapidinho. Eu acho que algumas mulheres não precisam de pontos, vai de cada um. Depende de cada mulher. [E22]*

Nessa entrevista, houve a comparação da experiência de partos normais anteriores com o parto atual, que foi fórcepe. Nesse relato a participante refletiu sobre os prós e contras de cada parto e fez uma associação do tamanho do bebê com a necessidade da episiotomia. Houve uma percepção que dependendo da mulher, mesmo crianças com tamanho grande podem nascer sem ser necessário a realização do corte e sutura.

- *O normal é bom por que você se recupera rápido, agora o fórceps você já toma bem mais pontos, é mais difícil mas é um alívio, que você tá sentindo aquela dor e eles dão anestesia, alivia, que na hora você tá tão desesperada pra se livrar da dor. Eu creio que deve ser bem mais doloroso o parto sem pontos, porque ele acaba rasgando por si mesmo, na hora que a criança sai, né? Depende também do tamanho da criança, os meus dois mais velhos eles pesaram bem menos, então no parto normal me recuperei rápido, que nem a Stefani ela pesou 3 kg 300, ela é grande e gorda, então, acho que eu não conseguiria, tava vendo que eu não ia conseguir, mas depende de cada organismo, tem mães que tem crianças de 4 kilos e pouco e conseguem ter normal. [E21]*

A decisão da realização da episiotomia, segundo a entrevistada, coube ao médico, a mulher fica totalmente à mercê do profissional, como é relatado, no momento da dor a mulher não decide nada. Foi o profissional quem avaliou e decidiu pela realização da episiotomia, com a justificativa que essa intervenção ajuda o bebê a nascer mais rápido. Surgiu um questionamento em relação à necessidade da episiotomia e episiorrafia, e foi lembrado que esses procedimentos não eram realizados em outras épocas.

- *Se eles acha melhor, tem que fazer isso, depende do médico. Porque ele acha que não tem espaço pra passar, e corta pra passar mais rápido. É o médico que decide, na hora da dor a gente não decide nada. Às vezes fica a dúvida, que antes ninguém levava pontos né? Tem mulher que não leva ponto porque tem mais passagem e as outras que levam o ponto não tem passagem, é isso. [E13]*

Mulher não fica "aberta"

Somente 2 (8,3%) mulheres apontaram que a necessidade da alguma sutura da região perineal estava sempre presente, seja devido a episiotomia ou pela ocorrência de roturas resultantes da passagem do bebê. O fato de um parto não necessitar de nenhuma sutura gerou estranheza, pela crença que não havia possibilidade que o bebê nasça sem causar algum tipo de rotura ou laceração no períneo materno. Essa cultura da necessidade dos pontos estava tão inserida no universo das mulheres, que quando ocorre um parto sem necessidade de sutura, este é visto como uma exceção.

- Eu não tive parto sem ter que costurar, sem levar ponto, dos três eu tive. Eu acho melhor que deixar aberto né? Eu acho meio esquisito esse negócio de você não levar ponto. Teve pessoas que falaram pra mim que teve neném e não precisou levar ponto, eu acho meio esquisito, porque bem ou mal ele te abre, te rasga, não tem como! Vai ficar com aquele negócio arreganhado? Acho esquisito. Acho mais normal levar do que a pessoa ter o parto e não levar ponto nenhum, e desde que eu me conheço como gente, se costura né? E de repente "ah eu num levei ponto..." Acho meio esquisito, já pensou, um buracão!! [E2]

A crença de que se não houver a sutura do períneo no parto, a mulher "fica larga" foi também citada, como um aspecto cultural de uma determinada região do país, como referido no trecho dessa entrevista. O fato de não ter sido realizado nenhuma sutura no parto apareceu também como uma razão para a mulher ter algum problema no futuro, decorrente da multiparidade.

- Acho que o corte na hora ajuda, as pessoas lá no norte fala que as mulheres que tem filho e não é pontuada nem nada, ela fica larga, não sei como é que é... As mulher lá do norte fala, né? Que tem útero baixo e tem muito filho, não levou ponto nem nada né? Acho que é bom por isso. [E9]

Evita do bebê "rasgar" a mãe

Somente 1 (4,2%) entrevistada referiu que a episiotomia é necessária para prevenir algum dano que a passagem do bebê possa causar no trajeto. Foi lembrada a relação entre o tamanho da criança com a necessidade do corte.

- *Eu acho que é necessário, precisa. Acho que precisa cortar porque se não cortar acho que a criança mesmo já sai rasgando tudo, né? Então acho que tem que ter um corte. [E14]*

4.8.2 Não é necessária

Constatou-se que 5 (14,3%) mulheres perceberam a prática da episiotomia como desnecessária, verbalizando que preferiam o parto normal sem esse procedimento, mas não se sentiram seguras para exigir que o profissional que as atendia não o realizasse. O desconforto e o sofrimento resultantes da episiotomia foram relatados, assim como pela experiência própria, a constatação que a realização da episiotomia não trouxe os benefícios atribuídos à ela.

- *Eu não sei se é necessario, mas é que depois é muito ruim, a gente sofre muito, do dele eu não fui cortada, rasgou mesmo, mas das outras duas sim. Eu não sei, na primeira eu achava que ia adiantar alguma coisa cortar, que ia ajudar, mas eu não sei se ajuda, acho que não porque eu tive esse sem cortar... [E4]*

- *No segundo teve e desse não teve. Acho que é melhor não fazer o corte. Dói muito, incomoda muito na hora que põe o modess incomoda demais. [E7]*

Foi relatado uma tentativa de questionamento no momento do parto, porém com a justificativa dada pelo médico que não o bebê não iria nascer sem o corte, a mulher se resignou ao seu destino. Os incômodos e a impossibilidade de uma recuperação mais rápida devido à realização da episiotomia e episiorrafia foram lembrados.

- *Eu não gosto, do primeiro parto eu tomei bem menos pontos, e desse foi fórcepe, foi bastante, e ainda falei pro médico "você vão ter que me cortar?" "É vamos ter que cortar, é necessário, senão não passa." Ai é ruim, mas se precisa tem que fazer... Que incomoda depois, né? Só pelos pontos, porque a gente quer já poder ficar com ele, fazer tudo mais tranqüila, se não tomasse ponto seria melhor, mas tomou....tem que ter paciência, né? [E3]*

Somente 1 (2,9%) entrevistada relatou abertamente ser contra a realização da episiotomia, visando o bem-estar da mulher. Além do sofrimento resultante do procedimento, as consequências da episiorrafia foram referidas, como o temor da primeira evacuação no puerpério e o medo de alguma cobrança por parte dos profissionais quanto à higiene no local.

- *Eu acho que machuca muito, mais um sofrimento, acho que não deveria o cortar, na minha opinião. Eu acho que não cortar é um sofrimento a menos pra mãe, e aí quando leva ponto, você tem uma porção de medos, medo de espirrar, medo de ir no banheiro, depois o médico vem cobrar que você tem que evacuar no banheiro. Então junta aquele medo e aquela responsabilidade que você tem com o médico. Mil vezes melhor sem pontos, bom, no meu caso foi. [E25]*

Essa entrevistada não teve episiotomia em nenhum dos três partos, e na sua percepção, ficou a dúvida que talvez esse procedimento seria uma intervenção desnecessária, e nos casos em que ocorresse alguma rotura perineal, este seria um acontecimento espontâneo, o bebê mesmo "faz o corte por si".

