

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE ENDEMIAS, AMBIENTE E SOCIEDADE
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**ACOMPANHANTES FAMILIARES NA ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL: A
EXPERIÊNCIA DA MATERNIDADE LEILA DINIZ**

AUTORA: ROSA MARIA SOARES MADEIRA DOMINGUES
ORIENTADORA: ELIZABETH MOREIRA DOS SANTOS

Rio de Janeiro, outubro de 2002

*Ao Gerson e à Gabriela,
que me permitiram conhecer
a dor e a delícia da maternidade*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Antonio e Terezinha, por todo amor e incentivo que me deram e pelo respeito e apoio às minhas decisões;

Aos meus irmãos Antonio José (Zé), Luís e Augusto (Gugu), pela amizade e pela confiança, às vezes exagerada, na minha capacidade;

À Márcia Umbelino pela amizade e presença constante, apesar da distância;

À minha orientadora Elizabeth Moreira dos Santos, por ter sido tão compreensiva durante os meus longos períodos de ausência devido a gestação e nascimento de minha filha Gabriela durante o curso de mestrado;

Aos colegas e professores do Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, realizado no Núcleo de Estudos Populacionais da UNICAMP, onde iniciei este projeto de pesquisa, e em especial às professoras Estela Aquino e Maria Regina Barbosa pelo estímulo para que eu aprofundasse a reflexão sobre o tema do suporte emocional no parto em um curso de mestrado;

À Cristina Boaretto, Kátia Ratto, Carla Brasil, Diana Valladares, Gisele Israel, Ana Maria (Nani), e demais profissionais da equipe da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, pela coragem e determinação na implantação de um modelo de atenção humanizado ao parto e nascimento na cidade do Rio de Janeiro;

À toda equipe da Maternidade Leila Diniz, pelo empenho cotidiano para transformar o sonho de uma atenção humanizada em realidade;

Ao Dr. Marcos Augusto Bastos Dias, por me mostrar, nesses anos de convívio no trabalho, que as pessoas são passíveis de transformações profundas na sua prática profissional;

À Márcia Soares e Leila Marques, profissionais competentes e dedicadas e amigas queridas, verdadeiras guerreiras durante o trabalho de campo desta pesquisa para que houvesse o mínimo de perdas e o máximo de qualidade no trabalho desempenhado;

Às mulheres que concordaram em participar desta pesquisa e que me cederam, generosamente, momentos preciosos de suas vidas e depoimentos inestimáveis.

RESUMO

O suporte emocional durante a atenção ao parto é uma prática secular que praticamente desapareceu com a institucionalização da assistência ao parto e nascimento. A partir da década de 80, diversos trabalhos científicos têm demonstrado o efeito benéfico do suporte emocional nos resultados perinatais, no aumento do aleitamento materno, e na percepção mais positiva do parto pelas mulheres.

A presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o parto é uma prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde e tem sido desenvolvida com êxito em diversos países. No Brasil, a maior parte dos serviços públicos não permite a presença de familiares durante a internação para o parto. No Rio de Janeiro, a Maternidade Leila Diniz tem como norma assistencial, desde sua inauguração em 1994, a garantia da presença de um acompanhante de escolha da gestante durante todo o trabalho de parto e parto vaginal.

Os objetivos deste trabalho são descrever a prática do acompanhante familiar durante a assistência ao parto na Maternidade Leila Diniz, verificar a satisfação das mulheres com esta prática, e identificar outros fatores que possam afetar a satisfação das mulheres com a assistência ao parto.

Foi realizado um estudo quantitativo utilizando-se dados relativos a 246 entrevistas realizadas com puérperas internadas nessa instituição no período de 01 a 30 de março de 1999. Foi realizada análise uni e bivariada utilizando-se o programa estatístico EPI INFO.

Os dados encontrados mostraram que a prática do acompanhante encontra-se de fato implantada na Maternidade Leila Diniz, sendo uma prática altamente valorizada pelas mulheres, e estando associado a outros aspectos da assistência, como maior acesso à informação, percepção mais positiva sobre a atenção fornecida pelos profissionais e maior satisfação com o parto. Verificou-se também que as mulheres sem acompanhante apresentavam piores condições sociais, menor acesso a serviços e informações de saúde e que referiam sentimentos negativos em relação ao fato de estarem sozinhas.

O suporte emocional no parto constitui-se numa medida simples, de baixo custo e com benefícios claros. Os serviços de saúde devem garantir que toda parturiente receba esse suporte, tanto de pessoas de sua relação afetiva quanto de profissionais treinados.

Palavras-chave: Assistência perinatal, suporte emocional, satisfação do usuário.

ABSTRACT

Emotional support during labour is a secular practice that has nearly disappeared after the hospitalization of childbirth.

Studies have shown the positive effects of emotional support in perinatal outcomes, improvements in breastfeeding and positive perceptions of birth by labouring women.

The presence of a person of the woman's choice during labour is a World Health Organization recommended practice and has been successfully developed in many countries.

In Brazil, most of the public maternity services do not allow the presence of relatives during childbirth assistance. In Rio de Janeiro, the Leila Diniz Maternity Hospital, since its opening in 1994, proposes a model of care that guarantees the right of every woman to have a companion of her own choice present during labour and vaginal delivery.

The objectives of this study are: to describe the practice of enabling emotional support from a familiar companion during labour; to examine women's satisfaction with this practice; and to identify other factors that may affect the satisfaction of women with perinatal assistance.

A quantitative study has been developed through analyses of data from interviews with 246 women attended at the Leila Diniz Maternity Hospital during the period of 01 to 30 March 1999. Uni and bivariated analyses were performed with the statistical program EPI INFO.

The results of the study reveal that the presence of relatives and friends during labour and delivery is a well established practice at the Leila Diniz Maternity Hospital. This practice is highly appreciated by women and it is associated with other important aspects of assistance such as: a) better access to information, b) positive perceptions of the staff, and c) higher satisfaction with childbirth care. Women that stayed alone during labour and delivery, without the presence of a companion of their own choice, presented worse social conditions, reported less access to pre-natal services and health informations, and expressed negative feelings in relation to being alone.

Emotional support in labour is a simple, low cost and beneficial practice. Every effort should be made to guarantee that all women receive emotional support from relatives and friends as well as from trained professionals.

Key-words: Perinatal assistance, emotional support, consumer satisfaction.

SUMÁRIO

| | Página | |
|--|--------|----|
| APRESENTAÇÃO | 12 | |
| CAPÍTULO I - MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO | 18 | |
| 1. Considerações iniciais | 18 | |
| 2. O modelo tecnológico de assistência ao parto | 19 | |
| 3. Outros modelos de atenção ao parto | 26 | |
| 4. Recomendações da Organização Mundial de Saúde para uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto | 34 | |
| CAPÍTULO II - EM BUSCA DE NOVOS MODELOS | 39 | |
| 1.O movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil | | 39 |
| 1.1.Ações não governamentais | 39 | |
| 1.2.Ações governamentais | | |
| 2. O caso do Rio de Janeiro | 48 | |
| 2.1.Características da assistência perinatal | 48 | |
| 2.2 Estratégias de qualificação e humanização da assistência perinatal | 50 | |
| 2.3. Estratégias de divulgação: criando consenso | 54 | |
| 2.4. Estudos sobre as estratégias de humanização | 56 | |
| CAPÍTULO III - A QUESTÃO DO SUPORTE NO PARTO | 61 | |
| 1. Um breve histórico | 61 | |
| 2. Benefícios do suporte no parto | 65 | |
| 3. Quem fornece o melhor suporte? | 77 | |
| 3.1.Suporte por profissionais de saúde | 77 | |
| 3.2. Suporte por <i>doulas</i> | 81 | |
| 3.3. Suporte por familiares | 82 | |
| 3.3.1. Suporte pelo marido/parceiro | 83 | |
| 3.3.2. Suporte por outros familiares e amigos | 87 | |

| | |
|--|-----|
| 3.4. Outras pessoas de suporte | 89 |
| 4. A situação brasileira | 90 |
| | |
| CAPÍTULO IV - A PESQUISA | 97 |
| 1. Objetivo geral | 97 |
| 2. Objetivos específicos | 97 |
| 3. Metodologia | 98 |
| 3.1. Descrição da maternidade Leila Diniz e sua clientela | 98 |
| 3.2. População do estudo | 99 |
| 3.3. O processo de identificação das mulheres e a entrevista | 99 |
| 3.4. O questionário e os entrevistadores | 100 |
| 3.5. As variáveis | 100 |
| 3.6. Aspectos éticos | 104 |
| 4. Resultados | 105 |
| 4.1. Características sócio-demográficas | 105 |
| 4.2. Antecedentes obstétricos | 107 |
| 4.3. Dados da gestação atual | 108 |
| 4.4. Percepções em relação ao parto | 110 |
| 4.5. Acesso e atendimento na maternidade Leila Diniz | 112 |
| 4.6. Acompanhante no trabalho de parto | 114 |
| 4.7. Acompanhante no parto | 116 |
| 4.8. Percepção e satisfação das mulheres com a prática do acompanhante | 118 |
| 4.8.1. mulheres com acompanhante | 118 |
| 4.8.2. mulheres sem acompanhante | 124 |
| 4.9. Dados relativos à atenção no parto | 126 |
| 4.10. Percepção das mulheres sobre os serviços de atenção ao parto | 128 |
| 4.11. Satisfação das mulheres com a assistência ao parto | 129 |
| | |
| CAPÍTULO V – DISCUSSÃO | 142 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS | 159 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 163 |
| ANEXOS | 176 |

LISTA DE QUADROS

| | Página |
|--|--------|
| Quadro 1 – Distribuição percentual de algumas características das gestantes e recém-nascidos atendidos nas maternidades da Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, 2000 | 50 |
| Quadro 2 - Resumo das variáveis escolhidas para avaliação da implantação da prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz | 101 |
| Quadro 3 - Resumo das variáveis escolhidas para descrição da prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz | 102 |
| Quadro 4 - Resumo das variáveis escolhidas para avaliação da satisfação das mulheres com a prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz | 102 |
| Quadro 5 - Resumo das variáveis escolhidas para avaliação da satisfação com o parto | 103 |

LISTA DE TABELAS

| | Página |
|---|--------|
| Tabela 1 - Distribuição percentual das características sócio-demográficas das puérperas, segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 106 |
| Tabela 2 - Distribuição percentual dos antecedentes obstétricos das puérperas, segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 107 |
| Tabela 3 - Distribuição percentual dos dados da gestação atual das puérperas, segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 110 |
| Tabela 4 - Distribuição percentual das percepções das mulheres em relação ao parto, segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 112 |
| Tabela 5 - Distribuição percentual dos dados sobre a admissão para o parto das puérperas, segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 114 |
| Tabela 6 – Avaliação da prática do acompanhante no trabalho de parto por equipe de plantão e horários de funcionamento do serviço. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 115 |
| Tabela 7 – Avaliação da prática do acompanhante no parto por equipe de plantão e horários de funcionamento do serviço. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 117 |

| | |
|---|-----|
| Tabela 8 - Distribuição percentual da opinião das mulheres sobre a prática do acompanhante, conforme a presença ou não do(a) acompanhante no trabalho de parto ou no parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 126 |
| Tabela 9 - Distribuição percentual da opinião das mulheres quanto à perspectiva de mudança dos serviços de atenção ao parto, conforme a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 129 |
| Tabela 10 – Distribuição percentual das razões referidas para a satisfação com o parto segundo o grau de satisfação relatado pelas puérperas. Maternidade Leila Diniz, 1999 | 130 |
| Tabela 11 - Distribuição percentual de algumas variáveis relacionadas às características das puérperas segundo grau de satisfação com o parto. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 131 |
| Tabela 12 – Distribuição percentual de algumas variáveis segundo a paridade das puérperas. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 132 |
| Tabela 13 – Distribuição percentual de algumas variáveis relacionadas à assistência ao parto segundo o grau de satisfação relatado pelas puérperas. Maternidade Leila Diniz, 1999. | 140 |

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Normas e rotinas assistenciais da maternidade Leila Diniz

Anexo 2 - Resolução número 667 de 20 de outubro de 1998 da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Anexo 3 - Cartaz da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sobre o acompanhante no parto

Anexo 4 - Questionário utilizado no trabalho de campo da pesquisa "Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres."

Anexo 5 - Consentimento informado utilizado na pesquisa "Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres."

APRESENTAÇÃO

Desde a conclusão do curso de Residência em Medicina Preventiva e Social, em 1989, tenho desempenhado minhas atividades profissionais exclusivamente na área de saúde pública, com interesse e dedicação especial às questões relacionadas à saúde reprodutiva.

A partir de janeiro de 1993, quando assumi o cargo de assessora da Superintendência de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, função que desempenho até o momento, passei a atuar mais especificamente na área de assistência perinatal e suas interfaces com o programa de prevenção e controle das DST/AIDS.

A partir de junho de 1994, assumi a função de assessora da direção da Maternidade Leila Diniz, cuja inauguração foi viabilizada pela reabertura dos leitos obstétricos do Hospital Raphael de Paula Souza, a partir de um convênio com o Ministério da Saúde.

A Maternidade Leila Diniz foi concebida como um projeto piloto da Secretaria Municipal de Saúde na humanização do parto e nascimento, e teria como objetivo principal implantar um novo modelo de atenção que reconhecesse a gravidez e o parto como processos fisiológicos e como eventos de fundamental importância para a mulher e sua família, valorizando seus aspectos sociais, emocionais e afetivos.

Nesse sentido, diversas inovações assistenciais foram introduzidas com o intuito de permitir maior participação da mulher e seus familiares no trabalho de parto e parto, reduzir as intervenções obstétricas e neonatais e qualificar os resultados perinatais. Dentre as propostas assistenciais, foi garantido o direito das gestante à presença de um(a) acompanhante de sua escolha durante todo o trabalho de parto e o parto vaginal.

Desde o início de minha atuação na Maternidade Leila Diniz, tenho me dedicado mais intensamente à discussão dos modelos de atenção ao parto e nascimento e à necessidade de modificação da prática assistencial vigente. Como parte do meu processo de estudo e aprofundamento teórico sobre esses temas participei, em 1997, do 6º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade realizado pelo Núcleo de Estudos Populacionais/NEPO da Universidade Estadual de Campinas/UNICAMP.

Posteriormente, em 1998, nessa mesma instituição, participei do 3º Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva. Foi nesta ocasião que surgiu a oportunidade de realizar um estudo sobre o acompanhante familiar e tornei-me bolsista da Fundação Ford, desenvolvendo a pesquisa "Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres", concluída em outubro de 1999.

Após a realização dessa pesquisa, surgiu o desejo de cursar o mestrado em saúde pública, com o objetivo de aprofundar a revisão teórica sobre o suporte emocional no parto e ampliar a análise dos dados obtidos na pesquisa citada, incluindo a identificação de fatores que influenciam a satisfação das mulheres com a assistência ao parto, e dentre eles o suporte emocional por acompanhantes familiares.

O interesse pelo tema do acompanhante familiar na assistência ao parto e a motivação para a realização deste estudo surgiram por duas razões. Em primeiro lugar, por ter sido essa prática uma das que mais gerou polêmica e resistência por parte dos profissionais por ocasião da inauguração da Maternidade Leila Diniz, exigindo da direção uma atuação constante junto aos profissionais e usuários para garantir o direito das gestantes ao acompanhante. Em segundo lugar, devido à resistência observada, também em outros serviços municipais, à implantação dessa prática a partir de 1998, quando a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro iniciou o trabalho de ampliação da prática do acompanhante no trabalho de parto e parto para as demais maternidades municipais sob sua gestão.

Como até aquele momento a Maternidade Leila Diniz era a única maternidade pública do Rio de Janeiro que apresentava a prática do acompanhante familiar na assistência ao trabalho de parto e parto normatizada e implantada, consideramos que seria fundamental a realização de um estudo que avaliasse a experiência dessa unidade e a percepção das mulheres em relação a essa prática. Os resultados desse estudo poderiam fornecer subsídios importantes para a viabilização dessa proposta de humanização do parto e nascimento, que entendemos ser uma prática simples, de baixo custo, que poderia ser implantada a curto prazo em todos os serviços de saúde com um mínimo de adequação, e

que certamente qualificaria a assistência, reduzindo a solidão, o medo e a ansiedade das parturientes, propiciando a vivência do parto de uma forma mais tranquila e prazerosa.

Embora a presença dos(as) acompanhantes fosse uma realidade no cotidiano da Maternidade Leila Diniz e a resistência inicial dos profissionais de saúde estivesse superada, a unidade não dispunha de registros sistemáticos relativos à prática do acompanhante no trabalho de parto e parto, não sendo possível realizar uma avaliação do serviço em relação a essa proposta.

Algumas perguntas precisavam ser respondidas: Estava a prática do acompanhante de fato implantada na Maternidade Leila Diniz? Existia alguma variação na presença do acompanhante entre as equipes de plantão e nos diversos horários de funcionamento da maternidade? Qual era a percepção da clientela atendida em relação a essa prática? Quem foram os acompanhantes escolhidos e qual a razão de sua escolha? O acompanhante de fato contribuiu para uma vivência mais gratificante do trabalho de parto e parto? A presença do acompanhante afetou outros aspectos da assistência? Qual foi a opinião das mulheres em relação a possibilidades de receber suporte emocional de outras pessoas que não fossem de sua escolha? Que outros fatores estiveram associados com a satisfação das mulheres com a assistência ao parto?

Este trabalho tem então por objetivo avaliar alguns aspectos da implantação do acompanhante familiar durante o trabalho de parto e parto vaginal na Maternidade Leila Diniz e conhecer a percepção e satisfação das mulheres em relação a essa prática.

Considerando-se o tempo relativamente curto de implantação da prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz e o elevado grau de resistência observado em outros serviços em relação à essa proposta, esperava-se encontrar um grau de implantação variável nessa unidade, com desempenho desigual entre as diversas equipes de plantão e horários de funcionamento da maternidade. Por outro lado, considerando-se os estudos internacionais realizados em relação ao suporte emocional no parto, esperava-se encontrar um elevado grau de satisfação das mulheres com essa prática, sendo a presença do acompanhante um componente importante da satisfação com a atenção ao parto.

É importante enfatizar que a adoção de novos modelos de atenção em saúde implica a incorporação de novos conceitos, tecnologias e atitudes, e na substituição de práticas

muitas vezes cristalizadas no cotidiano dos profissionais e serviços, gerando resistências tanto dos profissionais como da população atendida.

No campo temático da assistência ao parto, a produção científica internacional tem desempenhado um papel fundamental na demonstração da ineficácia, e mesmo dos efeitos prejudiciais de muitas condutas adotadas na assistência obstétrica, contribuindo assim para a implantação de modelos de atenção que privilegiem práticas sabidamente benéficas.

No Brasil, a produção científica relativa aos modelos de atenção ao parto é ainda modesta, estando grande parte dos trabalhos publicados direcionados para graves questões presentes na realidade brasileira, como é o caso da mortalidade materna e das taxas elevadas de cesariana. Apesar de algumas experiências nacionais de serviços que têm modelos de humanização do parto e nascimento, existem poucos trabalhos científicos que avaliem a implantação dessas práticas e a percepção dos usuários em relação às mesmas.

É fundamental, portanto, ampliar a produção científica nacional nessa área temática, contribuindo para a implantação de serviços de atenção ao parto menos intervencionistas, orientados pela medicina apoiada em evidências, voltados para as necessidades da clientela, e que atuem na perspectiva de propiciar a vivência do trabalho de parto, parto e nascimento como experiências positivas e enriquecedoras.

No Brasil, a quase totalidade dos partos tem ocorrido em ambiente hospitalar, com variação da taxa de partos hospitalares de 81,9% na região Norte a 97,4% na região Sul (MS, 2001). O modelo de atenção vigente na maioria dos serviços públicos é o modelo tecnológico, com percepção do parto e nascimento como atos médicos, e pouca valorização dos aspectos sociais e afetivos desses eventos. Esse modelo de atenção ao parto, hospitalar e medicalizado, tem sido acompanhado de melhorias ainda discretas nos indicadores perinatais, apresentando taxas de mortalidade materna, fetal e neonatal muito superiores às taxas encontradas nos países desenvolvidos (UNICEF, 1994).

A taxa de cesariana também tem sido utilizada como indicador de avaliação desse modelo de atenção ao parto. Segundo a Organização Mundial de Saúde, não existem evidências que justifiquem, em qualquer população, taxas de cesariana superiores a 15% (OMS, 1985). No Brasil, a taxa de cesariana variou de 32% em 1994 a 36,9% em 1999, apresentando, no entanto, um valor mais elevado de 40,3% em 1996. As menores taxas brasileiras são observadas na região nordeste (24,3%), e as maiores (45,3%), na região

sudeste (Datusus, 2002). Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, a taxa de cesariana no município do Rio de Janeiro apresentou aumento de quase 20% em um intervalo de oito anos, passando de 40,9% em 1993 para 47,8% em 2001.

A elevação das taxas de cesariana é um fenômeno mundial, embora tenha avançado mais genericamente no continente americano e mais especificamente no Brasil. Na quase totalidade dos países onde seus índices são elevados, a prevalência é diretamente proporcional ao nível de renda da mulher, não se relacionando com a prevalência de condições patológicas na população que poderiam explicar sua indicação (MS, 2001).

A taxa de cesariana observada nos diversos tipos de serviços existentes no município do Rio de Janeiro exemplifica bem essa questão. As taxas mais elevadas desse tipo de parto são verificadas nos serviços privados, 85,9% em 2002, local onde são atendidas as mulheres com melhor nível sócio-econômico e melhores condições de saúde. As taxas mais baixas são encontradas nos serviços públicos estaduais e municipais (22,6% e 31,4% respectivamente), locais onde são atendidas as mulheres com menor nível sócio-econômico e maior risco reprodutivo.

Em nosso meio, a assistência hospitalar ao parto também não tem contemplado o suporte social e emocional das mulheres e suas famílias. Embora o direito da gestante ao acompanhante seja reconhecido em diversas instâncias, incluindo o Ministério da Saúde, é uma prática realizada de forma ainda não regular e sistemática em todo o país, sendo ao contrário, de maneira geral, restrita apenas às mulheres mais favorecidas economicamente, que têm seus partos em hospitais privados (MS, 2001). Assim, de um modo geral, a gestante em trabalho de parto internada num hospital público é afastada de seus familiares e permanece sozinha, sem qualquer apoio emocional ou afetivo, num ambiente estranho, com profissionais desconhecidos, e com pouca ou nenhuma possibilidade de opinar e decidir sobre o seu corpo e o seu parto.

Cabe ressaltar, que uma das justificativas apresentadas pelos profissionais para que as propostas de humanização da assistência não sejam implantadas, baseia-se no fato de que os trabalhos científicos têm sido realizados em países desenvolvidos, onde as mulheres apresentam melhores condições de saúde, maior nível econômico e de “educação”, o que explicaria os bons resultados obtidos. Assim, torna-se fundamental a realização de estudos em unidades de saúde onde são atendidas mulheres de baixa renda e menor nível sócio-

econômico, e onde algumas práticas de humanização, como a prática do acompanhante, têm sido desenvolvidas com êxito.

A discussão do suporte emocional se inscreve num debate mais amplo sobre os modelos de atenção ao parto existentes atualmente, sobre a busca do uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto e nascimento, e sobre a necessidade de implantação de práticas assistenciais que propiciem a satisfação da clientela com a atenção recebida.

Assim, no primeiro capítulo é feita uma apresentação dos dois principais modelos de atenção ao parto existentes atualmente: o modelo tecnológico ou modelo médico; e outros modelos de atenção, que recebem denominações diversas, mas que têm características comuns como a abordagem do parto e nascimento como eventos fisiológicos importantes para a mulher e sua família. Apresentamos também uma discussão sobre o uso apropriado da tecnologia na assistência ao parto e nascimento, que tem sido fomentada pela Organização Mundial de Saúde.

No segundo capítulo discutimos a situação brasileira atual e alguns dados sobre o movimento pela humanização da assistência ao parto no Brasil. Incluímos também as estratégias adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a humanização da assistência prestada em suas maternidades.

No terceiro capítulo relatamos um breve histórico do suporte emocional no parto e apresentamos as evidências científicas disponíveis sobre os benefícios dessa prática. Também apresentamos algumas experiências nacionais de serviços que incorporaram o suporte emocional na sua assistência, e a legislação nacional a esse respeito.

Os dois capítulos seguintes apresentam a pesquisa atual, seus objetivos, metodologia, principais resultados encontrados e a discussão desses dados à luz do conhecimento científico atual. São discutidos também, ainda que de forma incipiente, outros fatores que também podem afetar a satisfação das mulheres com a assistência ao parto e apontados alguns caminhos para o aprofundamento dessa reflexão.

Como conclusão do trabalho, destacamos: 1) a incorporação do acompanhante familiar por todas as equipes da Maternidade Leila Diniz, embora algumas falhas tenham sido identificadas exigindo a introdução de estratégias para a qualificação dessa prática; 2) a elevada satisfação das mulheres com a presença do(a) acompanhante; e 3) a necessidade de garantia do suporte emocional no parto, por familiares, *doulas* ou profissionais

treinados, sendo essa prática um importante componente da humanização da assistência ao parto e nascimento.

Acreditamos que os resultados deste trabalho poderão contribuir para a proposição de novas formas de organização dos serviços e para a modificação de práticas assistenciais na atenção pré-natal e ao parto visando a promoção da saúde, a humanização da assistência e a maior satisfação da população atendida nos serviços de saúde.

CAPÍTULO I - MODELOS DE ATENÇÃO AO PARTO

1. Considerações Iniciais

Em todas as culturas, gravidez e nascimento representam mais do que simples eventos biológicos, já que são integrantes da importante transição do status de “mulher” para o de “mãe”. Como ocorre em todas as transições sociais, o indivíduo deve ser protegido através da observação de determinados rituais e comportamentos (Helman, 1984). Para Davis-Floyd (1994), os rituais são uma das principais maneiras de socialização dos cidadãos de uma sociedade e os ritos de passagem são uma série de rituais que movem um indivíduo de um estado social a outro.

O parto, universalmente, é tratado como crise vital importante e como tal, em todos os lugares, é um período candidato a “modelagem social” e a uma “formatação consensual” (Jordan, 1993). Na maioria das sociedades, o parto e o pós-parto imediato são vistos como período de grande vulnerabilidade para a mulher e para o bebê. Para lidar com os riscos desse período, as pessoas tendem a produzir um conjunto de práticas e crenças destinadas a lidar com os problemas fisiológicos e sociais da parturição, e que façam sentido para aquela cultura.

Embora a fisiologia do parto seja a mesma universalmente, a parturição é realizada de modos extremamente diferentes por diferentes grupos de pessoas. O parto nunca é tratado de forma apenas fisiológica pois é um evento biossocial, ou seja, uma função biológica universal inserida numa matriz social específica de cada cultura (Jordan, 1993). Todas as culturas do mundo, independente de seu nível de desenvolvimento, têm um sistema de práticas relacionadas ao parto que são adotadas de uma forma que dão a elas um aspecto de necessidade moral, sendo percebidas pelas mulheres como a única forma correta de trazer seu filho ao mundo (Oakley, 1987 apud Wagner, 1994).

Segundo Jordan (1993), a maneira como a sociedade conceitua o nascimento constitui o indicador isolado mais poderoso da formação do sistema de parto. Cada sociedade produz uma configuração sistemática de práticas relacionadas ao parto que são mutuamente dependentes e internamente consistentes. O que as torna dependentes e consistentes é a definição local, específica da cultura, do evento parto. Por exemplo, como

evento médico nos EUA, como um processo natural na Holanda, ou como um evento intensamente pessoal e gratificante na Suécia.

A visão local compartilhada do parto garante que, em grande medida, os participantes tenham idéias similares em relação ao curso e manejo do parto e serve como um guia para a condução das práticas rotineiras disponíveis. Em geral, qualquer que seja a conceituação local do parto, esta tem forte poder na forma como a fisiologia da parturição é socialmente interpretada na maneira consensual e colaborativa de fazer o parto. Esta conceituação local determina, serve de justificativa e é manifesta nos aspectos locais como território do parto, pessoal adequado, alocação de poder decisório, e assim por diante (Jordan, 1993).

Assim, seja qual for o sistema de parto, seus praticantes tendem a vê-lo como a forma certa, melhor, ou até mesmo única de trazer uma criança ao mundo. Num sistema determinado, as práticas tendem a ser padronizadas, uniformizadas, ritualizadas e até moralizadas. No entanto, as práticas entre diversos sistemas de parto diferem muito entre si. Desta forma, o que é necessário, natural e senso comum em um sistema pode ser completamente inapropriado e injustificado em outros, como por exemplo, o uso de drogas para analgesia, a presença de familiares, e o tipo de profissional que presta assistência (Jordan, 1993).

2. O Modelo Tecnológico de Assistência ao Parto

No modelo tecnológico de atenção ao parto, este é visto como um evento médico. Segundo Jordan (1993), esta conceituação é compatível com a medicalização da sociedade, em que processos fisiológicos como nutrição e questões relacionadas à sexualidade, são culturalmente definidas como pertencentes ao domínio médico. Para Helman (1984), a medicalização ocorre com maior frequência no caso em que o corpo é entendido como uma máquina e quando ele é considerado à parte do seu contexto social e cultural. Para essa autora, no caso do controle do corpo feminino, uma explicação seria que o corpo feminino é visto como representante da “natureza”, sem controle, imprevisível, perigosamente

poluidor, e os rituais e a tecnologia médica representam uma forma de domesticar o incontrolável, tornando-o mais “cultural” no processo.

A inclusão da gestação e do parto no domínio médico tem uma série de conseqüências, todas elas relacionadas à transformação da gestante numa “paciente”. Como paciente a gestante está, numa grande extensão, isenta de suas responsabilidades normais em relação a ela própria e aos outros; é definida como incapaz de lidar com os problemas que ocorrem; e é obrigada a procurar ajuda de pessoas tecnicamente competentes para lidar com sua condição - competência técnica, neste contexto, definida como capacidade profissional médica, cujas recomendações e práticas a paciente é considerada como incompetente para avaliar (Jordan, 1993).

Segundo Davis-Floyd (1994), a cultura do nascimento na obstetrícia ocidental moderna tem sua origem no século XVII, na visão do universo mecanicista desenvolvida por Descartes, Bacon e Hobbes, com o modelo cartesiano do dualismo mente-corpo evoluindo para o modelo de corpo como uma máquina, sendo o corpo masculino o protótipo desta máquina. Nesta concepção, o corpo feminino é visto como desvio do padrão masculino, anormal, defeituoso, imprevisível, regido pela natureza e carente de controle por parte dos homens. Para essa autora, a metáfora do corpo-como-máquina e a imagem do corpo feminino como máquina defeituosa formaram a base filosófica da obstetrícia moderna.

Para Martin (1987), esta metáfora é muito simples para justificar e dominar a prática médica, e sugere a ampliação da metáfora e a comparação com a produção de fábricas e indústrias. O trabalho de parto é separado em várias fases como numa linha de montagem, e cada etapa tem parâmetros bem definidos que qualificam o desempenho como bom ou ruim. Desvios do padrão considerado normal (definido a partir de estudos estatísticos) geram desordens para os quais os livros médicos recomendam condutas como medicações, uso de fórceps e cesariana. A terminologia utilizada sempre reforça a imagem de produtividade subjacente como acelerar o processo e aumentar a eficiência, e a mulher foi sendo vista progressivamente de forma cada vez mais passiva, como uma “hospedeira do útero que contrai”.

O hospital, principalmente na obstetrícia norte-americana, é visto como indústria de alta tecnologia para a produção de bebês perfeitos, havendo distinção conceitual entre mãe

e bebê, sendo o bebê o produto principal e a mãe um produto secundário. Este foco leva ao monitoramento contínuo do corpo da gestante e ao uso rotineiro de intervenções, já que o corpo-máquina feminino é defeituoso e geralmente incapaz de produzir bebês perfeitos sem a assistência tecnológica dos profissionais (Davis-Floyd, 1987).

Para Davis-Floyd (1994), grande parte dos rituais da obstetrícia são também formas de transmitir os valores mais básicos da sociedade à mulher que dá à luz: impotência feminina em face do sistema patriarcal; “deficiência” do seu corpo feminino; necessidade da medicina para controlar seus processos naturais; dependência da ciência e tecnologia; e superioridade das instituições e das máquinas sobre as crenças e os significados individuais, sendo esta mensagem cultural mais fácil de ser transmitida no ambiente hospitalar do que no ambiente familiar doméstico.

Para Kitzinger (1978), os serviços de obstetrícia submetem as mulheres a uma série de ritos que constituem um rito de passagem para a maternidade: separação das pessoas "normais" que continuam suas vidas fora do hospital; ficar a cargo de instâncias que estão fora de seu controle; realização de investigação e exames que envolvem a exploração de suas partes mais íntimas por homens desconhecidos; e sujeição a métodos inquietantes e muitas vezes dolorosos os quais ela não deve recusar porque são feitos "para o bem do bebê". Somente após esses ritos de isolamento e humilhação a sociedade a reabilita como mãe.

A manutenção de alguns procedimentos comprovadamente ineficazes e desnecessários como a tricotomia, enteróclise e episiotomia, simbolizam a necessidade dos ritos hospitalares. A tricotomia como forma de assexuar a gestante provocando o regresso ritual da região pubiana ao seu estado pré-púbere; a enteróclise como ritual de limpeza e purificação; e a realização da episiotomia como mutilação ritual para se tornarem mães, já que é utilizada em quase 100% dos partos embora só seja necessária numa minoria deles.

O uso de roupas do hospital é uma forma de perda de identidade pessoal além de remeter aos rituais religiosos que incluem o uso de vestiário específico. Especificamente, o uso de panos isolando a área genital faz com que a paciente deixe de ser um objeto sexual para ser uma área corporal onde o médico vai atuar, ocorrendo também uma despersonalização da área genital, que não pode ser tocada pela mulher para evitar contaminação, embora seja uma área contaminada. Para essa autora, no ocidente estamos

alertas aos efeitos maléficos de algumas práticas utilizadas em sociedades pré-industriais, mas talvez estejamos subvalorizando, ou tenhamos menos consciência, da crueldade que envolve nossas práticas e concepções sobre o parto dado que o consideramos como algo seguro.

Ainda para essa autora, no contexto de medicalização da nossa sociedade, não é surpreendente que o parto seja considerado como algo que produz sensações que qualquer mulher tem o direito de anular. Sentir dores é recuar até a idade média e não ter sensações é a forma moderna de dar à luz. No parto moderno, despersonalizado, perdeu-se o significado transcendente. Alcançou-se o objetivo que talvez esteja implícito em todas as sociedades altamente tecnológicas: o controle mecanizado do corpo e a completa anulação de todas as sensações desagradáveis.

Como em obstetrícia os resultados são geralmente positivos, independente de como ou onde o parto ocorra, os médicos tendem a ter uma visão muito positiva da tecnologia, diferente de outras especialidades que apresentam taxas elevadas de mortalidade, em que falhas da tecnologia estão presentes no cotidiano. Os procedimentos rotinizados e repetitivos criam homogeneidade e reduzem incertezas relacionadas ao parto. Os obstetras são ensinados que a causa direta do sucesso geral do processo de parto nos tempos modernos são os procedimentos médicos, e por isso esses profissionais resistem tanto a abandonar essas práticas padronizadas. A ocorrência de complicações ou vivência de experiências desastrosas aumentam ainda mais a adesão dos profissionais aos procedimentos e ao modelo tecnológico, pois a experiência ruim reforça a deficiência do corpo feminino e a necessidade de realização dos rituais como forma de prevenir a falha (Davis-Floyd, 1987).

Para Wagner (1994), a história da tecnologia para o parto e outros tipos de tecnologia médica está repleto de afirmações de que os melhores resultados na saúde das mulheres e bebês são decorrentes do uso da tecnologia. Essas afirmações obscurecem a influência do papel de determinantes sociais e ambientais para a saúde e a doença. Inversamente, quando observam-se resultados ruins, existe uma demanda por mais tecnologia, desconsiderando-se que políticas sociais e ambientais para melhorar o nível de saúde poderiam ser respostas mais apropriadas.

Para um grupo de consultores da Organização Mundial de Saúde (OMS), que elaborou recomendações que buscavam aplicar os princípios da promoção de saúde no campo da reprodução (WHO, 1986), no imaginário do público consumidor o tipo de assistência convencional e altamente tecnologizado disponível atualmente é o preço a ser pago para evitar a morte, e qualquer crítica ou ceticismo em relação a esse modelo sugere negligência por parte da mulher.

Embora muitos biólogos assumam que cerca de 3% de qualquer grupo populacional terão mortes inevitáveis associados com a reprodução, médicos, mulheres e suas famílias praticamente não estão preparados para a morte como uma possível complicação de qualquer parto. A crença no hospital moderno é tão grande que a morte neste ambiente é geralmente assumida como inevitável enquanto, em outros ambientes, a morte no parto é imediatamente considerada fruto de negligência ou incompetência. As mulheres colocam-se disponíveis a qualquer intervenção, para não se sentirem acusadas de estar colocando em risco a vida de seu bebê. O medo da morte assumiu assim uma importância enorme, não só como realidade, mas como questão legal e moral.

Numa abordagem social do parto e nascimento uma nova atitude é incentivada para as mulheres, famílias e população em geral, que inclui o reconhecimento de que a morte e deficiências podem ser resultados possíveis de qualquer gravidez em qualquer ambiente. Isto inclui o reconhecimento de que o medo da morte pode levar ao uso inapropriado de tecnologia, que pode distorcer a experiência do parto e contribuir para danos iatrogênicos.

Para Odent (1984b), os profissionais médicos são preparados para atuar em todas as complicações possíveis da gravidez e do parto mas aprendem pouco sobre todas as variações fisiológicas possíveis de um parto normal, para as quais não há razão de alarme ou intervenção. O resultado é que todos os partos são vistos como problemas potenciais. Porém, essa ênfase no alto risco não serve para a maior parte das mulheres, que apresentam gestações e partos normais. A abordagem da obstetrícia moderna se justifica nos riscos para utilizar a intervenção (sedativos, hormônios, analgesia, fórceps, cesariana) e a desacreditar outras alternativas de assistência como partos domiciliares, em centros de parto normal / casas de parto, ou em serviços com baixo uso de intervenções. No entanto, essa abordagem da obstetrícia moderna não parece ter reduzido os riscos, porque grande parte da intervenção médica na realidade introduz novos riscos.

Jordan (1993) refere que como consequência da padronização e rotinização observada em todos os sistemas de parto, o modelo tecnológico, que não tem mecanismos institucionais para separar partos normais de partos com complicações, trata todos os partos com o mesmo tipo de procedimentos. Assim, o que é eficiência, rapidez e tecnologia para uma condição médica pode ser inapropriado para um parto normal. A disponibilidade das técnicas introduz um viés para a intervenção no processo e embora os médicos reconheçam que para um parto normal o melhor é não fazer nada, seu treinamento e orientação no trabalho os levam a atuar de forma contrária, sendo praticamente impossível não intervir em condições que na realidade são variações fisiológicas.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996), uma citação muito freqüente e difundida de que "o parto só pode ser declarado normal em retrospecto" fez com que muitos obstetras de diversos países concluíssem que a assistência ao parto de baixo risco devesse ser semelhante à assistência aos partos com complicação. Esta percepção tem várias desvantagens como: o potencial de tornar um evento fisiológico normal em um procedimento médico; a interferência com a liberdade da mulher de experimentar o parto da maneira e no local de sua escolha; a utilização de um maior número de intervenções; e a concentração de um grande número de mulheres em hospitais bem equipados tecnicamente, com os custos a eles associados.

Nos EUA, cujo modelo hegemônico de atenção ao parto é o modelo tecnológico, a definição cultural dominante do parto é a de um evento médico e os procedimentos médicos, em geral, são considerados como apoiados na ciência. Como consequência, existe uma assunção, compartilhada tanto pelos profissionais médicos como pelos clientes, de que as práticas americanas relacionadas ao parto são, de fato, cientificamente embasadas. No entanto, na análise das evidências disponíveis, verifica-se que a justificativa para várias práticas obstétricas está baseada em evidências insuficientes (Jordan, 1993).

Smith et al (1991), numa revisão crítica sobre importantes aspectos relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto, apontam que vários procedimentos utilizados rotineiramente como restrição da movimentação materna e da posição para o parto, aceleração do trabalho de parto, uso da episiotomia (incisão realizada na região perineal para ampliar o trajeto vaginal) e monitorização eletrônica do bem-estar fetal não têm

respaldo de trabalhos científicos adequadamente realizados que possam comprovar sua eficácia e justificar seu uso indiscriminado.

Wagner (1994), ao relatar o processo de realização das conferências de consenso, promovidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1985, para a definição da tecnologia apropriada para a assistência pré-natal, ao parto e após o nascimento, discute a grande variabilidade existente entre os diversos países no uso da tecnologia para assistência ao parto, e a falta de evidência científica para o uso elevado de determinadas práticas como, por exemplo, indução do parto, monitorização eletrônica durante o parto, parto operatório (fórceps, vácuo extrator e cesariana), uso de medicação analgésica e realização de episiotomia.

Segundo esse autor, na maioria dos países, os formuladores de políticas de saúde são assessorados por especialistas médicos e, em geral, as políticas elaboradas focam no papel dos médicos, da medicina, e da alta tecnologia: *the birth machine* (a máquina do parto). Em quase todos os países, a ênfase tem se dado no cuidado pré-natal médico, no parto hospitalar com alta tecnologia, e na utilização crescente de leitos de cuidados intensivos neonatais para um pequeno número de recém-natos. Para Wagner (1994), o problema é que a “máquina do parto” está fora de controle, e a tecnologia tem sido utilizada inapropriadamente e excessivamente antes, durante e após o parto. O uso dessa tecnologia, em grande parte, não está baseada em evidência científica confiável ou em indicação médica válida, e os seus determinantes têm sido fatores não médicos como hábito, conveniência, medo e vantagens financeiras.

O exemplo mais contundente do excesso de uso de intervenções no modelo médico, é o do parto cesariano. Não existem dúvidas sobre os avanços obtidos com esse procedimento cirúrgico para o manejo de uma série de situações obstétricas que necessitam da interrupção da gravidez para a preservação da saúde da mulher e do bebê, e que determinaram uma significativa melhoria dos resultados perinatais a partir do início da segunda metade do século XX (MS, 2001).

No entanto, já existem evidências suficientes que demonstram que não ocorreu uma diminuição sistemática e contínua da morbidade e mortalidade perinatal com o aumento da taxa de cesárea. A falsa associação de causa-efeito entre o aumento da taxa de cesariana e a diminuição da mortalidade perinatal foi responsável por um respaldo pseudocientífico para

um aumento indiscriminado da prática de cesáreas em todo o mundo ocidental, e particularmente no Brasil (MS, 2001).

Além da falta de benefícios do uso indiscriminado dessa tecnologia, sabe-se dos riscos associados ao parto cesariano, com aumento do risco de morte materna e da morbidade materna e neonatal. Taxas mais elevadas de prematuridade, distúrbios respiratórios do recém-nascido, infecções puerperais e dificuldades no aleitamento materno, são alguns exemplos de complicações associadas a esse tipo de parto. Na discussão sobre uso apropriado de tecnologia na assistência ao parto, o parto cesariano torna-se um caso exemplar de como a tecnologia tem seu limite: seu uso excessivo não resulta em benefícios adicionais e acarreta novos riscos à saúde da mulher e do bebê.

Com a medicalização do nascimento, há um aumento da distância entre culturas do nascimento leiga e obstétrica, principalmente no mundo industrializado. A visão médica abstrai a gravidez do restante da experiência de vida da mulher, tratando-a como episódio médico isolado. Para a mulher a gravidez está integrada a outros aspectos da vida, com início de novo papel social (de mãe) e profundas transformações em sua situação financeira, moradia e relações sociais (Helman, 1984). Para essa autora, apesar dos avanços tecnológicos importantes da obstetrícia moderna nos últimos cinquenta anos, críticas são feitas à maior ênfase aos aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez e do parto, e à tendência de medicalizar um evento biológico normal transformando-o em um problema médico: grávida como paciente, passiva e dependente, sendo ignorados os significados que as mulheres dão às experiências de gravidez e nascimento.

Desta forma, se de um modo geral o objetivo de tornar o parto mais seguro foi alcançado nesse modelo médico, deve-se reconhecer que ele também contribuiu para a perda de suporte social das mulheres no momento do parto. Segundo Maldonado (1997), a evolução tecnológica da obstetrícia permitiu uma assistência mais sofisticada, reduzindo os riscos maternos e fetais. Infelizmente, ela resultou numa profunda dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais, com um atendimento, durante a gravidez e o parto, que freqüentemente não satisfaz as necessidades emocionais da família e do bebê. Enquanto obstetras estão preocupados com a mortalidade materna e infantil e se empenham para obter bons resultados perinatais, as mulheres percebem o parto e o nascimento de uma

forma mais holística e querem não só um bebê saudável, mas também uma experiência pessoal satisfatória (Graham & Oakley, 1981 apud Cook, 1998)

Para Jordan (1993), o modelo americano, que é o modelo tecnológico, tem servido como um padrão sedutor para as aspirações das nações em desenvolvimento. Estes países, ao implantar programas de saúde baseados na medicina moderna, adotam os padrões médicos de prevenção, diagnóstico e tratamento para todas as questões de saúde, inclusive parto e nascimento. Como geralmente os recursos para a saúde são escassos e o modelo médico caro, esses países herdam não apenas os problemas relacionados à medicalização do parto, mas o problema de fazer uma obstetrícia ruim, ou seja, sem os recursos tecnológicos necessários para o seu funcionamento adequado. Um exemplo disso é o elevado número de mulheres nesses países que não tem acesso a cesarianas adequadamente indicadas.

Para Wagner (2001), o maior perigo do modelo medicalizado ocidental de assistência ao parto é sua ampla exportação para os países em desenvolvimento que, ao adotarem práticas obstétricas que não têm evidência científica, apresentam um desperdício trágico de recursos extremamente limitados que poderiam estar sendo usados em ações realmente eficientes.

3. Outros Modelos de Atenção ao Parto

Davis-Floyd (2001) apresenta três modelos de cuidado à saúde que influenciam a assistência ao parto: o modelo tecnológico, o modelo humanístico e o modelo holístico. Esses modelos diferem fundamentalmente na definição do corpo e sua relação com a mente, e conseqüentemente na abordagem no cuidado à saúde que suscitam. O modelo tecnológico enfatiza a separação corpo-mente e percebe o corpo como uma máquina; o modelo humanista enfatiza a relação corpo-mente e define o corpo como um organismo; e o modelo holista insiste na unidade corpo-mente-espírito e define o corpo como um campo energético em interação constante com outros corpos energéticos. Segundo essa autora (Davis-Floyd, 1987), o modelo humanístico é uma modificação do modelo médico/tecnológico, com a introdução de alternativas assistenciais para a parturiente, como

a possibilidade de deambulação no trabalho de parto e opções de posição para o parto. O parto ocorre no hospital estando sujeito portanto às limitações impostas pela rotina das instituições. A gestante se encontra sujeita às mesmas forças culturais daquelas com atendimento conservador, passível de sofrer uma série de intervenções médicas. Esse modelo não rejeita o modelo médico mas o modifica, é parte do modelo tecnológico, sendo uma forma de humanizar ao invés de remover a tecnologia. Já o modelo holístico rejeita o modelo médico, com a ocorrência dos partos nos domicílios, e a crença na capacidade inata da mulher para parir e na responsabilidade de cada indivíduo.

Para Rothman (1982), existem nos EUA dois diferentes modelos de atenção ao parto em uso. Além do modelo médico hegemônico, que reflete a visão masculina do corpo feminino e a orientação tecnológica da sociedade industrial moderna, a autora identifica um segundo modelo que ela denomina *midwife* (parteira). Nesta abordagem, a mulher é considerada como norma sendo o centro e o foco das atenções, os processos reprodutivos são vistos de uma forma natural e holística, o corpo feminino é considerado preparado para gerar crianças, e a gravidez e o parto não são situações de stress.

Rattner (1998) propõe a existência de dois paradigmas de atenção ao parto que ela denomina modelo americano e modelo europeu. O modelo “americano”, que também é observado em países como México e Brasil, se caracteriza pela institucionalização do parto, com sua ocorrência em hospitais, sendo o profissional médico responsável pela assistência ao parto eutócico, com enfoque predominante do parto como “risco potencial”, com utilização intensiva de novas tecnologias e altas taxas de cesariana e outras intervenções. O modelo “europeu”, observado em alguns países da Europa como Inglaterra, Holanda e França e também no Japão, privilegia o bem estar da parturiente e seu bebê, com uso apropriado da tecnologia; enfoque predominante do parto como processo fisiológico; possibilidade de ocorrência do parto no domicílio, casas de parto ou hospital, dependendo da indicação; participação de parteiras como membro da equipe; e baixas taxas de parto cesáreo e outras intervenções.

Klaus et al (1993) apontam para a existência de duas visões e abordagens do parto. Numa visão, denominada “natural”, o parto é visto como evento fisiológico normal que segue um curso natural. As intervenções necessárias são mínimas, embora a equipe deva estar alerta para qualquer sinal médico de complicação. Nesta abordagem a gestante

permanece o máximo de tempo em sua casa; é estimulada a caminhar, buscar posições confortáveis e a ingerir líquidos; o pai do bebê é incentivado a estar presente junto com outra pessoa de suporte; o parto ocorre em posições verticalizadas; e após o parto o bebê permanece junto à mãe e ao pai para contato precoce. Na outra visão, denominada “médica”, o parto é visto como evento médico carregado de risco potencial. Nesta abordagem, a gestante é internada no hospital logo que o trabalho de parto se inicia; permanece restrita ao leito com hidratação venosa; é monitorizada continuamente; o parto é acelerado com uso de ocitócicos e rotura das membranas; o pai do bebê pode estar presente mas sem outras pessoas de suporte; o parto ocorre na posição de litotomia (decúbito dorsal com as pernas elevadas); e o contato com o bebê após o parto é curto, sendo o mesmo transferido para o berçário.