- *Do primeiro eu levei o corte, mas do segundo não e desse também não. É bem melhor sem ponto e sem corte, porque eu tô praticamente sem dor lá embaixo, andando normalmente. Da primeira vez rasgou sozinho, teve que fazer a sutura, da segunda não precisei e dessa também não. Como no meu caso o primeiro neném, ela fez o corte por si, aí eu acho que não precisaria, dos outros dois foi bom não ter tomado corte pois a recuperação foi bem rápida. [E6]*

4.8.3 Não sabe dizer

Um contingente de 6 (17,1%) mulheres mostraram-se indecisas quanto à necessidade ou não da realização da episiotomia, não relataram sua opinião sobre a realização da mesma, e somente colocaram suas percepções sobre as experiências que tiveram. A falta de um entendimento sobre a fisiologia do parto, fez com que as mulheres ficassem sem entender o porquê de um parto necessitar de episiotomia e sutura e outro não.

- *Eu não gosto, que no começo incomodou os pontos, mas se precisa... Não sei como que fica por baixo, a gente não tem uma noção. Mas do jeito como ela explicou, foi só pra juntar mesmo, né? Não foi corte, ela só explicou que foi pra juntar, mas não entendi o quê... Da Isabela já sei que levei ponto porque teve que cortar. [E32]*

O desconforto decorrente da presença de pontos na região perineal foi sentido e em alguns casos ele teve com consequência uma alteração permanente no local, descrita como uma irritação ou sensibilidade maior. Houve uma percepção que o parto sem esse procedimento foi muito melhor por não ter os incômodos dos pontos na região.

- Olha, das outras vezes não sei por que essa diferença, se abre mais, não sei o que aconteceu, mas sem ponto é bem melhor. Das outras vezes só costuraram, acho que não chegaram a cortar, deve ter aberto alguma coisa, ou eles que forçaram, aí eles costuraram, dessa aqui não precisou nada. Os pontos incomodam pra andar, sentar, pra colocar absorvente, pra mim mesmo até hoje eu sinto o local dos outros pontos, que tem tempo de lua que coça, dói, parece que tem umas bolhinhas que quer inflamar, depende do absorvente dá alergia, então eu acho que é bem melhor sem. [E19]

Ainda, reforçando a percepção de uma falta de esclarecimento quanto ao parto, os profissionais da saúde não comunicaram se houve a realização da episiotomia ou se ocorreu uma rotura espontânea no parto. Foi relatado por essa entrevistada que para as mulheres do seu meio social, o parto que não necessitou de sutura é percebido mais positivamente pela possibilidade de uma recuperação mais rápida para a mulher.

- Todos os partos foram normal, já deu os pontos, não que chegasse a falar, vou cortar um pouco, nunca passei por isso. Lembro que na hora que ganhou eles falavam, olha mãe vou dar uns pontinhos, não sei como que é, se rasga né? As vizinhas elas acham que melhor é não ter o ponto, como eu vou chegar e não tive ponto, tô ótima, posso andar, posso fazer força, então todo mundo fica contente quando não leva ponto, mas, se tiver que levar... É normal levar, mas é melhor que não leve. Bem menos desconfortável. [E10]

Os procedimentos preparatórios para o nascimento do bebê dentro de uma instituição apareceram como incorporados nas mulheres, que acreditavam serem necessários a realização da anestesia e da episiotomia. Caso estes procedimentos não tenham sido realizados, a mulher ficou com a sensação que pode não ter recebido uma assistência adequada no parto.

- Nos meus dois anteriores levei ponto e esse aqui eu levei um pontinho só, porque não deu tempo, ele nasceu. Me cortaram dos partos anteriores, me deram anestesia, me prepararam do jeito que tinha que ser preparado, desse aqui não deu tempo.

Acho que no meu caso foi a criança mesmo que não teve muita paciência, que tava indo tudo bem, e de repente ele resolveu vir naquela hora. Sinceramente não sei te responder se o corte é importante. [E12]

A episiotomia é uma intervenção que foi inserida no universo da assistência obstétrica com a entrada dos homens nessa área. A trajetória da prática da episiotomia na assistência ao parto iniciou-se no século XVIII, foi disseminada na classe médica e teve o seu apogeu na metade do século XX. Decorrente de questionamentos gerados pelos resultados das evidências científicas atuais, a tendência é ter seu uso cada vez mais restrito. Os movimentos feministas também influenciaram fortemente essa tendência ao desuso da episiotomia, defendendo os direitos das mulheres a uma maior autonomia quanto ao seu processo de parturição, assim como uma mudança de atitude e de posição da mulher no momento do parto (Balaskas, 1993).

Em nosso meio, a prática da episiotomia está profundamente inserida no universo cultural tanto dos profissionais como das usuárias das instituições hospitalares. Uma mudança dessa situação está se delineando lentamente decorrente tanto da facilidade de acesso às informações como pelas propostas inseridas nos programas governamentais de humanização da assistência ao parto. Como qualquer mudança proposta, a assistência ao parto sem a prática rotineira da episiotomia vai demandar um tempo para ser incorporada seja no universo cultural das mulheres, usuárias dos serviços de saúde, assim como entre os profissionais que as atendem.

4.9 Opinião da assistência recebida no CO

Ao final de cada entrevista foi solicitado às participantes que dessem suas opiniões, enfocando a assistência recebida nessa internação no CO. Várias opiniões foram encontradas sobre esse assunto, e as respostas foram agrupadas em quatro categorias, pela similaridade dos conteúdos (Tabela 18).

Tabela 18 - Opinião das entrevistadas sobre a assistência recebida no CO do HU-USP nesta internação. HU-USP, São Paulo, 2006.

Opinião	N	%
Percepção de mudança positiva na instituição	16	45,7
Assistência continua igual	13	37,1
Percepção de mudança negativa na instituição	4	11,4
Percepção de mudança positivas e negativas	2	5,7
Total	35	100,0

A seguir as opiniões foram descritas detalhadamente, enfocando as razões que levaram as entrevistadas a terem essa percepção da instituição.

4.9.1 Percepção de mudança positiva na instituição

Constatou-se que 17 (45,7%) mulheres tiveram uma percepção de mudança positiva durante essa internação no CO, e as razões atribuídas foram: oferta de alimentos, equipe mais presente e atenciosa, possibilidade de anestesia, mais privacidade com a reforma do CO e contato direto com o seu bebê ao nascimento.

Alimentação

Houve uma percepção positiva da mudança na oferta de alimentos durante o trabalho de parto.

- O tratamento pra mim foi igual, a tenção deles foi igual, a única coisa que mudou foi essa parte da alimentação, que acho que é bom pra gente, que estava com fome, e só. Mas o tratamento de todos de meu primeiro filho e dessa foi igual, todos muito atenciosos. [E1]

Equipe presente e atenciosa

Ao se comparar a experiência de internação para parto a anterior com essa, foi percebido que a equipe foi mais atenciosa e presente durante o trabalho de parto. A mulher se sentiu acolhida e houve a percepção de uma equipe que trabalha de forma harmoniosa e com dedicação.