Para Wagner (1994), existem dois modelos de atenção ao parto - o modelo médico e o modelo social – que se inserem num modelo mais amplo de atenção à saúde. No modelo médico, o parto é visto como problema médico, todas as gestações e partos são considerados potencialmente perigosos, e o período perinatal apresenta elevado risco de patologias, deficiências e morte. O corpo feminino é percebido como uma máquina complexa que só pode ser compreendida através de uma abordagem científica que separa as partes do processo para estudo. A gravidez e o parto são vistos como período para controle médico, e a segurança só é obtida quando o médico é o responsável pelas escolhas e decisões durante o processo de assistência. As mulheres são consideradas incapazes de compreender as decisões tomadas e seus sentimentos e satisfação com o cuidado são considerados menos importantes do que sua segurança e a de seu bebê.

No modelo social, a reprodução não é um problema médico e o parto é visto como processo biossocial e parte da vida cotidiana. O parto envolve a sociedade assim como o indivíduo, e nesse sentido o manejo do parto tem importantes implicações para a sociedade como um todo. Nesse modelo, gravidez não é doença, parto não é necessariamente um procedimento médico ou cirúrgico e a parturiente não é necessariamente uma paciente; os resultados sociais e psicológicos são tão importantes quanto os biológicos e a satisfação da mulher com a sua condição e assistência recebida tem importância central para ela e sua família, e deveria ser assim percebida por quem fornece o cuidado.

Quanto às intervenções na assistência ao parto, a diferença nos dois modelos é a forma como a tecnologia é usada no contexto maior do parto. O modelo social é holístico, em contraposição ao modelo médico reducionista, e inclui aspectos sociais, psicológicos e espirituais das tecnologias, sendo a relação profissional-usuário fundamental para a intervenção. As intervenções sociais, dirigidas ao indivíduo ou à sociedade, são tão ou mais importantes que as biológicas. No modelo médico, o apoio na tecnologia é a consequência natural da visão mecânica do corpo. Este é uma máquina complexa e imperfeita cuja eficiência pode ser melhorada com outras máquinas. As informações das pacientes são subjetivas e qualitativas e, portanto, pouco confiáveis quando comparadas às fornecidas pelas máquinas.

No modelo social, embora a tecnologia não seja rejeitada, é vista de forma crítica, e a diferença em relação ao modelo médico está na abordagem da tecnologia usada no parto. No modelo social, assume-se que o corpo é competente até que se prove o contrário enquanto a tecnologia é considerada não confiável até que se prove o contrário. O modelo médico afirma exatamente o oposto, ou seja, que o parto é perigoso até que se prove seguro enquanto a tecnologia é considerada segura até que se prove que é perigosa. No modelo social o foco está no uso da tecnologia apropriada com preferência por tecnologias que sejam simples, de baixo custo, utilizável nos serviços de saúde ou nos domicílios, preferencialmente não invasiva, aceitável socialmente e psicologicamente para a mulher e sua família, e que sigam o princípio básico de “primeiro não fazer mal”. O modelo social atribui grande valor aos fatores sociais para os resultados de qualquer gravidez e ressalta que apesar dos avanços médicos, as principais causas da queda da mortalidade materna e infantil foram as melhorias das condições sociais da população (Wagner, 1994).

Em 2001, esse mesmo autor (Wagner, 2001) apresenta uma outra classificação das formas de atenção ao parto. Para ele, o trabalho de parto e o parto são funções do sistema nervoso autônomo e, portanto, fora de controle consciente, e existiriam, em princípio, duas abordagens na assistência ao parto: trabalhar com a mulher para facilitar suas próprias respostas autonômicas – parto humanizado; desconsiderar a biologia e impor controle externo usando intervenções como drogas e procedimentos cirúrgicos – parto medicalizado. Na prática, a assistência ao parto pode incluir uma combinação das duas abordagens mas o que irá definir se a assistência é medicalizada ou realmente humanizada, é o fato da

parturiente estar ou não em absoluto controle. Para esse autor, nos últimos quinze anos assistiu-se a uma disputa entre essas duas abordagens que se tornou intensa e mundial. Assim, atualmente existiriam três tipos de assistência ao parto: 1) o altamente medicalizado, “high-tech”, centrado no médico, com marginalização do trabalho das parteiras, encontrado, por exemplo, nos EUA, Irlanda, Rússia e Brasil; 2) a abordagem humanizada com trabalho mais autônomo de parteiras e taxas muito mais baixas de intervenção encontrada, por exemplo, na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e 3) uma mistura das duas abordagens encontrada, por exemplo, na Inglaterra, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália.

Viisaie (2000), a partir de autores que estudam o tema, afirma que os modelos alternativos diferem do modelo médico em vários aspectos como, por exemplo, uso de tecnologia, local preferido para o parto, centro do controle do processo do parto, e percepção do *locus* do risco. Em relação a este último, destaca que enquanto no discurso médico o risco está localizado no corpo da grávida, no modelo alternativo o risco encontra-se nas intervenções médicas, e qualquer intervenção que possa interferir ou afetar o processo normal do nascimento é considerado fonte de efeitos iatrogênicos. Segundo essa autora, essa dicotomia na compreensão do *locus* de risco enquanto riscos médicos ou iatrogênicos é a chave para o entendimento das percepções das mulheres em relação aos riscos do parto e suas decisões sobre local do nascimento e tipo de assistência no parto. Nesse modelo explicativo, o parto domiciliar representaria o ideal do parto natural, com rejeição do modelo médico e desvalorização dos riscos médicos.

Pode-se observar uma variedade de classificações, o que dificulta uma compreensão clara do aspecto central que distingue esses “outros modelos” do modelo médico ou tecnológico. O que todos parecem ter em comum, é a percepção da gestação e parto como eventos fisiológicos, sendo a mulher o foco das atenções, com uso restrito e apropriado da tecnologia.

Algumas experiências, desenvolvidas em serviços nacionais e internacionais, que implantaram outras formas de atenção ao parto, distintas do modelo tecnológico de assistência, têm obtido excelentes resultados perinatais. São modelos de atenção ao parto e ao nascimento menos intervencionistas, baseados no acompanhamento da mulher, no estímulo à sua participação ativa e no suporte emocional.

Wagner (1994) aponta que na Europa, com exceção da Holanda, a tendência tem sido de todos os partos ocorrerem em hospitais equipados com toda tecnologia disponível. Embora as *midwives* tenham sido mantidas como principais assistentes do parto normal em praticamente todos os países, seu papel tem sido gradativamente diminuído. Em geral, o uso de tecnologia no parto está aumentando em toda Europa. No entanto, embora variações entre os países sejam grandes, os níveis de uso de tecnologia não alcançaram os extremos geralmente observados na América do Norte e em alguns países da América Latina.

Assim, vários países europeus têm um modelo de assistência ao parto e nascimento de baixo risco baseado na atenção prestada por *midwives*, um(a) profissional de saúde não médico, que presta assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério de gestantes sem complicações, e cuja formação está voltada especificamente para os cuidados com a mulher e a criança, com grande ênfase para os aspectos fisiológicos desses eventos e da importância do suporte emocional para a vivência desses momentos de forma mais positiva e prazerosa. A formação desses profissionais varia em diversos países. Na França, geralmente o treinamento para a profissão é direto (raramente com curso prévio de enfermagem) e tem duração de três anos em escolas específicas de *midwifery*. Nos EUA, enfermeiras são treinadas e recebem certificado geralmente após um ano de treinamento. Na Inglaterra, enfermeiras ganham certificado de *midwife* após um treinamento de dezoito meses em uma escola de *midwifery* e a entrada direta na profissão (que é rara) requer um curso de treinamento com duração de três anos (Odent, 1984a). Neste trabalho, o termo *midwife* será usado indistintamente para esses dois tipos de profissional: *midwife* (“parteira profissional”) e *nurse-midwife* (“enfermeira-parteira”).

Para Wagner (2001), as *midwives* têm uma longa tradição em colocar a mulher no centro do processo, com todo o controle em suas mãos, além de fornecer um tipo de suporte que “empodera” a mulher e fortalece a família. Por essa razão, ter *midwives* provendo atenção pré-natal e ao parto a gestantes de baixo risco é uma estratégia central na humanização do nascimento. Segundo esse autor, estudos têm demonstrado as vantagens da assistência ao parto por *midwives*: a) baixas taxas de perimortalidade, sendo o profissional mais seguro para partos de baixo risco; b) baixas taxas de intervenção obstétrica; c) menor custo, tanto pelos salários mais baixos quanto pelo menor uso de intervenções; e d) maior satisfação das mulheres e das famílias.

As *midwives* desenvolvem suas atividades tanto nos domicílios como em unidades básicas de saúde e hospitais e a possibilidade do parto ocorrer no domicílio ou em casas de parto é uma realidade. Em alguns países, como a Holanda, o percentual de partos domiciliares alcança 30% dos nascimentos (Oosterberg, 1996). Na Inglaterra, segundo Umbelino (1996), as mulheres são incentivadas a elaborar um plano de parto durante o pré-natal, que é respeitado ao máximo pelo profissional que irá assisti-la na hora do parto. Na Alemanha, mulheres que não desejam o parto domiciliar têm a possibilidade de um parto ambulatorial, ou seja, com retorno para suas casas cerca de duas horas após o parto. Nesse país, a lei garante à parteira o direito exclusivo de assistência ao parto, sendo que, caso o médico queira prestar esta assistência, é obrigado a manter uma parteira ao seu lado (Silva, 1996).

Na Irlanda, no Hospital Maternidade Nacional de Dublin, Drs Kierin O’Driscoll e Declan Megher implantaram um modelo inovador denominado “Manejo Ativo do Parto”. O objetivo principal desse programa é a prevenção do trabalho de parto prolongado e para isso enfatiza-se o diagnóstico correto do início do trabalho de parto, a abordagem diferenciada e adequada das primíparas (mulheres que estão apresentando seu primeiro parto), a educação das gestantes para o parto durante o pré-natal, e o uso de intervenções, como a rotura de membranas e o uso de ocitócicos (medicação utilizada para aumentar a intensidade e/ou frequência das contrações uterinas e acelerar o trabalho de parto), quando a evolução do trabalho de parto é mais lenta que o esperado.

Garante-se também, a toda gestante atendida na maternidade, que uma enfermeira permanecerá com ela durante todo o trabalho de parto, do momento da admissão até o nascimento do bebê, independente da hora do dia ou da noite, fornecendo suporte físico, emocional e informações. Para os formuladores desse modelo de atenção, a presença física não é suficiente e as enfermeiras devem estar cientes de que sua principal obrigação com as gestantes é fornecer o suporte emocional tão necessário nesse momento crítico. Qualquer pessoa que atenda a gestante tem a responsabilidade de garantir que ela de fato compreenda o propósito de cada procedimento médico e o resultado de cada exame realizado.

A presença do pai do bebê também é permitida e encorajada, em qualquer nível de envolvimento por ele desejado. Embora seja claro para a equipe que o parceiro é um importante fornecedor de suporte emocional, ele não é considerado a principal fonte de

suporte, sendo este papel desempenhado pela enfermeira. Os resultados deste modelo são excelentes, com taxas de cesariana nos últimos quinze anos de 5 a 6%, duração média do trabalho de parto em primíparas de seis horas e ótima condição de nascimento dos bebês.

Para Klaus et al (1993), que observaram o funcionamento dessa maternidade, grande parte dos bons resultados obtidos podem ser atribuídos ao cuidado individualizado das gestantes por enfermeiras, já que o efeito da rotura de membranas na duração do trabalho de parto é pequeno (redução de 30 a 90 minutos) e o uso de ocitócicos restrito (em apenas 30% das gestantes primíparas)

Na França, a maternidade de Pithiviers tornou-se referência internacional pela ênfase de seu trabalho na modificação da assistência ao parto. Influenciados pela obra de F. Leboyer, a equipe dessa maternidade buscou implantar uma assistência que propiciasse o "nascer sem violência", entendido não como um conjunto de técnicas mas como uma nova atitude de abordar o parto e receber a criança (Odent, 1984a). Nessa maternidade, a mulher é considerada como o centro do processo, livre para atuar como quiser. As intervenções médicas são realizadas em um nível mínimo e drogas, como sedativos e analgésicos, são consideradas desnecessárias e danosas. Sua experiência tem demonstrado que uma conduta que desmedicaliza o parto, restaura a dignidade e a humanidade do processo de nascimento, e retorna o seu controle para a parturiente, é a abordagem mais segura (Odent, 1984b).

Na Suécia, todos os partos são hospitalares e conduzidos por *midwives* altamente treinadas. No entanto, apesar do treinamento técnico dessas profissionais, sua relação com as mulheres é diferente daquele observado no modelo americano. Elas estão voltadas principalmente para o desejo da mulher por privacidade, e a atmosfera é amigável, de apoio e eficiente. Tarefas técnicas são executadas ao mesmo tempo em que a mulher é informada da evolução do parto e encorajada. A mulher é tratada como pessoa competente para quem alguns serviços estão sendo prestados (Jordan, 1993).

Tanto na Suécia como na Holanda, as mulheres permanecem com um atendente não especialista (acompanhante escolhido pela mulher) que faz companhia à gestante, executa algumas tarefas simples, e fornece a maior parte do suporte emocional de que a parturiente necessita. Na Holanda, o uso de medicação é restrito e a dor é manejada através de técnicas de relaxamento e respiração, e o grupo de atendentes, técnicos e não técnicos, provém o suporte e encorajamento necessários. Aparentemente, tanto as *midwives* suecas como as

holandesas, percebem a parturiente não como uma paciente, cujo parto elas irão realizar, mas como uma pessoa capaz de ter o seu próprio parto. A função da *midwife* é permanecer ao lado, estar atenta ao surgimento de complicações, encorajar e fazer pequenas tarefas técnicas que a mulher não pode fazer por si mesma (Jordan, 1993). As taxas de cesariana nestes países são próximas a 10% e a mortalidade materna e perinatal estão entre as menores do mundo.

Em 1987, no Canadá, país que tem apresentado uma melhora progressiva de seus indicadores e que já possui uma das menores taxas de perimortalidade do mundo, após uma ampla discussão e revisão das recomendações para cuidados maternos e neonatais com representantes de diversas instituições, foi publicado um “Guia Nacional para Atenção Materno-Infantil Centrado na Família” (HWC, 1987). Este documento promoveu uma mudança da assistência hospitalar, tradicionalmente rígida e pautada em rotinas, para um modelo de atenção baseado na medicina apoiada em evidências e orientado para as necessidades da clientela, onde as famílias recebem uma atenção mais individualizada e personalizada e onde a equipe médica e de enfermagem devem atuar para fazer do trabalho de parto, parto e nascimento, uma experiência positiva e enriquecedora.

No Brasil, algumas experiências desenvolvidas isoladamente (Campinas, Curitiba, Goiás, Florianópolis, Belo Horizonte, Santos), implantaram modelos de assistência menos intervencionistas, com possibilidade de presença de um(a) acompanhante e opção pelo parto vertical, obtendo também bons resultados perinatais (Paciornik, 1992; Sabatino & Vilarino, 1992; Carneiro, 1993; Bertoldo et al, 1996; Campos & Lima, 1996; Mello & Lima, 1996).

4. Recomendações da Organização Mundial de Saúde para Uso Adequado de Tecnologia na Assistência ao Parto

Na década de 70, na Europa, observou-se uma preocupação crescente dos países com a expansão do uso da tecnologia no parto, seu custo elevado, e também questionamentos sobre sua real necessidade. Esse movimento foi determinado por diversos fatores como: a crise econômica da década de 70, que fez com que os países se tornassem mais cuidadosos nos gastos sociais e com a saúde; o surgimento da avaliação científica das

práticas de saúde, com estudos avaliando sua eficácia, segurança, custo-efetividade e custo-benefício, com redução do uso acrítico da tecnologia; a elevação da taxa de cesárea na década de 70 e a possibilidade desta elevação ser causada, pelo menos parcialmente, pelo aumento do uso da monitorização eletrônica no parto; o movimento de mulheres e de consumidores demandando uma abordagem mais humanizada no parto e com mais possibilidade de escolha; e as dificuldades dos governos para justificar as diferentes taxas de mortalidade perinatal nos diversos estratos sócio - econômicos e em relação aos países vizinhos (Wagner, 1994). Para este autor, a desilusão com os serviços perinatais foi particularmente grande devido à explosão da “máquina do parto” e seu impacto inconsistente na saúde das mulheres e bebês.

Por todas essas razões, em 1979, os países ligados ao Escritório Regional da Europa da OMS aprovaram uma resolução para que a OMS avaliasse os serviços perinatais e sugerisse melhorias. Um grupo com especialistas representantes de vários países foi formado, e trabalhou durante cinco anos realizando pesquisas e revisão da literatura disponível. Esse grupo identificou duas abordagens distintas na assistência ao parto: uma abordagem médica, observada nos serviços oficiais; e uma abordagem social, encontrada em diversos serviços fora do sistema oficial e chamados de serviços alternativos. Verificou também a existência de grande variação no uso de tecnologia entre os países e pouca correlação com os resultados perinatais, e a expansão do uso da tecnologia com pouco esforço dos países para realizar avaliação científica dos resultados. Como recomendações, o grupo sugeriu a união das abordagens médica e social, combinando o melhor das duas abordagens em relação ao uso da tecnologia; e a avaliação científica das práticas de saúde, especialmente da tecnologia na assistência ao parto (Wagner, 1994).

Como desdobramento desse trabalho, a OMS promoveu a realização de três **conferências de consenso sobre uso apropriado de tecnologia**: a primeira na assistência pré-natal, realizada em Washington/EUA; a segunda na assistência ao nascimento, no Ceará/Brasil; e a terceira na assistência após o nascimento, em Trieste/Itália.

Assim, a conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento realizada na cidade de Fortaleza (CE, Brasil) em 1985, promovida pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e pelos escritórios regionais da Europa e das Américas da OMS, contou com a participação de profissionais de diversas categorias envolvidos com a assistência ao parto,

que realizaram uma cuidadosa revisão do conhecimento sobre tecnologia de nascimento e parto e elaboraram uma série de recomendações a serem adotadas por serviços de assistência perinatal em todo o mundo.

As recomendações gerais enfatizam a necessidade de estabelecimento, pelos Ministérios de Saúde, de políticas específicas sobre tecnologias apropriadas ao nascimento; a realização de pesquisas para avaliação dessas tecnologias envolvendo todos os profissionais que a utilizam e as mulheres nas quais ela é utilizada; e a divulgação dos diversos procedimentos utilizados na assistência pré-natal e no parto nos diversos serviços, permitindo a escolha, por cada mulher, do tipo de assistência preferido. Ressaltam ainda a importância de encorajar a formação de obstetras e parteiras profissionais, a quem deve ser delegada a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais; a coexistência de serviços informais de assistência perinatal (incluindo parteiras tradicionais) com o sistema oficial, mantendo uma abordagem colaborativa para benefício da mãe; a importância do treinamento da equipe profissional incluir os novos conhecimentos sobre aspectos sociais, culturais, antropológicos e éticos do nascimento, bem como técnicas de comunicação para promover uma troca sensível de informações entre provedores de saúde, a gestante e sua família; e a necessidade de que as equipes tenham atitudes coerentes e a mesma filosofia de trabalho para garantir a continuidade da assistência.

Dentre as recomendações específicas, estabelecem o direito da mulher a ter o livre acesso de um acompanhante de sua escolha durante o parto e o puerpério; o respeito às suas práticas culturalmente significativas; o estímulo à deambulação durante o trabalho de parto e à liberdade de escolha da posição a ser adotada durante o parto; o abandono de práticas como uso de enema e raspagem de pelos pubianos; limites para intervenções obstétricas como parto cesáreo, indução do parto, ruptura artificial da bolsa amniótica (amniotomia), uso de monitorização eletrônica e de administração rotineira de analgesia e anestesia durante o parto; e ainda estímulo a algumas condutas como partos vaginais após uma cesárea anterior, proteção do períneo evitando o uso sistemático de episiotomia, monitorização dos batimentos cardíacos fetais através de ausculta, permanência do bebê junto à mãe sempre que possível, e início do aleitamento materno imediatamente após o nascimento, ainda na sala de parto.

Os formuladores dessas recomendações afirmam que para entender como proporcionar cuidados perinatais adequados, é fundamental considerar os fatores sociais, emocionais e psicológicos envolvidos nesse processo. Consideram que para tornar as recomendações viáveis, sejam necessárias profundas transformações na estrutura dos serviços de saúde, acompanhada de modificações nas atitudes das equipes e pela redistribuição de recursos físicos e humanos. Ao final do documento, são elencadas algumas estratégias para implementação das recomendações, incluindo mecanismos de avaliação e controle do uso da tecnologia; realização de conferências sobre nascimento e parto; e encorajamento de uma assistência obstétrica que critique a tecnologização do parto e que respeite os aspectos emocionais, psicológicos e sociais do nascimento (OMS, 1985).

Apesar dessas recomendações e da ênfase crescente no uso da medicina baseada em evidências, muitas práticas consideradas desnecessárias continuaram sendo utilizadas, sem uma real avaliação de suas implicações para as mulheres e recém-natos. Assim, em 1996, a Organização Mundial de Saúde lançou uma publicação intitulada “Care in normal birth: a practical guide”, uma importante referência bibliográfica relativa aos cuidados de assistência prestados à mulher durante o trabalho de parto e parto (WHO, 1996). Nesse documento, a partir de um amplo levantamento bibliográfico, as mais variadas práticas obstétricas adotadas em todo mundo na assistência ao trabalho de parto de baixo risco foram avaliadas, com revisão das evidências a favor e contra algumas das mais utilizadas. Após a realização desse estudo, as práticas obstétricas foram classificadas em quatro categorias:

- A - práticas que são reconhecidamente positivas e devem ser encorajadas;
- B - práticas que são claramente prejudiciais ou ineficazes e devem ser abandonadas;
- C - práticas para as quais ainda não existe conhecimento científico suficiente para que o seu uso possa ser recomendado com segurança e que devem ser usadas com cautela;
- D - práticas que são utilizadas freqüentemente de maneira inapropriada.

Em que pese a grande variedade existente no mundo em relação aos locais de assistência ao parto, do nível de complexidade dos serviços existentes, e dos profissionais disponíveis, o documento pretende estabelecer recomendações baseadas na evidência científica disponível e, desta forma, as recomendações em relação às intervenções que devem ou não ser utilizadas no acompanhamento do parto normal não são específicas de

regiões ou países. Nesse documento o parto normal é definido como aquele de início espontâneo, de baixo risco no início do trabalho de parto e que assim permanece durante todo o trabalho de parto e parto, em que o bebê nasce espontaneamente, em apresentação cefálica, com 37 a 42 semanas completas de gestação, e em que após o nascimento mãe e bebê se encontram em boas condições. Em geral, considera-se que 70 a 80% de todas as gestantes sejam de baixo risco no início do trabalho de parto. O principal objetivo da assistência é obter criança e mãe saudáveis, com menor nível possível de intervenção que seja compatível com segurança e essa abordagem implica que "*no parto normal deve haver uma razão válida para interferir com o processo natural*" (WHO, 1996 p.4).

Listamos a seguir as práticas reconhecidamente positivas, que podem e devem ser adotadas por todos os serviços de saúde que atendem a gestação, o parto e o nascimento:

- . elaboração pela mulher, durante a gravidez, de um plano de trabalho de parto de conhecimento de seu marido/parceiro e, se possível, de sua família
- . avaliação do risco gestacional durante todo o pré-natal e durante o trabalho de parto;
- . monitorização do bem estar físico e emocional da mulher durante e após o processo de trabalho de parto e parto;
- . oferta de líquidos durante o trabalho de parto e parto;
- . respeito às opções informadas pela mulher no seu plano de parto;
- . oferta de assistência ao trabalho de parto e parto no nível mais periférico onde possa ser realizado com segurança e onde a mulher se sinta segura e confiante;
- . respeito ao direito da mulher de ter privacidade no local de parto;
- . oferta de suporte emocional durante todo o trabalho de parto e parto;
- . respeito à escolha feita pela mulher de um acompanhante que permaneça com ela durante todo o trabalho de parto e parto;
- . fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que elas desejem;
- . uso de métodos não invasivos e não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, tais como massagem e relaxamento;
- . monitorização do bem estar fetal com ausculta intermitente;

- . uso único de materiais descartáveis e descontaminação adequada de materiais reutilizáveis na assistência ao trabalho de parto e parto;
- . utilização de luvas durante os exames vaginais, parto e no manuseio da placenta;
- . estímulo à liberdade de movimentos durante o trabalho de parto;
- . estímulo à posição não-supina durante o trabalho de parto;
- . monitorização da progressão do trabalho de parto utilizando, por exemplo, o partograma da OMS;
- . uso profilático de ocitócicos na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com maior risco de apresentar hemorragia pós-parto ou naquelas que não suportariam nem mesmo pequenas perdas de sangue;
- . utilização de material estéril no corte do cordão umbilical;
- . prevenção da hipotermia do recém-nascido;
- . promoção do contato precoce pele a pele da mãe com o recém-nato e estimulação do início da amamentação na primeira hora após o parto, de acordo com as recomendações da OMS para o aleitamento materno;
- . realização de exame de rotina da placenta e membranas

(WHO, 1996 p. 34-35)

Várias dessas práticas contrastam marcadamente com o modelo de assistência ao parto observado nos serviços públicos brasileiros e a divulgação dos documentos citados tem trazido importantes subsídios técnico-científicos para a implantação de novos modelos de assistência ao parto que façam uso apropriado da tecnologia, que valorizem o suporte emocional, e que envolvam a mulher e sua família no processo de atenção.

CAPÍTULO II - EM BUSCA DE NOVOS MODELOS

1. O Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento no Brasil

Os sistemas de parto quando estáveis geralmente são percebidos como apropriados, e um sentimento de adequação, até mesmo moral, em relação à cultura do parto local, é compartilhado por todos os participantes: mulher, família e os atendentes do parto (profissionais ou leigos). Análises ou avaliações críticas do sistema parecem ser uma característica de sistemas em mudança (Jordan, 1993).

Ao longo das últimas duas décadas, tem-se observado um movimento crescente de críticas ao modelo de assistência ao parto vigente no Brasil e aos seus resultados. Essas críticas têm surgido principalmente de profissionais de saúde isoladamente, do movimento feminista, de organizações não governamentais ligadas à área da saúde da mulher, de algumas entidades profissionais, e mais recentemente do próprio Ministério da Saúde (REHUNA, 1993; Castro et al, 1995; Rattner, 1996; CFM, 1997a; Faúndes & Silva, 1998; MS, 2001).

1.1 Ações não governamentais

Um importante marco nesse processo foi a criação, em 1993, da REHUNA – Rede pela Humanização do Nascimento, por um grupo de pessoas, grupos e entidades de saúde que há anos trabalhavam com gestação, parto e nascimento e que se reuniram em iniciativa autônoma e independente na cidade de Campinas para debater a situação do nascer na sociedade brasileira. A REHUNA pretende se dirigir a mulheres, homens, setores da sociedade civil organizada, profissionais de saúde e educação, planejadores e elaboradores das políticas de saúde com o objetivo de: mostrar os riscos à saúde de mães e bebês das práticas obstétricas inadequadamente intervencionistas; resgatar o nascimento como evento existencial e sócio - cultural crítico com profundas e amplas repercussões pessoais; revalorizar o nascimento humanizando as posturas e condutas face ao parto e nascimento; incentivar as mulheres a aumentar sua autonomia e poder de decisão sobre seus corpos e

seus partos; aliar conhecimento técnico e científico sistematizado e comprovado a práticas humanizadas de assistência ao parto e nascimento (REHUNA, 1993).

Ainda na década de 90, uma campanha de incentivo ao parto normal direcionada aos médicos e à população em geral foi desencadeada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), com denúncia das elevadas taxas de cesariana, considerada uma epidemia desnecessária, ênfase ao parto natural e divulgação de experiências bem sucedidas de serviços que buscaram a humanização da assistência (CFM, 1997a; CFM, 1997b; CFM, 1998). Ainda que não se tenha uma avaliação de mudanças que possam ter resultado dessa campanha, deve-se destacar o alcance das informações divulgadas, já que o boletim do CFM é distribuído aos médicos de todo território nacional, e o caráter inédito desta iniciativa, com críticas ao modelo médico surgindo de um órgão que representa nacionalmente a categoria médica.

Cabe ressaltar, no entanto, que essa iniciativa não foi acompanhada por todos os Conselhos Regionais de Medicina. O Conselho do Estado do Rio de Janeiro, por exemplo, ao longo do ano 2000, apresentou em seu boletim periódico, críticas freqüentes a mudanças no modelo de assistência ao parto, com resistência à participação de enfermeiras obstétricas no acompanhamento de partos normais e à implantação de casas de parto (CREMERJ, 2000a; CREMERJ, 2000b; CREMERJ 2000c; CREMERJ, 2000d), afirmando que modernamente não se admite assistência ao parto que não seja em maternidades e que o local adequado para atendimentos de partos de alto ou baixo risco é o ambiente hospitalar.

Essas afirmações contrastam com estudos internacionais que mostram a segurança de partos domiciliares planejados e em casas de parto, com resultados perinatais similares ou melhores que os hospitalares em mulheres com gestação sem complicações, observando-se também menor uso de intervenções (Wagner, 1994; Enkin et al, 2000; Wagner, 2001). Contrastam também com recomendações da OMS de que a assistência ao trabalho de parto e parto deve ser oferecida no nível mais periférico onde possa ser realizada com segurança e onde a mulher se sinta segura e confiante (WHO, 1996) e de que se deva encorajar a formação de obstetrias e parteiras profissionais, a quem deve ser delegada a tarefa de assistir à gestação, ao parto e ao puerpério normais (OMS, 1985).

Ainda em 2000 (CREMERJ, 2000e), na resolução 160/00 de 25 de outubro, reconhece no artigo 4 que "*quando o parto for sem distócia, sua realização, também,*

poderá ser feita por enfermeiro, nos termos da lei nº 7498/86 (nota: lei federal que regulamenta o exercício da enfermagem), não cabendo ao médico, neste caso, a elaboração do respectivo relatório" e no artigo 5 que "transformando-se o parto eutócico em distócico cabe ao médico executar, pessoalmente, todos os procedimentos necessários e a elaboração do relatório". Ressalta, ainda, que quando o enfermeiro também realizar partos, a paciente e seus familiares devem ter conhecimento através de placas, cartazes ou outros recursos de comunicação visual, e que em todo cartão de gestante e sumário de alta deverá ser identificado o profissional responsável pelo procedimento no pré-natal e na assistência ao parto (CREMERJ, 2000e p 10-11)

1.2 Ações governamentais

Desde o início da década de 80, uma série de medidas, inaugurada com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, têm buscado a melhoria das condições de saúde das mulheres brasileiras, com propostas de maior abrangência no enfoque da saúde da mulher, pautada pela compreensão da mulher como ser integral; inserida no seu contexto social, político, econômico e cultural; e como sujeito nas ações que envolvem sua saúde. Dentre os objetivos das bases de ação programática do PAISM destacam-se o aumento da cobertura e concentração do atendimento pré-natal, proporcionando iguais oportunidades de utilização desses serviços a toda população; e a melhoria da qualidade da assistência ao parto, ampliando a cobertura do atendimento prestado por pessoal treinado, tanto no sistema formal como no informal (parteiras tradicionais), e diminuindo o número de cesáreas desnecessárias (MS, 1984 p.16-17).

Ainda na década de 80 e início da década de 90, algumas ações que visavam a qualificação da assistência à gestação e ao parto podem ser citadas como, por exemplo, a elaboração dos manuais: “Pré-Natal de Baixo-Risco” (MS, 1986), “Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém Nascido” (MS, 1991), “Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais” (MS, 1994), e o “Manual dos Comitês de Mortalidade Materna” (MS, 1996).

No entanto, é no final da década de 90 que podemos verificar o surgimento de uma série de medidas que podem propiciar a modificação do modelo assistencial vigente na

direção do que estamos denominando “humanização do parto e nascimento”. Essas medidas serão destacadas a seguir.

Em 1995, o Ministério da Saúde, em conjunto com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), OPAS/OMS e Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP), lança o PROJETO MATERNIDADE SEGURA (MS, 1995), que através de um conjunto de critérios e procedimentos técnicos denominado "Oito Passos para a Maternidade Segura", pretende mobilizar profissionais que atuam direta ou indiretamente nos cuidados da mulher, relacionados à saúde reprodutiva, assim como na assistência à criança. Esse projeto baseia-se na Iniciativa Maternidade Segura, lançada mundialmente em 1987 na Conferência Internacional Para Maternidade Segura, e que tem como objetivo elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzindo a morbi-mortalidade através do credenciamento de instituições que promovam a assistência integral à saúde da mulher e da criança.

A abrangência e qualidade da assistência obstétrica e neonatal; a insuficiência de sistemas de informação sobre morbidade, mortalidade e prestação de serviços; e a inexistência de programas de educação em saúde dirigidos especialmente para gestantes e famílias, sobretudo aquelas de baixo nível sócio-econômico, são apontados como principais fatores responsáveis pelo quadro de elevada mortalidade materna e perinatal no Brasil. O aumento da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde, bem como a orientação adequada às gestantes, são apresentadas como estratégias a serem priorizadas para a obtenção da eficácia da assistência prestada pelos serviços de saúde e para a redução dessa mesma morbi-mortalidade.

Nesse sentido, os oito passos apresentados para a Maternidade Segura são:

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

7. Possuir arquivo e sistema de informação.
8. Avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal.

Como estratégias para alcance do **Passo 3 - Incentivar o parto normal e humanizado**, o projeto aponta que o hospital ou maternidade deverá propiciar assistência com determinadas características que incluem: 1) durante a assistência pré-natal - desenvolvimento de atividades que propiciem informações e discussões sobre o parto normal, esclarecimentos das vantagens desse tipo de parto, e visita das gestantes à maternidade; 2) durante a assistência ao parto e puerpério - permitir a presença de familiares na sala de parto e/ou de pré-parto (quando possível), manter recepção do recém-nascido junto à mãe, e manter anestesista disponível; e 3) promover treinamento dos profissionais de saúde orientado para a realização do parto normal humanizado, bem como na atenção ao recém-nascido na sala de parto (MS, 1995 p. 7).

Podemos verificar que o projeto apresenta aspectos positivos. A ênfase na divulgação de informações e discussão sobre o tipo de parto com as gestantes, teoricamente pode proporcionar às mulheres maior autonomia e possibilidade de escolha. A visita às maternidades em momento anterior ao parto, pode contribuir para a redução do medo do desconhecido e propiciar maior integração das gestantes com a instituição e com a equipe de saúde. A recomendação de que a maternidade permita a presença de familiares na sala de parto e/ou de pré-parto, ainda que limitada por condições não especificadas no projeto ("quando possível"), pode beneficiar as mulheres com os aspectos positivos dessa prática. E finalmente o estímulo à recepção do recém-nato junto à mãe, pode certamente favorecer a formação do vínculo mãe-bebê e o estabelecimento precoce do aleitamento materno.

No entanto, devemos destacar alguns problemas do projeto Maternidade Segura. Primeiro, o projeto não define o que seja o parto humanizado, não promove uma discussão sobre o uso de tecnologias na assistência ao parto, e conseqüentemente não estabelece limites desejáveis para o uso de intervenções obstétricas e neonatais. Segundo, não discute o parto cesariano, reconhecidamente associado a maiores taxas de morbi-mortalidade materna e complicações perinatais.

Em 1998, o Ministério da Saúde inicia a publicação de uma série de portarias que viabilizam mudanças no modelo de atenção à gestação e ao parto, e propiciam a

qualificação e humanização dessa assistência. Em 29 de maio desse mesmo ano, através da portaria MS/GM 2815, é incluída na tabela SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde) o procedimento “parto normal sem distócia realizado por enfermeiro obstetra”. A finalidade principal dessa portaria é reconhecer a assistência prestada por essa categoria profissional, no contexto da humanização do parto. Além da portaria, o Ministério da Saúde também refere estar fomentando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em enfermagem obstétrica, com apoio a cursos que deverão formar esses especialistas em todo o país (MS, 2001). Essas medidas estão de acordo com recomendação da OMS (OMS, 1985) de promoção de treinamento de parteiras profissionais ou atendentes de parto, profissionais a quem deveria caber a tarefa de prestar assistência à gestação, parto e pós-parto normal

Nas portarias MS/GM 2815 de 1998 e posteriormente na portaria MS/GM 572 de 2000, foi incluída a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS, possibilitando às mulheres o direito de controle da dor por esse método, quando e se necessário. Para o Ministério da Saúde, esse tipo de ação é fundamental numa abordagem voltada para a humanização do parto, já que estudos realizados sobre a intensidade da dor no parto demonstraram que, independente de influências sócio-culturais, ela pode ser considerada insuportável para um grande número de mulheres (MS, 2001).

Os métodos de analgesia considerados benéficos e que devem ser encorajados durante a assistência ao trabalho de parto e parto são os não invasivos e não farmacológicos, como o uso de massagem e de técnicas de relaxamento (WHO, 1996). Assim, a ressalva a ser feita em relação a essas duas últimas portarias ministeriais citadas anteriormente, é que, dentre as recomendações da OMS para uso apropriado de tecnologia e para assistência aos partos de baixo risco, a analgesia peridural é considerada uma prática utilizada freqüentemente de maneira inapropriada (WHO, 1996), devendo a administração rotineira de analgesia ou anestesia durante o parto ser evitada, estando seu uso restrito para correção ou prevenção de complicações (OMS, 1985).

Ainda em 1998, as portarias MS/GM 3018 de 19 de junho, MS/GM 3482 de 20 de agosto e MS/GM 3477 de 20 de agosto (MS, 2001) normatizaram a implantação de programas estaduais de referência hospitalar para atendimento à gestação de alto risco. Estes programas têm por objetivo principal garantir melhor atendimento às gestantes de alto

risco e reduzir o índice de morbimortalidade materno-infantil. Alguns dos resultados relatados de sua implantação têm sido a capacitação de profissionais de saúde, reestruturação de área física, aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos obstétricos para atenção a essas gestantes (MS, 2001).

No período 1998-1999, as portarias MS/GM 2816 de 28 de maio de 1998 e MS/GM 865 de 03 de julho de 1999 (MS, 2001) determinaram o pagamento de um percentual máximo de cesarianas em relação ao número total de partos de cada hospital. Esses limites foram estabelecidos para serem cumpridos de forma gradual, considerando o processo de adaptação da rede hospitalar aos novos padrões e a responsabilidade das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em divulgar e assessorar os prestadores de serviço para a adoção de ações que buscassem a redução dessas taxas. Segundo o Ministério da Saúde, a implantação dessas medidas resultou, pela primeira vez em vinte anos, numa redução do número total de cesarianas realizadas no Brasil. Embora possam haver falhas no registro desses números, as taxas de cesariana, calculadas a partir das taxas apresentadas ao SUS, sofreram uma queda progressiva, passando de 32% em 1997 para 28% em 1998, 25% em 1999 e 24% em 2000 (MS, 2001).

Em 2000, a portaria MS/GM 466 de 14 de junho estabeleceu que os hospitais, sob coordenação estadual, poderiam ter diferentes limites para o parto cirúrgico, contemplando a complexidade de cada serviço obstétrico, a fim de atender às mulheres com segurança. Essa portaria estabeleceu também o limite máximo da taxa de cesariana para cada estado e distrito federal, com variação do valor dessa taxa de 20% em alguns estados da região norte e nordeste a 35% em alguns estados da região sul e sudeste; definiu metas de redução das taxas de cesárea para os estados com taxas superiores a 25%, a serem alcançadas nos anos subseqüentes; e propôs o estabelecimento de um pacto opcional, a ser firmado entre os estados/DF e o Ministério da Saúde, para redução das taxas de cesarianas. Em 04 de abril de 2001, a portaria MS/GM 426 estabeleceu os limites de cesárea para 2001 por hospital, nos estados que não aderiram ao pacto de controle estadual estabelecido pela portaria anterior, sendo esse limite de 30% e 27% para o primeiro e segundo semestre de 2001 respectivamente.

Através das portarias MS/GM 2883 de 4 de junho de 1998 e MS/GM 1406 de 15 de dezembro de 1999), o Ministério da Saúde instituiu o Prêmio Galba Araújo com o

propósito de revelar ao Brasil experiências inovadoras na gestão pública, privilegiando o acolhimento da mulher e seu companheiro no momento do parto. A avaliação de maternidades em todo o país, utilizando critérios que contemplam práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e que respeitam a autonomia da mulher e seu acompanhante, tem demonstrado que *“é possível qualificar e também humanizar serviços, encontrando soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo, quando há o compromisso de oferecer o melhor à população”* (MS, 2001 p.24). Essa medida vai ao encontro da recomendação feita pela OMS durante conferência de consenso sobre tecnologia apropriada para assistência ao parto (OMS, 1985) de que

“serviços de assistência obstétrica que tenham atitudes críticas em relação a tecnologia e que tenham adotado uma atitude de respeito aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais do parto devem ser identificados. Estes serviços devem ser encorajados e os processos que os levaram a esta posição devem ser estudados para que eles possam servir de modelo para incentivar atitudes similares em outros centros e influenciar as opiniões obstétricas nacionalmente”.

Em 1999, através da portaria MS/GM 985 de 05 de agosto, o Ministério da Saúde cria o Centro de Parto Normal – CPN, no âmbito do SUS, para atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal. O CPN deve ser compreendido como unidade de saúde que presta atendimento humanizado e de qualidade exclusivamente ao parto normal sem distócias, devendo estar inserido no sistema de saúde local. Essa portaria define ainda as atribuições, características físicas, lista de equipamentos mínimos e recursos humanos necessários ao funcionamento do Centro de Parto Normal e inclui na tabela SIH/SUS os grupos de procedimentos realizados no CPN a serem remunerados pelo SUS. Com essa medida, o Ministério da Saúde incorpora ao sistema público de saúde a possibilidade dos partos vaginais sem risco serem assistidos fora do ambiente hospitalar, o que pode favorecer uma abordagem segura, menos medicalizada, mais acolhedora e humanizada.

Ao longo do ano 2000, um conjunto de portarias (MS/GM 569, 570, 571, 572, todas de 01 de junho de 2000) instituiu o “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”, com seus diferentes componentes de: a) incentivo à assistência pré-natal; b) organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal; e c) estabelecimento de uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Segundo o

Ministério da Saúde (MS, 2001), esse programa apresenta duas características marcantes sendo a primeira o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a segunda a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. O objetivo principal desse programa é o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a essas ações, incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal, bem como a organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Segundo documento do Ministério da Saúde (MS, 2000), o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento fundamenta-se no preceito de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos.

Ainda no âmbito do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, o Ministério da Saúde (MS, 2001) refere ter feito uma revisão dos manuais técnicos da Assistência Pré-Natal e Gestação de Alto Risco, e ter elaborado, em parceria com a FEBRASGO, um manual destinado ao atendimento das urgências e emergências maternas. Informa ainda ter distribuído, em parceria com a OPAS, o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal”, que é a tradução da publicação “Care in normal birth-a practical guide” da OMS (WHO, 1996), citada diversas vezes ao longo deste trabalho. Com o intuito de estimular a participação das mulheres, o Ministério da Saúde também elaborou e distribuiu cerca de dois milhões de agendas com informações sobre gestação, parto e os cuidados com o recém-nato (MS, 2001).

Em 2001, foi elaborado o manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher” (MS, 2001) que apresenta reflexões, diretrizes, condutas e

procedimentos a serem adotados numa proposta de assistência humanizada. Com essa publicação, o Ministério da Saúde tem por objetivo disseminar conceitos e práticas da assistência ao parto, pretendendo integrar a capacitação técnica à necessária humanização do processo de atenção à mulher. Para esse órgão, a humanização do atendimento pressupõe o reconhecimento da individualidade, permitindo que o profissional estabeleça um vínculo com cada mulher, percebendo suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Essa abordagem permitiria também relações menos autoritárias e desiguais, com o profissional adotando condutas que tragam bem-estar e garantam segurança para a mulher e o bebê.

As práticas e procedimentos recomendados nesse manual apoiaram-se na evidência científica disponível e incluem medidas como: a possibilidade de acompanhamento do trabalho de parto por pessoa de escolha da gestante, para apoio emocional; a ingestão de líquidos durante o trabalho de parto, para as gestantes de baixo risco para cesárea; a liberdade de posição durante o trabalho de parto, de acordo com a preferência da gestante; o uso restrito de tricotomia, enema, amniotomia e episiotomia; e a preferência por posição não horizontal durante o parto.

Todas essas condutas contrastam com o que é observado atualmente na grande parte das maternidades públicas brasileiras em que as gestantes permanecem isoladas de seus familiares, em jejum, restritas ao leito, sendo submetidas a uma série de intervenções desnecessárias, e com o parto assistido na posição de litotomia.

No entanto, apesar dos avanços dessas recomendações, o próprio Ministério da Saúde reconhece que normas e manuais não são suficientes para alterar posturas arraigadas e introduzir uma abordagem humanizada. Destaca que além da mudança de atitude, que depende de cada um, torna-se necessário o compromisso do profissional com algumas questões como a prática de uma medicina baseada em evidências; o reconhecimento de que a grávida é a condutora do processo e que gravidez não é doença; e a adoção da ética como pressuposto básico na prática profissional.

Para o Ministério da Saúde, o parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados e devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança. Assim, o conjunto das medidas propostas tornar-se-á

efetivo quando, somados a elas, os profissionais de saúde transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura (MS, 2001).

Finalmente, uma ação que envolveu organizações governamentais, não governamentais e setores da sociedade civil, foi a realização, ao longo da década de 90, de vários seminários, encontros e conferências sobre a humanização da assistência ao parto e nascimento, tanto no âmbito municipal como estadual, em diversas regiões do país. Em novembro de 2000, na cidade de Fortaleza/Ceará, foi realizada a “Conferência Internacional sobre Parto e Nascimento”, com participação de cerca de 1.800 pessoas e apresentação de mais de 200 trabalhos científicos. Mais recentemente, em abril de 2002, um novo congresso internacional denominado “Ecologia do Parto e Nascimento - Uma celebração da vida”, reuniu cerca de mil pessoas de diversas localidades na cidade do Rio de Janeiro.

Esses números revelam a expansão da discussão sobre o tema no cenário nacional e o envolvimento de um número cada vez maior de pessoas e serviços mobilizados para a humanização da assistência ao parto e nascimento. Cabe ressaltar que a promoção de conferências locais e nacionais sobre o parto que envolvam provedores de serviços de saúde, autoridades de saúde, usuários, grupos femininos e a mídia, é uma das estratégias preconizadas pela OMS para a implementação das recomendações para o uso apropriado de tecnologia no parto (OMS, 1985).

2. O Caso do Rio de Janeiro

2.1 Características da assistência perinatal

O município do Rio de Janeiro tem uma população de aproximadamente 5,5 milhões de habitantes e a maior rede de serviços públicos do país. A cidade é dividida administrativamente em dez Áreas Programáticas (AP) que apresentam diferenças importantes quanto às características sócio-econômicas e de morbi-mortalidade da população residente, bem como dos serviços sociais instalados. Anualmente ocorrem cerca de 90.500 partos de mulheres residentes na cidade, 99% em hospitais, sendo 70% destes em unidades de saúde próprias ou conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Apesar dos investimentos que vêm sendo realizados na área perinatal, a análise dos indicadores de saúde da cidade mostra uma situação ainda crítica. A cobertura da

assistência pré-natal é ainda insuficiente e quase 50% das gestantes apresentam seis ou menos consultas de pré-natal, devendo-se ressaltar que seis é o número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde para uma assistência adequada. Embora em sua quase totalidade os partos ocorram em ambiente hospitalar, as mulheres ainda precisam se deslocar por várias maternidades até que consigam uma vaga para internação, o que muitas vezes coloca em risco a sua própria saúde e a de seu bebê (Boaretto, 2000).

As taxas de cesariana no município, como no restante do país, são elevadas (47,5% em 2000), sendo este tipo de parto realizado com mais frequência nos estabelecimentos privados (alguns com taxa de 90%) e em mulheres com nível de instrução mais elevado (SMS-RJ, 2000). Mesmo nos serviços públicos, em que as taxas de cesariana são mais baixas (Quadro 1), são observados valores muito superiores à taxa máxima recomendada pela OMS de 10 a 15% do total de partos (OMS, 1985).

Nos últimos seis anos (1995-2000), a mortalidade materna permaneceu estável, com uma taxa de aproximadamente 50 por 100.000 nascidos vivos, sendo este valor 10 vezes maior que o de países desenvolvidos. Além disso, os óbitos maternos têm sido determinados principalmente por causas obstétricas diretas, destacando-se os transtornos hipertensivos maternos, abortos, atonia uterina e infecção puerperal, causas potencialmente evitáveis com os recursos disponíveis.

A mortalidade neonatal precoce (em menores de 7 dias de vida) sofreu uma redução de 23% no período 1996-2000, sendo essa taxa, no ano 2000, de 8,1 por 1000 nascidos vivos. No entanto, nesse mesmo período, a perimortalidade sofreu uma redução de apenas 16,5%, sendo a menor queda, em relação à neomortalidade, determinada pelo ainda elevado número de óbitos fetais. A mortalidade neonatal e a natimortalidade têm sido determinadas principalmente por transtornos maternos que comprometem o feto e o recém-nascido, causas evitáveis, em sua grande maioria, com a melhoria da assistência pré-natal e ao parto (SMS, 2000).