- Procurar sempre trabalhar com pessoas dispostas. acho importante ter uma equipe que nem tava ontem, um pessoal atencioso, paciente, conversando com você o tempo todo, te aconselhando, toda hora ia lá uma pessoa me ver, medir minha pressão, ver se tava precisando de alguma coisa, se já tinha dilatado mais, não ficava aquela coisa isolada como há 7 anos, você ficava lá e a hora que resolvesse nascer você chamava e vinha alguém. [E2]

- Agora melhorou bastante o atendimento lá embaixo, as pessoas são muito compreensivas, tem uma paciência e é isso que prevalece. Mudou pra melhor, antigamente era bom, mas nem sempre tem pessoa legal pra conversar com a gente, confortar a gente nessa hora. [E5]

- O legal que eu acho é que vocês fazem as coisas que vocês gostam, ninguém tá de cara feia, brinca. Aqui a gente vê que vocês gostam, mesmo dá a bronca, brincando, aí é legal, é importante, a gente vê que a pessoa gosta. [E31]

Anestesia

O fato de se indicar analgesia com maior frequência foi percebido como um aspecto positivo nessa internação. Comparando com a internação anterior, a mulher percebeu que até o ambiente sonoro do CO se tornou mais tranquilo, com menos mulheres gritando no pré-parto.

- Não tenho do que reclamar dessa vez, foi muito bom, me deram anestesia, amenizou a dor, né? Ficou mais fácil. [E3]

- A anestesia, não dava assim, a anestesia era só na hora que o neném ia nascer e era local, quando dava tempo ainda. As outras mulheres que tomam anestesia, eu vi que foi mais tranquilo, o parto não é aquela coisa gritando como era antigamente, gritava muito, e a anestesia era só pro corte, a local. É bom pras mulheres, praticamente todas tomam anestesia agora. [E6]

Maior privacidade com a reforma do CO

A reforma do CO também foi percebida positivamente pois proporcionou uma maior privacidade no pré-parto, onde foram instaladas cortinas divisórias entre os leitos.

- Tem algumas melhoras, parece que tá mais moderno as coisas, novo, bonito, o banheiro, as cortininhas que tem pra separar uma cama da outra. Legal, que agora tem o acompanhante, pra poder ficar mais à vontade, que tem vezes que a gente tá sentindo contração e o marido da outra tá do outro lado, sei lá fica olhando pra gente, é chato, aí ficou legal, uma coisa assim mais reservada. [E29]

Contato direto com o bebê desde o parto

Além do contato com o bebê ao nascimento, o fato do bebê não ser separado da mãe em nenhum momento foi percebido positivamente.

- Melhorou porque antigamente você ganhava e o neném depois que ele vinha pro quarto, agora não, ele já vem direto no seu colo com você pro quarto. Pra mim isso já é um ponto positivo. Gostei que o primeiro contato com a mãe é importante, né? É mudou pra melhor. [E32]

4.9.2 Assistência recebida sem alterações

Um grupo de 13 (37,1%) entrevistadas relatou que não houve percepção de mudanças na assistência recebida nessa internação comparando com a anterior, porém as participantes ressaltaram que a assistência continuou mantendo a qualidade esperada. Foi citado que a equipe continua atenciosa e a percepção do tratamento recebido foi igual.

Equipe continua atenciosa

- Uma coisa que não mudaram é a atenção que dão pra você. Não importa se é seu primeiro filho, se é o décimo filho, a preocupação deles e o cuidado é o mesmo. Comigo nesse parto não mudou nada, foi a mesma coisa, a preocupação, todo mundo prestando atenção, explicando, conversando, isso foi legal. Das outras vezes foi assim também. [E12]

- *Eu acho que por ser o segundo, da mesma maneira que eu cheguei do primeiro, eles me acolheram super bem. Eu acho que está bom. [E14]*

Tratamento não mudou

A percepção do tratamento recebido nas internações para o parto foi relatado como o mesmo, sem alterações.

- *Em relação a tratamento aqui dentro não mudou nada praticamente, sempre a mesma coisa, a alimentação é a mesma. Aqui praticamente não mudou nada, a maternidade muito bem, as enfermeiras... então não achei que modificou nada. [E19]*

- *O atendimento é muito bom, continua igual, eles te atendem muito bem, tem muita paciência, muita dedicação, são bem atenciosos. Eu acho que este hospital está bem na frente de muitos outros, porque nenhum outro hospital faz o que se faz aqui, imagina começando pelo atendimento, as vacinas, a higiene, a alimentação, então ele tá muito na frente de outros hospitais. [E21]*

4.9.3 Percepção de mudança negativa na instituição

Constatou-se que 4 (11,4%) entrevistadas relataram que tiveram uma percepção negativa com as mudanças ocorridas na assistência no CO. As razões citadas foram: o hospital mais cheio, experiência de ter sido tratada bruscamente por um profissional, demora no atendimento na recepção e exames de toque excessivos durante o trabalho de parto.

Hospital lotado

A percepção de um maior fluxo de pessoas para serem atendidas gerou uma queda na atenção recebida nesse parto. Além disso, o fato do bebê permanecer continuamente com a mãe pode causar uma dificuldade pelos incômodos caso a mãe tenha alguma limitação física.

- *Mudou sim, está mais lotado, que antes não era assim, tinha bem menos movimento, lá no pronto-socorro principalmente. O bebê não ficava com a gente assim, direto, ficava algumas horinhas lá no berçário, não é ruim, só que às vezes por causa do incômodo dos pontos, às vezes dificulta um pouco. No tempo em que eu tive elas tinha mais atenção às mães e às crianças, eu não sei se é porque tá tendo*

muito mais pessoas, antes era menos, tá mais corrido, às vezes a gente pode ser até incompreensiva achando que tá sendo mal atendida mas não é, é muita gente mesmo. [E4]

Demora em ser atendida na recepção

A demora em ser atendida na chegada à recepção foi apontada como um aspecto negativo nessa internação.

- Olha, sobre a recepção, quando a gente chega, lá no pronto-socorro, fica um tempão esperando o médico chamar. Se a gente tá com dor, tem que ser rapidamente, a enfermeira pega a ficha, o médico chama logo, e daí você fica lá na sala do parto logo, e não, um tempão, uns 15-20 min. esperando, com dor, pro médico chamar. Desse aqui a enfermeira falou, tem só um médico e ele tá na sala do parto. Ai ela entrou e viu eu vomitando, tava indo no banheiro, aí ela fez o exame de toque, ele tava pronto pra nascer. [E28]

Toques excessivos durante o trabalho de parto

Houve a experiência de um trabalho de parto onde os médicos e estagiários realizaram excessivamente o exame de toque vaginal, o que causou maior sofrimento para essa participante.

- Não sei, acho que hoje em dia aqui, tem mais estagiários, e eu acho eles incomodam um pouco, lá embaixo. Porque a gente já tá sofrendo aquele momento pra ganhar, aí vem um faz o teste, depois vem outro, faz o teste, então você não aguenta. Eu tive muito toque, teve uma hora lá que se viesse eu não ia deixar mais não! A minha tendência é ajudar, né? Eu quero ganhar, então o meu objetivo é ajudar pra eles me ajudar, mas tem hora que você não aguenta mais de dor, cólica, é horrível Eu acho que os médicos tinha que respeitar. Eu falei pro rapaz na hora do nervoso, me desculpe eu sei que é o trabalho de vocês, mas pelo amor de Deus, eu não aguento mais não! Porque depois que estoura a bolsa fica horrível, dá mais contração, não é que dói os toques deles, é que você tá morrendo de cólica, o médico já te examinou e faz eles fazerem os testes de novo, então aquilo já vai irritando você. [E30]

4.9.4 Percepção de mudanças tanto boas como ruins

Apenas 2 (5,7%) entrevistadas referiram pontos positivos e negativos percebidos nessa internação, comparados com a anterior.

Anestesia

Nessa primeira narrativa, o enfoque foi em relação aos aspectos positivos e negativos da realização da anestesia.

- A anestesia, eu gostei da anestesia, ela é boa e não é, que depois você fica sentindo esquisito, o reto fica estranho, parece que rompeu, quando passou a anestesia eu tive diarreia na hora, soltou o meu intestino. É bom que ajuda, todo mundo comenta que é bom, só que depois começa dar dor, dá muita dor no ânus, porque força muito né? Mas é bom que na hora já pára a contração, e a neném consegue nascer normal.
[E23]

Atuação da equipe profissional

A comunicação entre o profissional e a paciente foi apontado como negativamente. Nesse caso citado, parte dos diálogos foram percebidos como grosseiros pela mulher, além da sensação de não ser tratada como um ser humano e sim como instrumento pelo profissional. Essa mesma participante aponta uma mudança positiva percebida que foi o fato de não terem sido realizados exames de toques excessivos, comparando-se com a internação anterior.

- Na hora do parto, às vezes, assim um tratamento meio estranho, falam coisa que você não entende, tipo gracinhas, "minha mão é uma maravilha, coloco e logo nasce..", então acho meio grosseiro, e parece que você é como um instrumento na mão deles. Na realidade você acaba nem sentindo, você sabe que nasceu e tudo tal, mas não é nada acolhedor, a pessoa não sente bem de escutar aquilo. Muito diferente do meu primeiro parto, do João Vitor, era um entra e sai de médicos e estagiários, e era um coloca a mão para fazer toque, e não passa 5 min. vem outro. E eu não sabia que eu poderia ter falado, mas eu achava que aquilo, por ser a primeira gravidez também e por ser o hospital ser uma escola, achava que era bem normal. Desconfortável, horrível mas achava que era normal. Do Miguel eu já tava bem afiadinha, esperando quando viesse ia dar um chega pra lá. Mas não, eles tavam bem mais

controladinhos, eles vêm, dá uma olhadinha, depois passa um tempinho. Isso em relação ao exames. [E26]

As percepções relatadas pelas entrevistadas neste estudo evidenciam pontos fortes da assistência prestada no CO do HU-USP, assim como apontam para falhas que podem ser corrigidas. Para a população estudada, as mudanças ocorridas nas práticas assistenciais tiveram, no geral, um impacto positivo, porém foi atribuído uma maior valorização para a mudança nas atitudes dos profissionais que as assistem.

5 Conclusões

As intervenções na assistência ao parto abordadas neste estudo fazem parte de um universo cultural construído tanto pelos profissionais atuantes no CO do HU-USP como pelas usuárias do serviço. As narrativas das participantes possibilitaram a percepção de uma pequena parcela desse universo, inerente ao processo de parturição da população estudada.

As questões abordadas nos permitiram mapear os seguintes aspectos da assistência ao parto prestada no CO:

A opção pelo HU-USP

A escolha do hospital onde se dará o parto é um fator de ansiedade para a gestante, e o temor maior apontado foi a falta de vagas na instituição e a qualidade da assistência prestada. Uma familiarização prévia com o hospital e com os profissionais que ali atuam mostra-se como uma estratégia eficaz, seja através de visitas no período da gestação, experiência prévia de internação ou recomendação de pessoas da rede social da parturiente.

As mulheres abordadas neste estudo apontaram também que, além da proximidade do hospital com seu domicílio, os fatores citados acima foram determinantes para que escolhessem o HU-USP para o atendimento do seu parto.

Enema

O enema é um procedimento que foi incorporado decorrente da medicalização na assistência ao parto, estando inserido no universo cultural tanto dos profissionais como da população. Evidências científicas indicam que esse procedimento não traz os benefícios alegados, tais como a diminuição nas taxas de infecção e a aceleração do processo de parturição. A sua desincorporação como prática rotineira no CO do HU-USP foi um processo marcado por conflitos relacionais, principalmente, entre a equipe médica e de enfermagem da seção. Atualmente, esse procedimento raramente é indicado no CO, como evidenciado nas experiências relatadas.

Para as usuárias, a realização do enema é justificada para 60% da população consultada. As razões apontadas foram: prevenir infecção e promover higiene, evitar o constrangimento, caso venha a evacuar no momento do parto, ter segurança no esforço

expulsivo e alívio intestinal no pós-parto. Somente 2 (5,7%) entrevistadas colocaram-se contra a realização do enema, enquanto 12 (34,3%) não se posicionaram.

Acredita-se que deva ser valorizado o desejo da mulher de realizar esse procedimento, porém essa escolha deve ser espontânea e consciente.

Como todos os processos culturais, a desvinculação da necessidade da realização do enema como preparação para o parto no universo cultural das usuárias demanda um longo período e necessita de experiências positivas que reforcem essa prática.

Movimentação/Deambulação

A restrição ao leito das mulheres, em trabalho de parto, foi outra prática incorporada com a institucionalização do parto. No auge da medicina moderna, com o surgimento de sofisticados aparelhos para a monitorização dos batimentos fetais, a utilização destes implicou na imposição de uma maior imobilidade para as parturientes. Novamente estudos evidenciaram que a posição vertical e a movimentação durante o trabalho de parto trazem benefícios para as mulheres. A disseminação desses estudos influenciou para que a equipe de profissionais do CO tivesse uma postura mais flexível para essa questão.

As experiências relatadas pelas participantes demonstraram essa mudança de atitude, somente 2 (5,7%) mulheres tiveram a oportunidade de se movimentar no parto anterior, e 17 (48,6%) se movimentaram durante o trabalho de parto nessa internação. Foi respeitado o desejo daquelas que preferiram permanecer deitadas. Quanto à opinião das participantes em relação à movimentação durante o trabalho de parto, foi encontrado que 20 (57,1%) mulheres preferiram se movimentar naquele momento e 15 (42,9%) acreditam que não devam levantar.

Os aspectos positivos percebidos pelas 20 (57,1%) mulheres a favor da deambulação no trabalho de parto foram: melhora da dor com a movimentação, ter a opção para o banho de ducha, a movimentação adianta o parto e equipe mais flexível para permitir a deambulação. Os aspectos negativos relatados pelas 15 (42,9%) foram: preferência pela posição deitada, risco de nascimento durante a movimentação e a posição vertical dificultando para fazer força.

Para algumas mulheres, a deambulação durante o trabalho de parto foi sentida como uma necessidade física e, em tempos passados, não se permitia a livre movimentação. Outras mulheres preferiram permanecer deitadas durante as contrações e esse desejo deve ser respeitado.