Nos últimos seis anos, após a municipalização de quatro maternidades federais, observou-se um aumento progressivo da participação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ) na assistência obstétrica e neonatal e, atualmente, as nove maternidades municipais respondem pela assistência de mais de 30% do total de partos do município.

Além do volume elevado de atendimentos a serem realizados para a população residente na cidade, a SMS/RJ presta ainda assistência a um grande número de gestantes residentes em municípios vizinhos, que buscam serviços com maior complexidade tecnológica localizados no município do RJ.

A análise dos partos ocorridos em cada uma dessas nove maternidades (Quadro 1) demonstra que a maioria das maternidades municipais atende mulheres com maior risco reprodutivo do que a média do município, evidenciado por taxas mais elevadas de prematuridade, baixo peso ao nascer, gestantes adolescentes, gestantes com baixo nível de escolaridade e gestantes com menor cobertura de assistência pré-natal adequada (SMS/RJ, 2000).

Quadro 1 – Distribuição percentual de algumas características das gestantes e recém-nascidos atendidos nas maternidades da Secretaria Municipal de Saúde.
Rio de Janeiro, 2000.

| Serviço/Dados | BP ¹ | Adolescente | Prematuro | Cesárea | PN<=6 ² | BE ³ |
|------------------------|-----------------|-------------|-----------|---------|--------------------|-----------------|
| Mat. Carmela Dutra | 15,4 | 29,5 | 15,0 | 33,5 | 65,4 | 7,7 |
| Mat. Alexander Fleming | 25,6 | 29,8 | 30,6 | 36,4 | 59,0 | 9,6 |
| IMM Fernando Magalhães | 22,8 | 24,6 | 20,7 | 43,4 | 57,5 | 7,3 |
| UIS Herculano Pinheiro | 9,8 | 26,2 | 7,0 | 15,1 | 60,5 | 12,2 |
| Mat. Oswaldo Nazaré | 13,2 | 26,6 | 11,1 | 39,1 | 54,3 | 6,0 |
| Mat. Leila Diniz | 10,1 | 25,6 | 8,0 | 23,4 | 68,1 | 16,0 |
| HM Miguel Couto | 10,7 | 22,1 | 6,9 | 26,2 | 19,3 | 16,4 |
| HM Paulino Werneck | 5,4 | 26,4 | 4,3 | 23,6 | 48,7 | 11,3 |
| Hospital do Andaraí | 7,3 | 24,2 | 6,1 | 18,8 | 53,4 | 19,1 |
| Total do Município# | 9,3 | 19,6 | 8,0 | 47,5 | 42,6 | 7,9 |

¹ BP = baixo peso ao nascer (peso < 2500g) ²PN<=6 = Pré-natal com seis ou menos consultas ³BE = baixa escolaridade (menos de três anos de estudo)

Dados de nascidos vivos de mães residentes no município do Rio de Janeiro

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde (SMS/RJ, 2000)

2.2. Estratégias de qualificação e humanização da assistência perinatal no RJ

Ao longo da última década, a Secretaria Municipal de Saúde tem desenvolvido uma série de ações visando a qualificação e humanização da assistência ao parto e nascimento. Apresentaremos a seguir alguns marcos históricos que consideramos importantes nessa trajetória.

Em 1993 foi realizado um diagnóstico da assistência perinatal a partir de visitas a todas as maternidades públicas (com exceção das militares) localizadas no município do Rio de Janeiro. Nessas visitas pôde-se conhecer os serviços existentes, realizar um

levantamento dos leitos e demais recursos disponíveis, e verificar a forma como a assistência estava sendo prestada.

Este diagnóstico revelou um importante déficit de leitos obstétricos e neonatais, má distribuição de recursos nas diversas regiões da cidade, e a existência de um modelo de assistência que isolava a mulher de seus familiares, tratava a gravidez e o parto exclusivamente como um procedimento médico, e tornava o momento do nascimento em uma situação de medo, dor e solidão.

Para Boaretto (2000), Superintendente de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde, a partir do diagnóstico da situação da assistência obstétrica nas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, tornou-se premente a necessidade de mudanças radicais no atendimento ao parto e nascimento, sendo elaborado um documento que apresentava propostas de recuperação, ampliação e qualificação da assistência obstétrica no município.

Um primeiro passo na perspectiva da humanização da assistência foi a inauguração, em 1994, da Maternidade Leila Diniz, através de um convênio de co-gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde. Essa maternidade tem como proposta a implantação de um novo modelo de atenção, pautado na humanização do parto e nascimento, que serviria como experiência piloto para a rede de serviços de saúde municipal.

Dentre os objetivos dessa maternidade, destacam-se:

- a) o estabelecimento de um ambiente agradável, confortável e acolhedor;
- b) o respeito ao processo fisiológico do trabalho de parto e parto, intervindo o mínimo possível;
- c) o reconhecimento da autonomia da gestante na condução do trabalho de parto e parto;
- d) o resgate do parto vertical;
- e) a elaboração de rotinas que adotem técnicas e procedimentos menos invasivos;
- f) o incentivo e apoio ao aleitamento materno;
- g) o estabelecimento de uma relação de confiança, solidariedade e respeito mútuo entre profissionais da unidade e a usuária - extensivo a(o) acompanhante (SMS-RJ, 1994).

O projeto da Maternidade Leila Diniz foi inspirado em documentos internacionais, nas recomendações da REHUNA, e em experiências de serviços nacionais e internacionais que já buscavam a humanização da assistência. Particularmente os trabalhos de Leboyer (1974), Michel Odent (1984a, 1984b), Paciornik (1991, 1992), Sabatino (1992), e as experiências da Casa de Parto São Pio X em Ceres/Goiás, e da Casa de Parto “Nove Luas, Lua Nova” em Niterói/RJ, influenciaram a concepção e implantação dessa Maternidade.

Embora atualmente essa e outras maternidades da SMS/RJ desenvolvam várias ações recomendadas pelo Ministério da Saúde, o projeto da Maternidade Leila Diniz, e, conseqüentemente, a proposta de humanização da assistência ao parto e nascimento da cidade do Rio de Janeiro, antecede a própria política desse Ministério.

Como já citado neste trabalho, a primeira referência à humanização da assistência, ainda que de forma incipiente e pouco definida, surge no Projeto Maternidade Segura em 1995. As recomendações mais específicas e que de fato propiciariam mudanças no modelo assistencial, surgem apenas em 1998 com a introdução do pagamento do parto por enfermeiras, de limites ao parto cesariano e da regulamentação dos Centros de Parto Normal.

Para viabilizar as propostas inovadoras da Maternidade Leila Diniz, diversas estratégias foram necessárias. Foram realizadas obras de adequação do espaço físico para garantir a privacidade das parturientes, propiciar a presença do(a) acompanhante e permitir a deambulação e movimentação da gestante durante o trabalho de parto. Havia também a preocupação de tornar o ambiente agradável e acolhedor, mais parecido com uma casa do que com um hospital. Para isso foram valorizados no projeto arquitetônico o uso de luz natural, de cores seguindo princípios da cromoterapia, e de mobiliário confortável e versátil.

A questão do treinamento dos profissionais também foi fundamental para a implantação da proposta da maternidade. Seminários de sensibilização para essa nova forma de abordar o parto e o nascimento e um treinamento da “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” foram realizados antes da inauguração da maternidade com os profissionais que iriam atuar no serviço.

Ao longo dos primeiros meses de funcionamento da maternidade foram elaboradas as normas assistenciais da instituição que incluíam a regulamentação do direito das

mulheres a um(a) acompanhante de sua escolha no trabalho de parto, parto vaginal, e no puerpério em situações especiais (puérperas adolescentes, mães de gemelares, e nas primeiras 24 horas após parto cesáreo) (anexo 1).

A experiência desenvolvida na Maternidade Leila Diniz e o reconhecimento de que a presença de um(a) acompanhante escolhido pela mulher é necessário para um apoio psico-afetivo à gestante, facilitando a evolução do trabalho de parto e do parto, e contribuindo para a melhoria dos indicadores perinatais, motivou a publicação de uma resolução do secretário municipal de saúde em outubro de 1998 (anexo 2). Esta resolução garantia a presença de um acompanhante de escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto em quatro maternidades municipais e estabelecia prazo para que as outras quatro maternidades municipais, que ainda não dispunham de espaço físico adequado no pré-parto, apresentassem projeto para realizar a adequação necessária. Um cartaz divulgando o direito ao acompanhante no parto (anexo 3) foi elaborado e distribuído para todos os serviços da rede municipal de saúde.

Ao longo desses anos, outras ações também foram realizadas como mudanças na área física de algumas maternidades, que com reformas passaram a oferecer espaço individualizado no pré-parto, permitindo maior privacidade e presença de acompanhante; espaço para deambulação; banheira própria para uso no trabalho de parto e parto; e módulo obstétrico para parto vertical (Boaretto, 2000).

Em 1998, a enfermagem obstétrica foi incorporada na assistência pré-natal e ao parto de todos os serviços municipais (onze unidades ambulatoriais e duas maternidades) localizados na AP3.3, região da cidade com maior número de nascimentos. Embora profissionais de enfermagem já atuassem na assistência pré-natal e ao parto em outros serviços da SMS/RJ, essa proposta teve um caráter inovador pela forma com que foi desenvolvida, implantando a assistência por enfermagem simultaneamente em todos os serviços de uma área da cidade. Para que esse objetivo fosse alcançado enfermeiras interessadas em atuar na assistência pré-natal e ao parto foram remanejadas de outros serviços municipais, e através de uma parceria com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ foram treinadas para essa função. Além disso, todas as enfermeiras iniciaram o trabalho na área tendo por referencial a mudança de modelo de atenção e a ênfase na humanização da assistência.

Investimentos também foram realizados para a ampliação da prática do aleitamento materno e para a humanização da assistência neonatal. Atualmente, cinco das nove maternidades municipais detêm o título de “Hospital Amigo da Criança”, concedido pelo UNICEF e Ministério da Saúde a hospitais que desenvolvem ações de promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno.

No âmbito do cuidado neonatal, a principal estratégia adotada foi a implantação da assistência Mãe-Canguru, que consiste na permanência do recém-nato prematuro, que não apresenta intercorrências clínicas severas, em contato pele a pele contínuo com a mãe. Essa metodologia de cuidado está implantada nas seis maternidades municipais que dispõem de terapia intensiva neonatal.

Mais recentemente, em 18 de janeiro de 2002, foi publicado no Diário Oficial do Município um decreto do Prefeito dispondo sobre a aprovação do “Programa de Qualificação da Assistência Perinatal da Cidade do Rio de Janeiro” (PCRJ, 2002). Esse Programa tem por objetivo “garantir um atendimento digno e de qualidade a todas as gestantes e recém-nascidos do Rio de Janeiro”, com aumento da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, implantação de sistema hierarquizado de atenção pré-natal e ao parto, garantia de assistência ao parto em maternidade pré-estabelecida, redução da mortalidade materna e perinatal, e aumento da oferta de leitos obstétricos e neonatais.

Como estratégias para o alcance desses objetivos, o programa prevê a realização de campanhas educativas para ampliar a realização do pré-natal e do parto normal, a adesão da SMS/RJ ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, capacitação de recursos humanos, aprimoramento do Sistema de Vigilância Epidemiológica dos óbitos maternos e perinatais, e a implantação de dez Centros de Parto Normal. Além disso, para cada Área Programática da cidade, define a construção e/ou reforma de serviços de assistência perinatal, totalizando, para toda a cidade, a construção de quatro novas maternidades e a reforma de cinco maternidades já existentes.

Percebe-se que a ênfase do Programa é a ampliação do acesso da população a serviços de qualidade, principalmente nas regiões que hoje apresentam menor oferta de leitos obstétricos e neonatais. Embora haja uma crítica ao modelo de atenção hoje existente, o programa é pouco propositivo em relação às possíveis formas de modificação desse

modelo. A única exceção é a proposta de implantação dos Centros de Parto Normal, considerados como

“uma estratégia de ampliação, qualificação e humanização da assistência perinatal, mas sobretudo, como uma iniciativa fundamental na mudança do paradigma assistencial vigente, centrado no hospital e na assistência e tecnologia médica, substituindo-o por um modelo que valorize os aspectos sociais e emocionais do parto e nascimento, sem perda da segurança médica da assistência.”

Um aspecto fundamental desse decreto e do Programa aprovado, é o compromisso político assumido com a qualificação da assistência perinatal, dando visibilidade a essa questão e garantindo os recursos financeiros necessários para a execução das propostas contidas no Programa.

2.3. Estratégias de divulgação: criando consenso

Para Boaretto (2000), a questão mais importante, ao longo de todo esse processo de mudança e humanização da assistência ao parto, era exigir da equipe de saúde que presta essa assistência não só competência técnica, mas atenção e respeito às necessidades da mulher e sua família, sendo o maior desafio, despertar no profissional essa percepção. Neste sentido, foi estimulada uma intensa discussão sobre a atenção ao parto na cidade, com a realização de seminários, cursos, oficinas e reuniões de chefias de serviço.

O Centro de Treinamento em Atenção Integral à Saúde da Mulher – Espaço Mulher, criado em dezembro de 1992, tem tido um papel fundamental, sensibilizando e capacitando profissionais, através de cursos, seminários e oficinas, em especial nas áreas de contracepção, pré-natal e parto.

Dois boletins informativos “Saúde em Foco”, periódico elaborado pela Superintendência de Saúde Coletiva da SMS/RJ e destinado aos profissionais de saúde da rede de serviços municipal, trataram de temas relacionados à saúde materno-infantil. O primeiro (SMS, 1993) apresentou dados relativos à mortalidade materna, infantil e sobre os nascimentos ocorridos na cidade, enquanto o segundo (SMS, 1996) apresentou uma reflexão sobre modelos de atenção ao parto e nascimento, uso de tecnologia, e propostas para a humanização dessa assistência. Com esse material, a SMS/RJ pretendia ampliar a discussão sobre a assistência ao parto, envolvendo os profissionais no processo de qualificação e humanização do parto e nascimento.

Três Seminários sobre Parto e Nascimento foram também realizados pela SMS/RJ. O primeiro, em 1994, antecedendo a inauguração da Maternidade Leila Diniz, teve como público alvo preferencial os profissionais que iriam atuar nessa maternidade. Nesse seminário enfatizou-se principalmente a troca de experiência com profissionais de serviços que já atuavam na perspectiva da humanização da assistência ao parto e nascimento, e a discussão de algumas questões específicas que geravam muita polêmica entre os profissionais, como o menor uso de intervenções obstétricas e a assistência ao parto na posição de cócoras.

O segundo seminário, realizado no segundo semestre de 1996, visava ampliar a discussão sobre os modelos de atenção ao parto e estimular a divulgação da experiência dos serviços. Houve a participação de conferencistas internacionais e de profissionais de vários serviços, localizados no Rio de Janeiro ou em outros estados. Privilegiou-se a apresentação de trabalhos desenvolvidos nos serviços da SMS/RJ, tanto ambulatoriais como hospitalares, relacionados à assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Dois produtos encontram-se disponíveis com a síntese das discussões desse seminário: os Anais do seminário, que contém os textos apresentados pelos palestrantes e o resumo dos trabalhos científicos, e um vídeo “Um Par(c)to pela vida” com depoimentos de conferencistas e palestrantes.

O terceiro seminário, realizado em 1999, enfatizou a apresentação do trabalho das enfermeiras obstetras que iniciaram o trabalho na assistência pré-natal e ao parto em 1998 na AP3.3, e divulgou legislação sobre os Centros de Parto Normal, recém-criada na época pelo Ministério da Saúde. Além da organização desses seminários, a SMS/RJ também tem estimulado a participação dos profissionais de suas unidades e gerências em seminários, encontros e conferências sobre o tema do parto e nascimento.

2.4. Estudos sobre as estratégias de humanização

Apesar do curto prazo de implantação das medidas de humanização da assistência ao parto, identificamos alguns estudos que já abordam essa questão. Apresentaremos alguns trabalhos que avaliam as estratégias de humanização especificamente na cidade do Rio de Janeiro.

Lima (1997) realizou uma pesquisa na Maternidade Leila Diniz para avaliação dos dois primeiros anos de funcionamento dessa maternidade, visando verificar mudanças de

atitude dos profissionais numa proposta de humanização da assistência ao parto e nascimento. Utilizando como metodologia a entrevista com profissionais da maternidade e a observação participante, identificou que a grande mudança ocorrida foi em relação à presença do acompanhante. Na avaliação dessa autora, o acompanhante foi incorporado de fato no cotidiano da maternidade, sendo consenso entre os profissionais o benefício trazido por essa prática para as mulheres, recém-natos e a própria equipe.

Em relação às demais propostas assistenciais - como o uso da água para analgesia e relaxamento, redução das intervenções obstétricas, e parto na posição vertical – verificou que as mudanças de atitude ocorreram de forma variável entre os profissionais, “de forma radical em alguns e mais timidamente em outros”. Observou, ainda, a utilização de práticas desaconselhadas pela OMS (WHO, 1996), como por exemplo, o uso da manobra de Kristeller. Ficou explicitada a dificuldade dos profissionais em aceitar novas condutas em sua maneira de agir, e a distância entre as práticas propostas por esse modelo de atenção humanizada e aquelas ensinadas nas faculdades de medicina, que seguem o modelo tecnológico de assistência. Afirma que "*seria necessário que os profissionais despertassem para um outro olhar, uma outra escuta, vendo aquela mulher e aquela criança como sujeitos, verdadeiros protagonistas desse processo*" (Lima, 1997 p.198).

Lima aponta então para a necessidade de: a) um papel mais ativo das chefias enquanto lideranças, conduzindo a transformações mais homogêneas e permanentes; b) criação de programas de educação permanente, em que os gestores devem ter papel fundamental, através de um olhar atento às práticas do cotidiano; c) repensar a formação dos profissionais, com iniciativas que propiciem incorporar outros profissionais além dos médicos, através de um sistema de hierarquização do atendimento ao ciclo gravídico-puerperal e que também contemplem as questões subjetivas. Para essa autora, torna-se cada vez mais transparente a necessidade de se continuar a promover mudanças radicais no atendimento ao parto e ao nascimento, multiplicando experiências como a da Maternidade Leila Diniz, mesmo sabendo que é preciso tempo, paciência e persistência e que a transformação é lenta e gradativa nos seres humanos de uma maneira geral.

Dias (2001) desenvolveu estudo em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, para verificar de que forma a indicação do parto cesariano era construída, utilizando como metodologia a entrevista com profissionais médicos da maternidade

(plantonistas, chefes de plantão e alunos da residência) e a observação participante. Evidenciou que diversos fatores não médicos, como a formação obstétrica, o modelo de assistência ao parto, lógicas culturais e as pressões sociais, interferem com as indicações das cesarianas e contribuem para a realização de cesáreas desnecessárias, com todos os riscos que esse procedimento cirúrgico apresenta. Dessa forma, ainda que as maternidades municipais atendam mulheres com maior risco reprodutivo, o que poderia justificar taxas mais elevadas de parto cesariano do que aquelas recomendadas pela OMS, esse estudo aponta que mesmo nesses serviços, muitas cesarianas são realizadas sem indicação médica correta.

O uso de outras intervenções obstétricas, tais como amniotomia, episiotomia, e uso de ocitócicos, embora não seja monitorada regularmente pela Secretaria Municipal de Saúde, também deve apresentar valor elevado e variável entre os serviços. Um trabalho realizado na Maternidade Leila Diniz, em que houve a implantação de um instrumento para avaliação e qualificação da intervenção obstétrica, demonstrou que essas intervenções são realizadas de maneira excessiva e muitas vezes de forma inadequada (Dias, 1996). Para esse autor, as altas taxas de intervenção encontradas revelam um certo vício de conduta, em que procedimentos que só deveriam ser feitos com indicação precisa, passam a ser realizados de forma rotineira. Isto aumenta a possibilidade de ocorrência de iatrogenias e demonstra a necessidade dos profissionais de intervir como forma de assumir o “controle” dos acontecimentos fisiológicos que ocorrem durante o trabalho de parto.

Para analisar a prática da enfermagem na política pública de humanização ao parto e nascimento, Pereira (2001) desenvolveu um estudo em três maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, onde o parto assistido pela enfermeira foi institucionalizado sob as diretrizes da Política de Humanização implantada pela SMS/RJ. A autora utilizou como metodologia a observação participante e entrevistas com profissionais da equipe de enfermagem das três maternidade estudadas, além de entrevista com a Gerente do Programa de Saúde da Mulher da SMS/RJ. Encontrou como principais resultados que:

- as enfermeiras, embora conheçam os princípios e diretrizes da política de humanização, e defendam a humanização na área obstétrica, apresentam uma prática que resulta da contradição entre a defesa das propostas dessa política e a

atenção influenciada pelo modelo biomédico prevalente, tanto na formação profissional quanto no contexto institucional;

- os médicos constituem o grupo que mais reluta em aceitar as mudanças e tem uma visão reduzida dos princípios e diretrizes da política de humanização;
- o direito à presença do acompanhante é a característica mais associada ao parto humanizado e, embora esse direito seja assegurado por Portaria Municipal, ainda há resistência de alguns profissionais das instituições, especialmente na sala de parto. Em apenas uma maternidade, onde essa prática está implantada há mais tempo, a presença do acompanhante ocorre com naturalidade;
- a autonomia das mulheres é inexistente nas maternidades estudadas e as parturientes permanecem grande parte do tempo restritas ao leito, sendo em raríssimas exceções oferecida a alternativa do parto vertical;
- muitas práticas questionadas pela Política de Humanização permanecem prevalentes como hidratação venosa de rotina, uso de ocitocina, toques vaginais freqüentes, uso de fármacos para alívio da dor, e manobras para auxílio da expulsão do feto. Em contrapartida, raras vezes foi observada a utilização de medidas alternativas para alívio da dor e para promoção do relaxamento muscular;
- foi observado grande nível de estresse nas enfermeiras, associado tanto à preocupação com o bem estar das mulheres e dos bebês, ao medo de sua prática estar associada a má prática e incompetência profissional, como também à sobrecarga com múltiplas tarefas além da assistência obstétrica.

A autora conclui afirmando que

"o primeiro passo foi dado, uma mudança qualitativa na assistência obstétrica. Cabe agora concatenar os profissionais permeáveis e aderentes a essa mudança, resultando numa mudança também quantitativa para que haja de fato a concretização de uma assistência obstétrica mais humana" (Pereira, 2001 p 236-237).

Podemos assim verificar que, apesar das estratégias implantadas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, muitos ainda são os desafios para a efetiva qualificação e humanização da assistência ao parto e nascimento nessa cidade. As questões mais graves estão relacionadas às elevadas taxas de mortalidade materna e fetal, que

dependem da garantia de uma melhor assistência pré-natal e ao parto, o que inclui a utilização adequada das intervenções obstétricas, especialmente do parto cesariano. Outra questão, igualmente importante, e talvez mais difícil de ser alcançada, é o real reconhecimento pelos profissionais, da autonomia e poder de decisão das mulheres durante a assistência ao parto. Consideramos, no entanto, que alguns avanços foram obtidos e serão relacionados a seguir:

- valorização do conforto ambiental no projeto arquitetônico das maternidades que sofreram reformas e das que serão construídas, priorizando-se alguns aspectos como a garantia de privacidade para as mulheres e acompanhantes, espaço para deambulação e movimentação das gestantes durante o trabalho de parto, uso da água através de chuveiros e/ou banheiras, utilização de cores agradáveis e suaves, climatização do ambiente, enfermarias coletivas com menor número de leitos, e espaços para realização de trabalhos educativos;
- publicação da portaria municipal que regulamenta o direito das mulheres ao acompanhante e a implantação dessa prática em alguns serviços;
- incorporação da enfermagem obstétrica na assistência às gestantes de baixo risco em cinco maternidades municipais, com a hierarquização do atendimento ao parto e puerpério. Atualmente as enfermeiras prestam assistência a aproximadamente 25% dos partos vaginais que ocorrem nas maternidades da SMS/RJ;
- introdução da possibilidade de escolha da posição para o parto, propiciada pela aquisição de cadeiras e mesas de parto que permitem a adoção da posição vertical. Em 2001, mais de mil partos foram assistidos em posições verticalizadas nas maternidades da SMS/RJ, o que corresponde a cerca de 5,5% do total de partos vaginais;
- adoção, por alguns serviços, de tecnologias na assistência ao parto reconhecidamente benéficas como o estímulo à liberdade de movimentação da gestante, ingestão de líquidos, e uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor;

- abandono ou redução do uso, por alguns serviços, de tecnologias sabidamente prejudiciais na assistência ao parto, como a realização rotineira de tricotomia, enteróclise, ocitocina e episiotomia;
- estímulo ao aleitamento materno com a adesão dos serviços à “Iniciativa Hospital Amigo da Criança” e à proposta “Unidades Básicas Amigas da Amamentação”;
- humanização do cuidado neonatal aos recém-natos de risco através da implantação do Programa Mãe-Canguru em todas as maternidades municipais que dispõem de terapia intensiva neonatal. Atualmente, esses serviços da SMS/RJ são centros de referência nacional do Ministério da Saúde para capacitação de profissionais na Assistência Mãe-Canguru;
- proposta de incorporação dos Centros de Parto Normal na rede de serviços da SMS/RJ, possibilitando a assistência ao parto de baixo risco fora do ambiente hospitalar.

Os modelos de atenção ao parto são geralmente conservadores pois representam a forma de uma sociedade trazer seus novos integrantes ao mundo. Espera-se resistências a mudanças de práticas rigidamente definidas, não só pela nossa dificuldade em aceitar e incorporar novas formas de agir e de pensar, mas também por questões relacionadas ao mercado de trabalho, disputa entre categorias profissionais, financiamento do sistema de saúde, e influência das indústrias farmacêuticas e de equipamentos.

Ainda que os avanços sejam pequenos e ainda não se traduzam na modificação dos indicadores de saúde tradicionalmente utilizados, eles não devem ser menosprezados face o desafio colocado. Assim, se a experiência do município do Rio de Janeiro puder ser utilizada como referência ou inspiração para outros locais, devemos destacar algumas características que acreditamos possam ter contribuído para os avanços obtidos.

A primeira é a característica da equipe responsável pela elaboração das propostas relativas a assistência à saúde da mulher, composta por profissionais mulheres, muitas oriundas do movimento feminista, com experiência em propostas de trabalho educativo, e que privilegiaram a implantação de ações que respeitassem os direitos reprodutivos das mulheres. A segunda é a continuidade administrativa desse grupo, que se encontra à frente da coordenação dos programas de atenção à saúde da mulher, da criança e do adolescente

há mais de uma década, fato pouco comum no serviço público. E por último o próprio cenário nacional e internacional, com estudos, debates, recomendações e legislação favoráveis a mudanças do modelo de atenção ao parto.

CAPÍTULO III - A QUESTÃO DO SUPORTE NO PARTO

1. Um Breve Histórico

Mulheres ajudando mulheres no parto é uma prática antiga e disseminada. Antes de o nascimento de crianças ser transferido para os hospitais, também era uma tradição os membros da família apoiarem ativamente a mulher durante o trabalho de parto, muitas vezes com a assistência de uma parteira treinada ou não.

Segundo Kitzinger,

“outrora a assistência durante o parto cabia em grande medida a outras mulheres e, em todo o mundo, elas têm a responsabilidade de ajudar uma amiga, vizinha ou parente durante o trabalho de parto, exceto nas raras sociedades onde uma mulher vai ter o bebê sozinha na floresta” (Kitzinger, 1978 p.96-97).

Nas sociedades tradicionais, os homens em geral não participam no parto como técnicos e não há qualquer indivíduo do sexo masculino que corresponda aos obstetras da sociedade ocidental. Esta função cabe totalmente às parteiras. Em muitas dessas sociedades, é atribuído ao pai um papel definido no parto, ao mesmo tempo em que ele é protegido com um cuidadoso ritual do que se pensa poder resultar daquilo que é essencialmente uma atividade feminina.

Segundo Cook (1998), até o final do século XIX, o parto e o nascimento pertenciam às mulheres. A gravidez era uma “experiência coletiva” na qual as mulheres nunca estavam sozinhas. Era um assunto da família e vizinhos, geralmente mulheres, e por séculos a idéia de pedir ajuda a estranhos era completamente fora de propósito para as mulheres das aldeias. Segundo Rothman (1991) gravidez e parto não eram assunto de interesse da medicina assim como os assuntos relacionados às mulheres não eram de interesse da esfera pública.

Até o final do século XVII, quando foi criado o fórceps, os homens não estavam envolvidos no parto de fetos vivos. Os cirurgiões barbeiros eram chamados pelas parteiras quando o parto não era possível, para retirar um feto morto de sua mãe ou um feto vivo de sua mãe morta. Não era da competência dos cirurgiões barbeiros fazer o parto de um feto

vivo de uma mulher viva. O interesse masculino pelos casos complicados aumentou a partir do século XVII e principalmente do século XVIII.

Chamberlain desenvolveu o fórceps no final do século XVI mas o manteve em segredo por três gerações. Quando este instrumento foi divulgado, seu uso foi permitido apenas aos homens. Acredita-se que muitas complicações tenham surgido pelo uso desnecessário do fórceps porque os homens não tinham a mesma experiência que as parteiras no acompanhamento dos partos. No entanto, havia uma forte campanha junto às mulheres para que solicitassem a presença de um cirurgião-barbeiro e alertavam para os riscos de um parto assistido por parteiras, às quais eram associadas imagens de sujeira, ignorância e incompetência. As parteiras foram progressivamente perdendo campo de atuação com o crescimento da tecnologia obstétrica, com a sua exclusão dos treinamentos formais e com a aceitação social de que o obstetra era superior.

No final do século XIX e início do século XX, com as elevadas taxas de mortalidade materna e infantil, e o interesse do Estado com o tamanho e vitalidade de suas populações, começou a haver uma preocupação em relação a esse tema. Durante esses anos, um novo conceito de saúde e de responsabilidade sobre a saúde foi formulado em vários países industrializados, colocando que a saúde do adulto dependia da saúde da criança, e que esta dependia da saúde de sua mãe, optando-se pelo cuidado individual das gestantes como forma de preservar sua saúde, ao invés de investimentos em fatores sociais e ambientais.

Para Wagner (1994), os primeiros sinais de uma mudança radical na assistência ao parto surgiram há cerca de 100 anos com a legitimação do parto hospitalar e o início do cuidado pré-natal. O crescimento do cuidado hospitalar no começo do século XX ajudou a redefinir a gravidez e o parto como problemas médicos e não como fenômenos naturais. Enquanto prestar assistência hospitalar gratuita a mulheres pobres era uma prática bem estabelecida, a entrada de mulheres de todas as classes sociais para o parto hospitalar foi conseqüência da emergência de um grupo de médicos com interesse especial no parto. O parto hospitalar serviu a nova profissão de obstetrícia de três maneiras: restringindo a competição com as parteiras; estabelecendo o princípio do controle médico sobre as pacientes; e permitindo o treinamento de novos médicos, com as pacientes servindo de objeto de treinamento.

Já o estabelecimento do pré-natal parece ter resultado de forças diferentes. O conceito de assistência pré-natal não existia em qualquer país até o começo do século XX, não havendo a preocupação com a supervisão da gravidez por parte das mulheres e dos médicos, nem a disponibilidade de serviços ou conhecimentos e tecnologias para este fim.

Na época da primeira guerra mundial, a maioria dos países industrializados tinha estabelecido uma série de regulamentos e instituições para fornecer assistência à saúde durante a gravidez, o parto e o primeiro ano de vida. A profissão da obstetrícia floresceu e a profissão da parteira foi regulada e incorporada ao sistema de saúde oficial em vários países, sendo, no entanto, excluída em outros, como é o caso do Canadá e EUA (Wagner, 1994).

No final da década de 40, praticamente todas as mulheres grávidas da maior parte dos países desenvolvidos recebiam assistência pré-natal. Os partos hospitalares também aumentaram neste período. Nos EUA, em 1900, apenas 5% dos partos eram hospitalares. Em 1935 este valor aumenta para 75% e em 1960, 95% dos partos passam a ser hospitalares (Pincus e Swenson, 1995). Entre os países desenvolvidos a Holanda tem a queda mais lenta e, em 1990, 35% dos partos ainda eram domiciliares.

O século XX assistiu a uma medicalização crescente da assistência ao parto e diversos avanços nas práticas obstétricas contribuíram para a melhoria da saúde das mulheres e bebês. Infelizmente, muitos desses avanços focalizaram apenas na saúde física das mulheres e desconsideraram aspectos tradicionais, culturais, sociais e psicológicos da experiência do parto, sendo um dos resultados mais preocupantes dessa abordagem, a exclusão de pessoas de suporte (Chalmers & Wolman, 1993). Com a institucionalização do parto, a tradição secular de toda mulher em trabalho de parto ser acompanhada por um(a) acompanhante desaparece temporariamente (Lieberman, 1992).

Nas maternidades, as mulheres se submetem aos costumes e às normas hospitalares, muitas delas baseadas em evidências científicas, mas também em expectativas sociais e em pressupostos médicos sobre o que é uma doente, como ela deve se comportar e os seus conceitos de pureza e contaminação. Segundo Kitzinger, é raro apresentar-se uma razão médica como justificativa para o pai ou a família não estarem presentes e participar no parto. Para esta autora,

“permitir a presença do marido é confundir duas categorias de identidade social, aquela em que a mulher é esposa, ser sexual e mãe, e aquela em que ela

se torna a doente cujas ações ficam sob o controle médico. A fim de evitar confusões entre estas duas categorias sociais, a obstetrícia moderna retira as parturientes dos seus lares, separa-as de outros membros da família e, muitas vezes, também do pai da criança que vão ter, fazendo-as passar pelo equivalente a um processo de iniciação na entrada para o hospital, que é o equivalente de uma subjugação ritual” (Kitzinger, 1978 p.118).

O treinamento dos profissionais médicos é baseado na aprendizagem das intervenções sem uma discussão crítica sobre seus riscos e danos. As intervenções devem estar sempre disponíveis e devem ser bem realizadas pelos profissionais para garantir a segurança da mulher e da criança. Por outro lado, não são valorizados a importância do suporte emocional e o efeito do contato através das mãos (por ex: suporte físico, massagem perineal). Com este treinamento, os médicos realmente acreditam que as mulheres não possam e não devam ter seus partos sem assistência médica e hospitalar. Como o parto e o nascimento são envolvidos por medos e incertezas do que vai acontecer, as mulheres internalizam o modelo médico e passam a acreditar que a tecnologia é a única possibilidade de segurança, com as drogas e as intervenções tornando-se seus instrumentos de controle e debilitação (Pincus & Swenson, 1995).

A partir da década de 20, tendo como marco o tratado escrito por DeLee (Rothman, 1991), os partos nos EUA passam a ser feitos sob narcose, com episiotomia e uso de fórceps, sendo a placenta retirada sob ação médica e com uso sistemático de derivados da ergotamina. Esta prática estava baseada na percepção do parto como evento traumatizante, causador de patologias tanto para a mãe quanto para o bebê. Estes permaneciam sob efeitos residuais das drogas durante horas ou mesmo dias, o que retardava muito o encontro mãe-bebê.

Segundo Keirse et al (1989), enquanto o parto era conduzido através de narcose e anestesia geral, a questão do suporte emocional não era relevante. No entanto, na década de 50, surge nos EUA o movimento do parto natural, um movimento de reforma para reduzir o excesso de medicalização no parto (Rothman, 1991). Segundo essa autora, um dos principais marcos deste movimento foi a publicação do livro de Grantly Dick-Read chamado “Natural Childbirth”. Este autor, um médico inglês, após assistir ao parto de uma mulher que recusou a medicação analgésica e apresentou um parto calmo e tranquilo, observou que esta situação se repetia com outras parturientes e formulou a hipótese de que a civilização e a cultura influenciaram a percepção das mulheres sobre o parto, introduzindo

o medo e a ansiedade. Esse medo é gerador de tensão, não só psíquica como corporal, que por sua vez gera dor. Essa tríade medo-tensão-dor, não está presente no modo natural de parto mas foi introduzida nas culturas civilizadas. Afirmava ser necessário aliviar a tensão e superar o medo para eliminar a dor e defendia que as mulheres precisam de conforto e suporte emocional contínuo durante todo o trabalho de parto e parto. Na sua visão, o parto era um evento controlado pela mulher, tendo grande importância o suporte do ambiente, sendo o bebê o prêmio para o seu trabalho.

Quando o movimento pelo parto natural começou a surgir, valorizando e redefinindo o momento do parto como uma experiência positiva para as mulheres, aspectos relacionados às circunstâncias do parto se tornaram importantes. Muitos acreditam que o medo, a dor e a ansiedade são aumentados pelas características do modelo vigente com o afastamento da família, ambiente e pessoas estranhas, e rotinas rígidas de assistência como uso de hidratação venosa, enema, tricotomia, restrição de movimentos, aceleração do parto, monitorização fetal e exames vaginais frequentes (Keirse et al, 1989). Quatro estudos observacionais citados por estes autores sugerem que cuidado mais intensivo tem efeitos adversos em mulheres e bebês de baixo risco. Outros estudos, também citados por estes autores, apontam que a percepção de isolamento e a solidão possam ser aspectos importantes para o estresse, e que estes sentimentos são reforçados pelo surgimento intermitente de vários profissionais estranhos. Outra questão importante está relacionada às diferenças culturais que também podem ser fatores de estresse, uma vez que o não seguimento de preceitos específicos de cada cultura pelas rotinas hospitalares (ex: cuidados com a placenta e cordão umbilical, presença masculina, comidas específicas para esse momento) podem gerar sentimentos de culpa, vergonha, medo e até mesmo a não procura dos serviços de saúde.

Segundo Rothman (1991), o modelo médico é baseado na percepção de que todas as demandas das parturientes são referentes a dor. O medo, a ansiedade, a necessidade de contato físico são traduzidos como necessidade de analgesia. No entanto, o próprio modelo aumenta a dor, pela restrição da movimentação da gestante durante o trabalho de parto, isolamento da família, falta de suporte emocional, e uso de drogas e intervenções.

Embora o ambiente hospitalar seja considerado, por muitos autores, um dos fatores de intervenção excessiva durante o trabalho de parto em sociedades industrializadas, não

existem estudos que comprovem essa hipótese. Parece que a mudança só no ambiente físico propicia pouco impacto nos resultados perinatais. Evidências sugerem que esforços devem estar voltados para a mudança do comportamento dos profissionais, ajudando-os a prover suporte adequado às parturientes. Mudanças do ambiente proveitosas são aquelas que vão favorecer as ações de suporte e o conforto das parturientes (Enkin et al, 1995).

2. Benefícios do Suporte no Parto

Diversos trabalhos científicos têm demonstrado as vantagens do suporte durante o trabalho de parto e parto. Um dos trabalhos que mais impulsionou a pesquisa nesta área foi realizado por Sosa et al (1980) num grande hospital da Guatemala. Através de um ensaio clínico randomizado, estes autores avaliaram os efeitos do suporte por uma *doula* na duração do trabalho de parto, na interação mãe-bebê nas primeiras horas após o nascimento, e nos resultados perinatais em primíparas saudáveis. *Doula* é uma palavra grega que se refere a uma mulher experiente que ajuda outras mulheres. A palavra passou a significar uma mulher experiente em nascimento que fornece suporte físico, emocional e de informação contínuo à mulher antes, durante e logo após o nascimento (Klaus et al, 1993).

Nesse estudo de Sosa et al (1980), o termo *doula* foi empregado para as mulheres que ofereciam suporte durante o trabalho de parto através da presença contínua, contato físico (ex: massagem nas costas, segurar a mão) e suporte emocional. Encontraram como resultados menor frequência de complicações no trabalho de parto, parto e do recém-nato no grupo que recebeu suporte no parto. A presença dessas complicações foi utilizada como critério de exclusão de mulheres do estudo, sendo necessário recrutar um número três vezes maior de mulheres do grupo controle para a obtenção de um número final semelhante ao do grupo que recebeu a intervenção (vinte mulheres em cada grupo).

Entre as mulheres que permaneceram no estudo e que apresentaram parto vaginal sem complicações, encontraram no grupo experimental menor duração do trabalho de parto (8,8h vs 19,3, $p < 0.001$) e maior interação das mães com seus bebês após o parto. Os autores ressaltam que o ambiente hospitalar adverso e estressante, devido à superlotação (o hospital atendia, em média, 60 partos por dia); a ausência de preparação para o parto; e o isolamento da gestante, já que o hospital não permitia a presença de familiares durante a assistência ao parto, possam ter superestimado o efeito do suporte no parto. Mas concluem que esses

achados sugerem haver grande vantagem do suporte humano contínuo durante o trabalho de parto para os resultados perinatais, o que pode trazer implicações importantes para a assistência ao parto em países industrializados e em desenvolvimento, particularmente em situações de menor suporte social, como nas populações de baixa renda, mulheres sem companheiro, ou gestantes adolescentes. Afirmam, ainda, que essa intervenção de baixo custo possa ser uma maneira simples de reduzir a duração do trabalho de parto e o número de complicações perinatais das mulheres e bebês.

Posteriormente, nesse mesmo país, realizou-se um novo ensaio clínico randomizado com um número maior de mulheres (465 primíparas saudáveis, com gestação a termo, internadas com dilatação do colo uterino de 3 cm ou menos), com o grupo intervenção recebendo suporte contínuo no parto por mulheres leigas. Encontraram resultados semelhantes ao estudo anterior com menor número de complicações perinatais, traduzidas por menor número de partos cesarianos, menor uso de ocitócicos, menor número de internações dos recém-natos em unidade de terapia intensiva neonatal, e menor duração de trabalho de parto nas mulheres que não receberam intervenções médicas. Nesse estudo, os autores encontraram resultados diferentes do suporte segundo a situação conjugal da parturiente, sendo os efeitos maiores em mulheres que não tinham companheiro (Klaus et al, 1986).

No Canadá, Hodnett e Osborn (1989a) realizaram um estudo com 103 gestantes de baixo risco, visando avaliar os efeitos do suporte intraparto nos resultados perinatais em um hospital Norte Americano já que, segundo esses autores, os estudos realizados na Guatemala não poderiam ser generalizados devido às práticas assistenciais muito diferentes nas duas culturas. No Canadá, por exemplo, a gestante pode ter a companhia do parceiro ou de outra pessoa de sua escolha durante a assistência ao parto, e intervenções como monitorização eletrônica, anestesia peridural contínua e uso de ocitocina intraparto, são práticas rotineiras. Na Guatemala, essas intervenções obstétricas não estavam disponíveis e fatores, já citados, como superlotação hospitalar, ausência de preparação para o parto e ambiente estranho, podem ter elevado muito a ansiedade materna a superestimado o efeito do suporte intraparto. Além dessas diferenças, não existiam ainda ensaios clínicos avaliando o efeito do suporte profissional intraparto, embora estudos caso-controle e observacionais sugerissem que o suporte intraparto por profissionais afetasse a evolução do

parto. O objetivo desse estudo foi então avaliar os efeitos físicos e psicológicos do suporte profissional intraparto, sozinho ou em combinação com atributos pré-natais, numa amostra de mulheres de baixo risco, predominantemente brancas, casadas e em sua primeira gestação. O estudo realizado foi um ensaio clínico randomizado e estratificado, com o grupo intervenção recebendo suporte intraparto contínuo por profissional conhecido pelas mulheres desde o pré-natal. Oito profissionais atuaram no grupo intervenção, todas parteiras leigas ou em treinamento para a função de parteira profissional, sendo o suporte composto por informação, suporte emocional, medidas de conforto físico e defesa dos interesses do casal. Todas as mulheres tiveram gestação não complicada, contaram com a presença do marido e apresentaram parto vaginal a termo com bebê saudável. Tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção, as gestantes foram estratificadas em dois grupos de preparação para o parto: um com enfoque em exercícios respiratórios e de relaxamento, visando evitar medicação analgésica, e o outro com fornecimento de informação sobre as rotinas hospitalares e cuidados com o bebê. Como resultados os autores encontraram menor uso de medicação analgésica, menor realização de episiotomia, e maior uso de ocitócicos no grupo experimental, não sendo verificadas diferenças na duração do trabalho de parto, taxa de cesariana e demais intervenções obstétricas. Os autores concluem que seria necessário realizar estudos de custo-efetividade para verificar se os gastos com o suporte profissional individual contínuo seriam compensados com os resultados obtidos e sugerem que esse tipo de estudo seja reproduzido em outros grupos e contextos. Ressaltam, no entanto, que enquanto resultados de outros estudos não estejam disponíveis, seja importante incrementar o suporte profissional já oferecido às mulheres e parceiros, o que implicaria em repensar as prioridades da enfermagem na assistência ao trabalho de parto e parto, mais do que o aumento do quantitativo desses profissionais.

Kennel et al (1991), que haviam participado dos estudos na Guatemala, realizaram um ensaio clínico randomizado em um hospital americano com práticas obstétricas modernas, com o objetivo de avaliar o impacto do suporte emocional em nulíparas saudáveis. Este hospital diferia dos hospitais da Guatemala por apresentar maiores taxas de intervenção, de analgesia e de monitorização. O estudo comparou três grupos de parturientes (um grupo com suporte contínuo, um grupo com observação contínua e um grupo controle) e como resultado foi observada uma redução significativa das taxas de

cesariana e de parto a fórceps, além da diminuição do uso de anestesia peridural para parto vaginal, uso de ocitócicos, duração do trabalho de parto, hospitalização prolongada do recém-nato e febre materna. Resultados melhores foram observados tanto no grupo com suporte como no grupo apenas com observação, quando comparados ao grupo controle. Os autores concluíram que os efeitos benéficos do suporte emocional no trabalho de parto - uma prática simples, comportamental e de baixo custo - foram tão importantes, que apontam para a necessidade de revisão das práticas obstétricas vigentes, com valorização do suporte contínuo intraparto e da utilização da tecnologia obstétrica apenas quando necessário.

Chalmers & Wolman (1993), em estudo de revisão sobre o suporte social no parto, citam um ensaio clínico randomizado realizado na África do Sul, em um hospital comunitário, com 189 primíparas saudáveis, em que, além dos resultados do parto, foram também verificados resultados psicológicos no pós-parto imediato e seis semanas após o parto. As mulheres do grupo intervenção foram acompanhadas por uma pessoa leiga sem treinamento em enfermagem mas com instruções básicas de um psicólogo clínico sobre o suporte emocional positivo a ser fornecido durante o trabalho de parto e parto. Não foram verificadas diferenças entre o grupo controle e o grupo intervenção em relação às características das gestantes, manejo do parto e medidas de auto-estima e de traços de ansiedade. Como resultados encontraram, tanto no pós-parto imediato como seis semanas após o parto, resultados psicológicos muito superiores no grupo com intervenção, com menor ansiedade materna, maior auto-estima, maior satisfação com a maternidade, percepções mais positivas do bebê, maior sucesso no aleitamento materno, menores índices de problemas de saúde e de alimentação do bebê, redução importante da depressão materna e melhor relação com o parceiro. Esses achados geraram a hipótese de que o suporte emocional, encorajamento e elogios durante o período vulnerável do trabalho de parto e parto podem ter efeito positivo nos sentimentos maternos, estabelecendo um ciclo de autoconfiança, competência e felicidade com a maternidade, com relações positivas com o parceiro e com o bebê. Embora esse estudo seja o único a avaliar os resultados psicológicos seis semanas após o parto, seus achados sugerem que os efeitos do suporte podem se estender para além do momento do parto e requer investigações futuras (Chalmers & Wolman, 1993; Klaus & Kennell, 1997).

Em 1996, Zhang et al realizaram uma revisão sobre o tema do suporte emocional usando como fonte de dados todos os estudos publicados em inglês no Medline no período de 1965 a maio de 1995. Cerca de vinte trabalhos foram identificados entre estudos de opinião, revisão e relatos, que focalizavam o suporte emocional no parto e os resultados obstétricos e evolução no pós-parto. Apenas sete desses estudos eram ensaios clínicos randomizados dos quais um foi excluído por apresentar problemas metodológicos e outro por estar disponível apenas no formato resumo. Dos cinco ensaios clínicos restantes, quatro (dois realizados na Guatemala, um no Texas e um na África do Sul, todos já citados anteriormente) foram analisados conjuntamente através de meta-análise. Todos eles avaliavam a questão do suporte no parto em mulheres jovens, de baixa renda, primíparas, que tiveram seus partos em hospitais com grande volume de atendimentos, sem a presença de acompanhantes familiares, e que receberam suporte emocional contínuo durante o trabalho de parto por pessoa designada para esse fim (*doula* ou profissional treinado). Os autores encontraram como resultados: a redução da duração do trabalho de parto em 2,8h, duplicação dos partos vaginais espontâneos, e redução à metade da frequência de uso de ocitócicos, fórceps e taxa de cesariana.

O quinto ensaio clínico, e que não foi incluído na meta-análise, foi o estudo realizado por Hodnett e Osborn (1989a) no Canadá. A razão alegada pelos autores para não inclusão na meta-análise foi a de que as mulheres participantes desse estudo apresentavam faixa etária mais elevada, maior nível de renda, tiveram preparação para o parto e contaram com a presença do marido durante o parto, o que os autores consideraram que o diferenciava muito dos demais estudos analisados. Zhang et al comentam que os resultados encontrados nesse ensaio clínico realizado no Canadá, com menor uso de medicação analgésica, mas pouca redução das demais intervenções obstétricas, inclusive com maior uso de ocitócicos, pode sugerir um impacto diferente do suporte social no parto entre mulheres de classe média e baixa. Apontam também que no estudo realizado na África do Sul, o fato das gestantes terem sido incluídas no estudo em fase mais avançada do trabalho de parto (verificada pela maior dilatação do colo uterino) e de não terem tido suporte emocional durante todo o trabalho de parto, já que algumas *doulas* se ausentavam no horário noturno, pode ter contribuído para o menor efeito observado nos resultados obstétricos.

De um modo geral, os autores salientam algumas dificuldades metodológicas na comparação e avaliação dos estudos existentes sobre o suporte no parto como características diferentes das gestantes (idade, classe econômica); da pessoa que fornece o suporte (com ou sem treinamento); das práticas institucionais (uso rotineiro de intervenções obstétricas, presença de acompanhante familiar); do critério de participação no estudo (por exemplo, grau de dilatação do colo uterino no momento da inclusão no estudo); do fato de ser impossível ocultar, tanto dos pesquisadores quanto dos profissionais que estão prestando assistência, qual o grupo que está recebendo a intervenção; e também do número necessário de mulheres na amostra para que o estudo tenha poder estatístico para evidenciar diferenças nos resultados obstétricos. Ressaltam então a necessidade de que estudos sejam desenhados e realizados com metodologia adequada e em contextos e populações específicas, já que os estudos disponíveis sugerem que os resultados podem variar em populações de diferente nível sócio-econômico. Os autores concluem, então, que o suporte no trabalho de parto pode ter efeitos positivos importantes nos resultados obstétricos de mulheres jovens e pobres sugerindo, no entanto, a realização de estudos de custo-benefício antes que programas de larga escala sejam preconizados.

Hodnett (2002), na revisão mais recente da base de dados *Cochrane* sobre a questão do suporte no parto, avaliou quatorze ensaios clínicos, envolvendo mais de cinco mil mulheres. O objetivo dessa revisão foi avaliar os efeitos, na mulher e no bebê, do suporte contínuo intra-parto, que inclui informação, medidas de conforto físico e suporte emocional quando comparado à assistência convencional. Como objetivo secundário, pretendia-se verificar se a magnitude do efeito do suporte era influenciada pela presença adicional de outro(s) acompanhante(s) de escolha da mulher. Foram incluídos na análise ensaios clínicos que compararam suporte no parto fornecido por um profissional (parteira, enfermeira ou educador para o parto) ou pessoa leiga (*doula*, amiga ou parente), conhecidos ou não previamente pela mulher, com a assistência convencional; em que houve alocação aleatória nos grupos; violação da alocação insuficiente para alterar os resultados; perda de seguimento insuficiente para comprometer a comparação; e dados disponíveis em forma adequada para análise.

Esses estudos foram realizados em diversos países e em condições muito diferentes de funcionamento dos hospitais e de rotinas assistenciais. Em sete ensaios clínicos os

hospitais também permitiam a presença de acompanhantes familiares durante a assistência ao parto. Em geral, esses ensaios em que a mulher também contava com acompanhante familiar, foram realizados em condições típicas de países desenvolvidos (maior número de profissionais de enfermagem/*midwives*, relativa privacidade das parturientes, e elevadas taxas de intervenção médica) enquanto que os ensaios em que a mulher não tinha acompanhante familiar foram realizados em condições típicas de países em desenvolvimento (superlotação, falta de privacidade, menor número de profissionais disponíveis, e baixas taxas de intervenção).

Apesar dos diferentes tipos de pessoas que forneceram o suporte, a descrição do tipo de suporte fornecido foi consistente em todos os estudos, incluindo presença contínua ou quase contínua, pelo menos na fase ativa do parto. Em treze desses ensaios também se incluíam medidas de conforto físico e palavras de elogio e encorajamento. Como resultados observou-se a redução do uso de medicação analgésica, parto vaginal operatório, parto cesariano, e do apgar no quinto minuto inferior a sete, no grupo de mulheres que recebeu suporte. Nos hospitais que não permitiam a presença de acompanhantes familiares, o suporte também esteve associado a menor uso de ocitócicos. Dois estudos encontraram que as mulheres que receberam suporte tinham maior possibilidade de estar em aleitamento materno exclusivo 4 a 6 semanas após o parto. Seis estudos avaliaram os efeitos do suporte na percepção das mulheres sobre a experiência do parto e embora as medidas utilizadas tenham sido diferentes (satisfação global, dificuldade em lidar com parto, avaliação do parto como pior do que o esperado, e nível de controle pessoal durante o parto), todos os estudos encontraram melhores resultados no grupo de mulheres que receberam suporte contínuo. Dois estudos avaliaram ansiedade materna e auto-estima no pós-parto e enquanto um encontrou maior auto-estima e menor nível de ansiedade nas mulheres que receberam suporte, o outro estudo não encontrou diferenças importantes. Os efeitos observados na duração do trabalho de parto foram pequenos e de importância clínica questionável. Ensaios individuais também encontraram outros benefícios do suporte no parto incluindo redução de problemas durante o trabalho de parto, de primeiro estágio do parto prolongado, de realização de episiotomias, de transferências para salas separadas para o parto, do número de relações insatisfatórias do pai do bebê com a *midwife*, e da depressão pós-parto e da avaliação da maternidade como difícil seis semanas após o parto.

Foi observada consistência importante nos resultados dos ensaios clínicos, mesmo quando separados os grupos que apresentavam ou não acompanhante familiar, e apesar das diferenças marcantes nas rotinas obstétricas, condições hospitalares, risco obstétrico das participantes, diferenças nas políticas institucionais referentes a presença de acompanhantes familiares e diferenças no nível de qualificação da pessoa que forneceu o suporte. Deve-se ressaltar que as pessoas que forneceram suporte compartilhavam duas características: todas eram mulheres e todas eram experientes, ou por já terem apresentado parto(s) e/ou por terem recebido treinamento específico. Dependendo das circunstâncias, o oferecimento do suporte pode implicar em:

- 1) mudanças na distribuição de tarefas das parteiras e enfermeiras, de modo que elas utilizem menos tempo em atividades inefetivas e mais tempo fornecendo suporte;
- 2) programas de educação continuada que ensinem a arte e a ciência do suporte no parto;
- 3) adoção de formas mais flexíveis de lotação de profissionais no centro obstétrico, de forma que o número de profissionais disponíveis acompanhe as variações do número de parturientes internadas;
- 4) adoção de políticas hospitalares que encorajem a presença de mulheres leigas experientes, incluindo familiares do sexo feminino.

Hodnett ressalta que em muitos hospitais, a assistência ao parto altamente tecnologicada e o pequeno número de profissionais disponíveis, torna impossível o fornecimento de suporte contínuo. Em países desenvolvidos, a mudança da ênfase para uma assistência que valorize o suporte individual contínuo pode implicar em reciclagem dos profissionais e na adoção de formas mais flexíveis de lotação de recursos humanos, ajustando-os para o número de mulheres internadas. Já em países em desenvolvimento, questões relacionadas ao custo, privacidade das mulheres e aceitação cultural, sugerem que seja válida a adoção de políticas que permitam a presença de mulheres leigas, incluindo familiares.

A autora aponta ainda para algumas questões que ainda não estão esclarecidas e que necessitariam de investigações futuras. A primeira delas refere-se à dúvida sobre que tipo de suporte seria o mais eficiente, se o fornecido por *doulas*, familiares ou profissionais. A

autora afirma que o conhecimento atual sobre o tema não permite conclusões definitivas mas que, em qualquer contexto, as características da pessoa de suporte devem ser menos importantes do que considerações relativas ao custo e à aceitabilidade cultural do suporte. O segundo aspecto diz respeito aos possíveis efeitos a longo prazo do suporte na saúde física e psicológica das mulheres, bem como na prática do aleitamento materno. Os estudos existentes até o momento sugerem efeitos benéficos mas o número de mulheres estudadas ainda é pequeno. Da mesma forma, os efeitos do suporte na saúde dos recém-natos, particularmente em situações de alto risco, não é conhecida. Se os resultados observados no apgar de quinto minuto forem reais, podem haver benefícios a longo prazo importantes para a saúde dos bebês. E por último, são necessários estudos que avaliem o custo-efetividade do suporte individual, comparando os gastos associados a este tipo de suporte com a economia de recursos por menor uso de intervenções médicas durante o trabalho de parto e parto.

Em alguns desses estudos (Sosa et al, 1980; Klaus et al, 1986; Kennell et al, 1991; Zhang et al, 1996; Klaus & Kennell, 1997) são apontadas algumas explicações para os efeitos observados com o suporte no parto. A associação entre ansiedade materna e distúrbios na progressão do trabalho de parto já foram demonstrados em estudos com seres humanos e com animais e estão relacionados ao aumento dos níveis de catecolaminas. Em humanos, o aumento das catecolaminas por ansiedade materna esteve associado a menor contratilidade uterina e aumento da duração do trabalho de parto. Em animais, o aumento das catecolaminas provocou redução do fluxo uterino e placentário e resultou em sofrimento fetal. O suporte emocional pode reduzir a ansiedade materna e diminuir os níveis de catecolaminas, melhorando a contratilidade uterina e o fluxo sanguíneo uterino. A redução da ansiedade pode ser conseguida através da presença contínua, encorajamento, contato físico e explicações. A parturiente com suporte contínuo pode se sentir mais calma e segura, necessitando de menos intervenção médica.

Klaus & Kennell (1997) apontam uma outra explicação possível sugerida por Uvnäs-Moberg para o efeito do suporte no parto, que seria o de produção de ocitocina pela própria gestante, estimulada pelo contato físico, toque e massagem feitos pela *doula*. A elevação desse hormônio resultaria numa leve sonolência, euforia e maior limiar de dor, o que ajudaria a mulher a relaxar e a permitir a progressão mais fácil do trabalho de parto.

Odent (2000) afirma que no trabalho de parto, a parte ativa do cérebro é a sua parte primitiva, hormonal. Todas as inibições são provenientes do cérebro desenvolvido, a neocortex, sendo as travas neocorticais ativadas, entre outros fatores, pela liberação de altos níveis de adrenalina. Qualquer situação que estimule um disparo na liberação de hormônios da família adrenalina também tende a estimular o neocortex, e como resultado a inibir o processo de parto. Durante o trabalho de parto, a mulher precisa se sentir segura, sendo o sentimento de segurança um pré-requisito para a mudança do nível de consciência que caracteriza o processo de parto. Por todo o mundo e também ao longo de gerações, a maioria das mulheres adotaram uma estratégia similar para se sentirem seguras quando estão parindo e assim manter um nível baixo de adrenalina durante o maior tempo possível. Elas se certificavam de que suas próprias mães estariam ao seu lado, ou uma substituta para a mãe, dentro da estrutura familiar, ou então uma mulher mãe e experiente pertencente à comunidade, isto é, uma parteira.

Keirse et al (1989) apontam para outras explicações possíveis. Uma delas seria o efeito da própria mudança da prática obstétrica, já que resultados perinatais positivos são também alcançados com outras inovações assistenciais diferentes da prática convencional, como, por exemplo, o parto Leboyer. O autor salienta que a duração do trabalho de parto pode ser afetada por vários fatores e questiona se o mais importante é o tipo de mudança ou a inovação em si. Outra hipótese citada seria relativa aos efeitos advindos de alterações na interação dos profissionais com a gestante e o processo de tomada de decisão, já que o grupo intervenção (com suporte emocional por acompanhante leigo ou profissional), não pode ser ocultado da equipe. Por último, apontam para o efeito benéfico do acompanhante em ambientes hospitalares muito adversos, com elevado nível de estresse para as grávidas, como foi o caso dos primeiros estudos realizados na Guatemala já citados anteriormente.

A evolução do conhecimento sobre o suporte no parto pode ser verificada pelo conteúdo do tema na publicação “Effective care in pregnancy and childbirth”. Esta publicação inglesa tem por objetivo fazer uma revisão sistemática dos efeitos da assistência na gestação e no parto, reunindo os trabalhos científicos existentes sobre o tema e fazendo uma síntese sistemática utilizando métodos para redução de viés e de erros aleatórios. As conclusões se baseiam nos estudos que demonstram forte evidência e têm sido utilizadas

como uma fonte de referência para avaliação de políticas e práticas assistenciais por gestores, profissionais de saúde e pelas próprias gestantes.

Em sua primeira edição, em 1989, Keirse e colaboradores (Keirse et al, 1989) no capítulo intitulado “Suporte social e profissional durante o parto” avaliam que existe pouca evidência científica sobre este tema. Esses autores referem que a existência de apenas três ensaios clínicos, realizados pelo mesmo grupo de pesquisadores, torna a generalização dos resultados questionáveis, devido às características peculiares dos locais onde os trabalhos foram realizados e, particularmente, das profissionais que forneceram o suporte (*doulas*). Os autores argumentam que os resultados provavelmente não se repetiriam com outras categorias de pessoas de suporte, como familiares e parteiras profissionais. Apesar da falta de maior evidência científica, concluem que em locais onde ocorre isolamento da mulher, superlotação, uso de procedimentos dolorosos, mudanças rápidas da equipe de profissionais, ausência de familiares, e práticas assistenciais culturalmente inaceitáveis, a presença de uma companhia amiga, de escolha da mulher, provavelmente aumentará seu bem estar. Os autores recomendam, em termos de política pública, que estas situações extremas não permaneçam inalteradas. Alertam também para situações ainda não esclarecidas, como a definição do melhor profissional que deve prover o suporte (da própria instituição ou não) e apontam para a necessidade de sensibilidade da equipe para reconhecer situações em que o suporte não está sendo benéfico, como o observado com os parceiros em alguns estudos. Finalmente concluem que, dadas as dificuldades de generalização a partir dos poucos trabalhos disponíveis, uma recomendação temporária seria a de que os hospitais não deveriam excluir nenhuma categoria de pessoas de suporte no trabalho de parto e parto e que quando as mulheres manifestassem uma forte preferência por quem elas gostariam que permanecesse com ela, esta escolha deveria ser respeitada.

Seis anos após, em 1995, na segunda edição de uma versão resumida desta publicação intitulada “A guide to effective care in pregnancy & childbirth” (Enkin et al, 1995), os autores afirmam que o papel de uma pessoa especial para suporte encontrava-se agora bem estudado por ensaios clínicos realizados em vários países e em várias condições de assistência. Baseados nos resultados desses estudos os autores concluem que dados os benefícios claros e ausência de riscos conhecidos associados ao suporte intraparto, todo esforço deve ser empreendido para garantir que todas as parturientes recebam suporte, não

apenas de pessoas de sua relação afetiva mas também de pessoas especialmente treinadas (parteiras profissionais, enfermeiras e mulheres leigas). Segundo os autores, o pressuposto básico do suporte é que toda mulher parturiente não será deixada sem suporte em qualquer momento (desde que ela assim deseje). Este suporte não é só a presença física mas deve incluir medidas de conforto físico e suporte emocional.

As medidas de conforto físico devem ser fornecidas em resposta às solicitações da gestante, que irão variar de cultura para cultura e de indivíduo para indivíduo. A pessoa que fornece o suporte pode, por exemplo, manter contato olho a olho, caminhar com a gestante e segurar sua mão. O suporte emocional e cognitivo deve incluir a defesa dos interesses da gestante, explicações, elogios e encorajamento. A pessoa que oferece o suporte deve garantir que a mulher entenda o objetivo de cada procedimento, o resultado dos exames, que esteja informada da evolução do trabalho de parto, que seja reconhecido o seu esforço e que seja estimulada a continuar.

Os autores defendem que toda mulher deve poder escolher o seu acompanhante para o parto, seja ele o seu parceiro, outro membro da família ou amigo(a). Os profissionais devem respeitar esta escolha e prover suporte adicional quando necessário, além dos cuidados clínicos. Na edição mais recente desse Guia (Enkin et al, 2000), essas conclusões são ratificadas e são apresentados resultados de novos ensaios clínicos, que aumentam a evidência científica dos benefícios do suporte no parto já demonstrados nos estudos anteriores.

Em 1985, durante a “Conferência sobre tecnologia apropriada para o nascimento” realizada em Fortaleza e promovida pela OMS, discutiu-se o papel dos fatores sociais no parto e nos serviços de assistência ao parto e foram destacados três princípios gerais: centralidade da mulher, respeito pelos aspectos psicológicos e sociais, e atuação de diferentes profissionais provendo assistência diferente. A centralidade da mulher foi identificada como sendo importante tanto na assistência à gestação e ao parto quanto na formulação de políticas específicas e a chave para a ação neste sentido foi a “escolha informada”. Uma das recomendações propostas foi a de que a mulher escolha alguém para permanecer com ela durante o parto e que esta pessoa tenha facilidade de acesso para visitas no período pós-natal (Wagner, 1994).

Documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) reforça a importância dos profissionais informarem as mulheres constantemente, bem como associar medidas técnicas de suporte, de garantir a privacidade das mulheres e de restringir a assistência ao menor número de profissionais possível. Nesse documento, a OMS reconhece que com o modelo vigente é difícil garantir atenção individualizada e suporte, e aponta para a necessidade de garantir a assistência mais adequada a cada caso no nível mais periférico possível onde possa ser oferecida com segurança. Ressalta que as parturientes de baixo risco necessitam basicamente de observação, para identificar intercorrências precocemente, suporte, encorajamento e um cuidado afetuoso e salienta que cada país deve buscar sua política própria para garantir assistência adequada e atender a demanda das mulheres. Nesse documento, entre as práticas que são reconhecidamente benéficas e que devem ser encorajadas, destaca-se *"a oferta de suporte emocional pelos profissionais durante o trabalho de parto e parto"* e *"o respeito à escolha feita pela mulher de um acompanhante que permaneça com ela durante o trabalho de parto e parto"* (WHO, 1996 p 34-35).

3. Quem Fornece o Melhor Suporte?

Se parece não haver dúvida quanto aos benefícios do suporte durante o trabalho de parto e o parto, não há tanto consenso quanto a melhor pessoa para desempenhar este papel. Segundo Enkin et al (1995), o suporte no parto pode ser fornecido pelos profissionais responsáveis pela assistência clínica da gestante em trabalho de parto, por outras pessoas especialmente designadas para promover o suporte, ou por pessoas de relação da mulher (parceiro, familiares, amigos). Estudos controlados realizados até o momento examinaram prioritariamente a contribuição do segundo grupo, ou seja, pessoas designadas especificamente para prover suporte no parto. Considerações sobre a natureza e o valor do suporte de outros profissionais e de não profissionais têm sido obtidos principalmente de estudos observacionais. Para Hodnett (2002), o conhecimento atual sobre o tema não permite conclusões definitivas sobre essa questão.

3.1 Suporte por profissionais de saúde

Segundo Enkin et al (1995), o suporte pode ou não ser considerado uma parte integrante da assistência ao parto, dependendo da abordagem dos profissionais. Alguns

podem considerar as tarefas técnicas como prioritárias enquanto outros podem perceber a assistência e o suporte como intimamente relacionados no acompanhamento da mulher, de modo que tarefas técnicas e suporte físico e emocional não podem ser separados. A tecnologia pode dificultar aqueles que defendem a segunda abordagem na medida em que seu tempo e atenção podem ser desviados para o controle de monitores, equipos de infusão e outros equipamentos.

Como exemplo da primeira abordagem, encontramos os profissionais que atuam sob a influência do modelo médico. Para Jordan (1993), nesse modelo de atenção, as transações entre as “mulheres vistas como pacientes” e os médicos ou enfermeiros são transações médicas, ou seja, transações a serviço do monitoramento do processo fisiológico para detecção de alterações patológicas. Como o trabalho a ser feito e as tarefas técnicas para as quais os profissionais estão preparados são definidas como médicas, as demandas das mulheres como incertezas, stress, dor e dificuldades fisiológicas são tratadas através de rotinas médicas: o desconforto por analgesia, a ansiedade com sedação, as contrações através de drogas para aumentá-las ou reduzi-las, e o bebê extraído frequentemente por instrumentos ou cirurgia.

Para a segunda abordagem podemos citar o exemplo do Canadá, país onde a assistência aos partos de baixo risco está baseada na atuação da enfermagem, sendo este profissional apontado como aquele capaz de oferecer suporte técnico e emocional, proporcionando assim uma atenção menos fragmentada e com uma abordagem mais holística (Health and Welfare Canada, 1987). Segundo esta publicação do governo canadense, os profissionais que estão envolvidos com a assistência ao trabalho de parto podem prestar um suporte melhor e mais efetivo quando os serviços aceitam e praticam uma filosofia de assistência que enfatize aspectos além do monitoramento fisiológico. Assim, a assistência ao parto deve valorizar: o respeito às escolhas familiares e às necessidades individuais; a liberdade para as mulheres definirem quem elas consideram família e quem elas gostariam que participasse na sua assistência (profissional e familiares); a colaboração entre os profissionais e a mulher/família no planejamento e implementação da assistência; e a flexibilidade na prestação da assistência.

Um ensaio clínico randomizado realizado naquele país (Hodnett & Osborn, 1989b) para avaliar, duas a quatro semanas após o parto, a percepção das mulheres em relação ao

suporte recebido durante o trabalho de parto, comparou um grupo controle que recebeu apenas os cuidados rotineiros de enfermagem a um outro que recebeu, além deste cuidado, o suporte individual por uma profissional treinada (“*monitrice*”). As mulheres do grupo intervenção, além de terem utilizado menos medicação analgésica, referiam ter recebido mais conforto físico, suporte emocional e orientações. Os autores ressaltam que as enfermeiras no grupo controle praticamente não ofereceram medidas de conforto físico e esse achado confirma observações clínicas de mudanças no papel das enfermeiras na assistência ao parto, ou seja, de uma abordagem que enfatizava o cuidado e medidas de conforto pelo toque das mãos, para uma abordagem que privilegia a tecnologia médica, incluindo os métodos farmacológicos de alívio da dor.

Os resultados desse estudo indicam que quando os profissionais fornecem suporte durante a assistência ao parto, os efeitos são evidentes mesmo em mulheres que provavelmente já apresentariam melhores resultados perinatais, reforçando a importância do papel tradicional de suporte desenvolvido por enfermeiras durante o parto e o nascimento. Os autores apontam, no entanto, a necessidade de verificar a aceitabilidade cultural das mulheres ao toque e ao contato físico como medidas de conforto durante o trabalho de parto.

Um estudo realizado na Irlanda, quando a presença do marido durante todo o trabalho de parto e parto não era ainda normatizada, mostrou que as mulheres consideravam o suporte oferecido pelas enfermeiras e outros profissionais melhor que o suporte dos parceiros. No mesmo estudo, entretanto, a presença do marido foi avaliada como positiva por 89% das mulheres em algum momento do trabalho de parto (Garcia et al, 1985 apud Keirse et al, 1989).

Para Rothman (1982), toda mulher em trabalho de parto necessita de suporte emocional. Mesmo no modelo *midwife*, este é provido pelo marido ou outra pessoa de escolha da mulher. No papel ideal da parteira, esta não deve interferir com as relações pessoais e muitas delas expressam seu trabalho como o de “dar suporte à pessoa de suporte”, provendo encorajamento para a mulher e pessoa de suporte de que o trabalho de parto está progredindo normalmente e eventualmente oferecendo ajuda sobre como dar o suporte. As pessoas muitas vezes não estão totalmente preparadas para o quanto o parto

pode ser doloroso ou de quão solicitante a mulher pode se tornar. A parteira reassegura que a condição, embora estressante, é normal e sugere formas positivas de lidar com a situação.

Odent (1984b), descrevendo a experiência da maternidade de Pithiviers, afirma que nesta unidade o parto é visto como uma experiência sexual, sendo encorajada a liberdade e espontaneidade da mulher. Sua prática é uma atitude, uma crença no potencial instintivo do ser humano e na capacidade inata que a mulher traz para o parto. Para a maioria dos casos, calor, calma, tranqüilidade, liberdade de movimentos e a presença de profissionais sensíveis, são suficientes para a progressão normal do trabalho de parto. A experiência dos profissionais tem mostrado que para ajudar a gestante, carinho é tão importante quanto a técnica, sendo o principal objetivo propiciar que toda mulher tenha seu parto com confiança. Para Odent *“ajudar uma mulher em trabalho de parto envolve muito mais do que simples tarefas. Envolve empatia, intuição e inspiração; é uma arte”* (Odent, 1984b p.43).

Em livro mais recente (Odent, 2000), o autor condena o vocabulário utilizado atualmente para traduzir o papel do profissional acompanhante, particularmente nos EUA, por considerá-lo inadequado. Para este autor, muitas palavras definem o acompanhante como alguém que ajuda ativamente, um guia, sugerindo que uma mulher não pode dar à luz a não ser que alguém a provenha com energia. O autor também condena a palavra “suporte”, talvez por ela ser usada demais conduzindo a falsas interpretações. Segundo ele, o que é necessário é a mulher sentir segurança para reduzir a atividade do intelecto, o que permitiria a progressão normal do trabalho de parto.

Para Klaus et al (1993), quando enfermeiras e parteiras conseguem fornecer atenção individualizada, acompanhando cada mulher do início do trabalho de parto até o final do parto, e se preocupam em relaxar, confortar, reassegurar e informar a gestante ao invés de estar direcionadas apenas para as intervenções médicas, as necessidades médicas e emocionais da gestante e seu parceiro conseguem ser atendidas. Na maioria dos casos, no entanto, enfermeiras e parteiras cuidam simultaneamente de várias gestantes, monitorando o progresso do trabalho de parto, sinais vitais, bem-estar fetal, entre outras atividades. Enkin et al (2000) apontam que vários estudos já demonstraram que, em média, menos de 10% do tempo de trabalho das enfermeiras é utilizado em atividades de suporte.

Os médicos também estão presentes apenas esporadicamente, durante o parto ou para atender questões médicas, de modo que, na maior parte dos ocupados serviços obstétricos, o suporte constante não está disponível. Além disso, muitos profissionais acreditam que não devem interferir com a intimidade do casal e muitas vezes não conseguem perceber a necessidade de ambos por suporte emocional.

Chlamers & Wolman (1993) assinalam que alguns estudos tentaram avaliar os efeitos do suporte no parto por profissionais. Referem, no entanto, que é raro a designação de profissionais especificamente para prover suporte a parturientes. Geralmente, quando médicos(as) e enfermeiros(as) fornecem suporte no parto, o fazem simultaneamente a outras responsabilidades clínicas. Para esses autores, a experiência da maternidade de Dublin na Irlanda, com o “manejo ativo do parto”, em que cada gestante é acompanhada continuamente por uma enfermeira, desde a admissão na maternidade ao parto, ocorrendo redução expressiva da duração do trabalho de parto e das taxas de cesariana, é um exemplo do impacto que o suporte contínuo por profissional possa ter, embora raramente seja uma prática disponível nos hospitais.

Enkin et al (2000) enfatizam a necessidade de esforços para mudança do comportamento dos profissionais, ajudando-os a fornecer suporte às mulheres em trabalho de parto. Ressaltam, no entanto, que essas mudanças não são fáceis. Citam, como exemplo, um estudo multicêntrico que adotou uma estratégia de marketing, utilizando formadores de opinião para encorajar enfermeiras a prover suporte no parto, e que não alcançou os resultados desejados. Um estudo de seguimento nos hospitais onde melhorias ocorreram evidenciou que uma chefia de enfermagem altamente comprometida com a proposta foi essencial para o sucesso do trabalho.

3.2. Suporte por *doulas*

O reconhecimento, nas últimas décadas, das necessidades emocionais das mulheres, tem levado à introdução de pessoas para fornecer suporte no parto e esse papel, no ambiente hospitalar, tem sido progressivamente delegado a pessoas incorporadas especificamente para este fim.

Para Klaus et al (1993), vários tipos de profissionais podem fornecer suporte no trabalho de parto, mas a partir de seus estudos, chegaram a firme convicção de que o suporte oferecido pelas *doulas* confere os melhores resultados obstétricos e psicológicos. Seis ensaios clínicos controlados e randomizados (dois na Guatemala, um no Texas, um no Canadá, um na Finlândia e um na África do Sul), com primíparas saudáveis e sem intercorrências, demonstraram o benefício da atuação das *doulas* (Klaus et al, 1993).

Uma meta-análise englobando esses seis estudos demonstrou uma redução de 50% da taxa de cesariana, 25% na duração do trabalho de parto, e menor uso de ocitócicos (40%), medicação analgésica (30%), fórceps (40%) e analgesia peridural (60%). Além desses resultados, o já citado estudo realizado na África do Sul evidenciou efeitos psicológicos benéficos tanto no pós-parto imediato como seis semanas após o parto. Para os autores, esses achados confirmam suas conclusões de que a atuação das *doulas* aumenta o bem estar da mulher e do bebê, e reduz as intervenções obstétricas e o custo da assistência, razões suficientes para ampliar o serviço das mesmas.

Klaus et al (1993) citam ainda dois estudos em que as atuações do pai do bebê e da *doula* foram observadas e registradas em dois hospitais diferentes, sendo comparada a atuação de ambos durante uma hora no início do trabalho de parto (< 7cm de dilatação) e uma hora no final do trabalho de parto (>7cm de dilatação), nos momentos em que a parturiente estava desconfortável ou tendo uma contração (Bertsch et al, 1990 apud Klaus et al, 1993). Nesses estudos, a atuação foi definida como proximidade e contato físico.

As *doulas* permaneceram mais próximas fisicamente da mulher tanto no início como no final do trabalho de parto, e também durante as contrações. Quando todas as formas de toque foram consideradas, as *doulas* tocaram mais as gestantes (95% do tempo observado) do que os parceiros (apenas 20% do tempo), enquanto estes observaram os monitores muito mais do que as *doulas*.

Para esses autores estas diferenças podem ser atribuídas à inexperiência dos pais (em contraste com a experiência das *doulas*), dúvidas sobre o que fazer, deferência para

com a equipe médica e de enfermagem, e afastamento por exaustão ou nível intolerável de preocupação durante as contrações mais intensas. Já a *doula*, por ser mais experiente e não ter envolvimento afetivo com a mulher, consegue acompanhar o processo passo a passo, sem ficar ansiosa. Na sua formação, questões relacionadas ao parto são trabalhadas e elas aprendem a não projetar nas parturientes suas necessidades emocionais. Assim, é mais fácil para a *doula* mudar o seu papel ao longo do trabalho de parto, adaptando-o às necessidades da mulher.

Para Klaus et al (1993) todas as mulheres e seus parceiros necessitam de suporte emocional e ajuda durante o parto devido às suas expectativas e medos em relação a este momento. Para esses autores, é difícil para duas pessoas que compartilham uma ligação emocional, se manterem objetivas e aparte dos desconfortos, medos e perigos relacionados à mulher.

A *doula* pode ajudá-los no processo do trabalho de parto com habilidade e tranqüilidade, e ser uma presença constante e reconfortante para a mulher e seu acompanhante. Para esses autores, a gestante tem um melhor suporte emocional se o acompanhante está menos preocupado com o que deveria fazer e se os dois conseguem relaxar e confiar no cuidado experiente da *doula*. Para Klaus & Kennell (1997), a presença do parceiro durante o trabalho de parto e parto é importante para a gestante e para o próprio parceiro, mas é a presença da *doula* que determina os resultados benéficos significativos.

Chalmers & Wolman (1993) numa revisão da literatura, apontam que o suporte fornecido pelas mulheres leigas, com ou sem treinamento específico, é o que apresenta resultados obstétricos e psicológicos benéficos mais consistentes. Ressaltam que estes achados são importantes já que este tipo de suporte pode constituir-se numa medida preventiva de baixo custo e que é condizente com práticas tradicionais desenvolvidas em muitos países.

3.3. Suporte por familiares

Segundo Jordan (1993), o tipo de atendente no parto que o sistema fornece, e a composição entre especialistas e não especialistas, determinam a natureza da relação entre a mulher e as demais pessoas na cena do parto e assim influenciam de maneira significativa a forma como a mulher vivencia o parto. Claramente, quem o sistema define como estando

presente no parto é um fator que influencia marcadamente os resultados e a experiência do processo de parto. Em particular, a inclusão de participantes não especialistas é instrumental para permitir a interpretação do evento como marcante mas, ao mesmo tempo, como normal e natural. Estes participantes não especialistas provêm uma fonte de suporte humano essencial. Para essa autora, a presença de atendentes culturalmente apropriados é particularmente importante para mulheres que têm o parto em ambientes que não são familiares ou que estejam sob estresse.

3.3.1. Suporte pelo marido / parceiro

Helman (1984) afirma que, em geral, a maioria das culturas humanas exclui os homens da cena do parto. No entanto, em muitas culturas, são observadas participações específicas do homem durante a gestação e o parto, através de rituais e comportamentos pré-definidos. Jordan (1993), por exemplo, relata que entre os Mayas, em Yucatan no México, a ausência do pai no parto é mal vista sendo inclusive, em alguns casos, responsabilizada quando ocorre um desfecho negativo (ex: feto natimorto). É uma crença Maya de que o marido pode dar força à sua esposa durante o parto e, na sua ausência, sua presença pode ser personificada por suas roupas.

No mundo ocidental moderno, devido à influência, em grande parte, do movimento feminista e da tendência ao parto natural, tem sido observada maior participação dos homens com a gravidez de suas parceiras, presenciando com frequência o parto, faltando-lhe, contudo, um papel ritualmente prescrito, característico das sociedades mais tradicionais (Helman, 1984).

Para Odent (1984b), mulheres em trabalho de parto frequentemente desejam a presença de uma pessoa conhecida e parecem necessitar do estabelecimento de uma relação especial com pelo menos uma pessoa durante o trabalho de parto. Na nossa sociedade, esta pessoa é frequentemente o pai do bebê.

Para Rothman (1982), a participação do pai pode se dar de três formas: estando ausente, controlando o processo, ou fornecendo suporte emocional e físico para a gestante. O papel de controlador é o que mais se relaciona ao papel tradicional e patriarcal, com o homem como figura dominante, controlando e supervisionando a mulher durante o trabalho de parto.

As implicações dos outros papéis são menos claras. A ausência no momento do parto tanto pode representar um ideal feminista de forte solidariedade feminina, em que o parto é um assunto feminino com mulheres apoiando umas às outras, quanto pode reforçar uma visão machista em que o cuidado das crianças é um trabalho da mulher com o qual o homem não deseja se envolver. A participação como uma pessoa que fornece suporte também pode ter uma dupla interpretação. Ao mesmo tempo em que a preparação para o parto e uma participação ativa no processo possa significar uma experiência enriquecedora para o pai e uma contribuição para uma criação não sexista e cooperativa dos filhos, também sugere um ritual *couvade* em que o homem imita os rituais vividos pela mulher na gravidez e no parto, e podem representar mecanismos específicos pelos quais os bebês produzidos pelas mulheres são reivindicados pelos homens.

A autora assinala que a linha divisória entre compartilhar e controlar, apoiar e “ter o bebê” não é totalmente clara. Cita o exemplo do parto pelo método Leboyer em que após o nascimento o bebê é banhado em água morna e massageado como forma de reduzir a violência do nascimento, sendo o bebê retirado da água pelas mãos do médico ou, como nos EUA, pelas mãos do pai. A reemergência simbólica do líquido amniótico e o renascimento pelas mãos do pai seriam um aperfeiçoamento masculino do parto feminino.

Enkin et al (1995) afirmam que a presença de homens, maridos e parceiros, é um fenômeno recente nos países industrializados. Segundo esses autores, os hospitais, reconhecendo que as parturientes necessitam de suporte e que as parteiras profissionais e enfermeiras dispõem de pouco tempo para fornecê-lo, foram progressivamente permitindo e encorajando os homens a assumirem uma postura ativa no cuidado de suas parceiras durante o parto. Em vários países do mundo industrializado, a presença dos parceiros das gestantes, nos últimos vinte anos, passou de ocasionalmente permitido a normativo e praticamente universal.

Klaus et al (1993) referem que apesar da maioria dos partos nos EUA ter se tornado hospitalar no final de década de 30, somente a partir de 1970 a maioria dos hospitais começou a permitir a presença dos pais. Em 1973, apenas 27% das parturientes dos EUA eram acompanhadas pelo pai do bebê. Já em 1983 este percentual se amplia para 79%. No entanto, apesar de presença do pai do bebê ser permitida, a sua aceitação pela equipe de saúde é muito variável.

Segundo Keirse et al (1989), a entrada dos homens nos centros obstétricos se deu por duas razões principais: a) solicitação das mulheres que queriam viver o parto como uma experiência positiva e gratificante, podendo os companheiros atuar como defensores de suas vontades em serviços que resistissem à proposta do parto natural; e b) para suprir a necessidade de suporte emocional das mulheres que não seria garantido pelos profissionais de saúde e pelo serviço hospitalar.

No entanto, existem poucos estudos sobre os efeitos do suporte fornecido pelo parceiro, e os existentes têm limitações relacionadas ao tamanho da amostra e à forma de seleção dos participantes (Keirse et al, 1989). Estudos recentes sobre dor no parto demonstraram que a presença do parceiro no trabalho de parto fornecendo encorajamento específico em técnicas de controle da dor, e não apenas suporte emocional e presença contínua, estava associada à menor utilização de analgesia peridural e à menor número de mulheres descrevendo pânico, exaustão e dor excessiva. No entanto, problemas na seleção dessas mulheres dificultam a interpretação e generalização desses estudos, já que os casais foram escolhidos apenas entre mulheres que freqüentavam grupos de preparação para o parto (Keirse et al, 1989).

Existem também dúvidas sobre a capacidade dos maridos em fornecer o suporte e desempenhar tarefas específicas que anteriormente eram de responsabilidade de uma pessoa profissionalmente treinada e com experiência (Keirse et al, 1989). Uma outra questão é que não se deve esperar que o parceiro forneça a maior parte do suporte quando ele também está emocionalmente envolvido. Ele está compartilhando a experiência e pode ele mesmo precisar de suporte (Enkin et al, 1995). Além disso, quando existem tensões na relação do casal, pode ser difícil para o homem fornecer o suporte ou para a mulher recebê-lo (Keirse et al, 1989).

Para Klaus et al (1993), atualmente espera-se muito da atuação do pai do bebê no momento do parto. Em nenhuma outra área do cuidado hospitalar se espera de um membro da família um papel tão significativo na assistência quanto no parto. No entanto, ressaltam que dada a ampla variedade de experiências de vida e de aspectos culturais, qualquer prescrição simplista sobre o papel do pai do bebê torna-se impossível.

Para esses autores, poucos parceiros querem ser ou podem ser as únicas pessoas de suporte. Apontam que raramente o parceiro é capaz de, a cada momento, perceber o que

está ocorrendo com a mulher e avaliar se as mudanças são partes normais de um trabalho de parto. As mudanças freqüentes de humor da grávida podem alarmar um parceiro inexperiente e acentuar os medos da gestante. Além disso, os parceiros demonstram sentimentos de ansiedade crescente que estão associados a medos de perigos para a mulher e o bebê assim como às dores da parturiente. Às vezes a ansiedade faz com que o pai do bebê atue de forma contraproducente, agindo de forma oposta ao que a mulher necessita. Apesar de também apresentarem sentimentos positivos, esses sentimentos negativos podem afetar o progresso do trabalho de parto.

Com o avançar do trabalho de parto, eles podem também se ausentar por períodos prolongados, ou ficar mais distantes mesmo estando presentes, por ansiedade e medo, o que pode gerar sentimentos de desapontamento e frustração na gestante. Os autores assinalam também que algumas vezes para a mulher é tão importante que o parceiro esteja presente que ela fica preocupada com o seu conforto e bem estar.

Muitas vezes os parceiros ficam completamente aliviados com a chegada e permanência de um profissional experiente. Esta sensação de alívio permite que eles fiquem mais relaxados, carinhosos e emocionalmente disponíveis do que quando eles têm toda a carga de responsabilidade do suporte sozinhos. Para esses autores, os pais não podem atuar como *doulas* e um papel mais fácil para eles é fornecer suporte emocional para a mulher enquanto a *doula* fornece suporte para ambos durante todo o trabalho de parto e parto.

Odent (1984b), a partir de sua experiência na maternidade de Pithiviers, alega que a presença do marido, embora desejada por muitas mulheres, nem sempre é benéfica. Segundo esse autor, em alguns casos a presença do marido pode ser prejudicial, com lentificação do trabalho de parto. Alguns homens ficam muito ansiosos, interferindo com a concentração da mulher no trabalho de parto. Outros têm dificuldades em observar, aceitar e entender o comportamento intuitivo de uma mulher durante o trabalho de parto, e tentam evitar que elas fujam de um estado racional e de autocontrole. Para esse autor, não é mera coincidência que nas sociedades tradicionais, mulheres em trabalho de parto são assistidas, não por homens, mas por outras mulheres que já tiveram filhos. Em um livro mais recente (Odent, 2000), o autor defende que, assim como nos outros eventos sexuais, no parto e na hora seguinte, dois indivíduos estão interagindo: mãe e bebê. Ambos apresentam balanços

hormonais muito específicos e todos esses hormônios têm funções específicas na hora em que se segue ao parto, antes de serem eliminados. O fenômeno recente de participação do pai no parto pode ter implicações a curto prazo (como por exemplo, hemorragia pós parto devido a descida difícil da placenta por menor secreção de ocitocina por distração materna com outras coisas além do bebê), e a longo prazo (como apressar o vínculo pai-bebê que é mais lento e gradual).

Apesar de todas essas questões, a avaliação das mulheres em relação à presença do marido/parceiro é positiva. Segundo Keirse et al (1989), vários inquéritos utilizando entrevistas retrospectivas, realizadas em diferentes contextos, demonstraram como resultado uma avaliação muito positiva da qualidade do suporte fornecido durante o trabalho de parto e parto pelo parceiro, em geral superior ao das parteiras profissionais. Smith et al (1991), em revisão bibliográfica sobre suporte no parto, citam um estudo realizado com 294 puérperas que referia que aquelas que tiveram a presença do marido apresentavam a percepção mais positiva do parto. Numa análise multivariada, a presença do marido foi o fator que mais influenciou essa percepção. Relatam também o trabalho realizado por Klein et al que, ao observar partos, notaram que os maridos estavam mais presentes na sala de parto que as enfermeiras, ofereciam mais medidas de conforto e tocavam mais suas parceiras. As mulheres julgaram a presença do marido como mais auxiliadora do que a das enfermeiras. Alguns estudos associam a presença do marido com menor uso de medicação analgésica enquanto outros verificaram que a presença do marido durante todo o trabalho de parto e parto esteve associado a menor relato de dor, menor uso de analgésicos e experiências mais positivas para o casal, do que quando o marido esteve presente só no início do trabalho de parto (Smith et al, 1991).

Em estudo que comparou a atuação da *doula* e do parceiro através da observação direta (Bertsch et al, 1990 apud Klaus & Kennell, 1997), a presença do pai do bebê foi percebida pelas mulheres como fator que contribuiu para um maior significado da experiência do parto, sendo também avaliada pelo casal como experiência fortalecedora de sua relação. Green et al (1998), em pesquisa realizada na Inglaterra avaliando as expectativas das mulheres em relação ao parto e os resultados psicológicos obtidos, verificou que 94% das mulheres desejavam a presença de um(a) acompanhante (marido, parente ou amigo), 92% esperavam que isso de fato acontecesse e se a presença do(a)

acompanhante no parto não fosse contínua por razões relacionadas ao serviço, isso era uma causa de menor gratificação com o parto.

No “Simpósio sobre Participação Masculina na Saúde Sexual e Reprodutiva: Novos Paradigmas”, realizado no México em 1998, as recomendações feitas em relação ao tema paternidade apontam para a necessidade de envolver os homens na gravidez e no parto, como contribuição para a redução da distância que os pais sentem em relação ao nascimento de seus filhos e contribuir para o reconhecimento de uma relação com esses que ultrapasse as responsabilidades legais e biológicas (AVSC International, 1999).

3.3.2. Suporte por outros familiares e amigos

Existe muita variação entre os hospitais em relação à possibilidade de presença de outras pessoas de suporte, além do marido, nos centros obstétricos. Em casa e em locais alternativos para o parto, é comum a gestante ter a presença de várias pessoas por pelo menos alguma parte do tempo. A liberdade de escolher quem estará presente e quando é freqüentemente uma razão para as gestantes optarem pelo parto fora do hospital (Keirse et al, 1989).

De alguma forma, o movimento para aumentar a participação de outras pessoas no parto surgiu da desilusão com o suporte fornecido pelo parceiro, principalmente quando o trabalho de parto era prolongado. Os profissionais que fornecem suporte, diferente dos parceiros, trabalham, em geral, em escalas de horário e têm experiência para guiar suas reações para as necessidades das mulheres, podendo mais facilmente avaliar o que é normal ou não (Keirse et al, 1989).

No entanto, a presença de várias pessoas não garante necessariamente melhor suporte (Keirse et al, 1989; Odent, 1984b). Odent (1984b) comenta que, em sua experiência, muitas dessas mulheres têm trabalhos de parto longos e difíceis. Sugere que muitas gestantes desejam tantas pessoas por terem algum medo ou insegurança em relação ao trabalho de parto. No entanto, estar sendo observada ou se sentir na obrigação de desempenhar um papel específico pode aumentar esta ansiedade. Assinala, no entanto, que mulheres de famílias muito unidas, ou que vivem em comunidades, são freqüentemente confortadas durante o trabalho de parto pela presença de pessoas que estão acostumadas a ver diariamente.

Jordan (1993), observando partos em Yucatan/ México, refere que a maioria dos partos é domiciliar e com parteiras. O pai da criança deve estar presente assim como a mãe da gestante. Quando o trabalho de parto é longo, outras mulheres também participam (os homens só podem estar presentes no nascimento dos próprios filhos). Essas mulheres (irmãs, sogra, amigas, vizinhas) dão suporte físico e mental e contribuem substancialmente para um parto bem sucedido. Elas encorajam a mulher, sempre a fazendo saber que ela não está sozinha, que o trabalho de fazer o bebê nascer será feito, que isso poderá levar tempo, trabalho e dor, mas que todas já passaram por isso e que o bebê nascerá logo (em Yucatan, só mulheres que já tiveram filho podem estar presentes no parto). Quando a gestante necessita de encorajamento para renovar suas forças, as acompanhantes entoam palavras de apoio durante toda a contração. Uma das acompanhantes ou o marido assumem uma posição especial sentados atrás da gestante, sustentando-a durante a contração no trabalho de parto e durante o período expulsivo.

Lieberman (1992) refere que em cerca de 80% das sociedades não industrializadas os homens não são permitidos no parto. Aponta que vários autores têm sugerido o retorno da acompanhante feminina além da presença do marido, por considerarem importante para a mulher ser apoiada durante as horas mais difíceis do parto por outra mulher que ela sabe que também passou por essa experiência. Essa acompanhante não substituiria o marido, mas ofereceria um suporte adicional, para a parturiente e também para o marido, suplantando os lapsos de atuação da equipe que fica envolvida com outras questões.

Odent (1984b) alega que o tipo de experiência prévia da acompanhante pode influenciar a qualidade do suporte fornecido. Mulheres que tiveram experiências prévias de partos normais espontâneos, trarão conhecimento positivo da experiência do evento. Já mulheres sem experiência anterior ou com experiência apenas de parto cesáreo, podem trazer medo e ansiedade. Em relação à participação da mãe da gestante, alega que pode ser muito útil se esta vivenciou partos sem intervenção. No entanto, o autor refere ter observado tensão na relação mãe-filha que ele atribui a diferenças de conhecimento e experiência decorrente de modificações das práticas obstétricas. Para ele, é difícil para a mãe passar informações válidas e valiosas, como ocorre em sociedades tradicionais, porque a prática médica relacionada à assistência ao parto pode ter sofrido muitas modificações em relação ao seu próprio parto. Esta lacuna, no entanto, poderia ser preenchida pela presença

de uma parteira profissional (profissional que no seu serviço presta assistência aos partos normais) experiente e empática.

O valor do suporte de outras pessoas conhecidas (parentes, amigos) também não está determinado (Enkin et al, 1995). Familiares e amigos, assim como maridos e parceiros, também podem estar presentes para compartilhar a experiência e não para fornecer suporte (Keirse et al, 1989). Assim como os maridos, estas pessoas podem estar muito envolvidas emocionalmente com a experiência, talvez necessitando elas próprias de suporte emocional. Segundo esses autores, o suporte do marido, amigos e familiares é importante pela presença, conforto físico, contato olho a olho, elogios e encorajamento. Quando o suporte envolve medidas específicas para controle da dor, ou técnicas de respiração e relaxamento, então a presença de um profissional treinado seria mais adequada.

3.4. Outras pessoas de suporte

Outras pessoas que podem oferecer suporte no trabalho de parto e parto são profissionais treinados para este fim, que utilizam técnicas específicas e muitas vezes atuam intermediando as relações com a equipe, defendendo os desejos e demandas do casal. A necessidade deste tipo de profissional surgiu com as preparações para o parto, que criam expectativas em relação à assistência e propõe a utilização de técnicas que os profissionais de saúde muitas vezes desconhecem. A presença desses profissionais, no entanto, pode gerar conflitos com os profissionais de saúde que atuam na assistência ao parto (Keirse et al, 1989).

4. A Situação Brasileira

No Brasil, embora existam algumas experiências na implantação do suporte emocional a pacientes internados através da presença de familiares, existem poucas publicações que apresentem dados a esse respeito. Franco (1988), em trabalho que avalia a situação do familiar que acompanha paciente adulto internado em hospital geral, apresenta

como proposições que o familiar é uma fonte de conforto e segurança para o paciente, um elo de ligação entre o paciente e a equipe, um fator de melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, um potencial de ajuda na assistência ao paciente e uma oportunidade de educação para a saúde do familiar, mas que também pode representar um transtorno para a equipe hospitalar.

Monteiro e colaboradores (1988) avaliando o programa de hospitalização da criança acompanhada num grande hospital público do município do Rio de Janeiro, através da entrevista de profissionais de diversas categorias e das mães das crianças internadas, encontraram que a presença das mães nas enfermarias gerou conflitos. Estes foram decorrentes, em parte, da falta de estrutura do hospital em acomodá-las com um mínimo de conforto, o que aponta para a necessidade de uma postura firme das autoridades no reconhecimento do direito das mães de acompanharem seus filhos, criando uma estrutura adequada para acomodá-las. Mas a principal causa identificada dos conflitos foram as atitudes discriminatórias e preconceituosas por parte da equipe de saúde e outros agentes da instituição.