Oferta de alimentos

A oferta de alimentos para as mulheres durante o trabalho de parto é uma prática, iniciada no CO do HU-USP em 2003, baseada em estudos que evidenciam os efeitos negativos da restrição alimentar naquele período. Um período para adaptação e ajustes foi necessário, para se estabelecer os alimentos mais indicados, dentro das possibilidades da instituição.

Como essa prática é recente, as participantes na internação anterior não tiveram essa experiência. Durante essa internação, foi oferecida alimentação para 17 (48,6%) mulheres enquanto que 18 (51,4%) não receberam a oferta. Foi encontrado que 11 (31,4%) entrevistadas efetivamente receberam algum tipo de alimento e 24 (68,6%) não se alimentaram. Ao se explorar as razões pelas quais esse grupo de 24 mulheres não se alimentou naquele período, foi encontrado que, para 6 (25%) mulheres, a alimentação foi oferecida e recusada e, para 18 (75%), não foi oferecida. As razões encontradas para justificar o não oferecimento de alimentos a essas mulheres foram: chegada ao hospital em período expulsivo, trabalho de parto durante o período noturno e no caso de 5 (14,3%) entrevistadas, não foi encontrada razão que justificasse o jejum nesse período.

Quanto às opiniões das mulheres sobre essa oferta de alimentos, 10 (28,6%) se colocaram favoráveis à oferta de alimentos, 10 (28,6%) se posicionaram a favor de se disponibilizar líquidos apenas, 9 (25,7%) afirmaram que a oferta de alimentos não é necessária, e 6 (17,1%) não se posicionaram. O grupo que efetivamente recebeu alimentação no pré-parto apontou aspectos positivos percebidos com a implantação dessa prática: experiência de parto foi melhor que a anterior, a alimentação ajudou a mulher a ter mais força no momento do parto, barra de chocolate saciou a fome e a alimentação proporcionou uma melhor condição física no pós-parto.

A prática da oferta de alimentos no pré-parto beneficiou parte das mulheres em trabalho de parto, uma parte dessa população não sentiu a necessidade de se alimentar

naquele momento, resultante da dor sentida. Mulheres que chegam à instituição, em momentos próximos ao parto, poderiam ser favorecidas com a oferta de alimentos líquidos e energéticos após o parto. Faz-se necessário buscar uma solução para um adequado acondicionamento de alimentos a serem disponibilizados, durante todo o período noturno.

Acompanhantes

A implantação da proposta de permanência do acompanhante da parturiente no CO do HU-USP foi iniciada no ano de 2002 e demandou uma abordagem estratégica para que essa mudança se efetivasse. Assim como a oferta de alimentos no pré-parto, a entrada do acompanhante no CO do HU-USP é uma prática recente, assim, as participantes deste estudo não tiveram uma experiência de estar acompanhada de um familiar na internação anterior.

Em relação à experiência que as entrevistadas tiveram nessa internação, 8 (22,9%) entrevistadas tiveram a companhia de um familiar, enquanto 27 (77,1%) não tiveram em seu trabalho de parto e parto alguém do seu convívio. Desse grupo de mulheres que não tiveram um acompanhante nessa internação, os motivos foram: em 10 (37,1%) casos, foi atribuído que o acompanhante não quis permanecer ao lado da parturiente naquele momento, 9 (33,3%) mulheres afirmaram que não deu tempo de o acompanhante chegar ou não pôde estar presente por motivos particulares, 7 (25,9%) mulheres relataram que preferiram permanecer sozinhas e em 1 (2,9%) caso a mulher afirmou que a equipe não permitiu a entrada.

Quanto às opiniões sobre a permanência do acompanhante no CO, 17 (48,6%) da entrevistadas manifestaram que a presença de um acompanhante proporciona segurança, proteção e tranquilidade, 6 (17,1%) mulheres apontaram que é importante que o companheiro participe do processo de nascimento para valorizar tanto a mulher como o filho, 2 (5,7%) entrevistadas justificaram que a permanência do acompanhante seria importante, caso perdessem a consciência e 10 (28,6%) mulheres preferiram ficar sozinhas durante o trabalho de parto e parto.

A insegurança sentida pelos profissionais de saúde, ao lidar com a presença do acompanhante no CO, apesar de ser uma prática já consolidada, ainda é um ponto gerador de conflitos em algumas situações. Uma constante sensibilização da equipe para a

importância desse personagem no processo de parturição faz-se necessária, assim como a utilização de estratégias, seja por meio de folhetos ou cartazes explicativos, que visem uma orientação dos usuários sobre a conduta esperada dos mesmos naquele momento.

Contato pele a pele ao nascimento

A transição pela qual o bebê passa no momento do nascimento é um fenômeno cercado por diversas transformações, que podem influir na forma como ele irá agir e reagir a diversas situações no futuro. Vários autores humanistas preconizam que a assistência dada ao RN no momento do parto leve em consideração esses pressupostos.

No HU-USP, as primeiras iniciativas voltadas a proporcionar um maior contato entre a mãe e o seu bebê iniciaram-se em 1998, com o incentivo da amamentação na sala de parto ou na recuperação. Com a implantação da IHAC, a prática do contato pele a pele foi iniciada em 2003, sendo, atualmente, uma prática assistencial sedimentada. Sobre esse tema, a experiência do contato pele a pele nesse parto foi vivenciada por 29 (82,9%) das participantes deste estudo. As percepções relatadas por essas mulheres foram: o bebê acalma-se ao sentir o calor materno e reconhece a mãe, alívio para a mãe, emoção para a mãe e a formação de vínculos. Um grupo de 6 (17,1%) mulheres relataram que não tiveram esse contato e as razões investigadas apontaram para as seguintes razões: bebê com intercorrência, bebê apresentou mecônio no parto, mãe apresentou evacuação no parto, mãe exausta e, em um caso, não foi constatada nenhuma razão para a não colocação da criança em contato com a mãe.

A prática do contato pele a pele do bebê com a sua mãe, logo após o nascimento, foi percebida como positiva pela grande maioria das participantes. Essa experiência, para algumas mulheres, resgatou a emoção do momento do nascimento que, em partos anteriores, não ocorria devido à separação da mãe e do seu bebê.

Tricotomia

A remoção do pêlos pubianos também foi outro procedimento adotado como prática rotineira com a institucionalização do parto. Essa intervenção está intimamente associada à realização da episiotomia no caso de parto normal. Além do enfoque intervencionista no

parto, a remoção do pêlos pubianos também tem um componente cultural, da associação dos pêlos com a questão da higiene, além de sinalizar a função sexual da genitália feminina.

No HU-USP, a prática rotineira da tricotomia na região perineal sofreu modificações nesses últimos anos. Atualmente, esse procedimento é realizado somente na região da porção média inferior dos grandes lábios. Essa prática tende a ser rediscutida entre os profissionais de saúde do CO, uma vez que se constatou um declínio da prática da episiotomia, nos casos de parto normal.

Em relação aos hábitos de depilação na região perineal, constatou-se que: 18 (51,4%) das entrevistadas têm o hábito realizar algum tipo de retirada dos pêlos da região genital, 10 (28,6%) mulheres responderam que realizam a depilação em situações específicas e 7 (20,0%) participantes responderam que não realizam habitualmente qualquer tipo de retirada dos pêlos. As razões alegadas pelas mulheres que costumam realizar a depilação foram: higiene, costume pessoal e orientação de um profissional. Aquelas que fazem em situações específicas relataram os seguintes motivos: atendimento médico, vergonha, para evitar dar trabalho por ocasião da internação e queixa anterior de um profissional de saúde.