O autor, concluindo, diz que o direito da internação hospitalar da criança sempre acompanhada depende das condições ambientais adequadas, superando as barreiras naturais que se contrapõem às mudanças, especialmente se estas implicam na aceitação da permanente e natural participação e vigilância da comunidade em relação aos serviços a ela prestados.

No âmbito específico da assistência ao parto, existem relatos de experiências de serviços que permitem e incentivam a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e/ou parto. Em Campinas/São Paulo, na Universidade Estadual de Campinas, foi implantado em 1981 o grupo de parto alternativo. Este grupo oferece aos casais preparação psicofísica durante o pré-natal e um local para atendimento mais humanizado ao parto, com uma sala de internação isolada para o casal onde é possível a adoção de posições mais fisiológicas, sendo a mais comum a de cócoras (Sabatino, 1994).

Em Ceres/Goiás, no Hospital São Pio X, as normas de funcionamento da casa do parto incluem o estímulo à presença contínua do(a) acompanhante escolhido(a) com orientações para que estes(as) auxiliem as parturientes nas caminhadas, banhos, exercícios

respiratórios e para que tenham atitudes de carinho e palavras de conforto à parturiente (Ceres, 1993).

Em Florianópolis, em 1995, foi implantada a maternidade do Hospital Universitário de Santa Catarina, tendo como filosofia de assistência a humanização do atendimento à mulher, ao bebê e à família. Nessa instituição é permitido à parturiente que tenha o acompanhante de sua escolha, da internação até a alta, e é estimulada a participação deste acompanhante nos grupos de gestante e/ou casais grávidos, quando são discutidas as dúvidas e ansiedades relativas ao processo de nascimento e rotinas da maternidade, com posterior visita às dependências da instituição (Bertoldo et al, 1996). Um estudo qualitativo realizado no período de novembro de 1997 a agosto de 2000, com entrevista de 100 pessoas entre mulheres e acompanhantes, demonstrou que estar acompanhada trouxe confiança, segurança e controle, aliviando a ansiedade das mulheres. Por outro lado, ser o acompanhante foi ressaltado como a possibilidade de participar de um evento único, o nascimento do filho (Furlani & Santos, 2000).

Em Santos, com a implantação da maternidade pública municipal em 1996, é criada uma “sala de convivência de trabalho de parto” com o objetivo de reduzir uma permanência longa no pré-parto tradicional e permitir a manutenção do número máximo de parturientes pelo maior tempo possível em um ambiente agradável, junto de um familiar, com possibilidade de locomoção e acomodação variável, respeitando a fisiologia do trabalho de parto. Nessa instituição também é permitida e incentivada a participação do acompanhante no parto (Mello & Lima, 1996).

No Hospital Sofia Feldman em Belo Horizonte/MG, é permitido a um familiar acompanhar a mulher durante o trabalho de parto e o parto, quando as condições são favoráveis, ou seja, considerando-se espaço físico, condições clínicas da cliente e adequação do acompanhante à situação (Campos & Lima, 1996). A presença dos maridos no pré-parto é apenas esporádica devido à inexistência de leitos individualizados, o que dificulta a sua presença ao lado da mulher durante todo o trabalho de parto. Nessa maternidade foi realizada uma avaliação em 1996 que verificou que 60 a 70% das mulheres não tiveram a presença de um(a) acompanhante durante o trabalho de parto, na maioria das vezes devido a indisponibilidade de familiares para acompanhá-la. As explicações para tanto variaram desde motivos pessoais, profissionais ou outros, até o desconhecimento

desta possibilidade, não sendo possível providenciar alguém a tempo. Estas mulheres sem acompanhante eram então acompanhadas apenas pelos profissionais de saúde que, embora sensibilizados para a questão do suporte emocional, não conseguiam permanecer ao lado da mulher durante todo o tempo devido às demais funções e tarefas que desenvolviam.

Em junho de 1997, foi implantado então o acompanhamento destas mulheres por *doulas* durante o trabalho de parto e parto, com ênfase no acompanhamento das parturientes que se encontravam sozinhas (Leão & Peixoto, 199_). No período de setembro de 1998 a setembro de 1999 foi realizada uma pesquisa qualitativa com o objetivo de compreender os significados da vivência do parto para as mulheres que foram acompanhadas por *doulas* e avaliar a assistência prestada pelas *doulas* sob o ponto de vista das mulheres que vivenciaram esse acompanhamento. A análise dos resultados obtidos a partir da observação participante e de entrevistas etnográficas realizadas com sete informantes possibilitou compreender que a vivência do parto foi marcada por dois momentos: antes e após o nascimento do bebê. Antes do nascimento as mulheres estão fragilizadas, vivenciam momentos difíceis e a dor é experimentada de forma intensa, prevalecendo sentimentos de ansiedade, medo e preocupação. Após o nascimento as mulheres experimentam atitudes de gratidão e interação com o bebê, sentindo-se emocionadas, felizes e aliviadas.

"Nesse processo, as doulas são mulheres prestativas, carinhosas e sensíveis, que como pessoas da família, fornecem apoio emocional e conforto físico para as parturientes. A presença constante da doula ao lado faz com que a mulher se sinta amparada, forte e segura e seu bem-estar emocional contribui até mesmo, para o alívio da dor" (Leão & Bastos, 2000, pp. 80).

Trabalho realizado em um hospital-escola da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, visando conhecer tanto as vivências, sentimentos e expectativas do pai durante o processo de parto e nascimento do bebê como também compreender as razões dos profissionais para permitirem ou não a participação do pai neste processo, encontrou pelo menos três importantes resultados: a) que os pais têm o desejo de estar presentes em todos os momentos relacionados ao trabalho de parto e parto, b) que os profissionais reconhecem a importância da participação do pai do bebê, e c) que estes mesmos profissionais estabelecem uma série de critérios para permitir a permanência do pai do bebê junto à parturiente, o que praticamente inviabiliza a sua participação (Santo, 2000).

Lima (1997), avaliando a percepção e atuação dos profissionais de saúde em relação ao modelo de parto humanizado na Maternidade Leila Diniz /RJ, verificou que a presença do acompanhante era a questão que mais assustava os profissionais, sendo uma razão de vários conflitos no primeiro ano de funcionamento da maternidade. No entanto, é uma prática atualmente aceita e aprovada pela equipe.

Nas entrevistas com os profissionais, foi documentada a mudança de uma postura anterior de rejeição ao acompanhante, motivada pelo preconceito e pelo medo da agressão e da vigilância do trabalho, a um reconhecimento de sua colaboração com o processo. A própria chefia local reconhece esta experiência como a mais importante desta nova forma de pensar, o grande avanço na assistência prestada por esta maternidade, recomendando-a para as outras unidades de saúde. Foi registrada, no entanto, a angústia em relação às perguntas feitas pelos acompanhantes, o que possivelmente leva os profissionais a se sentirem questionados em relação ao seu trabalho e despreparados para respondê-las.

Outras questões importantes também foram identificadas como: a) a importância de um trabalho durante o pré-natal, que informe e esclareça a mulher e o(a) acompanhante sobre questões relacionadas ao parto e às rotinas institucionais; b) a importância de informar a parturiente sobre o seu direito a um(a) acompanhante, permitindo que ela decida sobre a presença e escolha desta pessoa; e c) a necessidade de apoiar o(a) acompanhante, reforçando a importância de sua presença e ajudando-o a superar as dificuldades pessoais.

Segundo essa autora, uma segunda pessoa junto à mulher a fortalece, e os dois se fortalecem mutuamente. O abandono ao qual a mulher era submetida durante o trabalho de parto não é mais possível, não sendo mais ouvidas frases agressivas dirigidas a ela. A agressividade vai dando lugar, enfim, à cordialidade, à solicitude e ao afeto, podendo agora ocupar o lugar de onde estiveram tanto tempo alijados. Ressalta, porém, que os acompanhantes têm ainda uma atitude pouco crítica em relação à assistência e às intervenções realizadas, raramente entrando em conflito com a equipe, tendo, ao contrário, uma atitude de cooperação, orientando as mulheres a seguirem as recomendações e mostrando-se satisfeitos e gratos por poderem estar ao lado da mulher, acompanhando o atendimento e vivendo e compartilhando este momento com ela (Lima, 1998).

Além dessas experiências isoladas, desde a publicação do “Programa de Humanização no Pré-Natal e Parto” pelo Ministério da Saúde (portaria MS/GM 569 de

01/06/00), uma das atividades previstas para ser realizada pelas unidades que assistem o parto é “*assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação desde que a estrutura física assim permita*”. No manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher” (MS, 2001), um capítulo inteiro é dedicado ao suporte psicossocial durante o trabalho de parto, sendo enfatizada a importância do apoio emocional por pessoas de escolha da mulher e também por *doulas* ou profissionais de saúde.

Nesse manual, afirma-se que o acompanhamento pelo companheiro, familiar ou amiga não envolve necessariamente um preparo técnico. Representa, sobretudo, o “*suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para dividir o medo e a ansiedade, para somar forças, para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis*” (MS, 2001 p.64-65).

Da mesma forma, assegura-se que a presença de uma pessoa treinada para acompanhamento do trabalho de parto não é cara, não requer infra-estrutura ou aparelhagem específica e também não tem qualquer contra-indicação. O treinamento dessas pessoas pode ser feito tanto entre os profissionais das maternidades como entre indivíduos da comunidade, sendo a opção por qualquer uma dessas alternativas dependente da disponibilidade e estratégia adotada localmente. Para garantir o apoio contínuo durante o parto algumas estratégias podem ser necessárias como alterar as atribuições de profissionais como enfermeiras e obstetrias; instituir programas para o ensino e prática dessas atividades; modificar a estrutura e composição da equipe profissional que assiste às mulheres em trabalho de parto; e adotar políticas institucionais que permitam e estimulem a presença de pessoas leigas experientes ao lado da parturiente (MS, 2001).

Apesar dos avanços que essas medidas representam para o suporte psicossocial no parto, algumas ressalvas merecem ser feitas. Por um lado, a portaria ministerial é pouco precisa ao afirmar que as unidades devem “*assegurar condições para que as parturientes tenham direito a acompanhante durante a internação*”, sem especificar se esta presença deve ser assegurada durante toda a internação ou se apenas em momentos específicos. Assim, as unidades podem definir esses momentos e, dependendo da aceitação local do acompanhante, sua presença pode ficar limitada, prejudicando o suporte psicossocial da parturiente. Da mesma forma, a portaria ministerial ao colocar que as parturientes têm

direito ao acompanhante “*desde que a estrutura física assim permita*”, mas sem definir que estrutura física seria necessária, deixa a cargo das unidades essa definição, que provavelmente sofrerá influência da resistência de cada unidade ao acompanhante.

O manual citado (MS, 2001) conclui o capítulo “acompanhamento durante o trabalho de parto (suporte psicossocial)” com uma listagem das atribuições da acompanhante treinada, que são reproduzidas a seguir:

“A acompanhante treinada, além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o desenrolar do trabalho de parto e parto, intervenções e procedimentos necessários, para que a mulher possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante esse período. Durante o trabalho de parto e parto, a acompanhante:

- . orienta a mulher a assumir a posição que mais lhe agrada durante as contrações;*
 - . favorece a manutenção de um ambiente tranquilo e acolhedor, com silêncio e privacidade;*
 - . auxilia na utilização de técnicas respiratórias, massagens e banhos mornos;*
 - . orienta a mulher sobre os métodos para o alívio da dor que podem ser utilizados, se necessários;*
 - . estimula a participação do marido ou companheiro em todo o processo; e*
 - . apóia e orienta a mulher durante todo o período expulsivo, incluindo a possibilidade da liberdade de escolha quanto à posição a ser adotada.*
- Após o nascimento, a acompanhante ainda:*
- . informa e orienta a mulher quanto à dequitação e ao clampeamento do cordão;*
 - . estimula a colocação do recém-nascido sobre o abdome materno, num contato pele a pele, estimulando o início da sucção ao peito materno e favorecendo o vínculo afetivo mãe-filho; e*
 - . posteriormente, informa e orienta também quanto ao início e manutenção do aleitamento materno.”* (MS, 2001 p.67)

Entendemos que essas são atribuições de todo profissional que presta assistência ao parto de uma forma integral e humanizada e que, ao atribuí-las ao acompanhante que fornece o suporte emocional, pode-se estar promovendo uma fragmentação do cuidado. Ou seja, informar, estimular liberdade de movimentação, orientar sobre métodos de analgesia, favorecer a participação do acompanhante, promover aleitamento materno, entre outras, são atividades que devem ser realizadas simultaneamente aos cuidados médicos, e ser compreendidas como integrantes da assistência ao parto. Ao atribuir essas atividades ao

acompanhante que fornece o suporte emocional, pode-se estar reforçando uma fragmentação da atenção, com os profissionais de saúde, principalmente médicos, eximindo-se dessas tarefas, por considerá-las função de outros. Acreditamos que a principal atribuição do(a) acompanhante, seja ele(a) leigo(a) ou profissional, seja a de permanecer **continuamente** ao lado da parturiente, oferecendo apoio emocional, conforto físico e encorajamento.

Por fim, devemos ressaltar que apesar de todas as recomendações contidas nas portarias e documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, as mulheres brasileiras não têm o direito ao acompanhante no parto legalmente assegurado. Apenas as gestantes adolescentes, ou seja, aquelas com menos de dezenove anos, têm esse direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de junho de 1990) que em seu artigo 12 estabelece que *“os estabelecimentos de saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”* (Brasil, 1991). As demais gestantes dependem das condições e rotinas de funcionamento da unidade de saúde onde estão sendo atendidas e, em muitos casos, da boa vontade de seus profissionais, para ter ou não a presença de um acompanhante familiar durante a assistência ao parto.

Dessa forma, iniciativas locais como a do estado de Santa Catarina, em que uma lei estadual foi publicada (Lei nº 12.133 de 12 de março de 2002) garantindo o direito das gestantes a um acompanhante familiar de sua escolha durante o processo do parto nos hospitais públicos ou conveniados do Sistema Único de Saúde, podem representar um importante avanço na garantia desse direito às mulheres e suas famílias.

CAPÍTULO IV - A PESQUISA

1. Objetivo Geral

Descrever a prática do suporte emocional no trabalho de parto e parto promovido por acompanhantes familiares na Maternidade Leila Diniz.

2. Objetivos Específicos

- Verificar o acesso das mulheres que têm parto vaginal na Maternidade Leila Diniz à presença de um (a) acompanhante no trabalho de parto e no parto;
- Descrever as principais razões para a ausência do(a) acompanhante no trabalho de parto e no parto;
- Descrever o perfil das pessoas escolhidas pelas mulheres para acompanhante e a razão dessa escolha;
- Descrever as principais razões para a ausência do(a) acompanhante de escolha no trabalho de parto e no parto.
- Descrever a percepção das mulheres que tiveram ou não a presença de um(a) acompanhante em relação a esta prática;
- Avaliar a satisfação das mulheres que tiveram a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto ou no parto com esta prática;
- Avaliar a contribuição da presença do(a) acompanhante para a satisfação das mulheres com o parto;
- Avaliar a contribuição de outros fatores para a satisfação das mulheres com a assistência ao parto;
- Verificar a percepção das mulheres em relação a propostas de organização dos serviços de atenção ao parto.

3. Metodologia

Trata-se de estudo com desenho transversal, realizado através da análise de entrevistas realizadas com puérperas de parto vaginal internadas na Maternidade Leila Diniz no período de um mês. Essas entrevistas foram realizadas em março de 1999, como parte de um projeto de pesquisa denominado “Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres”. Este projeto foi desenvolvido, com financiamento da Fundação Ford, após participação no 3º Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva, realizado no Núcleo de Estudos Populacionais/ NEPO da UNICAMP, em julho de 1998.

3.1. Descrição da Maternidade Leila Diniz e sua clientela

A Maternidade Leila Diniz é uma instituição pública gerenciada pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Dispõe de 65 leitos obstétricos em alojamento conjunto e uma unidade neonatal com 5 leitos de cuidados intensivos e 15 leitos de cuidados intermediários. Esta maternidade foi escolhida como local do estudo porque desde sua inauguração, em junho de 1994, apresenta uma proposta de humanização da assistência ao parto e nascimento, com normas de funcionamento que incluem o direito da mulher a ter um(a) acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto normal.

A demanda assistida nesta instituição é composta principalmente por mulheres residentes na região denominada AP4, local onde fica localizada a maternidade, e que engloba as regiões administrativas da Barra da Tijuca e Jacarepaguá, zona oeste do município do Rio de Janeiro. Nos seis primeiros anos de funcionamento, mais de 90% das mulheres atendidas na maternidade eram provenientes desta região, mantendo um perfil constante em relação a algumas características que são monitoradas pela instituição.

Um número expressivo destas mulheres apresenta baixo nível de escolaridade (16% com menos de três anos de estudo) e uma assistência pré-natal fora dos parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde, considerando-se o número de consultas apresentado (68,1% com seis consultas ou menos de pré-natal). O percentual de gestantes adolescentes é elevado (25,6%) e as taxas de prematuridade (8,0%) e baixo peso ao nascer (10,1%) são geralmente superiores à média do município, que no ano 2000 foram de 8,0% e

9,3% respectivamente (SMS, 2000). As taxas de perimortalidade registradas na maternidade também são elevadas, sendo determinadas, em grande parte, pelos óbitos fetais não institucionais, que refletem o risco reprodutivo das mulheres e a qualidade da assistência pré-natal recebida (MLD, 1999).

3.2. População de estudo

A população de estudo era a demanda assistida de mulheres atendidas nessa maternidade que apresentaram partos vaginais de fetos pesando mais de 500g. Não foram incluídas no estudo as puérperas de partos cesarianos por não ser permitida na instituição a presença de acompanhante nesse tipo de parto. A maternidade tem uma política de redução de cesarianas, sendo estas realizadas somente nos casos de intercorrências durante a gestação e/ou parto, e acreditou-se que fatores associados a essas intercorrências poderiam interferir nos resultados do estudo proposto, tanto em relação à percepção das mulheres quanto em relação à atuação do serviço.

Foi definido como universo do estudo o total de puérperas que apresentou parto vaginal na instituição no período de 1º a 30 de março de 1999. A escolha desse mês deveu-se ao fato de ser um período em que a maternidade apresenta funcionamento normal, sem a presença de fatores que pudessem interferir na sua dinâmica de atendimento, como feriados ou férias de um número elevado de profissionais. Há uma estabilidade do número de partos atendidos mensalmente na maternidade, e foi possível estimar a realização de aproximadamente 250 entrevistas.

3.3. O processo de identificação das mulheres e a entrevista

As puérperas foram identificadas através do livro de registro de partos normais, instrumento utilizado regularmente pela instituição desde a sua inauguração, no qual são registradas todas as mulheres internadas na maternidade que apresentaram partos vaginais. Após a identificação das mulheres a serem entrevistadas, foram anotados numa planilha de controle dados relativos à idade, paridade, bairro de residência, ocupação e situação do recém-nato (saudável, com intercorrências, óbito fetal, óbito neonatal). Esse registro teve por objetivo permitir a avaliação dessas características relativas às puérperas que fossem perdidas pelo estudo, por recusa em participar ou alta antes da entrevista.

As entrevistas foram realizadas nas enfermarias de alojamento conjunto, ou excepcionalmente, em caso de superlotação, no próprio centro obstétrico, no período mínimo de 24 horas após o parto, tentando-se, sempre que possível, garantir a privacidade da puérpera.

3.4. O questionário e os entrevistadores

Foi utilizado um questionário fechado, contendo questões relacionadas às características socio-demográficas, antecedentes obstétricos, gestação atual, atendimento recebido na instituição durante a internação e perspectivas de modificação dos serviços de atenção ao parto (anexo 4). Para a elaboração do questionário, além da pesquisa bibliográfica, foram realizadas entrevistas abertas, sem roteiro estabelecido, com vinte puérperas internadas no período de uma semana na maternidade em dezembro de 1998. Essas mulheres foram escolhidas aleatoriamente nas enfermarias de alojamento conjunto. Nas entrevistas foram abordados alguns aspectos relacionados ao atendimento recebido na maternidade, incluindo o acesso à presença de um(a) acompanhante, com o objetivo de identificar questões importantes a serem contempladas na pesquisa e obter informações que auxiliassem na formulação do instrumento. O questionário elaborado foi então submetido a um pré-teste, em janeiro e fevereiro de 1999, sendo feitas as modificações necessárias.

As entrevistas foram realizadas por duas profissionais de saúde (assistentes sociais) do próprio serviço, que foram treinadas para a utilização do instrumento. As entrevistas individuais do pré-teste foram realizadas por cada entrevistadora, observadas diretamente pela pesquisadora principal, com posterior discussão das dúvidas e dificuldades encontradas.

Após as entrevistas, todos os questionários foram revisados pela pesquisadora principal, que também foi a responsável pela digitação do questionário e dos dados no programa EPIINFO (versão 6.0). Para análise dos resultados foi utilizado também o programa EPIINFO, sendo realizada análise uni e bivariada com utilização do teste estatístico do Qui-quadrado.

3.5. As variáveis

Para avaliação da implantação da prática do acompanhante foram escolhidos como indicadores: informação fornecida sobre o direito ao acompanhante no momento da internação; percentual de mulheres que não tiveram acompanhante, ou não tiveram acompanhante de sua escolha, no trabalho de parto, por razões do serviço; e percentual de mulheres que não tiveram acompanhante, ou não tiveram acompanhante de sua escolha, no parto, por razões do serviço.

Com o intuito de avaliar se o acesso das mulheres à informação e à presença do acompanhante sofre alguma variação em função da equipe de plantão e do horário do atendimento, foi verificado se esses indicadores, utilizados como variáveis dependentes, apresentaram alguma associação com as diversas equipes (total de dez) e horários de plantão (plantões diurnos / noturnos e plantões de dia de semana / final de semana).

Quadro 2 - Resumo das variáveis escolhidas para avaliação da implantação da prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz

| Variáveis independentes | Variáveis dependentes |
|---|--|
| Equipes de plantão | Informação fornecida sobre o direito ao acompanhante |
| Plantões diurnos/noturnos | Percentual de mulheres sem acompanhante no trabalho de parto, por razões do serviço |
| Plantões de dia de semana/final de semana | Percentual de mulheres sem acompanhante de escolha no trabalho de parto, por razões do serviço |
| | Percentual de mulheres sem acompanhante no parto, por razões do serviço |
| | Percentual de mulheres sem acompanhante de escolha no parto, por razões do serviço |

Considerando a evidência científica disponível, que aponta para os benefícios do suporte no parto, e as normas e rotinas da instituição, que reconhecem e enfatizam o direito das parturientes a um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto normal, elaboramos o seguinte padrão para avaliação da prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz:

- 100% das mulheres com informação sobre o direito ao acompanhante no momento da internação na maternidade;

- 0% das gestantes sem acompanhante, no trabalho de parto ou no parto, por razões do serviço;
- 0% das gestantes sem acompanhante de sua escolha, tanto no trabalho de parto como no parto, por razões do serviço.

Para avaliar a percepção das mulheres em relação à prática do acompanhante, foram escolhidas como variáveis: a) identificação das pessoas escolhidas para a função de acompanhante (grau de relacionamento ou parentesco), b) as razões dessa escolha, c) os aspectos positivos e negativos percebidos pelas mulheres em relação à presença do(a) acompanhante, e d) as opiniões das mulheres que não tiveram acompanhante em relação a esta prática.

Foi comparado, entre as mulheres que tiveram e as que não tiveram um(a) acompanhante no trabalho de parto e/ou parto: satisfação com a prática do acompanhante, satisfação com a assistência ao parto (para ambas as análises foi usada uma escala gradativa, que consta do questionário, para avaliar a opinião das mulheres), e percepção frente a perspectivas de mudança dos serviços de atenção ao parto, considerando-se a possibilidade de presença de um(a) acompanhante familiar e de atuação das *doulas*.

Quadro 3 - Resumo das variáveis escolhidas para descrição da prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz

| |
|--|
| Variáveis descritivas |
| Pessoas escolhidas para função de acompanhante |
| Razões de escolha do(a) acompanhante |
| Aspectos positivos e negativos relacionados à presença do(a) acompanhante |
| Opiniões das mulheres que não tiveram acompanhante em relação a esta prática |

Quadro 4 - Resumo das variáveis escolhidas para avaliação da satisfação das mulheres com a prática do acompanhante na Maternidade Leila Diniz

| Variáveis independentes | Variáveis dependentes |
|---|--|
| Presença de acompanhante no trabalho de parto | Satisfação com a prática do acompanhante |
| Presença de acompanhante no parto | Satisfação com a assistência ao parto |

A hipótese do estudo era a de que as mulheres apresentariam elevada satisfação com a prática do acompanhante. Buscou-se um modelo explicativo para um resultado contrário, ou seja, um resultado que evidenciasse uma baixa satisfação com essa prática. Uma explicação possível seria uma baixa satisfação com a assistência mais global ao parto, dificultando a avaliação mais específica da satisfação com a prática do acompanhante. Acreditamos que seria difícil para as mulheres avaliarem positivamente a experiência da presença de um acompanhante, se a experiência do parto houvesse sido ruim. Como alguns estudos (Hodnett&Osborn, 1989a; Séguin et al, 1989; Murray et al, 1996, Green et al, 1998) apontam a dificuldade das mulheres em criticar seus próprios partos, o que talvez não resultasse em avaliações negativas dos mesmos apesar de uma baixa satisfação com a assistência, procuramos identificar algumas questões que têm sido apontadas como importantes para a satisfação com a assistência ao parto. Assim, caso a satisfação das mulheres com a prática do acompanhante fosse baixa, verificaríamos sua associação com a satisfação mais global com a assistência ao parto e com esses aspectos específicos.

Essas questões, que foram utilizadas como variáveis independentes para avaliação da satisfação com a assistência ao parto, foram selecionadas de dois trabalhos que fizeram uma revisão da literatura científica a respeito desse tema (Murray et al, 1996; Green et al, 1998). Mesmo reconhecendo que esses estudos foram realizados em contextos sócio-culturais e assistenciais muito diferentes do contexto brasileiro, o que dificulta uma transposição desses achados para a nossa realidade, foram escolhidas algumas dessas questões que poderiam afetar a satisfação das mulheres com a vivência do parto, em geral, e com a presença do acompanhante, em particular. Foram definidas então como variáveis: a) sentimentos em relação à gravidez atual, b) expectativas em relação ao parto, c) paridade, d) grau de informação em relação ao parto, e) informação recebida durante o trabalho de parto e o parto, f) relação com a equipe que prestou assistência, e g) situação de saúde do recém-nato. A “situação de saúde do recém-nato” foi incluída como variável, apesar de não ser citada nos trabalhos consultados, devido a situação de saúde no Brasil, onde ainda são observadas baixa cobertura de gestantes com assistência pré-natal adequada

e elevadas taxas de mortalidade e de complicações perinatais, que podem influenciar a satisfação da mulher com o parto e com a assistência recebida.

Quadro 5 - Resumo das variáveis escolhidas para avaliação da satisfação com o parto

| Variáveis independentes | Variáveis dependentes |
|---|------------------------|
| Sentimentos em relação à gravidez atual | Satisfação com o parto |
| Expectativas em relação ao parto | |
| Paridade | |
| Grau de informação em relação ao parto | |
| Informação recebida durante trabalho de parto / parto | |
| Relação com a equipe que prestou assistência | |
| Situação de saúde do recém-nato | |

3.6. Aspectos éticos

Antes da realização de cada entrevista foi feita uma abordagem individual junto às mulheres, com a apresentação dos objetivos da pesquisa e o convite para participar da mesma, sendo assinado um consentimento informado por cada pessoa entrevistada (anexo 5). Nesse momento também foi esclarecido que não haveria registro do nome da puérpera no questionário a ser utilizado, visando impedir a sua identificação e garantir a confidencialidade das informações obtidas.

Como a entrevista foi realizada ainda na maternidade, num momento muito próximo ao parto (no máximo 48 h após o mesmo), abordando temas relacionados a vivência da gravidez e do próprio parto, o que poderia desencadear transtornos emocionais, foi garantido suporte pela própria equipe multiprofissional da maternidade sempre que necessário.

Antes da realização do trabalho de campo, o projeto desta pesquisa foi submetido e aprovado pelo comitê de ética do Hospital Raphael de Paula Souza, unidade onde está localizada a Maternidade Leila Diniz.

4. Resultados

No período de 1º a 30 de março de 1999, 264 mulheres que apresentaram parto vaginal foram internadas na Maternidade Leila Diniz. Destas, sete foram excluídas do estudo por terem apresentado parto domiciliar, em via pública ou em outra instituição de saúde. Embora o intuito inicial fosse de entrevistar todas as puérperas, com fetos vivos e mortos, foram excluídas três mulheres que apresentaram fetos natimortos e uma cujo recém-nato evoluiu para óbito nas primeiras doze horas de vida, devido ao impacto emocional causado pela perda de seus bebês.

Foram entrevistadas 246 puérperas de parto vaginal, que correspondem a 97% do total de mulheres elegíveis para o estudo, considerando-se a exclusão das que apresentaram perdas fetais ou neonatais. Seis mulheres não foram entrevistadas porque apresentaram alta antes que a entrevista tivesse sido realizada e uma mulher se recusou a participar do estudo. Essas mulheres não diferiam daquelas que foram entrevistadas no que se refere a idade, paridade, local de residência, ocupação e situação de saúde do recém-nato.

Os resultados do estudo serão apresentados comparando-se as mulheres que tiveram e as que não tiveram acompanhante no trabalho de parto e parto. Embora os resultados encontrados nesses dois momentos (trabalho de parto e parto) sejam semelhantes, as diferenças mais significativas entre as mulheres com e sem acompanhante foram observadas no trabalho de parto. Acreditamos que esse fato seja decorrente do tamanho da amostra e do poder limitado do estudo para evidenciar essas diferenças também no momento do parto. Assim, somente os dados relativos ao trabalho de parto serão apresentados nas tabelas, sendo aqueles referentes ao momento do parto comentados apenas no texto.

Embora tenha sido utilizado um questionário fechado durante as entrevistas, algumas falas e depoimentos foram registrados, principalmente no caso de respostas não previstas, visando facilitar a codificação posterior, ou quando as respostas foram consideradas particularmente ilustrativas da percepção das mulheres em relação à questão que estava sendo investigada. Esses relatos serão apresentados juntamente com os dados quantitativos com o intuito de qualificar a análise dos resultados encontrados.

4.1. Características sócio-demográficas

As mulheres entrevistadas tinham uma idade média de 24 anos, num intervalo de 14 a 43 anos, sendo 27% adolescentes (idade < 20 anos). Cerca de 25% das mulheres tinham quatro anos ou menos de instrução e 6,1% eram analfabetas. Aproximadamente 31% das mulheres eram naturais de outros estados, sendo a grande maioria (75%) de estados do Nordeste. Mais de 90% residiam em bairros da área denominada AP4, que engloba as regiões administrativas da Barra da Tijuca e Jacarepaguá, e que corresponde à área de abrangência da Maternidade Leila Diniz. As mulheres residiam, em média, há 10,5 anos no endereço atual. Entretanto, um quinto delas (21,1%) residiam no mesmo local há menos de dois anos, tempo de residência considerado curto para o estabelecimento das redes de suporte social.

Mais de 80% das mulheres eram unidas (casadas ou união consensual), 14,2% eram mães solteiras dependentes de familiares e 4,5% mães solteiras chefes de família. Aproximadamente 51,6% das mulheres se declararam pardas, 26,4% brancas e 22,0% negras. A maioria das mulheres (53,7%) referia ter tido trabalho remunerado nos últimos doze meses, sendo as principais ocupações a prestação de serviços (77% destas domésticas), o comércio e atividades auxiliares.

Tabela 1 – Distribuição percentual das características sócio-demográficas das puérperas segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto.
Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Características Sócio-demográficas | Mulheres com acompanhante (n = 144) | Mulheres sem acompanhante (n = 102) | Total (n = 246) | Valor de p |
|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|------------|
| Idade < 20 anos | 33,3 | 18,6 | 27,2 | 0,0160 |
| Raça: Negra | 23,6 | 19,6 | 22,0 | 0,7356 |
| Escolaridade: 0 a 4anos | 23,6 | 42,2 | 31,3 | 0,0031 |
| Casada /unida | 80,6 | 82,4 | 81,3 | 0,1569 |
| Trabalho remunerado | 50,7 | 57,8 | 53,7 | 0,3280 |
| Natural do RJ | 76,4 | 59,8 | 69,5 | 0,0082 |
| Moradora da AP4 | 92,4 | 90,2 | 91,5 | 0,7135 |
| Residente há <2 anos | 21,5 | 20,6 | 21,1 | 0,9845 |

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

Comparando as mulheres que tiveram e aquelas que não tiveram acompanhante no trabalho de parto, verificamos que as mulheres sem acompanhante tinham maior idade, menor escolaridade e eram provenientes, em maior proporção, de outros estados (tabela 1). Essas diferenças também foram observadas entre as mulheres com ou sem acompanhante no parto, mas estas diferenças, com exceção do estado de origem, não eram significantes.

4.2. Antecedentes obstétricos

As mulheres entrevistadas tinham, em média, 2,7 gestações (mediana de 2,0), num intervalo de 1 a 12. Aproximadamente 32% delas estavam na sua primeira gestação e 25,6% apresentavam 4 ou mais gestações. Das mulheres que já haviam engravidado anteriormente, 32,9% já tinham apresentado algum aborto. A mediana de partos era de 1,0, e 35% das mulheres não tinham partos anteriores. Das mulheres que já haviam tido partos, 15,5% referiram pelo menos um parto cesariano anterior. Cerca de 26% das mulheres referiram problemas em suas gestações passadas (principalmente hipertensão arterial e parto prematuro) e 12% nos partos anteriores (hemorragias/sangramentos e complicações da hipertensão). Aproximadamente 11% das mulheres que já haviam tido parto anterior referiram perdas relacionadas ao óbito do recém-nato (natimorto ou neomorto) ou seqüelas da criança em decorrência de complicações perinatais.

As mulheres sem acompanhante no trabalho de parto ou parto apresentavam um número maior de gestações, de partos e de abortos. No entanto, estas mulheres também apresentavam maior idade do que aquelas que contaram com acompanhante. Assim, uma história reprodutiva com maior número de eventos obstétricos pode ser decorrente da média de idade mais elevada das mulheres desse grupo, sendo a idade uma variável confundidora para análise dos antecedentes obstétricos.

Mulheres com acompanhante no trabalho de parto referiam um número maior de problemas em gestações anteriores (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição percentual dos antecedentes obstétricos das puérperas segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Antecedentes obstétricos | Mulheres com acompanhante | Mulheres sem acompanhante | Total | Valor de p |
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|------------|
|--------------------------|---------------------------|---------------------------|-------|------------|

| | % | n | % | n | % | n | |
|-----------------------------------|------|-----|------|-----|------|-----|--------|
| 4 ou + gestações | 15,3 | 144 | 40,2 | 102 | 25,6 | 246 | 0,0000 |
| Abortos anteriores | 17,4 | 144 | 29,4 | 102 | 22,4 | 246 | 0,0375 |
| Partos anteriores | 52,8 | 144 | 83,3 | 102 | 65,4 | 246 | 0,0000 |
| Problemas em gestações anteriores | 35,1 | 77 | 17,6 | 85 | 25,9 | 162 | 0,0189 |
| Problemas em partos anteriores | 10,5 | 76 | 14,1 | 85 | 12,4 | 161 | 0,6524 |
| Perdas anteriores | 9,2 | 76 | 12,9 | 85 | 11,2 | 161 | 0,6174 |

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

4.3. Dados da gestação atual

Aproximadamente 73% das mulheres informaram não ter planejado a gravidez atual. Entre as que tiveram uma gestação não planejada, 47,5% referiram tristeza ou sentimentos muito negativos (desespero, pânico, desejo e/ou tentativa de interrupção da gravidez) quando souberam que estavam grávidas. Em mais de 85% dos casos, as mulheres se sentiram apoiadas pelo pai do bebê e pelos familiares durante a gestação. O menor apoio referido foi o apoio financeiro/material pelos familiares (65%).

Quando a gravidez não foi planejada, houve menor apoio do parceiro - financeiro (NS), emocional e nos cuidados com a gravidez ($p < 0,05$). Em contrapartida, para a mesma situação, observou-se maior apoio da família em todos os aspectos, embora essa diferença não tenha apresentado significância estatística. Quando a gestante não era natural do Rio de Janeiro, encontrou-se um apoio bem menor da família nos três aspectos ($p < 0,05$).

Mais de 40% das gestantes referiram problemas na gestação atual, sendo os mais citados: hipertensão arterial (18,4%), trabalho de parto prematuro (9,2%) ou ameaça de parto prematuro (6,4%), perda de líquido (9,2%), sangramentos (9,2%) e infecções (8,5%). Cabe ressaltar que 20% dos problemas referidos pelas mulheres eram representados por sinais ou sintomas pouco específicos, como dormências, cólicas, sintomas gástricos e falta de ar, questões menos valorizadas pela abordagem médica, devido à sua menor gravidade, mas que representaram causa de desconforto e preocupação para as gestantes.

Aproximadamente 92% das gestantes freqüentaram serviços de pré-natal, sendo 83,6% destes em unidades de saúde públicas localizadas na AP4 e 11% em unidades

públicas ou conveniadas ao SUS localizadas em outras regiões da cidade. Em 60% dos casos, as gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gestação, em média, com 3,4 meses de gestação (variação de 1 a 8 meses). As gestantes apresentaram, em média, 6,2 consultas, e 41,2% não tiveram as seis consultas mínimas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Apenas 11% das gestantes participaram de alguma atividade de grupo durante o pré-natal.

Cabe ressaltar que o acesso ao pré-natal não variou em função da gravidez ser planejada ou não, dos sentimentos em relação à gravidez, da naturalidade da gestante, e do tempo de moradia na residência atual. As principais razões para não comparecimento ao serviço de pré-natal foram falta de suporte social, como por exemplo, por não ter com quem deixar filhos pequenos; dificuldade de acesso pela distância entre a moradia e o serviço; e dificuldade de marcação da consulta (essas três causas perfazendo 60% dos casos). A gravidez não desejada (15%), a não valorização do pré-natal (15%), e o descrédito no serviço devido a mau atendimento anterior (5%) também foram citados.

Menos da metade das gestantes (44%) referiram ter recebido informações sobre o parto, sendo a principal fonte de informação (44,3%) a mãe e outros familiares. Ter tido acompanhamento pré-natal não garantiu melhor acesso à informação sobre a gestação e o parto e apenas 17,7% das mulheres que freqüentaram serviço de pré-natal referiram esse serviço como fonte de informação.

Já o grupo de gestantes destacou-se como importante espaço de informação, e mulheres que participaram de grupo tiveram mais acesso à informação sobre o parto do que as que não participaram (RP 1,85, $p < 0,05$). Cerca de 74% das mulheres que participaram de grupo de gestante referiram ter recebido informações sobre o parto, e o grupo foi citado como fonte de informação por 70% dessas mulheres. As primíparas tiveram maior participação nos grupos de gestantes do que as múltiparas, dado também verificado em outros trabalhos (Reid, 1986; Green et al, 1998).

Apenas 23% das mulheres sentiam-se completamente informadas sobre o que acontece com elas e com o bebê durante o parto. Aproximadamente 43% não se consideravam informadas e 35% sentiam-se apenas parcialmente informadas.

Mulheres sem acompanhante no trabalho de parto tiveram menor apoio familiar (financeiro, emocional e nos cuidados com a gravidez), menor assistência pré-natal,

iniciaram o pré-natal mais tardiamente, tiveram menor número de consultas e menor acesso a informações sobre o parto (tabela 3). Essas diferenças também foram observadas em mulheres sem acompanhante no parto, porém com significância estatística apenas para o menor apoio emocional, nos cuidados com a gravidez, e menor número de consultas de pré-natal. Essas mulheres sem acompanhante no parto referiram mais problemas na gestação atual do que as que tiveram acompanhante (RP 1,2, $p < 0,05$).

Tabela 3 – Distribuição percentual dos dados da gestação atual das puérperas segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Dados da gestação atual | Mulheres com acompanhante | | Mulheres sem acompanhante | | Total | | Valor de p |
|---|---------------------------|-----|---------------------------|-----|-------|-----|------------|
| | % | n | % | n | % | n | |
| Gestação não planejada | 70,1 | 144 | 76,5 | 102 | 72,8 | 246 | 0,3402 |
| Sentimentos negativos em relação à gestação | 32,6 | 144 | 37,3 | 102 | 34,6 | 246 | 0,7801 |
| Apoio do pai do bebê: | | | | | | | |
| - financeiro/material | 88,2 | 144 | 86,3 | 102 | 87,4 | 246 | 0,8010 |
| - emocional | 86,8 | 144 | 85,3 | 102 | 86,2 | 246 | 0,8800 |
| - cuidados c/a gravidez | 89,6 | 144 | 85,3 | 102 | 87,8 | 246 | 0,4150 |
| Apoio da família: | | | | | | | |
| -financeiro/material | 76,4 | 144 | 49,0 | 102 | 65,0 | 246 | 0,0000 |
| -emocional | 93,8 | 144 | 74,5 | 102 | 85,8 | 246 | 0,0000 |
| -cuidados c/a gravidez | 93,1 | 144 | 70,6 | 102 | 83,7 | 246 | 0,0000 |
| Assistência Pré-Natal | 96,5 | 144 | 85,3 | 102 | 91,9 | 246 | 0,0032 |
| Início do Pré-Natal no 1º trimestre | 67,6 | 139 | 48,3 | 87 | 60,2 | 226 | 0,0124 |

| | | | | | | | |
|--|------|-----|------|-----|------|-----|--------|
| Pré-Natal com 6 ou mais Consultas | 67,6 | 139 | 44,8 | 87 | 58,8 | 226 | 0,0011 |
| Pré-Natal na AP4 | 82,7 | 139 | 85,1 | 87 | 83,6 | 226 | 0,7835 |
| Participação em grupo de gestantes | 11,9 | 143 | 9,9 | 101 | 11,1 | 244 | 0,7793 |
| Recebeu informações sobre parto | 49,7 | 143 | 35,6 | 101 | 43,9 | 244 | 0,0412 |
| Sente-se informada sobre o parto (parcial ou totalmente) | 64,6 | 144 | 47,1 | 102 | 57,3 | 246 | 0,0091 |

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

4.4. Percepções em relação ao parto

As principais imagens citadas pelas mulheres quando pensavam no parto eram de dor/sofrimento (48%), medo (9,4%) ou outras idéias negativas (4,3%). Em apenas 33% dos casos as mulheres relatavam imagens positivas associadas à vida e à alegria do nascimento. Embora a pergunta tivesse por objetivo captar o imaginário dessas mulheres em relação ao parto, ela certamente foi influenciada pela vivência muito recente dessa experiência, já que as entrevistas foram realizadas nas primeiras 24 a 48 horas após o parto.

Quando perguntadas sobre as histórias que conheciam de partos de outras mulheres, cerca de 8% das mulheres disseram não conhecer outras histórias e 0,8% não souberam dizer. Das que souberam informar, 55,6% referiram conhecer histórias boas e ruins, 31,6% somente histórias ruins e 12,9% só histórias boas. As principais razões citadas para as histórias boas foram a mãe e o recém-nato não terem tido problemas, a mulher ter sentido pouca dor, as vantagens do parto normal, e o parto ter sido rápido. Já entre as razões para o parto ter sido ruim, sobressaíram os relatos de muita dor, a mãe e/ou recém-nato com problemas, e não ter sido bem tratada no hospital.

Cerca de 80% das mulheres referiram estar preocupadas com o parto. As preocupações estavam relacionadas principalmente às complicações de sua saúde e/ou do recém-nato (47,4%), ao medo da morte (20%), à dor do parto (15,4%), e ao processo do parto em si (14%). As preocupações não variaram em função das histórias conhecidas de parto, sendo um pouco maior nas mulheres que só conheciam histórias ruins, porém sem significância estatística. Também não foi observada diferença do percentual de mulheres

preocupadas com o parto em função de sua paridade, embora o tipo de preocupação tenha variado.

Mulheres sem partos anteriores apresentavam mais preocupação com a dor, com o parto, e com o que iria acontecer, enquanto as mulheres com um ou mais partos prévios apresentavam mais preocupação relacionada às complicações maternas e do bebê (NS). Ambos os grupos manifestaram medo da morte (20,3% e 27,7%, respectivamente), revelando que, para um percentual elevado dessas mulheres, o parto é vivido com ambigüidade, como um evento de vida e morte, sendo percebido como um momento de risco em suas vidas. Deve-se ressaltar que o modelo médico certamente influencia essa percepção ao enfatizar a importância do parto em ambiente hospitalar e com uso de muita tecnologia.

A preocupação com o acesso para internação foi pequena em todo o grupo estudado (1,1%), o que talvez seja uma peculiaridade das mulheres dessa região, já que embora a maternidade não tenha o número de leitos suficientes para atendimento de toda demanda da área, trabalha com uma população praticamente adscrita, com mais de 90% das mulheres sendo residentes na sua área de abrangência.

Não foram observadas diferenças significativas entre as mulheres que tiveram e que não tiveram acompanhante no trabalho de parto e no parto em relação às idéias positivas e negativas sobre o parto, estórias sobre partos de outras mulheres, e preocupações com o parto

Tabela 4 – Distribuição percentual das percepções das mulheres em relação ao parto, segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto.
Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Percepções em Relação ao parto | Mulheres com Acompanhante | | Mulheres sem acompanhante | | Total | | Valor de p |
|---|------------------------------|----|------------------------------|----|-------|-----|------------|
| | % | n | % | n | % | n | |
| Idéias associadas Ao parto: ¹ | | | | | | | |
| . imagens positivas | 33,6 | 48 | 32,0 | 31 | 32,9 | 79 | 0,9634 |
| . imagens negativas | 60,1 | 86 | 61,9 | 60 | 60,8 | 146 | |
| . imagens positivas e negativas | 6,3 | 9 | 6,2 | 6 | 6,3 | 15 | |

| | | | | | | | |
|--|----------|---------|----------|---------|----------|---------|------------|
| Estórias de outras mulheres: ² | | | | | | | |
| . boas | 13,3 | 18 | 12,2 | 11 | 12,9 | 29 | |
| . boas e ruins | 60,0 | 81 | 48,9 | 44 | 55,6 | 125 | 0,1489 |
| . só ruins | 26,7 | 36 | 38,9 | 35 | 31,6 | 71 | |
| Preocupação com o parto atual | 81,3 | 144 | 76,5 | 102 | 79,3 | 246 | 0,4524 |

¹ Excluídas seis mulheres com idéias classificadas como “outras”

² Excluídas 21 mulheres que não conheciam estórias de outras mulheres ou que não sabiam dizer.

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

4.5. Acesso e atendimento na maternidade Leila Diniz

Mais de 90% das mulheres não haviam procurado outra maternidade antes da sua internação na Maternidade Leila Diniz. Aproximadamente 98% das mulheres vieram acompanhadas para a maternidade, sendo os principais acompanhantes o pai do bebê (41,4%) e familiares (44%). A grande maioria das gestantes (82,1%) veio para a maternidade de carro (próprio ou de conhecidos).

Cerca de 26% das gestantes não sabiam que a maternidade permitia a presença de um(a) acompanhante durante o trabalho de parto e parto, ou tinham informações incorretas sobre esta prática. Entre as que tinham tal informação, mesmo que incompleta, mais de 50% foram informadas pela própria maternidade em contatos anteriores com a instituição, e 37,1% por amigas e familiares. Apenas 5% das gestantes foram informadas desse direito pelo serviço de pré-natal.

Na internação para o parto na maternidade, aproximadamente 72% das gestantes foram informadas de que poderiam ter um(a) acompanhante. Em 83% dos casos esta informação foi fornecida em momento oportuno, ou seja, na recepção da maternidade ou no atendimento durante a admissão. Em 17% dos casos a primeira informação sobre o acompanhante só foi fornecida no centro obstétrico, o que é muito tardio, pois muitas vezes o(a) acompanhante já havia se retirado da maternidade inviabilizando sua permanência. As principais fontes de informação foram os(as) médicos(as) (34,7%), equipe de enfermagem (21,9%) e profissional da recepção (20,9%). Cabe ressaltar, que embora exista um cartaz na recepção da maternidade, disponível e acessível para todas as gestantes, informando-as

do seu direito a um(a) acompanhante, este foi citado por apenas 16,8% das mulheres como fonte de informação. Esse dado é relevante porque demonstra que a divulgação através de material impresso (folhetos, cartazes) é importante, mas de alcance limitado, reforçando a necessidade da informação ser um compromisso de toda a equipe. Não foi observada variação da informação fornecida entre as diversas equipes de plantão, entre os plantões diurnos e noturnos, e entre os plantões dados durante os dias de semana e de final de semana (tabela 6).

Durante a internação, a informação recebida sobre diversos aspectos relacionados à assistência ao trabalho de parto e parto (exames realizados, medicamentos recebidos, evolução do trabalho de parto e situação de saúde do bebê) foi variável e, de modo geral, insuficiente. Apenas 60% das mulheres sentiram-se suficientemente informadas sobre a evolução do trabalho de parto e 63% sobre a saúde/bem-estar do bebê. Em relação aos exames realizados (toques vaginais, exames de sangue, etc..), esse valor se reduz para 34%, e as informações relacionadas aos medicamentos recebidos foram suficientes para apenas 30% das mulheres.

As mulheres que não tiveram acompanhante no trabalho de parto tinham menos informação sobre a prática do acompanhante do que as que tiveram, foram menos informadas na admissão na maternidade sobre esse direito e receberam menos informação sobre os exames realizados durante o trabalho de parto (Tabela 5). As mulheres sem acompanhante no parto também receberam menos informação quando foram internadas na maternidade e receberam menos informação sobre medicamentos utilizados do que as mulheres que tiveram acompanhante ($p < 0,05$).

Tabela 5 – Distribuição percentual dos dados sobre a admissão para o parto das puérperas segundo a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto.

Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Dados da admissão para o parto | Mulheres com acompanhante | | Mulheres sem acompanhante | | Total | | Valor de p |
|---|---------------------------|-----|---------------------------|-----|-------|-----|------------|
| | % | n | % | n | % | n | |
| Procurou outra maternidade antes da internação | 9,0 | 144 | 8,8 | 102 | 8,9 | 246 | 0,8638 |
| Informação prévia sobre o direito ao acompanhante | 78,5 | 144 | 66,7 | 102 | 73,6 | 246 | 0,0389 |
| Veio acompanhada para a maternidade | 98,6 | 144 | 96,1 | 102 | 97,6 | 246 | 0,2357 |
| Informada sobre o direito ao Acompanhante | 81,3 | 144 | 58,8 | 102 | 72,0 | 246 | 0,0002 |
| Informada sobre: ¹ | | | | | | | |
| - evolução do trabalho de parto | 64,3 | 143 | 51,4 | 74 | 59,9 | 217 | 0,0883 |
| - situação de saúde do RN | 66,0 | 144 | 56,0 | 75 | 62,6 | 219 | 0,1936 |
| - exames realizados | 39,2 | 143 | 24,4 | 86 | 33,6 | 229 | 0,0321 |
| - medicamentos utilizados | 34,1 | 129 | 23,9 | 92 | 29,9 | 221 | 0,1379 |

¹ Foram excluídas as mulheres que haviam sido admitidas em período expulsivo, as que não realizaram exames, e as que não receberam medicamentos ou que não se lembravam se haviam recebido. Foram consideradas informadas apenas aquelas puérperas que referiram ter recebido informação suficiente. Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

4.6. Acompanhante no trabalho de parto

Aproximadamente 59% das mulheres tiveram um(a) acompanhante durante o trabalho de parto com variação de 44% a 76,7% entre as diversas equipes de plantão (NS). A presença do(a) acompanhante não apresentou diferença entre as equipes de final de

semana e de dia de semana, nem entre os plantões diurnos e noturnos. De modo geral, as principais razões para não ter o(a) acompanhante no trabalho de parto foram ter sido admitida em período expulsivo (25%), falhas do serviço (não permitiu o acompanhante, não informou a gestante - 33,3%) e questões sociais (ex: não ter familiares ou pessoas conhecidas no Rio de Janeiro, no caso das mulheres migrantes; acompanhante não poder permanecer na maternidade devido ao trabalho e/ou ao cuidado de outros filhos pequenos; outras situações que dificultavam ou impediam que pessoas de escolha da gestante pudessem acompanhá-la - 28,4%). Estas razões para não ter tido o(a) acompanhante não variaram significativamente entre as equipes de plantão nem entre os plantões diurnos e noturnos. Nos plantões dados durante os dias de semana, as razões relacionadas a falhas do serviço foram quatro vezes mais elevadas do que nos plantões de final de semana (tabela 6). Nestes, predominaram as razões sociais, emocionais e ter sido admitida em período expulsivo. Quando cinco mulheres que não quiseram acompanhante, ou que apresentaram outras razões para não ter acompanhante, são excluídas da análise, essas diferenças entre os plantões de dia de semana e de final de semana passam a ter significância estatística (tabela 6).

Tabela 6 - Avaliação da prática do acompanhante no trabalho de parto por equipe de plantão e horários de funcionamento do serviço. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Horários de Atendimento | Informação | | Ausência do acompanh. | | Ausência p/ razões do serviço | | Ausência do acomp. de escolha (AE) | | Ausência do AE p/ razões do serviço ¹ | |
|-------------------------|------------|------|-----------------------|------|-------------------------------|------|------------------------------------|------|--|------|
| | n | % | n | % | n | % | n ² | % | n | % |
| Equipes de plantão | | | | | | | | | | |
| 1 | 22 | 81,8 | 22 | 40,9 | 9 | 55,6 | 13 | 23,1 | 3 | 0 |
| 2 | 30 | 70,0 | 30 | 23,3 | 7 | 28,6 | 24 | 20,8 | 5 | 0 |
| 3 | 22 | 77,3 | 22 | 40,9 | 9 | 11,1 | 14 | 42,9 | 6 | 33,3 |
| 4 | 21 | 66,7 | 21 | 47,6 | 10 | 40,0 | 11 | 18,2 | 2 | 50,0 |
| 5 | 32 | 65,6 | 32 | 37,5 | 12 | 16,7 | 23 | 26,1 | 6 | 0 |
| 6 | 11 | 81,8 | 11 | 36,4 | 4 | 25,0 | 8 | 37,5 | 3 | 0 |
| 7 | 26 | 80,8 | 26 | 34,6 | 9 | 55,6 | 17 | 35,3 | 6 | 16,7 |
| 8 | 28 | 64,3 | 28 | 42,9 | 12 | 41,7 | 18 | 11,1 | 2 | 50,0 |
| 9 | 29 | 62,1 | 29 | 55,2 | 16 | 25,0 | 16 | 56,3 | 9 | 33,3 |
| 10 | 25 | 80,0 | 25 | 56,0 | 14 | 35,7 | 12 | 33,3 | 4 | 0 |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|-----|------|-----|------|----|-------|-----|------|----|------|
| Total | 246 | 72,0 | 102 | 41,5 | 34 | 33,3 | 156 | 29,5 | 46 | 17,4 |
| Dia do plantão: | | | | | | | | | | |
| . Dia de semana | 180 | 72,8 | 180 | 44,4 | 80 | 40,0# | 108 | 30,6 | 33 | 21,2 |
| . Final de semana | 66 | 69,7 | 66 | 33,3 | 22 | 9,1 | 48 | 27,1 | 13 | 7,7 |
| Horário plantão: | | | | | | | | | | |
| . Diurno | 122 | 72,1 | 122 | 41,0 | 50 | 34,0 | 77 | 36,4 | 28 | 17,9 |
| . Noturno | 124 | 71,8 | 124 | 41,9 | 52 | 32,7 | 79 | 22,8 | 18 | 16,7 |

¹ Razões do serviço incluem não ter sido informada sobre o direito ao acompanhante e serviço não ter permitido a presença do mesmo.

²Inclui o total de mulheres que tiveram acompanhante durante todo o trabalho de parto ou apenas parte do tempo.

Quando as razões “não quis acompanhante”(2) e “outros”(3) são excluídas da análise, a ausência do acompanhante no trabalho de parto, por razões do serviço, entre os plantões de dia de semana e de final de semana ganha significância estatística (41,6 x 10,0, p=0,03).

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999

Das mulheres admitidas em período expulsivo, tentou-se verificar algumas razões para essa admissão tardia, que inviabiliza o acompanhamento adequado do trabalho de parto, visando a melhoria do serviço. Foram selecionadas como possíveis razões: 1) ter procurado outra maternidade anteriormente; 2) ter esperado muito tempo para ser atendida na maternidade; e 3) paridade elevada, o que implicaria um trabalho de parto mais curto. No entanto, nenhuma dessas razões pareceu suficiente. Cerca de 92% dessas mulheres não procuraram outras maternidades antes de sua internação na maternidade Leila Diniz, apenas 12% referiram um tempo longo de espera para ser atendida e também apenas 12% haviam tido um número elevado de partos (4 ou mais). Cerca de 45% dessas mulheres estavam tendo o primeiro ou segundo parto. Além de não terem tido acompanhante no trabalho de parto, 52% dessas mulheres também não tiveram acompanhante no parto, em 39% dos casos por questões do serviço e em 15% por razões emocionais. O que pode ser percebido na fala das mulheres é que, nessa situação, tudo acontecia muito rápido e com muita urgência, o que prejudicava de alguma forma o fornecimento da informação pela equipe e a presença do(a) acompanhante por nervosismo deste(a) e da própria mulher.

A presença do acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, e a ausência deste acompanhante por falhas do serviço, também não apresentou diferença significativa entre as equipes de plantão, e entre os diversos horários de funcionamento do serviço (tabela 6). Deve-se ressaltar, no entanto, que a análise das razões para a ausência do

acompanhante de escolha ficou limitada pelo número muito pequeno de mulheres nos sub-grupos estudados.

4.7. Acompanhante no parto

A presença do(a) acompanhante no parto variou de 36,4% a 80% entre as equipes ($p < 0,05$), sendo a média de 63%. Não houve diferença significativa desse valor entre os plantões dados em dias de semana ou em final de semana nem entre os plantões noturnos e diurnos. As principais razões para não ter tido acompanhante foram as já citadas questões sociais (38,5%), questões do serviço (não informou, não permitiu – 31,9%) e questões emocionais do acompanhante (ficar nervoso, ansioso com o parto - 20,9%). Estas três razões para não ter tido acompanhante não variaram entre as equipes de plantão. Nos plantões dados em dias de semana predominaram as razões sociais (42,4%) e as razões relacionadas ao serviço (36,4%) (tabela 7), enquanto nos finais de semana predominaram as razões emocionais (44,0%). Assim como no trabalho de parto, quando são excluídas da análise oito mulheres que não quiseram acompanhante, ou que apresentaram outras razões para não ter acompanhante, essas diferenças entre os plantões de dia de semana e de final de semana passam a ter significância estatística (tabela 7). Já nos plantões noturnos, 41,5% das mulheres não tiveram acompanhante por questões do serviço, enquanto nos plantões diurnos predominaram as razões sociais (40,0%) e emocionais (26,0%), mas essa diferença não foi significativa.

Tabela 7 - Avaliação da prática do acompanhante no parto por equipe de plantão e horários de funcionamento do serviço. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Horários de atendimento | Ausência do acompanhante | | Ausência p/ razões do serviço ¹ | | Ausência do acomp. de escolha (AE) | | Ausência do AE p/ razões do serviço ¹ | |
|-------------------------|--------------------------|------|--|------|------------------------------------|------|--|-----|
| | N | % | N | % | N | % | N | % |
| Equipe de plantão* | | | | | | | | |
| 1 | 19 | 36,8 | 7 | 28,6 | 12 | 41,7 | 5 | 0 |
| 2 | 32 | 31,3 | 10 | 30,0 | 22 | 40,9 | 9 | 0 |
| 3 | 33 | 33,3 | 11 | 9,1 | 22 | 50,0 | 11 | 9,1 |
| 4 | 22 | 63,6 | 14 | 42,8 | 8 | 12,5 | 1 | 0 |

| | | | | | | | | |
|---------------------|-----|------|----|-------|-----|------|----|------|
| 5 | 25 | 20,0 | 5 | 40,0 | 20 | 40,0 | 8 | 12,5 |
| 6 | 13 | 23,1 | 3 | 66,6 | 10 | 30,0 | 3 | 0 |
| 7 | 22 | 45,5 | 10 | 20,0 | 12 | 41,7 | 5 | 0 |
| 8 | 23 | 34,8 | 8 | 62,5 | 15 | 33,3 | 5 | 40,0 |
| 9 | 24 | 58,3 | 14 | 28,5 | 10 | 30,0 | 3 | 33,3 |
| 10 | 33 | 27,3 | 9 | 22,2 | 24 | 45,8 | 11 | 36,4 |
| Total | 246 | 37,0 | 91 | 31,9 | 155 | 39,4 | 61 | 14,8 |
| Dia do plantão: | | | | | | | | |
| . Dia de semana | 174 | 37,9 | 66 | 36,4# | 108 | 44,4 | 48 | 16,7 |
| . Final de semana | 72 | 34,7 | 25 | 20,0 | 47 | 27,7 | 13 | 7,7 |
| Horário do plantão: | | | | | | | | |
| . Diurno | 128 | 39,1 | 50 | 24,0 | 78 | 41,0 | 32 | 9,4 |
| . Noturno | 118 | 34,7 | 41 | 41,5 | 77 | 37,7 | 29 | 20,7 |

¹ Razões do serviço incluem não ter sido informada sobre o direito ao acompanhante e serviço não ter permitido a presença do mesmo.

*Diferença entre as equipes apresenta significância estatística ($p=0,03$)

Quando as razões “não quis acompanhante”(3) e “outros”(5) são excluídas da análise, a ausência do acompanhante no parto por razões do serviço entre os plantões de dia de semana e de final de semana ganha significância estatística ($40,0 \times 21,7$, $p=0,003$).

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

Podemos observar que, tanto no trabalho de parto como no parto, as questões do serviço como razão da ausência do acompanhante foram superiores nos plantões de dia de semana. No entanto, não encontramos justificativa para esse resultado, já que nesses plantões as chefias de serviço e os profissionais de rotina estão presentes, pelo menos no horário diurno, facilitando o acesso e a permanência do acompanhante familiar durante os diversos momentos da assistência. O dado mais importante a ser destacado, portanto, não são as questões do serviço, mas as questões emocionais, que foram superiores nos plantões de final de semana, no trabalho de parto e no parto, sendo essa diferença significativa. Este dado pode estar apontando para uma maior dificuldade dos profissionais em fornecer suporte emocional à mulher e sua família nesses plantões, quando a equipe está reduzida devido a ausência dos profissionais da equipe multidisciplinar de rotina, que atuam apenas durante os dias de semana.

Da mesma forma que no trabalho de parto, a ausência do acompanhante de escolha no parto, e os problemas do serviço como razão dessa ausência, também não apresentaram diferenças significativas entre as equipes de plantão e os horários de funcionamento do serviço (tabela 7). A ressalva feita anteriormente relativa ao pequeno número de mulheres como limitante dessa análise no trabalho de parto, também se aplica ao momento do parto.

As mulheres que tiveram acompanhante durante o trabalho de parto também contaram com maior presença de acompanhante no parto do que aquelas que não tiveram acompanhante na primeira situação (RP 1,72, $p < 0,05$). Esse dado reforça a importância de facilitar o acesso do(a) acompanhante ao trabalho de parto, o que resultará numa maior participação do(a) acompanhante também no momento do parto.

4.8. Percepção e satisfação das mulheres com a prática do acompanhante:

4.8.1. Mulheres com acompanhante

Das mulheres que tiveram acompanhante, durante todo o trabalho de parto ou apenas parte do tempo, 90,4% referiram ter tido apenas um(a) acompanhante. Aproximadamente 70% das mulheres disseram ter tido o(a) acompanhante de sua escolha no trabalho de parto e 60% no parto. As mulheres que não tiveram o(a) acompanhante de sua escolha, manifestaram um elevado desejo de ter tido a presença de outra pessoa (72% no trabalho de parto e 93% no parto). Mesmo mulheres que escolheram o(a) acompanhante referiram que gostariam de ter tido também a presença de alguma outra pessoa.

Os(as) acompanhantes mais frequentes, tanto no trabalho de parto como no parto, foram o pai do bebê, a mãe da gestante e outras mulheres da família (estas últimas, juntamente com a mãe da gestante, representaram cerca de 70% do total de acompanhantes). O pai do bebê e a mãe da gestante foram os(as) acompanhantes mais escolhidos e desejados, e juntos responderam por cerca de 70% das escolhas das mulheres no trabalho de parto e 80% no parto. No caso do pai do bebê, em aproximadamente 50% dos casos essa escolha se deu por ele ser o progenitor, para poder participar do momento do parto e do nascimento, e também como forma de valorização da mulher. Em 30% dos casos, a justificativa da escolha foi por ele ser uma pessoa em quem a mulher confia, tem intimidade e segurança, e que lhe encoraja e acalma. Alguns depoimentos ilustram essas

questões e apontam para a importância atribuída à participação do pai do bebê no momento do parto e nascimento:

“Era o meu sonho que ele visse o trabalho de parto. Passa a dar mais valor” (32 anos, 3º parto)

“Já tinha dito que queria que ele assistisse o parto. Porque ele é o pai né? A gente fica mais segura” (20 anos, 1º parto)

“Ele queria tanto o filho, ele queria assistir” (16 anos, 1º parto)

“Porque eu gosto dele e ele gosta de mim” (28 anos, 3º parto)

“Porque ele é carinhoso, é paciente e me acalma” (25 anos, 5º parto)

“Para valorizar. É bom o marido participar” (31 anos, 2º parto)

“Eu gostaria que ele assistisse o parto para me dar mais valor depois” (27 anos, 1º parto)

“Porque eu queria dividir com ele aquele momento” (26 anos, 1º parto)

“Para participar do que eu estava vivendo já que a gravidez foi desejada por nós dois” (26 anos, 1º parto)

“Acho é muito emocionante, ver como as coisas acontecem. Era um sonho meu ele perto de mim” (17 anos, 1º parto)

“Para acompanhar o neném desde o nascimento. Agora esse neném é o xodó dele” (34 anos, 4º parto)

“Porque é a pessoa que poderia me dar mais força, que acompanhou a minha gravidez toda. Porque queria que ele visse o meu sofrimento para me dar valor” (22 anos, 1º parto)

“Por vontade minha e dele. Para que fosse uma forma de incentivo para ele largar umas coisas que anda fazendo (usuário de drogas), para acordar com a vida” (28 anos, 5º parto)

No caso da mãe da gestante, na maior parte dos casos a sua presença se deu por ser uma pessoa em quem a gestante confia e que lhe transmite calma, segurança, força e experiência. No parto, 15% das mulheres a escolheram por ela ser a mãe.

“Porque ela é minha mãe e consegue me entender, porque ela me acalma” (18 anos, 1º parto)

“Porque ela já teve filho, é mais experiente” (18 anos, 2º parto)

“Por ser a mãe, ela é a pessoa mais especial para ficar do meu lado” (20 anos, 1º parto)

“Eu queria minha mãe perto de mim” (19 anos, 2º parto)

“Porque ela é a pessoa que me dá mais carinho, mais apoio” (20 anos, 2º parto)

“Porque é coisa de mãe pra filha, de filha pra mãe. Porque é a minha mãe” (23 anos, 2º parto)

Apesar da nítida preferência pela presença do pai do bebê e/ou da própria mãe, outras pessoas de referência também foram citadas, demonstrando a importância da equipe respeitar a escolha da gestante pelo seu acompanhante, não criando restrições e impedimentos.

“Porque ela (irmã) é mais calma e me daria mais tranquilidade” (25 anos, 1º parto)

“Porque ela é mais experiente. É a irmã que eu gosto mais” (22 anos, 4º parto)

“Porque é a pessoa (tia) que eu mais gosto, que mais me ajuda” (26 anos, 5º parto)

Das mulheres que não tiveram o(a) acompanhante de escolha, 17,4% referiram que o serviço não permitiu a sua presença no trabalho de parto (tabela 6) e 14,8% no parto (tabela 7). As principais razões no trabalho de parto, no entanto, foram as questões sociais (42%) destacando-se também as questões emocionais com 13,5%. Em 25% dos casos, a razão da permanência do(a) acompanhante foi o mesmo ter desejado ficar, independente da vontade da gestante. No parto, as questões emocionais tiveram uma importância maior (27%) e a vontade do(a) acompanhante como razão para sua permanência foi bem inferior à observada no trabalho de parto (9%).

Algumas falas demonstram a dificuldade de alguns acompanhantes em permanecer ao lado da gestante durante a assistência ao parto:

“O pai do neném não quis ficar porque ficou com medo de passar mal na hora do parto” (16 anos, 1º parto)

“Minha mãe ficou nervosa e não conseguiu entrar na sala de parto” (19 anos, 1º parto)

“Meu marido não teve coragem de ficar” (29 anos, 2º parto)

“O pai do neném fica nervoso ao entrar em hospital” (21 anos, 1º parto)

Quase a totalidade das mulheres (98,7%) considerou que o(a) acompanhante ajudou no trabalho de parto. A grande maioria das razões alegadas referiu-se ao suporte emocional (74%) e ao conforto físico (15%). As principais questões do suporte foram a calma/tranqüilidade e a força/coragem transmitidas pelo(a) acompanhante. Uma mulher referiu a redução da dor e apenas 3,7% citaram a ajuda na interação com a equipe como uma questão importante. Padrão semelhante foi observado em relação ao parto, sendo também a ajuda física fornecida pelo(a) acompanhante para o bebê nascer referida por 7,5% dessas mulheres. Alguns depoimentos ilustram a importância do suporte fornecido pelo acompanhante familiar:

“Me deu orientação sobre o que fazer, foi muito carinhosa comigo, representou mãe e tudo mais” (24 anos, 3º parto)

“Ficava falando no meu ouvido como fazer o que o médico mandava” (20 anos, 2º parto)

“A dor do parto é muito forte, é uma coisa de Deus. Ele (marido) me deu força” (43 anos, 2º parto)

“Ter alguém conhecido junto é muito bom” (23 anos, 2º parto)

“Ela me ajudou em todos os sentidos, minha mãe foi mil” (20 anos, 1º parto)

“Porque ela me passa tranqüilidade, porque ela me ajudou a ser forte” (14 anos, 1º parto)

“A gente fica fazendo escândalo quando sozinha, mas se tem alguém segurando a sua mão é uma grande ajuda mesmo” (32 anos, 3º parto)

(mulher chora muito e diz) *“Dos outros eu fiquei tão sozinha. Ele sofreu junto comigo”* (32 anos, 3º parto)

“Amo todos os meus filhos mas para mim este foi a melhor parte, porque o pai estava junto” (32 anos, 3º parto)

“Ela era só vizinha, agora faz parte da minha vida” (28 anos, 1º parto)

“Eu estava morrendo de medo de ter que ir para outra maternidade e não ficar aqui, e ter que ficar sozinha” (19 anos, 2º parto)

Cerca de 92% das mulheres afirmaram que o(a) acompanhante ajudou durante as contrações, mas, apesar desse alto índice, 70% acharam que essa ajuda seria certamente melhor se o(a) acompanhante tivesse recebido algum tipo de orientação e/ou treinamento. A grande maioria das mulheres (94%) não referiu qualquer incômodo ou preocupação causados pela presença do(a) acompanhante.

Quando questionadas sobre a satisfação dos(as) acompanhantes com essa prática, mais de 90% das mulheres informaram que o(a) acompanhante gostou de ficar com ela no trabalho de parto e no parto. No trabalho de parto, em quase 60% dos casos, por ter permanecido com ela, participando, ajudando, fazendo companhia e protegendo-a; em 4,7%, pela experiência/aprendizagem; e, em 30%, pela emoção e pelo vínculo afetivo com a mulher e a gravidez.

“Ela estava mais curiosa do que eu. Na gravidez toda ela falava que queria ficar comigo” (29 anos, 2º parto)

“Ele queria ficar comigo, vendo o que estava acontecendo. Sentido de proteção” (26 anos, 1º parto)

“Ele sempre dizia que queria ficar comigo porque se houvesse algum problema ele poderia chamar a equipe” (34 anos, 3º parto)

“Ele se interessava o tempo todo pelo que eu estava sentindo. Acho que ele vai curtir muito mais esse filho” (32 anos, 3º parto)

“Porque acho que uma mãe se sente feliz de ficar ao lado da filha naquele momento” (23 anos, 2º parto)

“A minha acompanhante (tia) tem síndrome do pânico. Depois dessa experiência, ela vai ter mais segurança nela mesma... Foi uma experiência única” (25 anos, 1º parto)

“Ficou um pouco tenso, assustado com as dores, de me ver sofrer, de ver darem o corte e me costurar. Nunca tinha tido essa experiência” (43 anos, 2º parto)

“Porque ele ficou orgulhoso de eu estar aguentando as dores” (28 anos, 3º parto)

“Porque aprendeu mais sobre o parto, tirou as dúvidas” (23 anos, 2º parto)

“Porque ela aprendeu muita coisa” (36 anos, 4º parto)

No parto, as principais razões apontadas foram ter ficado feliz/emocionado (51,4%), nunca ter visto (16,2%), ter ficado mais tranqüilo(a) (6,4%) e ter visto uma criança nascer (15%), na grande maioria crianças com as quais o(a) acompanhante já tinha algum vínculo afetivo, como demonstram as falas a seguir:

“Ela gosta de assistir o parto de todos os netos. Ela gosta de ter prazer de falar que viu o neto nascer” (29 anos, 5º parto)

“Porque se ela estivesse lá fora ela iria ficar mais preocupada. Comigo ela estava vendo o que estava acontecendo, ficou mais tranqüila” (18 anos, 2º parto)

“Teve a surpresa de nascer um menino homem” (34 anos, 4º parto)

“Ele pegou logo neném, ele brincou. Ele foi muito forte” (24 anos, 1º parto)

“Primeira filha que viu nascer” (27 anos, 3º parto)

“Porque é o primeiro neto” (17 anos, 1º parto)

Cerca de 97% das mulheres avaliaram a experiência do acompanhante no trabalho de parto e no parto como "boa" ou "muito boa". No parto, o percentual de mulheres que acharam a prática “muito boa” foi ainda superior ao encontrado no trabalho de parto (Tabela 8). Das mulheres que já haviam tido filhos, 70% nunca tinham tido essa experiência anteriormente e aproximadamente 95% destas gostaram mais do trabalho de parto e do parto com acompanhante. Esses dois depoimentos revelam a diferente experiência do parto propiciada pela presença do(a) acompanhante:

“O parto com acompanhante é melhor com certeza. A gente conversa, se distrai, parece que as contrações são mais leves. A mulher grita porque fica insegura. Neste parto eu nem gritei. Dá a impressão que você como paciente, você está largada... pensa que ninguém está te olhando, com uma pessoa já te dá segurança” (26 anos, 2º parto)

“No primeiro parto senti uma dor danada porque não tinha ninguém para ficar comigo. A presença dela (mãe) diminuiu a dor” (21 anos, 2º parto)

Os sentimentos de segurança, proteção, de ter alguém “conhecido”, de alguém que “eu gosto”, atribuídos pelas mulheres à presença do familiar, já foram identificados em outros trabalhos. Monteiro (1999), em estudo realizado em Vigário Geral, bairro popular da cidade do Rio de Janeiro, para verificar a visão de jovens em relação aos cuidados da vida cotidiana, em particular à prevenção contra o vírus HIV, identificou que o (não) uso do preservativo é definido em função da percepção que se tem do(a) parceiro(a). Tendencialmente, usa-se a camisinha nos relacionamentos ocasionais e/ou com pessoas desconhecidas que não geram confiança.

Para essa autora, a lógica que vincula o conhecido (familiar) à noção de proteção, e o desconhecido (estranho) à ameaça, pode ser entendida a partir da interpretação de DaMatta. Em seu livro “A casa e a rua”, DaMatta defende que as visões de mundo e a ética das pessoas tendem a ser diferenciadas nos espaços da “casa” e da “rua”. O universo da “casa” vincula-se ao *locus* das relações afetivas e amorosas, da harmonia, hospitalidade e segurança; em contrapartida, a “rua” é associada à individualidade, indiferença, trabalho, perigo, malandragem e imposição legal (DaMatta, 1991 apud Monteiro, 1999 p.82).

A presença do acompanhante familiar durante a assistência hospitalar ao parto pode representar para as mulheres a entrada do mundo familiar protetor no universo desconhecido e ameaçador do hospital, trazendo conforto, afeto e segurança.

4.8.2. Mulheres sem acompanhante

Das mulheres que não tiveram acompanhante, mais de 60% avaliaram que teriam tido um trabalho de parto e parto melhor se tivessem tido um(a) acompanhante. As razões mais apontadas foram relativas ao suporte emocional (quase 80%), traduzido como calma, segurança, companhia, força/coragem.

“Eu queria alguém para segurar a minha mão... eu me sentiria menos abandonada... o acompanhante teria que ser norma, regra” (36 anos, 2º parto)

“Me senti sozinha, jogada, chorava o tempo todo” (25 anos, 5º parto)

O conforto físico (cuidado, carinho) foi citado como um dos fatores para um trabalho de parto melhor (6%), mas não foi mencionado no parto. Esse dado contrasta com

o que foi relatado pelas mulheres que tiveram acompanhante no parto, que em 10% dos casos citaram o conforto físico como fator de ajuda do(a) acompanhante. Em contrapartida, a ajuda na interação com a equipe foi citada mais vezes pelas mulheres que não tiveram acompanhante, principalmente no momento do parto, como exemplifica esta fala:

“O parto seria melhor porque o acompanhante estaria vendo se a equipe está trabalhando direito” (36 anos, 8º parto)

Quase 6% das mulheres disseram que o parto teria sido melhor pela experiência que proporcionaria ao/à acompanhante.

“Seria melhor se meu marido estivesse porque ele estaria participando do que eu estava sentindo” (28 anos, 3º filho)

“O parto seria melhor, para ele ver como que é. Como meu marido estaria participando de tudo” (38 anos, 3º parto)

“Acho que ele (pai do bebê) tem que participar, para me dar mais valor” (29 anos, 3º parto)

“Seria melhor com acompanhante porque meu marido iria ver o que a mulher sente na hora do parto” (35 anos, 10º parto)

As mulheres que avaliaram que a presença de um(a) acompanhante teria sido indiferente para o trabalho de parto (23,8%) e para o parto (30,8%), ou que teria sido até mesmo pior (9,5% e 5,5%, respectivamente), alegaram que ficariam nervosas e preocupadas, que o(a) acompanhante não saberia ajudar ou que iria atrapalhar, que a sua presença não reduziria a dor, que se sentiram bem acompanhadas pela equipe e que só o médico podia ajudar.

“Achei bem melhor ficar sozinha porque vi os acompanhantes nervosos” (27 anos, 2º parto)

“A ajuda da equipe foi suficiente. Não acho necessário o acompanhante. Fui bem tratada pela equipe” (14 anos, 1º parto)

“Fui bem tratada pela equipe, tive carinho, atenção, apoio das enfermeiras, o que foi ótimo. Não me importei de estar sem acompanhante” (29 anos, 4º parto)

Aproximadamente 90% das mulheres sem acompanhante no trabalho de parto referiram que as demais estavam acompanhadas e, em quase 60% dos casos, os sentimentos

em relação a isso foram negativos, como abandono, solidão, tristeza, desprezo, ciúmes e desamor.

A percepção dessas mulheres que não tiveram acompanhante sobre essa prática foi também muito positiva – mais de 70% a consideraram "boa" ou "muito boa" – mas esse valor foi inferior ao encontrado entre as mulheres com acompanhante (superior a 95%). Nota-se também que o percentual de mulheres que consideraram essa prática “muito boa” foi muito superior entre as mulheres que tiveram acompanhante. Por outro lado, o percentual de opiniões “indiferente” ou “ruim” se elevou entre as mulheres sem acompanhante, sendo esse valor praticamente nulo para aquelas que tiveram acompanhante (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição percentual da opinião das mulheres sobre a prática do acompanhante, conforme a presença ou não do(a) acompanhante no trabalho de parto ou no parto. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Opinião sobre a prática do acompanhante | Mulheres s/ acomp.no trab. parto (n = 63) ¹ | Mulheres c/ acomp. no trab. parto (n = 144) | Valor de p | Mulheres s/ acomp. no parto (n = 91) | Mulheres c/ acomp. no parto (n= 155) | Valor de p |
|---|--|---|------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| Muito bom | 30,2 | 61,1 | 0,0000 | 20,9 | 67,7 | 0,0000 |
| Bom | 49,2 | 35,4 | 0,0868 | 52,7 | 29,7 | 0,0005 |
| Nem bom, nem ruim | 1,6 | 2,8 | 1,0000 | 12,1 | 1,9 | 0,0024 |
| Ruim | 7,9 | 0,7 | 0,0106 | 2,2 | 0 | 0,1358 |
| Muito ruim | 0 | 0 | --- | 0 | 0 | --- |
| Indiferente | 9,5 | 0 | 0,0006 | 9,9 | 0,6 | 0,0006 |
| Não soube dizer | 1,6 | 0 | 0,3043 | 2,2 | 0 | 0,1358 |

¹Foram excluídas desta análise as mulheres com acompanhante apenas parte do tempo e as que foram admitidas em período expulsivo.

Fonte: Domingues, Rosa. A presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro, 1999.

4.9. Dados relativos à atenção ao parto

Quase 70% das mulheres avaliaram seu parto como "bom" ou "muito bom" e 16,7% acharam-no "ruim" ou "muito ruim". As opiniões positivas e negativas sobre o parto não

apresentaram diferença significativa entre as mulheres que tiveram e as que não tiveram acompanhante no trabalho de parto ou parto.

A presença do(a) acompanhante foi um fator que contribuiu para a satisfação com o trabalho de parto e o parto. No entanto, a satisfação com a prática do acompanhante apresentou um comportamento distinto da satisfação mais global com a assistência ao parto. Mulheres insatisfeitas com o parto apresentaram uma percepção altamente positiva da prática do acompanhante. Entre as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto ou no parto, a presença do(a) acompanhante foi citada como umas das razões da satisfação com o parto por 40% das mulheres que o avaliaram como "muito bom" e por 30% das que o acharam "bom".

“O parto foi muito bom porque eu nunca tive acompanhante antes” (25 anos, 4º parto)

“O parto foi muito bom porque eu estava mais tranqüila, relaxada, por causa do pai que estava perto, me acalmando” (27 anos, 3º parto)

“O parto foi bom porque estava acompanhada, tinha uma pessoa do lado me ajudando” (24 anos, 4º parto)

“O parto foi muito bom porque minha irmã me deu muita força e coragem na hora” (18 anos, 2º parto)

“O parto foi lindo, muito bom, porque tive acompanhante e a equipe tratou bem. Sozinha não consegue, a dor é muito forte” (28 anos, 1º parto)

Aproximadamente 76% das mulheres destacaram apenas aspectos positivos da equipe de saúde que prestou assistência ao trabalho de parto e ao parto. Não foram observadas diferenças significativas quando foram comparadas conjuntamente todas as opiniões positivas e negativas em relação à equipe, entre as mulheres que tiveram e as que não tiveram acompanhante. No entanto, cabe ressaltar que estas últimas acharam os profissionais menos atenciosos no trabalho de parto (duas vezes mais do que as que tiveram acompanhante, $p < 0,05$) e mais grosseiros no parto (NS). Inversamente, as mulheres que tiveram acompanhante acharam os profissionais mais calmos, amáveis e atenciosos do que as que não tiveram (NS).

Quase 95% dos bebês estavam internados com suas mães nas enfermarias de alojamento conjunto. Não foram observadas diferenças significativas na situação de saúde do recém-nato, em função da presença do(a) acompanhante no trabalho de parto ou parto (situação de saúde avaliada segundo o tipo de internação do recém-nato: no alojamento conjunto, sem problemas; no alojamento conjunto, com problemas; na unidade de cuidados intermediários; na unidade de cuidados intensivos).

Aproximadamente 96% das mulheres receberam visita de familiares ou amigos(as) nas primeiras 24 horas pós-parto. As mulheres sem acompanhante no trabalho de parto receberam menos visita do que as que tiveram acompanhante ($p < 0,01$).

Quase 60% das mulheres apresentaram sugestões para a melhoria da assistência na maternidade. A maior parte referiu-se à estrutura física do serviço, mas também foram feitas críticas e sugestões à assistência no centro obstétrico, nas enfermarias de alojamento conjunto e propostas de mudanças de rotinas da maternidade. Não foram observadas diferenças significativas no percentual de mulheres que tinham sugestões a fazer, nem no tipo de sugestões, entre as mulheres que tiveram ou que não tiveram acompanhante. Estas últimas fizeram mais sugestões em relação à assistência no centro obstétrico, mas essa diferença não foi significativa. As mulheres que tiveram acompanhante, tanto no trabalho de parto como no parto, apresentaram mais sugestões em relação a modificações nas rotinas do serviço. Embora essa diferença não tenha sido significativa, pode estar evidenciando uma maior percepção dessas mulheres em relação a seus direitos e uma reivindicação de que estes sejam ampliados.

4.10. Percepção das mulheres sobre os serviços de atenção ao parto

Aproximadamente 98% das mulheres acharam que todas as maternidades devem permitir que as gestantes tenham um(a) acompanhante de sua escolha quando se internem para o parto. Quase 90% das mulheres gostariam de contar com a atuação de *doulas*, 74% delas independente da presença ou não de um(a) acompanhante familiar. As poucas mulheres que disseram não desejar a atuação das *doulas* alegaram não querer a presença de uma pessoa estranha (81,3%), não acreditar que ela possa ajudar (6,3%) ou preferir a presença de um(a) familiar. De toda a amostra, apenas uma mulher afirmou que não gostaria nem da presença do(a) acompanhante familiar, nem da atuação da *doula*.

Cerca de 70% das mulheres acharam que a melhor organização dos serviços de atenção ao parto seria com a *doula* e o(a) acompanhante familiar. Apenas quatro mulheres (1,6%) disseram que as maternidades deveriam funcionar apenas com suas equipes de saúde. As opções das mulheres variaram em função da combinação da presença do(a) acompanhante familiar, associada ou não à atuação da *doula*. As mulheres que preferiram a presença do familiar destacaram a segurança de ter alguém conhecido, aliada ao suporte e às orientações da *doula*. As que gostariam da presença da *doula* apenas em caso de ausência de um familiar, referiram como motivo não quererem ficar sozinhas e apontaram também para o suporte fornecido por elas. Já as mulheres que gostariam da atuação da *doula*, independente da presença do(a) acompanhante familiar, ressaltaram a importância do suporte emocional e das orientações que receberiam. Nota-se, nas três situações hipotéticas, muito pouca ênfase à ajuda na interação com a equipe, à ajuda específica com as contrações e à perspectiva de redução da dor.

A opinião das mulheres quanto à organização dos serviços variou em função de terem tido ou não acompanhante. As mulheres que tiveram acompanhante foram mais favoráveis a que todas as maternidades permitam a presença do(a) acompanhante familiar, foram mais restritivas em relação à atuação das *doulas* e optaram mais por uma organização de serviços que incluísse a presença do familiar (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição percentual da opinião das mulheres quanto à perspectiva de mudança dos serviços de atenção ao parto, conforme a presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Opinião sobre os serviços de Atenção ao parto | Mulheres com acompanhante (n = 144) | Mulheres sem acompanhante (n = 102) | Total (n = 246) | Valor de p |
|---|--|--|--------------------|------------|
| Acompanhante como norma | 100 | 96,1 | 98,4 | 0,0285 |
| Presença de doulas | | | | |
| . não | 17,4 | 4,9 | 12,2 | 0,0002 |
| . sim, com familiar | 16,0 | 6,9 | 12,2 | |
| . sim, se não tiver familiar | 12,5 | 7,8 | 10,6 | |
| . sim, de qualquer maneira | 54,2 | 80,4 | 65,0 | |
| Organização dos serviços: | | | | |
| . doula + familiar | 75,0 | 65,7 | 71,1 | 0,0181 |
| . só doula | 2,1 | 11,8 | 6,1 | |
| . só familiar | 21,5 | 20,6 | 21,1 | |

| | | | |
|----------------------|-----|-----|-----|
| . só equipe de saúde | 1,4 | 2,0 | 1,6 |
|----------------------|-----|-----|-----|

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

4.11. Satisfação das mulheres com a atenção ao parto

Na questão que verifica o porquê da opinião das mulheres sobre o parto, observamos que o sofrimento no parto, a má atenção da equipe, complicações do bebê e o parto demorado e/ou difícil surgiram como questões principais na percepção negativa do parto. Para as mulheres com percepção positiva, o parto ter sido rápido, a equipe ter tratado bem, o pouco sofrimento, e a mãe e o bebê estarem bem, foram os aspectos mais importantes (tabela 10). Em estudo realizado no Canadá (Séguin et al, 1989), a intensidade da dor, a duração do trabalho de parto e a ocorrência de complicações, também foram os fatores mais importantes para a satisfação das mulheres com a experiência do parto.

Outras questões positivas do parto também foram citadas neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, como a vivência da experiência e o controle interno da mulher. O depoimento de uma das mulheres entrevistadas revela a importância da experiência do parto para a sua vida:

“Foi uma experiência importante. Eu era uma pessoa muito seca. Depois do parto eu sinto que fiquei mais carinhosa, passei a dar mais valor ao lado emocional das pessoas” (25 anos, 1º parto).

O acompanhante foi citado como razão da satisfação com o parto por 12% do total de mulheres que avaliaram o parto como "muito bom" e por 6% das que o consideraram "bom" (tabela 10). Como já citado anteriormente, esse valor se eleva para aproximadamente 40% e 30% respectivamente, quando são selecionadas apenas as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto ou parto.

Tabela 10 – Distribuição percentual das razões referidas para a satisfação com o parto segundo o grau de satisfação relatado pelas puérperas. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Razões/ Grau de satisfação | Muito Bom (n=50) | Bom (n=115) | Nem bom, nem ruim (n=40) | Ruim (n= 30) | Muito Ruim (n=11) |
|----------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|
|----------------------------|---------------------|----------------|-----------------------------|-----------------|----------------------|

| | | | | | |
|-----------------------------|-----|-------|-------|-------|-------|
| Recém nato bem | 14% | 25,2% | 25% | 0 | 0 |
| Recém nato c/ problemas | 0 | 0 | 0 | 3,3% | 18,2% |
| Puépera bem | 10% | 10,4% | 7,5% | 0 | 0 |
| Puérpera c/ problemas | 0 | 0 | 7,5% | 0 | 0 |
| Pouco sofrimento | 28% | 16,5% | 10% | 0 | 0 |
| Muito sofrimento | 0 | 5,2% | 72,5% | 70% | 100% |
| Equipe tratou bem | 34% | 16,5% | 5% | 0 | 0 |
| Equipe tratou mal | 0 | 0 | 5% | 16,7% | 18,2% |
| Parto rápido | 68% | 53,9% | 25% | 0 | 0 |
| Parto demorado | 0 | 0,9% | 15% | 23,3% | 0 |
| Aspectos positivos do parto | 2% | 4,3% | 7,5% | 0 | 0 |
| Aspectos negativos do parto | 0 | 1,7% | 12,5% | 13,3% | 0 |
| Presença de acompanhante | 12% | 6,1% | 2,5% | 0 | 0 |
| Experiência de vida | 8% | 2,6% | 0 | 0 | 0 |
| Outros aspectos positivos | 8%* | 2,6% | 12,5% | 0 | 0 |
| Outros aspectos negativos | 0 | 0 | 2,5% | 3,3% | 9,1% |

*Duas mulheres referiram como aspecto positivo ter tido controle da situação.

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

Além da descrição das razões atribuídas pelas mulheres para uma maior ou menor satisfação com o parto, foram também estudadas algumas variáveis para verificar sua possível associação com essa satisfação (tabelas 11 e 12).

A primeira delas foi a paridade, ou seja, o número de partos tidos pelas mulheres do estudo. Foram definidos dois grupos: o das primíparas, constituído por aquelas que estavam tendo seu primeiro parto por ocasião da pesquisa; e o das múltíparas, que era o grupo de mulheres que já haviam tido partos anteriormente, independente do número (o termo “múltipara” foi adotado para facilitar a classificação das mulheres pois em obstetrícia ele é utilizado apenas para as mulheres que já apresentaram 3 ou mais partos).

Observamos uma maior satisfação com o parto entre as primíparas, sendo essa diferença significativa (tabela 11). Esse dado contraria o que foi encontrado na bibliografia estudada (Green et al, 1998), onde se afirma que as primíparas tendem a ser menos

satisfeitas com o parto, por terem geralmente partos mais longos, mais difíceis e muitas vezes com mais intervenções médicas.

Tabela 11 - Distribuição percentual de algumas variáveis relacionadas às características das puérperas segundo grau de satisfação com o parto. Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Características | Muito Bom (n=50) | Bom (n=115) | Nem bom, nem ruim (n=40) | Ruim (n=30) | Muito Ruim (n=11) | Valor de p |
|--------------------------------------|---------------------|----------------|--------------------------------|----------------|----------------------|------------|
| 1) Paridade | | | | | | |
| . múltipara | 48,0% | 69,6% | 72,5% | 73,3% | 54,5% | 0,0426 |
| . primípara | 52,0% | 30,4% | 27,5% | 26,7% | 45,5% | |
| 2) Sentimentos negativos | 20,0% | 37,4% | 42,5% | 36,7% | 36,4% | 0,5763 |
| 3) Expectativas em relação ao parto: | | | | | | |
| . idéias negativas* | 45,8% | 57,9% | 78,9% | 65,5% | 81,8% | 0,1058 |
| . preocupação | 74,0% | 81,7% | 77,5% | 83,3% | 72,7% | 0,7476 |
| 4) Informação sobre o parto: | | | | | | |
| . não | 36,0% | 40,0% | 42,5% | 56,7% | 63,6% | 0,3877 |
| . parcial | 32,0% | 36,5% | 40,0% | 30,0% | 18,2% | |
| . completa | 32,0% | 23,5% | 17,5% | 13,3% | 18,2% | |

* Excluídas seis mulheres com idéias sobre o parto classificadas como “outras”.

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

A fim de compreender o resultado encontrado, comparamos o grupo de primíparas e múltiparas buscando identificar diferenças que pudessem explicar a menor satisfação das múltiparas com o parto (tabela 12).

Tabela 12 – Distribuição percentual de algumas variáveis segundo a paridade das puérperas. Maternidade Leila Diniz, 1999

| Variáveis/Paridade | Primíparas | Múltiparas | Valor de p |
|--------------------|------------|------------|------------|
|--------------------|------------|------------|------------|

| | (n=85) | (n=161) | |
|---|--------|---------|---------|
| Gravidez não planejada | 58,8% | 80,1 | 0,0006 |
| Sentimentos negativos em relação à gravidez | 21,2% | 41,6% | 0,0013 |
| Apoio do Parceiro: | | | |
| . material | 84,7% | 88,2% | 0,5651 |
| . emocional | 85,9% | 85,7% | 0,8760 |
| . nos cuidados com a gravidez | 87,1% | 87,6% | 0,9319 |
| Apoio familiar: | | | |
| . material | 72,9% | 60,9% | 0,0805 |
| . emocional | 95,3% | 80,7% | 0,0036 |
| . nos cuidados com a gravidez | 91,8% | 79,5% | 0,0216 |
| Situação conjugal | | | |
| . casada/unida | 75,3% | 83,9% | |
| . mãe solteira chefe de família | 2,4% | 6,2% | 0,00163 |
| . mãe solteira dependente de familiares | 22,4% | 9,9% | |
| Assistência pré-natal | 98,8% | 88,2% | 0,0079 |
| Grupo de gestantes | 18,8% | 6,9% | 0,0090 |
| Idéias negativas sobre o parto | 56,1% | 63,3% | 0,5046 |
| Estórias ruins de outras mulheres | 25,9% | 31,1% | 0,3658 |
| Sem informação sobre o parto | 35,3% | 47,2% | 0,1873 |
| Preocupação com o parto | 76,5% | 80,7% | 0,5345 |
| Acompanhante no trab. de parto | 80,0% | 47,2% | 0,0000 |
| Acompanhante no parto | 75,3% | 57,1% | 0,0076 |
| Informação durante internação sobre a medicação recebida: | | | |
| . não | 50,0% | 56,0% | |
| . sim, pouca | 25,0% | 11,3% | 0,0276 |
| . sim, suficiente | 25,0% | 32,6% | |
| Opinião sobre equipe: | | | |
| . só positiva | 78,8% | 74,5% | |
| . só negativa | 5,9% | 13,0% | 0,2044 |
| . positiva e negativa | 15,3% | 12,4% | |
| Recém nato com problemas | 12,9% | 16,1% | 0,3955 |
| Visita no pós-parto | 97,6% | 95,7% | 0,6632 |

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

Verificamos que estas apresentavam maior percentual de gestações não planejadas, de sentimentos negativos em relação à gestação atual, e menor apoio familiar (emocional e nos cuidados com a gravidez). Esse grupo apresentava maior percentual de mulheres casadas ou unidas, mas também de mães solteiras chefes de família. Essas mulheres também receberam menor assistência pré-natal, participaram em menor proporção de grupos de gestante, e contaram com menor presença de acompanhantes familiares, tanto no trabalho de parto como no parto. Não foram observadas, no entanto, diferenças significativas em relação às outras variáveis analisadas (tabela 12), com exceção da informação sobre a medicação recebida, em que as primíparas consideraram, em maior proporção, a informação fornecida pelos profissionais como insuficiente. Cabe ressaltar que as primíparas receberam mais medicação durante a assistência ao trabalho de parto e parto (10,6%) do que as múltiparas (2,4%).

Pelos dados encontrados, as múltiparas parecem constituir um grupo que vivia um contexto mais difícil, com mais gestações não planejadas e não desejadas e menor apoio social e emocional durante a gravidez e o parto, o que pode ter contribuído para uma menor satisfação na vivência desses eventos.

Em relação à segunda variável estudada, “sentimentos negativos em relação à gravidez”, não foi encontrada associação com o grau de satisfação com o parto, embora o grupo de mulheres que avaliou o parto como “muito bom” tenha apresentado um percentual bem menor de sentimentos negativos em relação à gravidez (tabela 11).

A escolha dessa variável foi motivada por um dos trabalhos estudados (Green et al, 1998), que demonstrou que fatores emocionais pré-natais parecem afetar os resultados psicológicos após o parto. Mulheres que ficam infelizes ao se descobrirem grávidas, tendem a permanecer infelizes durante a gravidez e o parto e isso influencia suas respostas pós-natais. Mulheres com poucas expectativas e mulheres muito ansiosas em relação à dor do parto, também foram as que tiveram piores resultados emocionais. Esses seriam fatores pré-natais que poderiam ser usados como preditores de resultados pós-natais.

Numa tentativa de aproximação dessas últimas questões, foram escolhidas duas variáveis - “idéias negativas sobre o parto” e “preocupação com o parto atual” - para avaliar

as expectativas em relação ao parto, buscando identificar mulheres que estivessem mais apreensivas e pessimistas em relação à experiência do parto.