Para todas as entrevistadas, a remoção dos pêlos pubianos, no momento da internação para o parto, foi vista como justificada e necessária, mesmo que este não seja um hábito pessoal.

Episiotomia

A episiotomia é uma intervenção inserida no universo da assistência obstétrica no século XVIII, com a entrada dos homens nessa área. Esse procedimento teve seu auge em meados do século XX, quando movimentos feministas passam a questionar essa prática. A recomendação da OMS é que esse procedimento seja utilizado seletivamente, não ultrapassando a frequência de 10% dos partos normais.

No HU-USP, há 5 anos, as frequências de realização da episiotomia encontradas eram acima de 90%, sendo constatado um declínio constante e, atualmente, está em torno de 44% dos partos normais atendidos. Como foi percebido, ocorre uma mudança na forma como os profissionais da instituição manejam o períneo nos partos normais. Neste estudo, foi

encontrado que, das 35 (100%) participantes, 24 (68,6%) tiveram episiotomia no parto anterior (18 no parto normal e 6 no parto fórceps) e 8 (22,9%) entrevistadas tiveram essa intervenção nessa internação (5 no parto normal e 3 no parto fórceps).

Em relação à opinião das entrevistadas sobre a realização da episiotomia, 24 (68,6%) afirmaram que é necessária a realização, 5 (14,3%) acreditam que esse procedimento não é necessário e 6 (17,1%) não souberam se posicionar. Do grupo que se posicionou a favor da realização da episiotomia, as justificativas apontadas foram: tamanho do bebê, a realização da episiotomia facilita o parto, depende da mulher, a mulher não fica "aberta" e evita do bebê "rasgar" a mãe.

A realização da episiotomia e a necessidade de sutura nos partos normais ainda está profundamente inserida na percepção que esta população tem em relação à assistência ao parto. A falta de mais esclarecimentos sobre a fisiologia do parto gerou uma insegurança na mulher, o que fez com que ela não questionasse as condutas nem exigisse seus direitos.

Opinião em relação à assistência recebida no CO

No geral, a assistência recebida no CO foi avaliada positivamente. Constatou-se que 29 (82,9%) das entrevistadas elogiaram a assistência recebida, pois se sentiram acolhidas e atendidas nas suas necessidades naquele momento. Para 13 (37,1%) das mulheres desse grupo, a qualidade da assistência prestada manteve-se em um nível desejado, enquanto que para um grupo de 16 (45,7%) mulheres, houve um reconhecimento de melhora com a implantação de novas práticas assistenciais no CO. As mudanças reconhecidas como positivas foram a oferta de alimentos no pré-parto, maior opção para realização de anestesia, privacidade após a reforma do CO e contato direto com o bebê desde o nascimento.

A elevação da taxa de ocupação no hospital foi reconhecida como um elemento negativo, uma vez que, segundo os relatos das usuárias, pode acarretar demora no atendimento e possível queda na qualidade da assistência recebida. Também foi apontada como um aspecto negativo a atuação dos profissionais de saúde no que se refere ao exagerado número de exames de toque vaginal realizados no pré-parto.

6 Considerações Finais

Como profissional, atuante na área de assistência ao parto há mais de duas décadas, presenciei as mudanças nas práticas assistenciais embasadas no movimento de humanização da assistência ao parto, que geraram internamente uma gama de sentimentos controversos, desde a negação e ceticismos iniciais, uma curiosidade pelos métodos e resultados divulgados, e finalmente, a total convicção de ser esse o verdadeiro caminho a ser seguido.

O movimento de humanização da assistência ao parto busca resgatar o caráter natural e fisiológico do nascimento, o que, em termos institucionais, envolve a mudança de uma série de eventos que foram inseridos quando o parto passou a ser atendido dentro do hospital. A desincorporação das intervenções associadas ao parto medicalizado não é tarefa das mais simples de ser executada.

Citando Wagner (2001), em sua reflexão sobre as práticas tecnicistas de assistência ao parto, o processo de humanização encontra seu maior obstáculo para as mudanças no fato de que os profissionais que atuam nessa área não possuem a experiência de atender um parto sem a medicalização, como o peixe, que não consegue enxergar o que é a água ("fish can't see water"), esses profissionais não percebem as intervenções como intervenções no processo de parturição, pois nunca vivenciaram a ocorrência de um parto totalmente sem interferências. Os pontos levantados por esse autor para se proporcionar a humanização nos processos de parturição são: a mulher deve ser vista como um ser humano e não uma simples máquina, o empoderamento da mulher nesse processo, a mulher como a protagonista principal do parto, no controle da situação e das decisões, os serviços de maternidade classificados como nível primário de atenção e médicos e enfermeiras trabalhando conjuntamente.

Como pedra fundamental das diretrizes de humanização das práticas de saúde, está a educação e a conscientização dos direitos do usuário. Etimologicamente, conscientização se origina do latim *consiens, entis*, que tem pleno conhecimento, o que nos direciona para a necessidade de esclarecimentos dos processos fisiológicos e das ações nas práticas assistenciais à população. Conscientização, autonomia para decisões, relações igualitárias entre profissionais e usuários de serviços de saúde são termos que vêm à tona nas discussões sobre a humanização e esses conceitos implicam em mudanças de atitude dos profissionais e também dos próprios usuários.

Em uma investigação de cunho qualitativo realizado por Rocha (2004), descrevendo as vivências de mulheres durante o acompanhamento no pré-natal e no atendimento ao parto no Sistema Único de Saúde na cidade do Rio de Janeiro, evidenciou-se que o SUS vem se empenhando em modificar o modelo de assistência obstétrica dominante. Ainda nesse estudo, as usuárias não perceberam a condução inadequada da assistência durante o parto, com a prática de "rotinas ritualizadas" e condenadas pela ciência, porém todas referiram falhas no relacionamento humano com os profissionais de saúde como a falta de comunicação, o que resultou que a maior parte das suas demandas não fossem atendidas.

A proposta da realização deste estudo foi investigar mais profundamente as tão difundidas diretrizes da humanização da assistência ao parto e compreender qual o real impacto que as mudanças nas práticas assistenciais causaram nas usuárias de um hospital de ensino.

As intervenções na assistência ao parto, abordadas neste estudo, fazem parte do universo cultural construído tanto pelos profissionais atuantes no CO do HU-USP, assim como pelas usuárias do serviço. As experiências relatadas e, posteriormente, confirmadas nas consultas aos prontuários permitiram avaliar em que grau as mudanças nas práticas institucionais estão efetivamente acontecendo.

As narrativas das participantes possibilitaram captar parte dos aspectos culturais inerentes ao processo de parturição, da população estudada, permitindo, assim, entender como essas mudanças estão influenciando na percepção das mulheres em relação à assistência recebida na instituição.

Os resultados e conclusões deste estudo propiciam vislumbrar o panorama da assistência ao parto oferecido no HU-USP, onde mudanças nas práticas assistenciais foram inseridas. Além disso, as narrativas pungentes das informantes possibilitaram captar indícios do intrincado universo cultural da população estudada. Lembrando que a construção dos valores culturais é um processo em constante modificação. Essas percepções levantadas retratam apenas um breve momento da assistência ao parto.

A consolidação dessas práticas assistenciais e a incorporação de outras resultarão em novas crenças e formas, a partir das quais, as mulheres irão responder em determinadas situações.

Vários aspectos em relação ao processo de parturição ainda merecem ser explorados, assim como novas práticas necessitam ser incorporadas no caminhar da humanização da assistência.

Referências

- Araújo NM. Uso de vaselina líquida na região perineal durante o parto normal [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Balaskas J. Parto ativo: guia prático para o parto natural. São Paulo: Ground; 1993.
- Benjumea CC. Características de la investigación cualitativa y su relación com la enfermería. Invest Educ Enferm. 1997;25(2):13-24.
- BIS Boletim do Instituto de Saúde. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo 2003;(30).
- Boadella D. Correntes da vida: uma introdução à biossíntese. São Paulo: Summus; 1992.
- Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria do Estado dos Direitos Humanos. Programa Nacional de Direitos Humanos II. Brasília; 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher . Brasília; 2001.
- Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília; 2004a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal [texto na Internet]. Brasília; 2004b [citado 20 dez. 2006]. Disponível em: <http://drt2002.saude.gov.br/proesf/Site/Paginas/pacto.htm>
- Caron OAF. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem , Universidade de São Paulo; 1998.
- Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001.
- Coalization for Improving Maternity Services (CIMS). Ten steps of the mother-friendly childbirth initiative for mother-friendly hospitals, birth centers, and home birth services [text on the Internet]. 1996 [cited 2006 dez. 20]. Available from: <http://www.motherfriendly.org/MFCI/steps.html>.

- Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.
- Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Documentos básicos de enfermagem. São Paulo; 2001.
- Costa LHR. Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. *Rev Bras Enferm*. 2000;53(1):39-46.
- Dahlke R, Dahlke M, Zahn V. O caminho para a vida: gravidez e parto levando em conta o ser humano como um todo. São Paulo: Cultrix; 2005.
- Davis-Floyd RE. Birth as an american rite of passage. California: University of California Press; 1992.
- Deslandes SF, organizador. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2006.
- Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-37.
- Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E, et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
- Florentino LC. A participação do acompanhante no processo de nascimento na perspectiva de humanização [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- Gaskin IM. Guide to childbirth. New York: Bantam Books; 2003.
- Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1993.

- Gualda DMR. A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra: um estudo de caso [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.
- Gualda DMR. Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto. Curitiba: Maio; 2002.
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979.
- Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad Saúde Pública. 2002;18(5):1303-11.
- Howard J, Strauss A. Humanizing health care. New York: John Wiley & Sons; 1975.
- Kitzinger S. Mães: um estudo antropológico da maternidade. Lisboa: Presença; 1978.
- Lambert ACS. O acompanhamento da parturiente pela enfermeira obstétrica: estudo de caso das vivências das mulheres e das profissionais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.
- Leboyer F. Nascer sorrindo. São Paulo: Brasiliense; 1996.
- Lopes MHBM, Silva MAS, Christóforo FFM, Andrade DCJ, Bellini NR, Cervi RC, et al. O uso do enterocisma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. Rev Lat Am Enferm. 2001;9(6):49-55.
- Maslow AH. Motivacion and personality. New York: Harper & Row; 1970.
- Melleiro MM, Gualda DMR, Florentino LC, Soares AVN, Coan TCM. Integração entre Unidades Básicas de Saúde e hospital na assistência à gestante. Rev Hosp Univ. 2002;12(1/2):35-8.
- Melleiro MM. Experiências e expressões de gestantes na interação com o sistema de saúde: um enfoque fotoetnográfico [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.

- Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
- Montagu A. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus; 1988.
- Monticelli M. Nascimento como um rito de passagem: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe; 1997.
- Ochiai AM. O banho de chuveiro como medida de alívio da dor no trabalho de parto [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- Ochiai AM, Wei CY, Florentino LC, Melleiro MM, Costa MTZ, Quintal VS. Amamentação precoce no centro obstétrico: relato de experiência. Anais do 10º Encontro Paulista de Aleitamento e 3º Encontro Paulista de Banco de Leite Humano; 1999 ago. 23-27; São Paulo. São Paulo: HSPE/SP; 1999. p. 60.
- Orem DE. Nursing concepts of practice. New York: McGraw-Hill; 1985.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Tecnologia apropriada para nascimento e parto. Lancet. 1985;2(8452):436-7.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Brasília; 2001.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília; 1996.
- Osava RH. Assistência ao parto no Brasil: o lugar dos não médicos [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1997.
- Rocha FAF. Trajetória de gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2004.
- Saito E. Estudo comparativo do uso de dois métodos de esvaziamento intestinal em parturientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
- Saito E. Da obtenção de informação ao esquecimento: a vivência da dor de parto em um hospital-escola [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

- São Paulo (Estado). Lei Estadual nº 10241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre direitos dos usuários de serviços de saúde. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 17/mar/1999.
- São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Grupo de Infecção Hospitalar. Infecções incisionais. São Paulo; 1989 (Informes Técnicos).
- Scarabotto LB. Uso da enzima hialuronidase na prevenção de lacerações perineais no parto normal [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Scetti MR, Serracani GS, Zelazar LA. Uso selectivo de la episiotomia. Rev Posgrado Via Cátedra Med [periódico na Internet]. 2005 [citado 20 dez. 2006];(146):[cerca de 4p.]. Disponível em : http://med.unne.edu.ar/revista/revista146/2_146.htm.
- Schneck CA. Intervenções obstétricas no centro de parto normal do Hospital Geral de Itapeverica da Serra Seconci-OSS: estudo descritivo [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Shorter E. A history of women's bodies. New York: Basic Books; 1982.
- Silva FMB. O efeito do banho de imersão sobre a dor e a duração do trabalho de parto [dissertação]. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.
- Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe; 1997.
- Soares AVN. A representação social da puerpera em sistema de alojamento conjunto sobre seu processo de hospitalização [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- Sodré TM. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.
- Tanaka AC. Maternidade: dilema entre o nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; 1995.
- Venâncio SI, de Almeida H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento. J Pediatr. 2004;80(5 Supl):S173-80.
- Vieira EM. A medicalização do corpo feminino. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.

Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001;75 Suppl 1:S25-37.