A variável “idéias negativas sobre o parto” sofreu uma limitação importante pelo fato do estudo ser retrospectivo, estando essas idéias certamente influenciadas pela vivência recente do parto. Assim, mulheres que apresentavam idéias negativas podem ter tido uma experiência positiva (e vice-versa), alterando sua idéia sobre o parto e interferindo com a avaliação de suas expectativas anteriores. Mesmo com essa limitação, optamos pela manutenção dessa variável, como a aproximação possível, nesse tipo de estudo, do imaginário dessas mulheres em relação ao parto. Não foi encontrada associação da variável “idéias negativas sobre o parto” com a satisfação com o parto, embora o percentual de idéias negativas tenha sido muito superior nas mulheres que avaliaram o parto como “nem bom, nem ruim”, “ruim” e, principalmente, como “muito ruim”(tabela 11). Não foi encontrada também associação da variável “preocupação com o parto atual” com a satisfação com o parto, devendo-se ressaltar o elevado percentual de mulheres que apresentavam preocupação em relação ao parto (sempre superior a 70%) em todas as faixas de satisfação (tabela 11).

Em relação à quarta variável, “grau de informação da gestante em relação ao parto”, observamos um maior percentual de gestantes sem informação entre aquelas que apresentaram menor satisfação com o parto, e maior percentual de gestantes com informação completa em relação ao parto entre aquelas que o avaliaram como “bom” ou “muito bom”. No entanto, essa diferença não apresentou significância estatística (tabela 11).

Já as variáveis que expressam a informação recebida durante a assistência ao trabalho de parto e parto apresentaram uma clara associação com a satisfação com o parto. Com exceção da informação relativa a medicação recebida, as demais informações fornecidas à mulher - sobre a evolução do trabalho de parto, bem estar do feto e exames realizados - apresentaram uma associação positiva com a satisfação com o parto. Ou seja, quanto maior a satisfação com o parto, mais completa foi a informação fornecida (tabela 13).

Alguns depoimentos ilustram a falta de informação referida pelas mulheres em diversos momentos da internação na maternidade:

“Deveriam dar melhor orientação na recepção quando não for internar, diminuindo a ansiedade da gestante” (20 anos, 2º parto)

“Os médicos não passaram muita segurança. Deveria ter um acompanhamento no trabalho de parto melhor, com mais orientação” (14 anos, 1º parto)

“Não me informaram o que estava acontecendo” (23 anos, 2º parto)

“Os profissionais devem fornecer informações corretas, não confusas” (25 anos, 4º parto)

“Conversar com alguns auxiliares de enfermagem no alojamento conjunto para terem mais paciência com as gestantes e darem mais informações sobre os remédios que estão dando” (23 anos, 1º parto)

“Os profissionais não deram as informações que eu gostaria de saber” (30 anos, 4º parto)

“Os profissionais devem dar mais informação sobre o parto, dar mais atenção” (28 anos, 2º parto)

“Acho que a equipe deveria informar mais sobre o parto, preparar mais as mulheres. Dar prioridade para os casos mais graves, ficarem mais atentos para as mulheres que mais precisam” (29 anos, 3º parto).

A maior satisfação com o parto em mulheres com maior nível de informação é condizente com o que foi encontrado na literatura consultada (Murray et al, 1996; Green et al, 1998). O grau de informação, tanto durante a gravidez como durante o trabalho de parto e parto, tem sido mostrado como fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar maior participação no processo decisório e aumentar sua percepção de estar no controle da situação, influenciando a satisfação com o parto.

A variável que verificava a percepção da mulher em relação à equipe que prestou assistência ao trabalho de parto e parto também apresentou associação com a satisfação com o parto. Quanto maior a satisfação com o parto, maior o percentual de mulheres que apresentaram apenas opiniões positivas sobre a equipe que prestou assistência (tabela 13). Além da análise conjunta de todas as opiniões positivas ter mostrado uma associação com uma maior satisfação, duas opiniões específicas, “profissionais que forneceram pouca atenção” e “profissionais confusos”, mostraram associação com uma menor satisfação com o parto ($p < 0,001$ para ambas opiniões). Das mulheres que consideraram os profissionais

pouco atenciosos durante a assistência ao trabalho de parto e parto, 65,7% avaliaram o parto como “nem bom, nem ruim”, “ruim” ou “muito ruim”. Das mulheres que acharam os profissionais confusos, 75% avaliaram o parto como “ruim” ou “muito ruim”.

Vários depoimentos ilustram bem essa questão:

“O parto foi ruim porque o bebê nasceu na cama do pré-parto. A equipe poderia ter ajudado mais, poderia ter sido mais atenciosa” (18 anos, 2º parto)

“Os médicos deram pouca atenção no pré-parto. Fiquei sozinha e ninguém vinha. Minha sugestão? Não deixar a mulher sozinha no pré-parto.” (33 anos, 5º parto)

“A equipe colocou em risco a minha vida e a do bebê tentando o parto normal. Foram confusos, inexperientes.” (27 anos, 1º parto)

“A equipe devia ser mais atenciosa. Me abandonaram...” (23 anos, 4º parto)

“Me senti abandonada, eles sumiram (bebê nasceu na cadeira de rodas)” (19 anos, 2º parto)

“Os profissionais deveriam ser mais atenciosos na hora do parto” (21 anos, 2º parto)

“Mais atenção dos médicos no pré-parto. Me senti jogada” (17 anos, 2º parto)

Várias puérperas apontaram para a falta de continuidade do cuidado, com equipes muito diferentes na sua forma de atuação e atenção às mulheres.

“Equipe variada com atendimentos. Nem todos tão bons” (19 anos, 1º parto)

“Treinar os funcionários para que todos atendam o paciente bem (puérpera referiu que os profissionais no pré-parto foram grosseiros)” (26 anos, 1º parto)

“Que os plantões tratem as mulheres da mesma forma. Nem todos os plantões são iguais. Meu bebê nasceu no banheiro e me perguntaram se eu queria matar minha filha” (18 anos, 2º parto).

Algumas mulheres também se queixaram da forma agressiva com que foram tratadas:

“Os médicos gritaram comigo, não me ajudaram. As mulheres devem ser melhor tratadas, eles deixam a mulher mais nervosa ainda” (22 anos, 3º parto)

“Forçaram muito a minha barriga, eu não estava aguentando mais. Na hora do parto foram estúpidos” (28 anos, 2º parto)

“Os auxiliares de enfermagem me deixaram nervosa. Eram agressivos” (20 anos, 2º parto)

“O médico não acreditou que o bebê ia nascer. Brigou comigo por causa da minha queixa. Os médicos devem ter maior paciência com as mulheres” (25 anos, 4º parto).

Em um manual elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo para o desenvolvimento de trabalhos educativos com gestantes, faz-se referência ao relato de algumas mulheres, que ao falarem dos partos que tiveram, referem-se à internação na maternidade e à maneira como foram tratadas durante o parto, como uma experiência bastante ruim e violenta. A questão principal apontada por essas mulheres não era a dor do parto, mas a conduta dos profissionais ao lidarem com as parturientes (SES/SP, 1988).

D’Oliveira et al (2002) identificaram uma série de trabalhos realizados na última década, por universidades, agências de governo e organizações não governamentais de diversos países, que apontam para a ocorrência rotineira de violência nos serviços de atendimento ao parto e ao abortamento. As autoras focalizam a violência expressa sob quatro formas: a) negligência; b) violência verbal, incluindo tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos e humilhação intencional; c) violência física, considerada também como a não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente utilizada; e d) abuso sexual. As autoras ressaltam que no relato das mulheres entrevistadas, percebe-se que a violência física e verbal e a negligência são eventos comuns e intencionais, uma parte integral da rotina dos serviços, e não episódios acidentais ou realizados apenas por alguns maus profissionais. Esta percepção gera uma cultura de desconfiança entre as pacientes e a equipe de saúde, e impede uma relação provedora de cuidado e cura.

Para Kitzinger (1993), as mulheres geralmente são gratas àqueles que a atenderam durante o nascimento de seu filho e se o atendimento é violento, esta gratidão é misturada com horror à violência usada contra ela, pelas mesmas pessoas que lhe "deram" o seu filho.

Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, o depoimento de algumas mulheres ilustra a importância que uma assistência cuidadosa e afetuosa tem para a satisfação com o parto:

“A equipe foi carinhosa. Me trataram bem” (22 anos, 3º parto)

“Os médicos passaram muita segurança” (20 anos, 1º parto)

“As pessoas foram maravilhosas” (32 anos, 3º parto)

“O parto foi muito bom porque tive carinho, tive atenção dos profissionais”
(29 anos, 4º parto)

“Eles me trataram muito bem” (26 anos, 2º parto)

“O parto foi muito bom porque tive todo apoio da equipe. Foram eficientes”
(29 anos, 5º parto)

“Quando estava sentindo a dor e alguma enfermeira chegava perto eu me sentia mais segura. Não importava o que ela estivesse falando” (18 anos, 1º parto)

“Os médicos foram maravilhosos, não poderiam ter sido melhor. Me deram as informações que eu precisava. O médico deu orientação ainda no pré-parto. Tem que continuar assim. Achei bom demais. O desconforto não é tão importante como o conforto emocional. O resto você tira de letra. O médico te atender bem e você se sentir segura” (36 anos, 2º parto)

Foram feitas também diversas sugestões para que os profissionais sejam mais atenciosos, pacientes, informativos, afetivos, “educados”, e de que não omitam opiniões pessoais sobre a vida e o comportamento das pacientes.

“Acho que os médicos deveriam ser mais pacientes, atenciosos e pensarem mais no próximo, se colocarem no lugar do outro” (18 anos, 1º parto)

“Faltou um pouco de afeto de alguns” (26 anos, 2º parto)

“Alguns médicos no pré-parto que estavam atendendo outras mulheres não foram muito atenciosos, gostaria que eles fossem mais atenciosos” (20 anos, 3º parto)

“Os médicos e enfermeiros tratem as pessoas melhor” (36 anos, 3º parto)

“Os médicos devem ser mais pacientes, mais educados” (38 anos, 8º parto)

“Mais paciência e atenção com as mulheres no pré-parto e no parto” (36 anos, 4º parto)

“Os profissionais não deveriam emitir suas opiniões sobre a vida pessoal das pacientes. Um dos profissionais me falou que eu não pensei na minha mãe na hora de fazer o bebê” (17 anos, 1º parto)

Gomes (1995), em trabalho que avaliava aspectos da qualidade do atendimento à gestação e ao parto através da percepção das usuárias, com realização de entrevistas com puérperas internadas em duas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, verificou que um ponto colocado como positivo e que apareceu com frequência nos relatos das mulheres, foi o acompanhamento constante do trabalho de parto e puerpério. A autora comenta que, embora esse ponto seja um aspecto da qualidade técnico-científica, já que seria uma premissa para um atendimento obstétrico de boa qualidade, foi apresentado em separado pelo significado para as mulheres que a ele se referiram, pois a imagem do atendimento que encontrariam nas maternidades era dada pelo abandono e pelo distanciamento da equipe de saúde durante e após o trabalho de parto.

D’Oliveira et al (2002) assinalam que muitas mulheres descrevem a negligência como o aspecto mais estressante da sua experiência, pelo medo de danos a sua saúde e a de seu bebê, sendo interpretada como um sinal de que a equipe não se importa ou que não está atuando profissionalmente. Muitas vezes, embora a assistência esteja sendo prestada dentro dos limites do que seja considerada uma boa prática, a negligência é percebida pela falta de informação, suporte e compaixão que as mulheres considerariam necessárias para se sentirem bem cuidadas.

Green et al (1998) verificou que aspectos do parto como ter o mesmo profissional acompanhando o trabalho de parto do início ao fim (pelo menos um), e não ter um grande número de profissionais participando da assistência, estiveram associados a maior satisfação, independente se as mulheres queriam ou esperavam que isso acontecesse. Nesse trabalho, a relação da mulher com a equipe de saúde foi apontada como um dos fatores que mais afeta a memória das mulheres em relação à experiência do parto e nascimento, sendo uma questão fundamental para a satisfação dessas com todo o processo.

A última variável estudada - “situação de saúde do recém nato”- não apresentou associação com a satisfação com o parto, mesmo quando todos os recém natos que apresentavam algum problema de saúde, estando eles no alojamento conjunto, unidade de cuidados intermediários ou unidade de cuidados intensivos, foram analisados

conjuntamente e comparados com aqueles que não apresentavam qualquer problema de saúde (tabela 13).

Acreditamos que este resultado possa ser decorrente do pequeno tamanho da amostra e, particularmente, do pequeno número de recém natos com algum problema de saúde (apenas 15%), reduzindo o poder do estudo em demonstrar essa associação, já que uma relação entre o produto do parto e a satisfação com a assistência a esse processo fosse esperada. A presença do “resultado” que é o bebê, é apontada em alguns estudos como um dos fatores intervenientes na avaliação da satisfação com o parto, levando a uma sistemática presença de altos graus de satisfação, tanto em relação à equipe quanto em relação ao serviço (Riley, 1977 apud Reid, 1986). Além disso, na descrição das razões apontadas pelas mulheres para maior ou menor satisfação com o parto, as complicações do bebê foram apontadas por 3,3% das mulheres que avaliaram o parto como “ruim” e por 18,2% das que o avaliaram como “muito ruim”, não sendo citada pelas demais mulheres do estudo com percepções mais positivas sobre o parto (tabela 10).

Tabela 13 – Distribuição percentual de algumas variáveis relacionadas à assistência ao parto segundo o grau de satisfação relatado pelas puérperas.
Maternidade Leila Diniz, 1999.

| Aspectos da Assistência / Satisfação | Muito Bom | | Bom | | Nem bom, nem ruim | | Ruim | | Muito Ruim | | Valor de p |
|---|-----------|----|------|----|----------------------|----|------|----|------------|---|---------------|
| | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | |
| 5) Informação recebida durante a internação: | | | | | | | | | | | |
| a) Sobre evolução do trab. de parto: ¹ | | | | | | | | | | | |
| . não recebeu | 19,0 | 8 | 17,0 | 17 | 37,8 | 14 | 46,4 | 13 | 40,0 | 4 | 0,0023 |
| . pouca | 7,1 | 3 | 14,0 | 14 | 21,6 | 8 | 10,7 | 3 | 30,0 | 3 | |
| .suficiente | 73,8 | 31 | 69,0 | 69 | 40,5 | 15 | 42,9 | 12 | 30,0 | 3 | |
| b) Sobre bem estar | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|------|----|------|-----|------|----|------|----|------|----|-----------------|
| do feto: ¹ | | | | | | | | | | | |
| . não recebeu | 19,0 | 8 | 19,8 | 20 | 28,9 | 11 | 32,0 | 9 | 50,0 | 5 | |
| . pouca | 9,5 | 4 | 7,9 | 8 | 13,2 | 5 | 21,4 | 6 | 50,0 | 5 | 0,0003 |
| . suficiente | 71,4 | 30 | 72,3 | 73 | 57,9 | 22 | 46,4 | 13 | 0 | 0 | |
| c) Sobre exames realizados: ¹ | | | | | | | | | | | |
| . não recebeu | 34,8 | 16 | 26,0 | 27 | 44,7 | 17 | 50,0 | 15 | 54,5 | 6 | |
| . pouca | 19,6 | 9 | 30,8 | 32 | 39,5 | 15 | 36,7 | 11 | 27,3 | 3 | 0,0041 |
| . suficiente | 45,7 | 21 | 43,3 | 45 | 15,8 | 6 | 13,3 | 4 | 18,2 | 2 | |
| d) Sobre medicação recebida: ¹ | | | | | | | | | | | |
| . não recebeu | 56,5 | 26 | 52,8 | 56 | 50,0 | 16 | 69,2 | 18 | 27,3 | 3 | |
| . pouca | 8,7 | 4 | 14,2 | 15 | 28,1 | 9 | 15,4 | 4 | 36,4 | 4 | 0,0941 |
| . suficiente | 34,8 | 16 | 33,0 | 35 | 21,9 | 7 | 15,4 | 4 | 36,4 | 4 | |
| 6) Percepção da equipe: | | | | | | | | | | | |
| . positiva | 86,0 | 43 | 83,5 | 96 | 60,0 | 24 | 63,3 | 19 | 45,5 | 5 | 0,0005 |
| . negativa | 0 | 0 | 7,8 | 9 | 25,0 | 10 | 13,3 | 4 | 27,3 | 3 | |
| . positiva/negativa | 14,0 | 7 | 8,7 | 10 | 15,0 | 6 | 23,3 | 7 | 27,3 | 3 | |
| 7) Recém nato sem complicações | | | | | | | | | | | |
| | 88,0 | 50 | 88,7 | 115 | 77,5 | 40 | 86,7 | 30 | 54,5 | 11 | NS ² |

¹Foram excluídas desta análise as puérperas que foram admitidas em período expulsivo e as que não receberam medicação ou não lembravam se haviam recebido.

²p=0,0225 porém Qui-quadrado não válido

Fonte: Domingues, Rosa. Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: avaliação da experiência da maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres. Rio de Janeiro: mimeo, 1999.

Dos dados encontrados podemos verificar que, com exceção da paridade, as variáveis relacionadas à assistência prestada ao trabalho de parto e parto estiveram mais associadas à satisfação das mulheres do que as variáveis relacionadas às características prévias das mulheres.

Green et al (1998), num estudo que tinha como um de seus objetivos avaliar se as expectativas e experiências prévias das mulheres acerca do parto estavam associadas com resultados psicológicos pós-natais, sendo um deles a satisfação com o parto, verificou que, ao contrário do senso comum, que afirma que mulheres com expectativas mais elevadas se decepcionam mais com o parto e são mais insatisfeitas, as mulheres com menor expectativa foram as que apresentaram os piores resultados psicológicos. Ou seja, mulheres que são pessimistas em relação ao que vai acontecer e são confirmadas no seu pessimismo, têm os piores resultados pós natais. De um modo geral, as mulheres cujas preferências não foram contempladas, independente de suas expectativas, tiveram piores resultados.

Nesse sentido, embora o presente estudo não possa inferir causalidade, uma hipótese possível para os resultados encontrados seja a de que os aspectos relacionados à assistência tenham tido maior influência na determinação da satisfação com o parto, superando questões prévias das mulheres, como sentimentos negativos em relação à gestação, idéias negativas sobre o parto e falta de informação sobre o processo do trabalho de parto e parto.

Gomes (1995), no estudo já citado sobre a percepção das usuárias sobre a qualidade do atendimento à gestação e ao parto em duas maternidades públicas do município do Rio de Janeiro, encontrou resultado semelhante ao evidenciar que 77% das mulheres que disseram que o atendimento recebido na maternidade tinha sido diferente do esperado, responderam que a expectativa era de um atendimento pior. Ou seja, as experiências prévias (da própria entrevistada ou de pessoas próximas a elas) eram tão negativas, que o atendimento recebido tinha sido melhor do que elas esperavam.

McIntosh (1986 apud Green et al, 1998), em estudo prospectivo realizado com mulheres da classe trabalhadora na Escócia, também evidenciou que 53% avaliaram que o parto havia sido melhor do que o esperado, o que o autor atribuiu às expectativas muito baixas dessas gestantes em relação ao parto, principalmente devido ao medo da dor e da perda de controle.

CAPÍTULO V – DISCUSSÃO

Os dados encontrados neste estudo, relativos a algumas informações normalmente monitoradas pela instituição (idade, grau de escolaridade, bairro de residência), foram semelhantes aos observados nos primeiros cinco anos de funcionamento da maternidade (1994-1999), o que nos leva a crer que a amostra de mulheres entrevistadas seja representativa da população usualmente atendida nesse serviço.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC (SMS, 2000), as mulheres atendidas na Maternidade Leila Diniz não apresentam diferenças marcantes daquelas atendidas em outras maternidades públicas do Rio de Janeiro, no que se refere à idade das gestantes, grau de escolaridade e acesso a serviços de pré-natal. Existe, porém, variação importante nas taxas de prematuridade e baixo peso ao nascer, que refletem o risco reprodutivo das gestantes atendidas, sendo os valores dessas taxas na Maternidade Leila Diniz inferiores aos de alguns outros serviços. No entanto, acreditamos que um perfil de atendimento direcionado a gestantes de maior risco não seja impeditivo da prática do acompanhante. Esta característica indicaria, inclusive, maior necessidade de suporte emocional, tanto por parte da equipe de saúde como dos familiares, justamente por essas mulheres apresentarem gestações de risco.

A principal diferença da Maternidade Leila Diniz em relação às demais maternidades públicas refere-se à sua localização. Como esta maternidade está situada em local de difícil acesso, existe pouco afluxo de mulheres de outras regiões, e mais de 90% das gestantes atendidas são residentes na área de abrangência da maternidade. Como visto neste estudo, mais de 80% das mulheres freqüentaram serviços de pré-natal localizados na própria área e mais de 90% das gestantes não procuraram outro serviço antes de sua internação na Maternidade Leila Diniz. Este dado contrasta com o observado nas outras maternidades, em que um percentual elevado de mulheres reside em áreas vizinhas, com grande peregrinação em busca de assistência. Nessa situação, espera-se um percentual maior de gestantes internadas em período expulsivo, o que, como visto, dificulta ou até inviabiliza a presença do(a) acompanhante no trabalho de parto e parto. Apesar das diferenças apontadas, acreditamos que dados semelhantes, principalmente em relação à

percepção e satisfação das mulheres com a prática do acompanhante, possam ser encontrados nas demais maternidades públicas do Rio de Janeiro.

Alguns trabalhos que discutem a avaliação da satisfação das mulheres com a assistência ao parto apontam dificuldades para a realização desse tipo de estudo (Hodnett&Osborn, 1989a; Séguin et al, 1989; Murray et al, 1996; Green et al, 1998). Os pacientes, de modo geral, têm dificuldade em criticar o serviço de saúde e os profissionais que o atenderam, principalmente em situações de risco. No caso da assistência perinatal essa dificuldade pode ser ainda maior pois as mulheres tendem a se sentir aliviadas, agradecidas e com sentimentos positivos após o nascimento de uma criança saudável, compensando qualquer experiência negativa durante a assistência. Nos dias imediatamente após o parto em especial, as mulheres podem hesitar em criticar a assistência recebida e os profissionais envolvidos, principalmente se elas ainda se encontram hospitalizadas. Sugere-se, então, que as pesquisas sejam realizadas fora da instituição, por um(a) profissional que não seja do serviço, garantindo sigilo e anonimato, num intervalo de tempo que permita à mulher elaborar a experiência vivida, mas sem o risco de que ocorram lapsos de memória, e que sejam formuladas questões capazes de captar variações sutis nas opiniões, com uma interpretação dos dados que valorize essas diferenças.

Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, as entrevistas foram feitas ainda durante a internação, num momento muito próximo ao parto, e por duas profissionais, assistentes sociais, que já atuavam no serviço, fatores que, teoricamente, poderiam dificultar a avaliação da satisfação. No entanto, a escolha dessas profissionais foi decorrente do tipo de trabalho que desenvolviam na maternidade, com atividades educativas individuais e em grupo, discutindo questões relacionadas à sexualidade e direitos reprodutivos, o que consideramos que seria um elemento facilitador na abordagem das puérperas durante a pesquisa.

No questionário, para avaliação da satisfação das mulheres, foi utilizada uma questão com cinco opções de resposta variando de “muito bom” a “muito ruim”. Segundo Ware & Hays (1988), esse tipo de pergunta, para avaliação da satisfação do usuário em contatos específicos com o serviço de saúde, permite a obtenção de níveis de satisfação mais baixos, maior variabilidade nas respostas e maior associação com medidas de intenção de comportamento dos pacientes (como aderir às prescrições e recomendações feitas,

retornar ao serviço e recomendá-lo a outras pessoas), do que uma escala com seis itens variando de “muito satisfeito” a “muito insatisfeito”. A pergunta sobre a satisfação das mulheres sobre a prática do acompanhante foi feita ao final de uma série de questões que verificavam aspectos diversos dessa prática, o que, segundo esses autores (Ware & Hays, 1988), resulta na obtenção de níveis mais baixos de satisfação, por permitir que o paciente reflita sobre aspectos específicos do contato com o serviço de saúde antes de avaliá-lo. Uma última característica do questionário a ser ressaltada é que, embora este contivesse apenas questões fechadas, uma opção de resposta “outros”, seguida de uma pergunta aberta, foi utilizada em várias questões, com o intuito de permitir a expressão de opiniões e respostas não previstas. Acreditamos que essas características do instrumento utilizado possam ter contribuído para uma melhor avaliação da satisfação das mulheres com a prática do acompanhante e com o serviço.

Nos dados encontrados, verificamos insatisfação de parte das mulheres com seu parto, críticas relacionadas à atuação dos profissionais e sugestões apresentadas para a melhoria da assistência, o que nos leva a crer que as mulheres tiveram a possibilidade de expressar suas opiniões negativas em relação ao serviço e que a elevada satisfação com a prática do acompanhante seja verdadeira.

De fato, esse resultado é compatível com o encontrado em estudos internacionais, que mostram que a presença de um(a) acompanhante familiar, em especial do parceiro, é um dos fatores que mais contribui para a satisfação das mulheres com a assistência recebida durante o parto (Keirse et al, 1989; Smith et al, 1991; Murray et al, 1996; Green et al, 1998).

Cabe ressaltar a diferença de opinião entre as mulheres que tiveram e as que não tiveram a presença do(a) acompanhante. As mulheres com acompanhante manifestaram maior satisfação com essa prática e perceberam a presença do(a) acompanhante como de grande ajuda, principalmente relacionada ao suporte emocional e conforto físico, e não referiram preocupações ou incômodos com a sua presença. Já as mulheres que não tiveram acompanhante foram mais pessimistas em relação à possível atuação do(a) acompanhante, acreditavam que ficariam nervosas ou preocupadas com sua presença, e que o acompanhante não saberia como ajudar. O depoimento de uma das mulheres entrevistadas demonstra esse pessimismo com a prática do acompanhante e com o próprio serviço de

saúde: *“O parto não seria melhor nem pior com o acompanhante. Pobre não tem vez. Com família ou sem família seria a mesma coisa. Foi um descaso muito grande, o bebê acabou nascendo no pré-parto”* (38 anos, 8º parto).

Além da satisfação com a prática em si, a presença do(a) acompanhante contribuiu para a satisfação com o parto e esteve associada a outros aspectos da assistência, como o maior acesso à informação sobre os exames realizados e os medicamentos utilizados, e uma percepção mais positiva sobre a atenção fornecida pelos profissionais. É necessário, portanto, ampliar o acesso das mulheres a essa prática, permitindo que um número maior de gestantes usufrua dos benefícios do suporte emocional.

Através dos dados encontrados, verificamos que a presença do(a) acompanhante no trabalho de parto e no parto é uma prática de saúde de fato implantada na Maternidade Leila Diniz, sem variações importantes no desempenho do serviço entre as equipes de plantão e os diversos horários de atendimento. Embora ainda existam falhas e um percentual de mulheres não tenha tido acompanhante, ou não tenha tido o(a) acompanhante de sua escolha, por questões do serviço, cabe ressaltar que parte desses problemas decorreu da própria estrutura física da maternidade que, em casos de superlotação, não tem como garantir a privacidade das mulheres internadas, dificultando ou mesmo impedindo o acesso dos(as) acompanhantes. A principal falha da instituição está relacionada à informação fornecida às mulheres sobre o direito ao acompanhante. Uma discussão mais aprofundada sobre informação será apresentada mais adiante neste trabalho.

Neste estudo, as mulheres que não tiveram acompanhante apresentavam piores condições sociais e menor acesso a serviços e informações de saúde. Eram mulheres com mais idade, com menor grau de escolaridade e com maior número de gestações, partos e abortos. Apresentavam menor cobertura pré-natal e, quando freqüentaram esses serviços, iniciaram-no mais tardiamente, comparecendo a um número menor de consultas, tendo também menos informações sobre o parto e sobre o direito ao acompanhante. O menor suporte social dessas mulheres pode ser evidenciado pelo menor apoio familiar (financeiro, emocional e nos cuidados com a gravidez), pelo elevado percentual de questões sociais alegadas como razão para não ter tido acompanhante ou para não ter tido o(a) acompanhante de escolha, e também pelo menor número de visitas recebidas no primeiro

dia após o parto. A maioria dessas mulheres apresentou sentimentos negativos em relação ao fato de estarem sozinhas, enquanto outras mulheres estavam com acompanhante.

Esses dados apontam para a necessidade de uma abordagem diferenciada dessas mulheres, propiciando o suporte emocional através de outros profissionais. Estudos já citados apontam para o benefício do suporte fornecido pelas *doulas*, com resultados obstétricos e psicológicos consistentes, ressaltando que essa é uma medida preventiva de baixo custo, condizente com práticas tradicionais desenvolvidas em muitos países (Chalmers & Wolman, 1993; Klaus & Kennell, 1997).

Além de oferecer suporte emocional às mulheres sem acompanhante, as *doulas* também podem atuar junto às mulheres que estão com o(a) acompanhante familiar. Alguns estudos apontam que o(a) acompanhante familiar pode estar muito envolvido(a) afetivamente com a experiência do parto, talvez necessitando ele(a) próprio(a) de suporte emocional (Enkin et al, 1995). Na Maternidade Leila Diniz, um número elevado de mulheres não tiveram o(a) acompanhante de escolha, tanto no trabalho de parto (13,5%) como no parto (27%), por questões emocionais do(a) acompanhante.

A relação da *doula* com a mulher e seu acompanhante se constrói na premissa de que ela permanecerá durante todo o trabalho de parto, não os deixando sozinhos, o que faz com que a mulher e sua família se sintam cuidados. Ela pode, ainda, ser uma interface importante entre a mulher ou o casal e a equipe de saúde. A intenção com a atuação da *doula* não é o de interferir na relação da gestante com seu acompanhante, seja ele o pai do bebê ou outro membro da família, mas de complementar e reforçar sua atuação através de sugestões que encorajem o acompanhante a tocar, falar e a ajudar de maneira que seja confortante para ele e reconfortante para a mulher. O objetivo com a presença da *doula* é que o acompanhante familiar não tenha inteira responsabilidade no suporte de todo trabalho de parto, e que a *doula*, através de um suporte objetivo, útil e cuidadoso, proteja a necessidade do acompanhante de estar presente no seu nível de conforto (Klaus et al, 1993).

Hodnett & Osborn (1989b), em estudo realizado no Canadá, verificaram que a presença de uma pessoa fornecendo suporte contínuo no parto não alterou a atuação dos parceiros durante o trabalho de parto e parto, com exceção do fornecimento de informações e instruções que foi um pouco menor. A percepção dos parceiros sobre a presença dessa pessoa de suporte também foi positiva e esses parceiros listaram uma série de maneiras pela

quais consideraram que essa pessoa forneceu ajuda, em 85% das vezes com ações dirigidas a eles próprios.

Em relação à avaliação da satisfação das mulheres com a assistência ao parto, consideramos que este é um estudo exploratório, com limites relacionados principalmente ao fato do estudo não ter sido desenhado para esse fim. O principal limite está relacionado ao tamanho da amostra, que talvez tenha sido insuficiente para demonstrar algumas associações estatísticas importantes. Além disso, o tipo de análise realizado, que não incluiu a análise multivariada, também pode ter limitado a identificação dos fatores mais importantes relacionados à satisfação com o parto.

Apesar desses limites, os resultados encontrados são condizentes com os dados verificados na literatura sobre o tema, e podem apontar para alguns caminhos a serem percorridos para a melhor compreensão da questão da satisfação com o parto. Assim, correndo o risco de estarmos repetindo questões já colocadas no capítulo anterior, abordaremos a seguir alguns aspectos que parecem ser centrais para a questão da satisfação. São eles: informação; envolvimento no processo decisório/controlado da situação; presença do acompanhante; e atitude dos profissionais/relação da mulher com a equipe.

Em relação à informação, já foi citada a importância que os estudos atribuem para a informação fornecida durante a gestação e o parto para a satisfação das mulheres com a assistência. Um trabalho (Mackinley, 1994 apud Murray et al, 1996) identificou a informação como sendo o mais significativo preditor da satisfação global em obstetria.

Nos dados encontrados neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, verificamos que as mulheres receberam poucas informações sobre o parto, que num percentual pequeno dos casos essa informação havia sido fornecida pelo profissional do pré-natal, e que mulheres com menos informação apresentaram menor acesso à prática do acompanhante. Cerca de 15% das mulheres não tiveram a presença de um(a) acompanhante porque desconheciam esse direito. A informação recebida durante a internação, relativa ao direito ao acompanhante, aos medicamentos utilizados, à evolução do trabalho de parto, ao bem estar do feto e aos exames realizados, também foi insuficiente, estando os três últimos tipos de informação associados ao grau de satisfação com o parto. É fundamental, portanto, ampliar e qualificar o acesso das mulheres à informação, tanto na assistência pré-natal

como na internação para o parto, como estratégia para obtenção de maior satisfação na assistência ao parto.

A informação e explicação relativa aos procedimentos e medicamentos utilizados, e o envolvimento da gestante na decisão de utilizá-los, têm sido apontados como questões importantes para as mulheres e isso nos remete ao segundo ponto a ser discutido: envolvimento no processo decisório/ controle da situação. Murray et al (1996) apontam que a participação no processo decisório é uma das questões principais para a satisfação das mulheres com os serviços que atendem o parto e que as decisões são mais bem aceitas quando a mulher e o parceiro entendem o porquê das decisões e são consultados no processo. As mulheres desejam ser ouvidas e respeitadas e ter expectativas que não são cumpridas representa motivo de menor satisfação.

Green et al (1998) também apontam que a experiência de se sentir no controle é importante, independente se as mulheres queriam ou esperavam esse controle. Estar no controle não significa necessariamente tomar as decisões, mas parece se relacionar muito mais com o tipo de relação estabelecido com a equipe e com a sensação de estar envolvida no processo decisório, e não ser apenas objeto de decisões e intervenções. Nesse estudo realizado por Green et al na Inglaterra, o uso de intervenções médicas esteve associado com a satisfação, mas não o fato de ter ou não recebido a intervenção. O mais importante era a sensação de que a intervenção foi discutida e decidida corretamente, e não a experiência da intervenção em si. Mulheres que avaliavam que a coisa certa havia sido feita eram as mais satisfeitas, independente de terem tido ou não intervenção.

Hodnett & Osborn (1989a), em revisão sobre o tema, referem que a expectativa de algum grau de controle tem sido identificada como característica comum entre as parturientes e que a expectativa de controle está inversamente relacionada à ansiedade no pré-natal. Esse controle pessoal, ou domínio durante o parto, tem sido demonstrado como componente chave da satisfação estando relacionado também a outros resultados perinatais. Esses autores, em estudo realizado no Canadá, encontraram como fatores preditivos da percepção de controle no parto: a expectativa das mulheres, aferida durante a gestação, de controle no parto; e o suporte profissional contínuo intraparto associado à não utilização de medicação analgésica.

Assim, de modo geral, a questão do controle, tanto interno (relacionada ao próprio comportamento) quanto externo (relacionada ao ambiente, incluindo a equipe de saúde), é importante para as mulheres, tanto para a vivência do parto como para os resultados psicológicos. Apesar de alguns aspectos negativos que possam estar relacionados à questão do controle, como maior ansiedade das mulheres e conflitos com a equipe de saúde, a revisão da literatura sobre o tema sugere que mulheres com mais controle, ou que se percebem com mais controle, têm experiências mais positivas do parto, maior nível de satisfação e menor depressão. A expectativa das mulheres relativa a esse controle é sempre menor que o desejado, e a maior expectativa geralmente é observada em relação àquelas questões que as mulheres percebem que poderiam ter algum poder. Mesmo intervenções pequenas e aspectos sócio-comportamentais são importantes para a questão do controle e os profissionais devem estar atentos a isso (Green et al, 1998).

Kitzinger (1993) também aponta que a literatura sobre satisfação no parto sugere que as mulheres têm percepções mais positivas se recebem informações frequentes e completas e se participam no processo de decisão, e que isso seria válido para todos os níveis sócio-econômicos. Green et al (1998), numa revisão sobre questões associadas à satisfação com o parto, verifica que poucos autores têm estudado a questão da classe social no seu modelo explicativo. Nelson (1983 apud Green et al, 1998), um dos autores que tem estudado esse tema, afirma que a idéia de que o parto deve ser o mais natural possível, com pouca intervenção e, portanto, conflitivo com o modelo médico, é uma visão de mulheres de classe média. A partir de um estudo prospectivo realizado com 322 gestantes em um hospital de ensino, aponta que as mulheres de menor escolaridade (critério utilizado para medida da classe social), vêem o parto como um momento de medo, dor e perda de controle e têm o desejo de que o parto ocorra o mais rápido e com o mínimo de dor possível. Para esse autor, as mulheres de classe baixa não valorizam o processo do parto nem se referem a ele como uma experiência. As taxas de intervenção elevadas são percebidas como inevitáveis e a analgesia bem-vinda. Mas, mesmo entre essas mulheres, a satisfação estava associada a menor intervenção médica e uma grande fonte de insatisfação era a falta de informação fornecida pela equipe médica.

Green et al (1998) concluem, a partir da revisão desse e de outros estudos que analisavam a questão da classe social, que as mulheres trabalhadoras percebem a

intervenção médica positivamente. Além disso, esses estudos têm demonstrado que essas mulheres de classe baixa não têm grandes expectativas em relação ao parto, pelo contrário, elas muitas vezes parecem ter expectativas muito negativas e têm seus piores medos concretizados.

No entanto, em seu próprio estudo realizado na Inglaterra (Green et al, 1998), as autoras encontraram resultado diverso, demonstrando que mulheres de menor escolaridade (que foi o indicador utilizado para medir classe social) não desejavam entregar todo o controle para a equipe de saúde. As mulheres, mesmo as de classe mais baixa, tinham expectativas quanto ao poder de decisão. Essas mulheres eram menos informadas, esperavam ter menos controle e menos participação do que as de maior escolaridade, e de fato tiveram menos envolvimento, mas não abdicavam do controle. As múltiparas e as mulheres com menor escolaridade eram as que apresentavam menor expectativa. Nesse estudo demonstrou-se também que as mulheres, de modo geral, esperavam que o parto fosse uma experiência enriquecedora.

Séguin et al (1989), em estudo realizado no Canadá, com uma amostra de mulheres, quatro a sete meses após o parto, através de questionário enviado pelo correio, identificou que a satisfação das mulheres com a assistência recebida durante o parto, esteve associada principalmente com a sua participação no processo decisório e com a frequência de explicações recebidas e esse resultado não foi afetado pelo nível educacional das mulheres, que teve uma contribuição mínima para variação da satisfação com os serviços médicos.

Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, que é um serviço que atende, em sua maioria, mulheres de baixo nível de escolaridade, embora a questão da participação no processo decisório/controlado e da própria experiência da vivência do parto não tenha sido investigada de forma específica, ela pode ser verificada na resposta das mulheres ao avaliarem a satisfação com o parto. Das mulheres que consideraram o parto "muito bom", 8% alegaram como razão dessa avaliação a "experiência de vida" e 8% citaram outros aspectos positivos. Destas últimas, duas apresentaram respostas que nos remetem à questão do controle interno: uma que referiu "*ter conseguido ficar calma, me controlar e ter paciência*", e a outra "*por ter sido forte*".

Sem dúvida, a possibilidade de escolha e de controle está ligada ao acesso à informação e assertividade das mulheres, o que nos remete à questão da preparação para o

parto. Apesar de alguns problemas metodológicos dos estudos existentes que avaliam os resultados da preparação para o parto (Reid, 1988; Green et al, 1998; Enkin et al, 2000), um achado consistente sobre esse tema é que as mulheres preparadas para o parto usam menos analgesia e anestesia do que as que não receberam preparação. Além disso, alguns fatores psicológicos benéficos também foram observados como menor nível de dor, maior satisfação com o parto, maior auto-estima e menor depressão pós-parto. Green et al (1998) assinalam que vários estudos apontam para a importância do controle e da participação ativa no parto e concluem que ser capaz de manter este controle é, sem dúvida, um dos benefícios da preparação para o parto. Um desses estudos, que verificou a associação da preparação com o controle no parto, concluiu que mesmo treinamentos mínimos (ou seja, voltados apenas para a fisiologia do trabalho de parto e parto) são válidos e produzem resultados positivos. Humenick (1981 apud Green et al, 1998) ressalta que o controle da dor não parece ser a principal questão relacionada à satisfação, mas sim o controle, o domínio do parto. Nesse modelo, a dor é apenas uma das questões que podem influenciar a satisfação. Acredita-se que esse domínio possa ser alcançado por uma postura confiante e assertiva encorajada na preparação para o parto.

Para muitas mulheres o parto é uma ocasião em que elas se encontram desempoderadas e sem controle sobre o próprio corpo, sendo essa situação mais óbvia no caso das cesáreas. Não é só uma questão de perda de confiança em si mesmas. Mulheres que descrevem o parto como uma situação em que se sentiram desempoderadas, freqüentemente se sentem violentadas e utilizam uma linguagem semelhante à de mulheres que foram estupradas (Kitzinger, 1993). Para esta autora, o parto nas sociedades ocidentais tornou-se um ato institucionalizado de violência contra as mulheres e a depressão pós-parto é o resultado da sensação de desamparo frente a essa violência.

É fundamental, portanto, investir em estratégias que propiciem o empoderamento das mulheres. Melhor preparação e informação para o parto visando uma postura mais ativa e maior possibilidade de controle, propiciando melhores resultados psicológicos, inclusive maior satisfação com o parto. Murray et al (1996) referem que a elaboração de um plano de parto pela gestante pode ser uma estratégia a ser adotada, como forma das equipes conhecerem e respeitarem suas preferências. O plano de parto poderia também ser uma forma de aumentar o controle da mulher durante a assistência ao trabalho de parto e parto,

embora no estudo realizado por Green et al (1998) na Inglaterra, não tenha sido percebido pelas mulheres como tal. A Organização Mundial de Saúde também classifica como uma prática reconhecidamente benéfica a "*elaboração pela mulher, durante a gravidez, de um plano de trabalho de parto de conhecimento de seu marido/parceiro e, se possível, de sua família*" (OMS, 1996 p.34).

No Brasil, a elaboração de um plano de parto pelas gestantes não é uma prática rotineira nos serviços de saúde. Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, a preparação para o parto pôde ser verificada apenas pela informação recebida pela gestante durante a gravidez. Como já citado no capítulo anterior, menos da metade das gestantes referiram ter recebido informações sobre o parto, e o serviço de pré-natal não foi a fonte principal de informação, sendo citado por menos de 20% das mulheres que freqüentaram esse serviço. A maior fonte de informação foi a mãe e outros familiares.

Em estudo que avaliava as fontes de informação usadas pelas mulheres durante a gestação (Cartwright, 1979 apud Reid, 1986), verificou-se também uma grande rede de pessoas utilizadas para obtenção de informação, como mãe, marido, outros parentes e amigos, e em percentual muito superior aos profissionais de saúde. Para Reid (1986), considerando-se a curta duração das visitas aos serviços de saúde, e o longo tempo no contato com outras pessoas, essas fontes de informação, representadas pelas pessoas leigas, têm sido negligenciadas por profissionais de saúde e pesquisadores. Para essa autora, a informação obtida com pessoas leigas é importante fonte de saber, oferecendo à mulher o que falta nas outras fontes: experiência pessoal da gestação e parto. Um estudo (Mckinlay, 1973 apud Reid, 1986) mostrou que mulheres que freqüentavam menos o pré-natal tinham uma rede de apoio social mais forte do que as que freqüentavam mais esse serviço e com mais regularidade.

Algumas questões parecem ser relevantes para que os serviços de pré-natal possam se tornar uma fonte importante de informação para as mulheres. Reid (1986), por exemplo, destaca que a informação fornecida pelos serviços é mais adequada quando há continuidade da assistência pelo mesmo profissional. A falta de continuidade de um rosto familiar, e a segurança que isso traz, tem conseqüências para as mulheres, dificulta a interação com o profissional e afeta a satisfação com o cuidado. Diversos estudos têm demonstrado que pessoas com uma fonte regular de cuidados médicos, ou seja, que são atendidas sempre

pelo mesmo profissional, são mais satisfeitas com a atenção recebida (Weiss, 1988; Enkin et al, 2000).

Outro aspecto a ser ressaltado é que as mulheres captam as diversas mensagens transmitidas pela instituição e quando essas mensagens são conflitivas, geram confusão e insegurança. Como é o caso, por exemplo, de serviços que estimulam as mulheres para que tirem suas dúvidas durante as consultas, mas que oferecem consultas com duração muito curta e com profissionais pouco receptivos às perguntas. Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, uma puépera referiu-se espontaneamente a essa questão: *“O pré-natal deveria conversar mais com as pacientes, deixar mais à vontade... A gente quer falar e não tem como conversar”* (27 anos, 4º parto). Outro ponto importante é a qualidade das informações fornecidas pelos profissionais, que são freqüentemente evasivas e incompletas aumentando, ao invés de reduzir, a ansiedade das mulheres (Reid, 1986). Segundo Butter (1986), a informação não tem utilidade se não for capaz de ser compreendida e usada, e garantir a informação adequada é um desafio para os profissionais de saúde.

Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, diferentemente do observado em relação ao atendimento pré-natal, o grupo de gestantes destacou-se como espaço privilegiado de informação, sendo citado como fonte de informação por 70% das mulheres que participaram dessa atividade e garantindo a estas mulheres mais acesso à informação sobre o parto do que as que não participaram. Além disso, a participação nos grupos de gestantes esteve associada a maior satisfação com o parto: 81,4% das gestantes que participaram de grupos avaliaram o parto como “bom” (37,0%) ou “muito bom” (44,4%), valor bem superior ao das mulheres que não participaram (47,5% “bom” e 17,5% “muito bom”, $p < 0,05$). Cabe ressaltar que as mulheres que participaram dos grupos sentiam-se melhor informadas do que as que não participaram, mas esta diferença não teve significância estatística. Esse dado pode sugerir que a participação nos grupos tem um efeito superior ao esperado apenas pelo repasse de informação, e que pode estar relacionado a maior autoconhecimento, segurança e menos medo e ansiedade em relação à gravidez e ao parto.

Para Enkin et al (2000) as conseqüências da preparação para o parto não podem ser verificadas apenas por seus efeitos individuais nas gestantes, porque efeitos indiretos podem contribuir para modificações importantes no ambiente onde as mulheres têm seus

partos. Assim, se informações sobre os riscos, benefícios e alternativas ao cuidado convencional permanecerem como um foco principal da maior parte dos grupos de preparação, e um número elevado de mulheres passe a ter consciência das opções disponíveis para a assistência ao parto, pode-se esperar um envolvimento crescente de consumidores influentes e bem informados na determinação do padrão futuro das práticas relacionadas ao parto e nascimento, e grandes mudanças na prática obstétrica podem ocorrer.

No Brasil, a importância das práticas educativas, de um modo geral, e da preparação para o parto, em particular, está presente em documentos oficiais desde a implantação do PAISM. Nas diretrizes gerais do programa, que norteiam as proposições básicas de ação para a assistência integral à saúde da mulher, afirma-se que “*o conceito de integralidade da assistência pressupõe uma prática educativa que permeie todas as ações desenvolvidas, assegurando a **apropriação pela clientela dos conhecimentos necessários a um maior controle sobre sua saúde***” (MS, 1984 p.16). Ainda nesse documento, nos conteúdos programáticos, durante a assistência ao parto e puerpério imediato, está preconizado o “*acompanhamento sistemático dos períodos de dilatação, expulsão e dequitação, de modo a garantir que esses processos ocorram, sempre que possível, de forma natural e com a participação ativa da parturiente*” (MS, 1984 p.20).

Mais recentemente, no manual “Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher”, um capítulo inteiro é dedicado à preparação para o parto, sendo colocado como objetivo da preparação da **mulher e seu acompanhante**, “*favorecer que o trabalho de parto e parto sejam vivenciados com mais tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento da família*” (MS, 2001 p.31). O preparo da gestante abrange um conjunto de cuidados, medidas e atividades que têm como objetivo “*oferecer à mulher a possibilidade de vivenciar a experiência do trabalho de parto e parto como processos fisiológicos, sentindo-se protagonista do processo*” (MS, 2001 p.26). Dentre as medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade que devem ser adotadas pelos serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos, encontra-se “*dar à gestante e seu acompanhante o direito de participar das decisões sobre o nascimento, desde que não coloque em risco a evolução do trabalho de parto e a segurança da mulher e do recém-nascido*” (MS, 2001 p.27). Segundo esse material, os métodos contemporâneos de

educação preparatória para o parto tendem a combinar aspectos de diversas abordagens e a incluir, além das medidas educativas, a adoção de medidas referentes ao trabalho corporal, oferecendo à mulher um melhor conhecimento da preparação corporal, bem como do relaxamento e da respiração para um melhor controle de trabalho de parto e parto. Esses métodos contemporâneos têm por propósito *“modificar a atitude da mulher e seu acompanhante que, ao invés de ligar o parto a medo e dor, passem a aceitá-lo com compreensão, segurança, tranqüilidade e com participação ativa”* (MS, 2001 p.31)

A preparação para o parto e a elaboração do plano de parto são oportunidades importantes para a mulher escolher a pessoa que irá acompanhá-la durante o trabalho de parto e parto. A "presença do acompanhante" é o terceiro aspecto que gostaríamos de destacar e já foi amplamente discutido neste trabalho a importância do suporte emocional, não apenas para os resultados perinatais, mas também para a satisfação das mulheres com a assistência ao parto. Murray et al (1996) referem que a presença e suporte do acompanhante aumentam a sensação de controle da mulher sobre o ambiente, contribui para a satisfação geral com o parto, e é preditivo de percepções positivas sobre o parto. Ressaltamos, ainda, que, além de ser um dos principais componentes da satisfação com o parto, é uma das práticas consideradas reconhecidamente benéficas pela OMS para atenção aos partos de baixo risco (WHO, 1996).