ANEXO 1

Tecnologias Apropriadas para Assistência a Nascimentos e Partos

a) Deveres do Governo

1. *Estabelecer políticas específicas sobre tecnologias apropriadas ao nascimento, a serem adotadas tanto em serviços de saúde públicos como privados.*
2. *Desencorajar o uso indiscriminado de tecnologia, através de regulações financeiras, e encorajar uma assistência obstétrica que critique a tecnologização desnecessária do parto e que respeite os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do nascimento.*
3. *Determinar quais instruções e instâncias governamentais coordenarão a avaliação da tecnologia adequada ao nascimento.*
4. *Criar legislação para que o uso de novas tecnologias de nascimento e parto ocorra somente após avaliação adequada.*
5. *Estimular a participação de Universidades, Sociedades Científicas e Grupos de Pesquisa na avaliação das tecnologias na assistência ao nascimento.*
6. *Encorajar a formação de Obstetizes e Parteiras Profissionais, cuja tarefa é assistir à gestação, nascimento e puerpérios normais.*
7. *Estimular a formação de grupos femininos de auto-ajuda, no sentido de proporcionar valioso apoio social e oportunidades de compartilhar informações sobre nascimentos.*
8. *Promover conferências nacionais e regionais sobre nascimento e parto, incluindo provedores e autoridades de saúde, clientes, grupos de mulheres e mídia.*

b) Recomendações quanto à tecnologia apropriada

1. *As menores taxas de mortalidade perinatal são de países com menos de 10% de cesáreas. Não há justificativa para taxas de cesáreas regionais superiores a 15%.*
2. *Não há evidências da necessidade de cesárea depois de uma cesárea. Partos vaginais após cesárea anterior devem ser encorajados sempre que for possível evitar uma cirurgia de emergência.*

3. *Ligadura de trompas não constitui-se em indicações de cesárea. Há métodos mais simples e menos arriscados de esterilização tubária.*
4. *Deve-se evitar a administração rotineira de analgesia ou anestesia durante o parto. Estas só devem ser administradas para corrigir ou evitar qualquer complicação.*
5. *Não há fundamentação científica para raspagem dos pêlos pubianos ou enemas antes do parto.*
6. *Não se justifica o uso sistemático de episiotomia. Deve-se, no entanto, proteger o períneo sempre que possível.*
7. *Não se recomenda colocar a parturiente em posição de litotomia dorsal durante o trabalho de parto e durante o parto. É importante encorajar a mulher a movimentar-se andando, se acocorando, se exercitando ou realizando outros movimentos. Cada mulher deve poder decidir livremente a posição e o local (instituição ou domicílio) de seu parto.*
8. *Deve-se reservar a indução para indicações médicas específicas. As regiões não devem ter mais de 10% de indução de parto.*
9. *Não há justificativa científica ou técnica para ruptura artificial da bolsa amniótica como procedimento rotineiro.*
10. *A avaliação da tecnologia utilizada no parto deve envolver profissionais que usam os epidemiologistas, cientistas sociais, autoridades de saúde e as mulheres em que ela foi utilizada.*

c) As instituições de saúde devem

1. *Garantir o bem-estar da futura mãe por meio da presença no parto e no puerpério, de um acompanhante de sua escolha. A equipe de saúde deve proporcionar-lhes apoio emocional.*
2. *Motivar a equipe perinatal a estimular o relacionamento precoce entre mãe, bebê e família.*
3. *Oferecer condições para que o recém-nascido sadio permaneça sempre com a mãe. A observação do recém-nascido não justifica a sua separação da mãe.*
4. *Encorajar a amamentação imediata, antes da mãe e bebê deixarem a sala de partos.*
5. *Estimular a equipe de saúde a ter atitudes coerentes e compartilhar de uma mesma filosofia de trabalho, para garantir a continuidade na assistência à gestação e ao parto; mudanças na equipe não devem ameaçar a continuidade da assistência.*

6. *Incluir técnicas de comunicação no treinamento dos profissionais de saúde, para promover troca efetiva e interessada de informações entre os provedores de saúde e a gestante e sua família.*
7. *Contemplar no treinamento profissional os novos conhecimentos sobre aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento.*
8. *Preservar o direito das mulheres parirem em instituições, de decidir sobre sua roupa e o bebê, sobre a alimentação, o destino da placenta, e outras práticas culturalmente significantes.*

d) São direitos da população

1. *Toda mulher tem direito a um pré-natal adequado e é dela o papel central em todos os momentos da assistência, incluindo o planejamento, o funcionamento e a avaliação da assistência recebida.*
2. *A população deve ser informada sobre as várias tecnologias relacionadas à assistência a gravidez e parto, de forma a possibilitar à mulher a escolha do tipo de assistência de sua preferência.*
3. *Hospitais e maternidades públicos e privados devem divulgar informações sobre suas taxas de procedimentos (indicações, anestésias e analgesias, cesáreas, enemas, tricotomias, episiotomias).*

ANEXO 2

Carta de Aprovação da CEP HU

São Paulo, 17 de março de 2006.

Ilmo(a). Sr(a).

Profa. Dra. Dulce Maria Rosa Gualda

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Referente: **Projeto de Pesquisa:** “Humanização da assistência ao trabalho de parto: percepção de mulheres que vivenciaram dois momentos de um hospital-escola” –
Registro CEP: 639/06

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 17 de março de 2006, analisou o projeto de pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar o apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, inciso IX.2 letra “c”).

O **primeiro relatório** do referido projeto está previsto para **17 de março de 2007**.

Atenciosamente,

Dra. Maria Teresa Zulini da Costa
Coordenadora

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-HU/USP

ANEXO 3**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, _____, declaro que concordo em participar da pesquisa intitulada "Humanização da Assistência ao Parto: percepção de mulheres que vivenciaram dois momentos de um hospital-escola", que tem como principal objetivo compreender as percepções das mulheres relacionados a assistência recebida na sua internação por ocasião do parto, comparando suas percepções em um momento anterior ao ano de 2000, e no momento atual.

Declaro que fui esclarecida sob os seguintes aspectos:

1. Minha participação será espontânea e que concordo com a utilização dos dados de minha entrevista para os fins da pesquisa, publicação em revistas da área da saúde e em eventos científicos;
2. As informações obtidas serão tratadas sob absoluto sigilo e anonimato e fielmente relatadas pela pesquisadora;
3. Que a qualquer tempo poderei desistir da pesquisa, não sofrendo qualquer tipo de sanção ou prejuízo em consequência do ato da desistência ou por minhas opiniões proferidas;
4. Que a pesquisadora estará disponível para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários quanto ao assunto, durante a realização da mesma, conforme endereço e telefone constantes abaixo.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Assinatura colaboradora da pesquisa

Chang Yi Wei -pesquisadora

Em caso de dúvidas entre em contato comigo pelos telefones
Comissão de Ensino e Pesquisa: (011) 3039-9457/ 3039-9479
ou Centro Obstétrico: (011) 3039-9354/ 3039-9495
Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 - Butantã - CEP:05508-900 - São Paulo - SP
E-mail: cep@hu.usp.br

ANEXO 4**Roteiro da Entrevista**

A. Identificação: Nº de ordem: _____ Iniciais _____ Data: ____/____/____
Início: ____/____hs Término: ____/____hs Duração da entrevista: _____

B. Dados da puérpera:

Idade: ____ anos Instrução: _____
E. civil: _____ Ocupação: _____
Religião: _____ Procedência: _____
Gestação/Paridade: _____ Partos anteriores: _____
Parto anterior no HU há: _____ anos.

C. Entrevista:

1) O que a trouxe a ter seu bebê no HU?

2) Com relação a este parto, como percebeu o tratamento recebido em relação a:

- * lavagem intestinal
- * movimentação/deambulação
- * oferta de alimentos, líquidos
- * acompanhante no pré-parto e parto
- * contato com o bebê ao nascer
- * episiotomia
- * tricotomia

3) Comparando com o outro parto, percebeu alguma diferença?

4) Têm algo que a Sra acha que deveria ser mudado no atendimento ao trabalho de parto e parto aqui no HU-USP?

Impressões da pesquisadora