Quanto ao último aspecto - "atitude dos profissionais/relação da mulher com a equipe" - também já foi abordado neste trabalho a importância que a relação com a equipe tem para a satisfação com o parto, sendo um dos fatores que mais afeta a memória das mulheres em relação à experiência do parto e nascimento. Mulheres valorizam conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, e profissionais que sejam responsivos às perguntas e que reconheçam as suas necessidades (Murray et al, 1996). Para Enkin et al (2000) as mulheres apreciam a presença constante de uma pessoa de suporte no trabalho de parto associado a um cuidado apropriado fornecido por um número pequeno de profissionais. Séguin et al (1989), em estudo realizado no Canadá, verificaram que a participação no processo decisório foi o principal componente da satisfação com o cuidado médico, e a informação recebida o principal aspecto da satisfação com a assistência de enfermagem. Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, a percepção negativa dos profissionais esteve associada a menor satisfação com o parto e, especificamente,

profissionais que foram considerados "confusos" ou "pouco atenciosos" estiveram associados a menor nível de satisfação.

Santos e Siebert (2001), em estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Catarina, verificaram que alguns dos aspectos mais valorizados pelas mulheres durante o atendimento nessa maternidade foram a atenção imediata às suas necessidades, e o bom humor, dedicação e preocupação da equipe. Em estudo nessa mesma instituição (Santos, 1998 apud Santos & Siebert, 2001), algumas atitudes dos profissionais como atenção, orientação, presença constante, uso de terminologias compreensíveis, estabelecimento de uma relação de segurança e confiança, e a facilitação no entendimento do cuidado fornecido, foram importantes para a mulher que estava vivendo o processo do parto.

Para o Ministério da Saúde (2001), humanizar o atendimento é reconhecer a individualidade das mulheres, o que permite ao profissional estabelecer um vínculo com cada mulher e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também *“relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de ‘assumir o comando da situação’ passa a adotar condutas que tragam bem estar e garantam a segurança para a mulher e o bebê”* (MS, 2001 p.10).

Green et al (1998), a partir do estudo realizado com mulheres na Inglaterra, sugerem algumas "dicas" para os profissionais de saúde visando maior satisfação das mulheres:

- . o parto cesariano e partos instrumentais estão associados a menor sentimento de realização da mulher, mais insatisfação, depressão e descrição negativa do bebê;

- . intervenções menores, principalmente quando percebidas como desnecessárias, têm implicações para as mulheres e não devem ser feitas desnecessariamente. A ocorrência de laceração, por exemplo, é melhor percebida pelas mulheres do que a realização de episiotomia, que está associada a sentimento de perda de controle e menor realização com o parto. Suturas devem ser realizadas o mais rápido possível e com o máximo de cuidado;

- . garantir às mulheres liberdade de movimentação para encontrar a posição mais confortável é um importante aspecto da assistência e está associado a resultados psicológicos positivos e períneo intacto;

- . é importante fornecer suporte para alívio da dor em mulheres que não desejam o uso de medicação analgésica, não pressionando-as para uso dessas drogas;

. a falta de continuidade na assistência inibe a interação com a equipe e está associada a menor satisfação e realização da mulher;

. o fornecimento de informação e o envolvimento da mulher nas decisões traz melhores resultados emocionais pós-natais. Qualidade da equipe e como as coisas são feitas são tão importantes quanto o que é feito;

. não permitir a permanência do(a) acompanhante traz resultados negativos para a parturiente.

Os autores ressaltam, ainda, que as mulheres de menor escolaridade e classe social não querem entregar todo o controle do processo para a equipe e que ter maiores expectativas não conduz necessariamente a fracasso, decepção e insatisfação. Os profissionais devem tentar se desarmar de seus estereótipos porque estes muitas vezes são equivocados e levam à má comunicação entre a mulher e o profissional. As mulheres também têm estereótipos e preconceitos em relação aos profissionais e propiciar o contato prévio entre ambos pode favorecer muito o processo de atenção ao parto.

Butter (1986) salienta que as mulheres têm sido encorajadas, tanto pelo movimento de mulheres como pelo movimento de consumidores, a rejeitar o papel tradicional de submissão e dependência e a ter uma postura ativa no seu trabalho de parto e parto, e que essa mudança de atitude pode criar tensões na relação com a equipe de saúde. Para que essa relação seja harmoniosa, é necessário que os profissionais respeitem as aspirações e valores das mulheres, quais sejam, de que a experiência do parto tem um significado que não é só médico, que resultados não médicos também são importantes, que estar consciente e alerta no parto pode ser mais valorizado do que o controle da dor, e que quando escolhas devem ser feitas considerando um tipo de risco contra outro, a paciente deve escolher o risco a ser evitado. A autora aponta, no entanto, que os estudos mostram que mulheres ainda têm dificuldades para perguntar sobre suas dúvidas, são relutantes em participar do processo decisório e se sentem inseguras na escolha entre opções. O maior desafio para os profissionais é fornecer a informação que a gestante precisa numa forma que seja compreensiva e útil para suas escolhas, capacitando-as a pesar riscos e benefícios das alternativas. Relações mais igualitárias e colaborativas entre médicos e pacientes são necessárias e uma das tarefas mais difíceis para os obstetras será como compartilhar

informação e estabelecer essa nova relação com as mulheres, e esta deve ser uma prioridade das pesquisas na área de assistência ao parto.

Para finalizar, cabe ressaltar a necessidade de realizar estudos que avaliem a situação brasileira e aprofundem a questão da satisfação com o parto nos diferentes locais e contextos de assistência.

Kitzinger (1993) ressalta que os métodos quantitativos utilizados nas pesquisas na área de parto e nascimento geralmente consideram medidas objetivas, como duração do trabalho de parto e número de intervenções realizadas, e as relacionam com graus de satisfação com a assistência. Nesse processo, a experiência da mulher tende a desaparecer e o sentido desses atos médicos, a relação da mulher com os profissionais, e o significado da experiência do parto para sua vida se perdem. O registro dos eventos obstétricos, embora forneça elementos numéricos, não traduz necessariamente uma associação com a experiência do parto e o estado emocional posterior, já que um parto curto, por exemplo, pode ser muito doloroso e traumático para a mulher.

Neste estudo realizado na Maternidade Leila Diniz, fatores obstétricos como a duração do trabalho de parto e o uso de intervenções não foram registrados e analisados. Sabe-se, no entanto, que as primíparas geralmente apresentam partos mais longos e com maior possibilidade de uso de intervenções, o que contribuiria para menor satisfação com o parto (Green et al, 1998). O resultado encontrado, de que as primíparas apresentaram maior satisfação com o parto do que as múltiparas, sugere que outros fatores, como o apoio familiar durante a gestação e o suporte emocional por acompanhante familiar no parto, podem ter sido mais importantes para a satisfação com o parto do que os fatores obstétricos teoricamente mais desfavoráveis.

A impressão geral do parto não pode ser confundida com os cuidados recebidos. O parto é uma experiência pessoal cuja avaliação está relacionada com as expectativas de cada mulher (Séguin et al, 1989). Essa avaliação é influenciada pelo cuidado médico recebido e pelas relações com os profissionais de saúde, mas não é limitada a esses fatores. Para Kitzinger (1993), em todas as culturas, o nascimento de uma criança é cercado de valores fortemente estabelecidos e o comportamento da mulher e daqueles que a assistem no parto e no pós-parto, e as suas reações iniciais à maternidade, não podem ser

compreendidos sem um conhecimento do significado que o parto e a maternidade representam.

É necessário a realização de pesquisas que enfoquem as experiências das mulheres, em que elas definam o significado do parto e da maternidade no contexto de suas vidas e valores (Reid, 1988; Kitzinger, 1993). Pesquisas para as mulheres e não sobre as mulheres. O desafio é explorar as experiências das mulheres no parto e na maternidade que não estejam aprisionadas no contexto médico, e como resultado do que for apreendido com essas experiências, trabalhar para criar um ambiente para o parto em que as mulheres possam ser empoderadas no processo do parto (Kitzinger, 1993).

Nesse sentido, é importante conhecer as expectativas das mulheres brasileiras em relação ao parto para poder avaliar sua satisfação com esse evento. Num contexto de falta de vagas nas maternidades, elevada mortalidade de mães e bebês, e receios em relação à qualidade da assistência, o parto pode ser um momento crítico, inclusive de muita dor, pelo qual elas precisam passar para ter o seu bebê. Talvez não seja visto como um evento especial a ser vivido, como uma experiência enriquecedora e gratificante. A satisfação pode decorrer de conseguir uma vaga, ser bem tratada e não ter complicações para ela e seu bebê. Gomes (1995), em estudo já citado realizado em duas maternidades públicas da cidade do Rio de Janeiro, apontou para este fato. Nesse estudo, 90% das entrevistadas avaliaram o parto como “ótimo” ou “bom” e para a autora, diante das incertezas sobre conseguir vaga, ter sido internada, por si só, mostrou ter peso significativo para a avaliação feita pelo grupo entrevistado.

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

"O suporte no parto é secular mas suas vantagens foram agora validadas por estudos controlados e seus benefícios positivos não devem ser ignorados... para aqueles que prestam assistência às mulheres durante o parto, o desafio é buscar a tecnologia obstétrica apenas quando necessário, utilizando a prática do suporte contínuo no parto para ajudar o processo do parto a seguir seu curso natural e normal" (Kennell et al, 1991, p.2201).

Apesar da evidência científica disponível, que aponta para a importância do suporte emocional no parto, deve-se esperar, e experiências nacionais demonstram (Lima, 1997), a ocorrência de resistências à mudança da prática vigente de separação da mulher de seus familiares.

Para Wagner (1994), nos serviços de saúde de uma forma geral, existe uma distância importante entre a prática clínica correta demonstrada pela evidência científica e a prática clínica real da maioria dos médicos.

Segundo Jordan (1993), a evidência científica e critérios médicos sozinhos não podem ser usados para explicar a elaboração, implantação e extinção das práticas assistenciais. Os profissionais de saúde tomam partido porque estão inseridos de forma inconsciente num sistema de práticas consensual, culturalmente aceito, que é baseado na definição cultural do parto. Os sistemas de parto estão inseridos num sistema cultural maior, com o qual se articulam através da estrutura econômica e política, da socialização dos participantes no parto, e da localização do conceito de parto dentro do sistema ideológico maior da sociedade. A autora sugere que qualquer controvérsia é decidida através da relação da evidência científica com a realidade sócio - política e a ideologia local vigente.

Para Wagner (1994), na busca de soluções para o uso excessivo de tecnologia no parto, não se deve esperar que a profissão médica organizada seja parte da solução. Para esse autor, não é razoável esperar que uma profissão que detém status elevado, poder e domínio do mercado, queira mudanças, e cita diversos exemplos internacionais que demonstram como a profissão médica tem sido parte do problema e não da solução. Assim, não só não se deve esperar que a profissão médica busque um caminho para uso mais apropriado da tecnologia, mas existe boa evidência de eventos passados, de que ela irá resistir a mudanças propostas para o uso da tecnologia.

No entanto, como a obstetrícia lida, na grande maioria das vezes, com pessoas saudáveis e não com doença, ela é mais vulnerável a mudanças do seu paradigma dominante, já que as críticas se baseiam no paradoxo dela insistir na doença e no manejo do corpo da gestante como máquina defeituosa, quando na realidade a gestante não está doente. Assim, embora os sistemas de parto sejam conservadores e existam resistências a mudanças de práticas rigidamente definidas, obstetras atentos às demandas das consumidoras estão oferecendo mais alternativas para o parto e modificações introduzidas pelo modelo humanista acabam levando os mais conservadores a também oferecerem opções, como a presença do pai do bebê na sala de parto (Davis-Floyd, 1987).

Mesmo no modelo americano de atenção ao parto, onde a medicalização do processo e a abordagem tecnológica se tornou ainda mais pronunciada (com uso elevado de monitorização eletrônica, analgesia peridural e partos cesarianos), a introdução de mudanças, principalmente a partir da década de 80, como a implantação de programas de atenção perinatal centrados na família, aumento de grupos de educação para o parto, e a presença de pelo menos um acompanhante não especialista no parto, reduziram a distância entre as concepções da mulher e o tratamento que ela recebe, aumentando a sua satisfação. Assim, mulheres educadas para o parto, que têm o parceiro ou amigos fornecendo suporte emocional, e que se sentem ativamente participantes do processo, expressam elevada satisfação com os partos altamente tecnologizados. Ou seja, a possibilidade de estar consciente, de ter escolha, e de ter o suporte de um acompanhante, que acompanham o aumento da tecnologização do parto nos EUA, reduziram as dissonâncias entre as concepções da mulher sobre si mesma e o tratamento recebido. Por outro lado, mulheres pobres e de minorias, que não estão integradas ao sistema de parto da classe média expressam considerável insatisfação com o atendimento pré-natal e no parto, que é freqüentemente impessoal e sobre os quais lhes é dada pouca informação e possibilidade de escolha (Jordan, 1993).

Assim, mesmo que mudanças profundas no modelo de assistência ao parto brasileiro não ocorram, espera-se que a introdução do suporte no parto por acompanhante de escolha da gestante possa contribuir para maior satisfação da mulher com o parto. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde (MS, 2000) e sua publicação mais recente sobre humanização do parto (MS, 2001) preconizam

claramente a implantação da prática do acompanhante, devido aos seus benefícios para a saúde das mulheres e dos recém-nascidos e para uma melhor experiência para as mulheres que dão à luz.

No entanto, deve-se ressaltar que a maior parte dos serviços de obstetrícia hospitalares são projetados sem facilidades para não pacientes. Assim, não só conceitualmente mas fisicamente não há espaço para um participante leigo que possa estar acompanhando a mulher. Nos partos hospitalares, mesmo que uma pessoa de suporte esteja presente, sua atuação e interação com a mulher ficam muito limitados pelo tipo de mesa de parto, que impede um suporte completo para o corpo; pela posição deitada da mulher, que impede que ela seja sustentada pelos braços do acompanhante; e pela fragmentação do corpo da gestante numa metade com acesso restrito aos médicos (“a extremidade do trabalho”) e a metade superior onde o acompanhante deve permanecer (“extremidade relacional”) (Jordan, 1993).

Para Rothman (1982), no hospital outros fatores podem também interferir com a intensidade e intimidade do envolvimento da gestante com o acompanhante, como a restrição da gestante ao leito, a aproximação de pessoas estranhas e o uso de equipamentos que podem interferir psicologicamente e fisicamente na interação de ambos (dificuldade de contato físico, medo de alterar/danificar o equipamento).

Desta forma, se o ambiente hospitalar dificulta a atuação do acompanhante familiar, o profissional de saúde deve estar particularmente atento para tranquilizá-lo em relação ao ambiente e tecnologias utilizadas e orientá-lo sobre a melhor forma de fornecer o suporte para a parturiente.

Para o Ministério da Saúde (2001), *“o processo de humanização do nascimento, que inclui também a possibilidade de um acompanhante à parturiente, envolve necessariamente uma mudança de atitudes. Inicialmente do profissional de saúde que é parte integrante da equipe que presta atenção integral a esta mulher, revendo seus conceitos, deixando de lado seus preconceitos, para favorecer um acolhimento completo, técnico e humano à mulher”* (MS, 2001, p.65). E envolve também uma mudança de atitude da instituição, que deve estar estruturada e preparada para esta nova postura.

Para finalizar, reforçamos que o suporte no trabalho de parto e no parto constitui-se numa medida simples, de baixo custo, com benefícios claros e sem riscos conhecidos. Todo

esforço deve ser feito para garantir que toda parturiente receba suporte no parto, tanto de pessoas de sua relação afetiva quanto de profissionais treinados, e este deve incluir presença contínua, encorajamento e conforto físico. Os resultados encontrados neste trabalho, realizado em uma unidade que atende mulheres de baixo nível socio-econômico, demonstram que a presença do(a) acompanhante familiar, embora ainda pouco estudada no que se refere aos seus efeitos sobre os resultados perinatais, é uma prática valorizada e desejada pelas mulheres, e que deve ser entendida como um direito das gestantes e seus familiares, constituindo-se num importante componente da humanização da assistência ao parto e nascimento.

O resultado observado de que mulheres sem acompanhantes familiares apresentavam sentimentos negativos ao se perceberem sozinhas enquanto outras mulheres estavam acompanhadas, coloca um novo desafio para os serviços realmente preocupados com a humanização da assistência ao parto e nascimento, que é o de garantir suporte no parto **a todas as mulheres internadas**. O elevado percentual de mulheres que afirmaram que gostariam da ajuda de *doulas*, e a sugestão feita pela maioria delas de que os serviços contem com *doulas* associadas ao acompanhante familiar, sugerem que esta também seja uma alternativa viável e promissora para a qualificação dos serviços de atenção ao parto. A atuação das *doulas* é uma intervenção de baixo custo que pode ser uma forma simples de redução da duração do trabalho de parto, taxa de cesariana e problemas perinatais e deve ser considerada pelos formuladores e executores das políticas de saúde como uma das estratégias a ser adotada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVSC INTERNATIONAL, IPPF/RHO, 1999. *Memorias del simposio sobre Participacion Masculina En La Salud sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas*. EUA: AVSC International and International Planned Parenthood Federation, Western Hemisphere Region.
- BERTOLDO, I.; SANTOS, M.; PEREIRA, S. & CUSTÓDIO, Z., 1996. Maternidade do Hospital Universitário – Humanizando o Atendimento. In: *Anais do 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro*, pp.20-25, Rio de Janeiro: SMS - RJ.
- BOARETTO, M.C., 2000. Gênero e modelo de gestão em saúde: a experiência do Rio de Janeiro. In: *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as políticas públicas*.(Ana Maria Costa, Edgar Merchán-Hamann, Débora Tager, organizadores). Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- BRASIL, 1991. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília.
- BUTTER, I., 1986. The role of women's attitudes in obstetric care. In: *Perinatal Care Delivery Systems: Description and Evaluation in European Community Countries* (Comission of the European Communities /Health Services research Series nº 1), pp. 77-89, England: Oxford University Press.
- CAMPOS, S. & LIMA, J., 1996. Modelo de Assistência ao Nascimento no Hospital Sofia Feldman – Belo Horizonte – MG. In: *Anais do 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro*, pp.13-17, Rio de Janeiro: SMS - RJ.
- CARNEIRO, L., 1993. *Casa do parto – um novo paradigma na atenção do parto*. Ceres: Hospital São Pio X, mimeo.
- CASTRO,A.; RATTO, K. & GARBAYO, L., 1995. Gestar, Parir, Nascer. *Carta da Cepia*

- Informativo quadrimestral. Ano II , nº 3. Rio de Janeiro: CEPIA.

CERES, 1993. *Fluxograma da casa de parto – Hospital São Pio X – Assistência a trabalhos de parto e parto fisiológicos na perspectiva de humanização do nascimento*. Ceres: Hospital São Pio X, mimeo.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1997a. Cesariana: uma epidemia invisível. *Medicina*, Jornal do CFM, Ano X, nº 84, agosto/1997, pp.18-19.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1997b. Natural é Parto Normal. *Medicina*, Jornal do CFM, Ano X, nº 87, novembro/1997, pp.18-19.

CFM (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA), 1998. Natural, Seguro e Humanizado. *Medicina*, Jornal do CFM, ano XII, nº 91, março/1998, pp.19.

CHALMERS,B. & WOLMAN, W., 1993. Social support in labor- a selective review. *J. Psychosom Obstet Gynaecol*, 14(1):1-15.

COOK, M., 1998. *The role of social support in midwifery practice and research*. In: <http://www.enf.org/~djz/birth/HVMA/> social support.html. Acessado em 09/06/1998.

CREMERJ (CONSELHO REGINAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), 2000a. Materno-Infantil: Conflito com enfermeiros. Interferência na medicina - CREMERJ coibe intromissão de outros profissionais em atividades exclusivas do médico. *Jornal do CREMERJ*, ano XII, nº 115, abril/2000, pp. 5.

CREMERJ (CONSELHO REGINAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), 2000b. Materno-Infantil - Limites na área de atuação. CREMERJ pretende normatizar a atuação das enfermeiras obstetras. *Jornal do CREMERJ*, ano XII, nº 116, maio/2000, pp. 7.

CREMERJ (CONSELHO REGINAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), 2000c. Materno-Infantil. Intromissão no ato médico. Resolução do CREMERJ vai normatizar as ações no parto. *Jornal do CREMERJ*, ano XII, nº 117, junho/2000, pp. 5.

CREMERJ (CONSELHO REGINAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), 2000d. Materno-Infantil. Responsabilidade médica. *Jornal do CREMERJ*, ano XII, nº 118, julho/2000, pp. 15.

CREMERJ (CONSELHO REGINAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), 2000e. Forum debate assistência ao parto. Resolução 160/00. *Jornal do CREMERJ*, ano XII, nº 122, nov/2000, pp. 10-11.

DAVIS-FLOYD, R.E., 1987. Obstetric Training as a Rite of Passage. *Special Issue of the Medical Anthropology Quarterly*, 1(3): 288-318.

DAVIS-FLOYD, R.E., 1994. The Rituals of American Hospital Birth. In: *Conformity and Conflict: Readings in cultural antropology*. 8th ed. (David McCurdy, ed), pp.323-340, New York: Harper Collins.

DAVIS-FLOYD, R., 2001. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (suppl nº 1): 5-23.

DATASUS, 2002. In: <http://tabnet.datasus.gov.br>. Acessado em 11 de julho de 2002.

DIAS, M.A.B., 1996. Avaliação da intervenção obstétrica na maternidade Leila Diniz. *Saúde em Foco*, informe epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ano V, nº 14: pp. 40-41.

DIAS, M.A.B., 2001. *Cesariana: Epidemia Desnecessária? A construção da indicação da*

cesariana em uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, S.G. & SCHRAIBER, L.B., 2002. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359: 1681-1685.

ENKIN, K.; KEIRSE, M.; RENFREW, M. & NEILSON, J., 1995. Social and professional support in childbirth. In: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (2^a ed.). New York: Oxford University Press Inc.

ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; NEILSON, J.; DULEY, C.C.L.D.; HODNETT, E & HOFMEYR, J., 2000. Social and professional support in childbirth. In: *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*. Inglaterra: Oxford University Press.

FAÚNDES, A. & SILVA, J., 1998. O equilíbrio entre o parto vaginal e a cesárea na assistência obstétrica atual. *Femina*, 26(8): 669-673.

FRANCO, M.C., 1988. *Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado em um hospital geral*. Dissertação de mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.

FURLANI, D. & SANTOS, V.S.C., 2000. Percepções das mulheres/acompanhantes face à oportunidade de vivenciarem juntos o processo de parir na maternidade do HU-UFSC. In: *Resumo de trabalhos da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento*, pp.83, 2 a 4 de novembro de 2000, Ceará, Brasil: Jica, Aliança Luz.

GREEN, J.; COUPLAND, V. & KITZINGER, J., 1998. *Great Expectations – A Prospective Study of Women's Expectations and Experiences of Childbirth*. Inglaterra: Books for Midwives Press.

GOMES, M.A.S.M., 1995. *Aspectos da Qualidade do Atendimento à Gestação e ao Parto*

Através da Percepção das Usuárias. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

HALL, J.A & DORNAN, M.C., 1988. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc. Sci. Med.*, 27(9): 935-939.

HEALTH AND WELFARE CANADA, 1987. *Family Centred Maternity and Newborn Care National Guidelines*. In: *Healthy Beginnings: Guidelines for Care During Pregnancy and Childbirth*-<http://sogc.medical.org/sogc-docs/public/guidelines/helth2.htm>

HELMAN, C.G., 1984. Gênero e Reprodução. In: *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.

HODNETT, E.D. & OSBORN, R.W., 1989a. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Research in Nursing and Health*, 12(5): 289-297. Canada: University of Toronto.

HODNETT, E.D. & OSBORN, R.W., 1989b. A randomized trial of the effect of monitrice support during labor: mother's views two to four weeks postpartum. *Birth*, 16: 177-183.

HODNETT, E.D., 2002. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1. Oxford: Update Software.

JORDAN, B., 1993. *Birth in Four Cultures – A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and The United States*. 4^a ed. USA: Waveland Press, Inc.

KEIRSE, M.; ENKIN, M. & LUMLEY, J., 1989. Social and professional support during

childbirth. In: *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (Chalmers, I., Enkin, M. & Keirse, M., eds), Vol 2, pp. 805-814, Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.

KENNEL, J.; KLAUS, M.; McGRATH, S.; ROBERTSON, S. & HINKLEY, C., 1991. Continuous Emotional Support During Labour in a US Hospital - A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 265(17): 2197 - 2201.

KITZINGER, S., 1978. *Mães – um estudo antropológico da maternidade*. Portugal: Ed. Presença.

KITZINGER, S., 1993. Birth and violence against women generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth. In: *Women's Health Matters* (Helen Roberts, ed.), pp.63-79, London: London and New York Routledge.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H. & KLAUS, P.H., 1993. *Mothering the mother: how a doula can help you have a shorter, easier and healthier birth*. Cambridge, Massachusetts: Perseus Books.

KLAUS, M.H.; KENNEL, J.H.; ROBERTSON, S.S. & SOSA, R., 1986. Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity. *Br Med J*; 293: 585-587.

KLAUS, M. & KENNEL, J., 1997. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr*, 86 (10): 1034-1036.

LEÃO, M. & PEIXOTO, M., [199-]. *Doulas Apoiando Mulheres Durante o Trabalho de Parto: Experiência do Hospital Sofia Feldman*. Belo Horizonte: mimeo

LEÃO, M.R.C. & BASTOS, M.A.R., 2000. "Tendo uma pessoa do lado a gente fica muito

mais forte... a dor até diminui": Estudo etnográfico sobre parturientes acompanhadas por "doulas". In: *Resumo de trabalhos da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento*, pp.80, 2 a 4 de novembro de 2000, Ceará, Brasil: Jica, Aliança Luz.

LEBOYER, F., 1974. *Nascer Sorrindo*. São Paulo: Ed. Brasiliense.

LIEBERMAN, A., 1992. *Easing labor pain – the complete guide to a more comfortable and rewarding birth*. EUA: The Harvard Common Press.

LIMA, K., 1997. *Maternidade Leila Diniz (1994-1996): Nascimento de um Novo Profissional de Saúde?*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

LIMA, K., 1998. *La participación masculina en el prenatal y el parto*. Rio de Janeiro: mimeo.

MALDONADO, M.T., 1997. *Psicologia da gravidez*. Rio de Janeiro: Ed. Saraiva.

MARTIN, E., 1987. *The Woman in the body. A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.

MATERNIDADE LEILA DINIZ, 1999. *Relatório de atividades do ano de 1998*. Rio de Janeiro: cópia.

MELLO, G. & LIMA, D., 1996. Proposta de rotinas de prática humanizada em maternidade. In: *Anais do 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro*, pp.10-12, Rio de Janeiro: SMS - RJ.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984. *Assistência Integral à Saúde da Mulher - Bases de*

ação programática. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986. *Pré-Natal de Baixo Risco*. Brasília: Centro do Documentação do Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1991. *Assistência Institucional ao Parto, ao Puerpério e ao Recém Nascido*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994. *Diretrizes Básicas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995. *Oito Passos Para a Maternidade Segura. Guia básico para serviços de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996. *Manual dos Comitês de Mortalidade Materna*. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2815 de 29 de maio de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção I, pp. 47-48.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2816 de 29 de maio de 1998. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 de junho de 1998, seção I, pp. 48.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 985 de 05 de agosto de 1999. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 de agosto de 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 569 de 01 de junho de 2000. Republicada no

Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de agosto de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 570 de 01 de junho de 2000. Republicada no *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, em 18 de agosto de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 571 de 01 de junho de 2000. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, em 8 de junho de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 572 de 01 de junho de 2000. Republicada no *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, em 14 de novembro de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 466 de 14 de junho de 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA EXECUTIVA, 2000. *Programa Humanização do Parto – Humanização no Pré-Natal e Nascimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 426 de 04 de abril de 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE DA MULHER, 2001. *Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília: Ministério da Saúde.

MONTEIRO FILHO, L.; LOPES NETO, A.A.; RANGEL, A.M.H. & MONTEIRO, M.T.S., 1988. O programa de hospitalização da criança acompanhada (Phoca) do Hospital Municipal Souza Aguiar: Análise dos conflitos gerados com a equipe de saúde. *J. pediatr. (RJ)*, 6(64): 224-7.

- MONTEIRO, S., 1999. Aids e proteção: a visão de jovens de um bairro popular. *Estudos Feministas* (revista do IFCS/UFRJ e CFH/UFSC), 7(1 e 2): 72-88.
- MURRAY, I.; WILCOCK, A. & KOBAYASHI, L., 1996. Obstetrical Patient Satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, sept 1, 16, Issue 3: 54-57.
- ODENT, M., 1984a. *Entering the World – The de-medicalization of childbirth*. New York: New American Library.
- ODENT, M., 1984b. *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books.
- ODENT, M., 2000. *A Cientificação do Amor*. São Paulo: Terceira Margem.
- OOSTERBERG, E., 1996. Assistência ao parto e nascimento na Holanda. In: *Anais do 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro*, pp. 35-38, Rio de Janeiro: SMS - RJ.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1985. Tecnologia apropriada para nascimento e parto. Traduzido por Sonia N. Hotminsky; revisado por Sonia I. Venâncio. *The Lancet*, 8452-II: 436-7.
- PACIORNIK, M., 1991. *Parto de Cócoras*. 3ª ed. São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal.
- PACIORNIK, C., 1992. Análise perinatal de 11.100 partos de cócoras. In: *Parto Humanizado – formas alternativas* (Sabatino, H.; Dunn, P. & Caldeyro Barcia, R., orgs), Campinas: Ed. da Unicamp.
- PEREIRA, A.L.F., 2001. *O parto assistido pela enfermeira na política de humanização ao*

- parto e nascimento*. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde/NUTES, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- PINCUS, J. & SWENSON, N., 1995. Childbirth. In: *4º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade, módulo V gravidez, parto e puerpério*. Campinas: NEPO/UNICAMP.
- PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2002. Decreto nº 20996 – Programa de Qualificação da Assistência Perinatal na Cidade do Rio de Janeiro 2001/2004. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 18 de Janeiro de 2002, Encarte, p. 1-6.
- RATTNER, D., 1996. Sobre a hipótese de estabilização das taxas de cesárea do Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 30(1):19-33.
- RATTNER, D., 1998. Concepções alternativas de assistência e seu impacto nos indicadores perinatais. In: *Seminário estadual sobre o ensino de enfermagem para a assistência ao nascimento e parto*. São Paulo: ABENFO.
- REHUNA – REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO, 1993. *Carta de Campinas*. Campinas / São Paulo: mimeo.
- REID, M., 1986. Non-medical aspects in the evaluation of prenatal care for women at low risk. In: *Perinatal Care Delivery Systems: Description and Evaluation in European Community Countries* (Comission of the European Communities /Health Services research Series nº 1), pp. 77-89, England: Oxford University Press.
- ROTHMAN, B., 1982. *Giving Birth – Alternatives in childbirth*. USA: Penguin Books.
- ROTHMAN, B., 1991. *In Labor: Women and power in the birthplace*. Londres: W.W. Norton & Company.

SABATINO, H. & VILARINO, J., 1992. Avaliação obstétrica de partos em posição de cócoras. In: *Parto Humanizado – Formas alternativas*. (Sabatino, H.; Dunn, P. & Caldeyro Barcia, R., orgs), Campinas: Ed. da Unicamp.

SABATINO, H. 1994. *Assistência ao parto em mulheres do grupo de parto alternativo*. Campinas: Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, mimeo.

SANTO, L.C.E., 2000. O desejado e o vivido pelo pai durante o processo de parto e nascimento de seu bebê. In: *Resumo de trabalhos da Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento*, pp.84, 2 a 4 de novembro de 2000, Ceará, Brasil: Jica, Aliança Luz.

SANTOS, O.M.B. & SIEBERT, E.R.C., 2001. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75 (suppl.no.1): 73-79.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SÃO PAULO, 1988. *Trabalhando com gestantes-Manual para profissionais de saúde*. São Paulo: Secretaria de Estado de Saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1993. *Saúde em Foco*, informe epidemiológico em saúde coletiva, ano III, nº 5.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1994. *Projeto Curicica- “Uma Maternidade Amiga da Mulher e da Criança”*. Rio de Janeiro: SMS, mimeo.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1996. *Saúde em Foco*, informe epidemiológico em saúde coletiva, ano V, nº 14.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 1998. Resolução do Secretário Municipal de Saúde nº 667 de 20 de outubro de 1998.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (RJ), 2000. *Informações sobre nascidos vivos e mortalidade da cidade do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: SMS/SSC/COE/Gerência de Informação Epidemiológica.

SÉGUIN, L.; THERRIEN, R.; CHAMPAGNE, F. & LAROUCHE, D., 1989. The components of women's satisfaction with maternity care. *Birth*, 16(3): 109-113.

SILVA, A., 1996. Depoimento. In: *Anais do 2º Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro*, pp. 17-20, Rio de Janeiro: SMS - RJ.

SMITH, M.; ACHESON, L.; BYRD, J.; CURTIS, P.; DAY, T.; FRANK, S.; FRANKS, P.; GRAHAN, A; LEFEVRE, M.; RESNICK, J & WALL, E., 1991. A critical review of labor and birth care. *The Journal of Family Practice*, 33(3): 281-292.

SOSA, R.; KENNEL, J.; KLAUS, M.; ROBERTSON, S. & URRUTIA, J., 1980. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother-infant interaction. *The New England Journal of Medicine*, Sep 11, 303(11):597-600.

UMBELINO, M., 1996. Inglaterra: o modelo de assistência a gestação, parto e nascimento. *Saúde em Foco*, informe epidemiológico em Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Ano V, nº 14: 15-17.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1994. *Situação Mundial da Infância*. Brasília, DF.

VIISAINEN, K., 2000. The moral dangers of home birth: parents' perceptions of risks in

- home birth in Finland. *Sociology of Health & Illness*, 22(6): 792-814.
- WAGNER, M., 1994. *Pursuing the Birth Machine. The search for appropriate birth technology*. Australia: ACE Graphics.
- WAGNER, M., 2001. Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (suppl n° 1): 25-37.
- WARE, J.E. & HAYS, R.D., 1988. Methods For Measuring Patient Satisfaction With Specific Medical Encounters. *Medical Care*, 26(4): 393-402.
- WEISS, G.L., 1988. Patient Satisfaction with Primary Medical Care – Evaluation of Sociodemographic and Predispositional Factors. *Medical care*, 26(4): 383-392.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), 1986. Who report on health promotion and birth. In: *Pursuing the Birth Machine – the search for appropriate birth technology* (Wagner, M., 1994), Australia: ACE Graphics.
- WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION), MATERNAL AND NEWBORN HEALTH, SAFE MOTHERHOOD UNIT, FAMILY AND REPRODUCTIVE HEALTH, 1996. *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. Geneva: World Health Organization.
- ZHANG, J.; BERNASKO, J.W.; LEYBOVICH, E.; FAHS, M. & HATCH, M.C., 1996. Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 88(4, part 2): 739-744.

ANEXOS

ANEXO 1

MATERNIDADE LEILA DINIZ - H.R.P.S. - S.M.S. / M.S.

NORMAS DE FUNCIONAMENTO

A reabertura da maternidade do Hospital Raphael de Paula Souza a partir de um convênio entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde teve o propósito de além de atender uma demanda da população da AP4, iniciar um projeto pioneiro nos serviços públicos de saúde no que se refere à assistência materno-infantil. Esse projeto é pioneiro porque tenta quebrar uma medicalização muitas vezes excessiva e iatrogênica do momento do parto, que começou a ser estabelecida desde o início deste século quando o parto passou a acontecer dentro do ambiente hospitalar, retirando da mulher a possibilidade de decidir a sua atuação neste momento e também na relação com seu bebê quando a afasta dele isolando-o no ambiente do berçário. A partir do final dos anos 60 um movimento de "humanização" do nascimento traz para a prática obstétrica a nível privado uma série de transformações que não acontecem nos serviços públicos de saúde. O desafio maior deste projeto pode ser resumido então em duas grandes questões:

_ Como "desmedicalizar" o parto e a atenção ao recém-nato sem permitir um aumento das taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal?

_ Como possibilitar a uma população que na sua grande maioria vive marginalizada e sem a mínima garantia do exercício da sua cidadania, usufruir de um atendimento que geralmente apenas a medicina a nível privado consegue oferecer?

Responder a estas perguntas, atuando sempre com o compromisso e a responsabilidade que o profissional de saúde não pode deixar de ter, é o nosso grande desafio.

Entendendo entretanto, que pôr se tratar de uma proposta nova de atuação, é preciso que normas bem claras fiquem estabelecidas para que se evitem situações que comprometam os objetivos do projeto. Assim sendo foram elaboradas as seguintes normas a que estão submetidos todos os funcionários desta Maternidade:

1 - Na recepção da maternidade:

- A mulher será recebida junto com seus acompanhantes e aguardará a sua vez de ser atendida. Durante o atendimento médico se for do seu desejo um acompanhante poderá entrar na sala de exames para junto com a mesma receber as orientações médicas. As gestantes adolescentes devem ter ao seu lado um responsável durante todo o exame (estatuto do adolescente).

- A mulher internada, se desejar, poderá solicitar que um acompanhante permaneça junto a ela no pré-parto e sala de parto. Essa prática tem se mostrado extremamente positiva nos últimos 18 meses de funcionamento, tendo as eventuais dificuldades sido resolvidas no diálogo com os familiares. Não permitir a permanência de um acompanhante será a exceção, e ficará a cargo da equipe de plantão avaliar se a presença do acompanhante não está trazendo nenhum benefício a gestante e/ou prejudicando a atuação da equipe.

- Para as gestantes internadas em trabalho de parto e sem indicação de cesariana será realizada de rotina a tricotomia apenas da região inferior do perineo. Em casos de cesariana realizar apenas a tricotomia supra-pública e em casos de abortamento não realizá-la. A enteroclise será realizada conforme indicação clínica do profissional que estiver acompanhando a parturiente.

- Manter a mulher informada sobre os procedimentos a serem realizados e as condições do feto.

2 - No pré-parto :

- A atuação da equipe deve se pontuar pela tentativa de manter a parturiente segura e confiante, diminuindo assim a sua ansiedade e a percepção dolorosa, sobretudo daquelas que encontram-se desacompanhadas. A parturiente e o acompanhante devem ser mantidos informados sobre a evolução do trabalho de parto, procedimentos adotados e medicamentos utilizados.

- O uso da banheira com o propósito de acalmar e diminuir a intensidade da dor deve ser estimulada sempre, dentro da disponibilidade, salvo em casos em que haja contra-indicação clínica e/ou da equipe, respeitando-se o desejo da parturiente.

- O uso de ocitocina e a prática da amniotomia para "acelerar o trabalho de parto" será restrito à indicação obstétrica precisa. O objetivo é que o trabalho de parto evolua naturalmente, com o mínimo de intervenção clínica.

- O uso de medicações que possam deprimir o recém-nato e interferir após o nascimento, na sua permanência junto à mãe deverá ser evitado.

- Serão oferecidos à parturiente as opções de parto vertical e horizontal, explicando as diferenças entre os procedimentos e dando-lhe a oportunidade de conhecer as salas de parto.

- A equipe deverá estimular a parturiente a adotar uma postura ativa durante o trabalho de parto e parto seja através da livre deambulação, acocorar, tomar banho e etc...

- Quando da indicação de uma cesariana a equipe deve ter a preocupação de esclarecer a gestante e ao acompanhante o motivo da cirurgia, diminuindo assim a ansiedade e preocupação já tão grandes numa situação como esta.

- Manter a mulher informada sobre os procedimentos a serem realizados e as condições do feto.

3 - Na sala de parto :

- A equipe procurará manter na sala de parto um ambiente tranquilo, com privacidade, silêncio e penumbra, respeitando a importância do momento do nascimento para a parturiente, seu bebê e seu companheiro ou acompanhante.

- Deixar o período expulsivo evoluir naturalmente evitando as ordens verbais de estímulo a realização dos puxos. Quando necessário solicitar o puxo de maneira tranquila evitando-se aumentar a ansiedade da parturiente e quebrar a tranquilidade do ambiente.

- A decisão de fazer a episiotomia fica a cargo do profissional que esta atendendo o parto. Estar atento durante a episiorrafia a anestesia locorregional para permitir maior conforto e tranquilidade a parturiente durante a permanência do recém-nato na sala de parto.

- Se as condições do recém-nato permitirem e a mãe desejar ele sera primeiro entregue a ela, e estimulado a permanecer junto a mesma até que ela seja encaminhada ao alojamento conjunto. Durante o exame inicial do recém-nato, se possivel, deverão ser evitadas manobras invasivas consideradas "de rotina".

- Será dada ênfase ainda na sala de parto a tentativa de aleitamento, devendo estar atenta a equipe ao conforto necessario para que isso aconteça.

4 - Na sala de cirurgia :

- Não sera permitido o ingresso de acompanhantes no ato da cesariana.

- A equipe atuara sempre para diminuir o "stress" à que esta submetida a parturiente, informando-a sobre os procedimentos a serem realizados, tentando tornar o ambiente cirúrgico mais acolhedor apesar da sua adversidade.

- Após o nascimento a aproximação da mãe e do recém-nato sera promovida sempre que as condições dos dois permitirem.

- Também nesta situação sera evitado o uso de medicações que possam prejudicar a permanência do recém-nato junto a mãe. A prescrição do pós-operatório deve restringir a hidratação venosa e o uso da sonda ao menor tempo possivel para que a parturiente esteja liberada para a amamentação precocemente.

5 - No alojamento conjunto :

- Ao receber a mulher no alojamento conjunto deve-se sempre que possivel colocá-la numa enfermaria com outros casos clínicos semelhantes (mãe com RN no berçário, evitar mães de natimortos em enfermaria de alojamento conjunto e etc...)

- Durante sua permanência no alojamento conjunto, o binômio mãe-filho receberá de toda a equipe a atenção necessaria para facilitar o estabelecimento da relação mãe / bebê.

- A equipe orientara e também auxiliara a puerpera sobre os cuidados consigo mesma e com o recém-nascido tais como higiene, curativo do coto umbilical e amamentação, não só com orientação teórica em grupo, mas também com apoio individual para mulheres que apresentem maior dificuldade no aleitamento ou qualquer outro problema.

- A equipe nos seus diversos momentos de atuação, devera sempre registrar todas as alterações encontradas e também as informações prestadas no prontuário hospitalar, facilitando o trabalho multidisciplinar.

- A visita diária devera abordar todos os aspectos da mulher e/ou do bebê (médico, psicológico, social e etc...).

- A equipe devera manter a mulher informada sobre a evolução do seu caso e/ou do feto/recém-nato, e sobre medicamentos, exames ou procedimentos a serem realizados.

- Todas as adolescentes e todas as mães com recém-natos gêmeos terão direito a uma acompanhante (mulher e maior de 21 anos) durante sua internação . A acompanhante não ocupará um leito , mas ficará em uma cadeira ao lado do leito da puerpera .

- Todas as gestantes submetidas a cesariana terão direito a uma acompanhante (mulher e maior de 21 anos) , no alojamento conjunto , durante as primeiras doze horas após o parto .

- As mulheres com distúrbios psiquiátricos que necessitem de acompanhante terão seu caso avaliado pela rotina ou pelo plantão .

- O horário de visita do companheiro ou responsável consta de três períodos de vinte minutos nos seguintes turnos :

- de 8 às 12 horas
- de 12 às 18 horas
- de 18 às 22 horas

A mulher pode escolher qualquer pessoa (com 21 anos de idade ou mais) de sua relação para ser sua acompanhante e usufruir deste horário de visita no lugar do companheiro ou responsável .

- A visita de familiares e amigos é diária no horário de 15 às 16 horas . Será permitida a entrada de duas visitas de cada vez , ficando os últimos quinze minutos deste horário reservado para a entrada de crianças menores de 10 anos .

- A alta hospitalar deverá ser dada em consenso de toda a equipe para evitar situações de desencontro que possam prejudicar a mulher e/ou seu bebê .

- No ato da alta a mulher já deverá ter recebido todas as orientações necessárias para que possa se sentir segura dos cuidados que deverá ter ao chegar em sua residência. O cartão perinatal será sempre devolvido à mulher devidamente preenchido .

6 - Na Unidade Neonatal :

- As mães dos recém-natos internados na unidade neonatal , enquanto estiverem internadas , terão acesso irrestrito à mesma .

- As mães não internadas e os pais terão acesso irrestrito à unidade neonatal no período de 8:00 às 22:00 hs .

- Todos os esforços serão realizados no sentido sempre de fortalecer os laços da relação família-bebê .

- A equipe deverá estar sempre atenta para apoiar e facilitar o aleitamento materno .

- A equipe deverá manter os pais sempre informados sobre a evolução do caso do recém-nato e sobre medicamentos , procedimentos e/ou exames a serem realizados .

ANEXO 2

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE**

Secretário: Ronaldo Luiz Gazolla
Rua Afonso Cavalcanti, 455 — 7º andar — Tel.: 503-2024

ATO DO SECRETÁRIO

RESOLUÇÃO SMS Nº 667 DE 20 DE OUTUBRO DE 1998

O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso das atribuições que lhe são conferidas pela legislação em vigor, ..

CONSIDERANDO o parto e o nascimento um marco vivencial único, pleno de emoções para pais e bebês;

CONSIDERANDO ser dever da equipe de saúde reconhecer a importância deste momento e garantir um ambiente seguro, de respeito e tranquilidade à parturiente;

CONSIDERANDO a necessidade da presença de acompanhante escolhido (a) pela parturiente, para um apoio psico-afetivo à gestante contribuindo para o seguro transcorrer do trabalho de parto e do parto, facilitando a evolução deste processo, com conseqüente melhoria dos indicadores perinatais.

CONSIDERANDO que estes pressupostos estão em conformidade com as Recomendações da Conferência Internacional para o Parto, realizada pela Organização Mundial de Saúde em 1985, e atualizadas em 1996 e, ainda, que compõem as Estratégias de Qualificação da Assistência Obstétrica e Neonatal na Cidade do Rio de Janeiro, incansavelmente perseguidas e tidas como prioritárias por esta Secretaria Municipal de Saúde dentre as ações voltadas para a saúde da mulher e da criança e

CONSIDERANDO que esta é uma estratégia que assegura os direitos de cidadania feminina reafirmados pelo Governo Brasileiro na Conferência do Cairo em 1994.

RESOLVE

Art. 1º - Garantir a presença de acompanhante da escolha da parturiente durante o trabalho de parto e o parto.

§ 1º - Este direito deve ser garantido por todas as equipes das maternidades da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.


§ 2º - Esta Resolução se aplica às maternidades da Secretaria Municipal de Saúde que têm espaço físico de pré-parto adequado para cumprir o acima determinado, a saber: Unidade Integrada de Saúde Herculano Pinheiro, Instituto Municipal da Mulher Fernando Magalhães, Maternidade Leila Diniz e Hospital Maternidade Alexander Fleming.

§ 3º - Os (as) diretores (as) das maternidades que não dispõem de espaço físico adequado de pré-parto - Maternidade do Hospital Municipal Miguel Couto, Maternidade do Hospital Municipal Paulino Werneck, Hospital Maternidade Praça Quinze e Hospital Maternidade Carmela Dutra - deverão propor, articuladamente, às Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas e à Superintendência de Serviços de Saúde um projeto no prazo de 15 (quinze) dias para realizar a adequação.

Art. 2º - Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário (Ref. ao Processo 09/032 897/98).

Rio de Janeiro, 20 de outubro de 1998

Ronaldo Luiz Gazolla



ANEXO 3

é seu direito nas Maternidades da Prefeitura

Acompanhante no parto

*escolha alguém para
estar com você
e seu bebê
neste momento
tão importante*

PREFEITURA DO RIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ANEXO 4

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

Dia da entrevista:

Hora da entrevista:

Entrevistadora:

IDENTIFICAÇÃO

1) Quantos anos você tem?

2) Você estudou até que série? () nunca estudou () nunca estudou mas é alfabetizada () até 4ª série do 1º grau () 5ª a 8ª série do 1º grau () 2º grau () superior

3) Em que estado você nasceu? () RJ () outros estados - qual ?

4) Em que bairro você mora?

5) Você mora neste local há quanto tempo (em anos)?

6) Qual é a sua situação conjugal?

() casada () mãe solteira dependente () mãe solteira chefe de família

7) Qual é a sua cor de pele? () branca () preta () parda (mulata, cabocla, mestiça,...)

() indígena () amarela () sem declaração

8) Você tem ou teve no último ano alguma atividade remunerada?

() não () sim - qual?

DADOS DA GRAVIDEZ ATUAL

9) Essa sua gravidez atual foi planejada? () sim () não

10) Como você se sentiu quando soube que estava grávida?

() muito feliz () feliz () nem triste nem feliz () triste () muito triste

() nenhum sentimento especial / indiferente () outros - especifique:

11) E o pai do bebê?

() muito feliz () feliz () nem triste nem feliz () triste () muito triste

() nenhum sentimento especial / indiferente () ele não soube da gravidez () não sei dizer

() outros - especifique:

12) E a sua família?

() muito feliz () feliz () nem triste nem feliz () triste () muito triste

() nenhum sentimento especial / indiferente () outros - especifique:

**Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da
Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.**

Número da entrevista:

13) Você teve apoio do pai do bebê durante a gravidez?

Financeiro/ material () sim () não

Emocional () sim () não

Nos cuidados com a gravidez () sim () não

Outros – especifique:

14) E da sua família?

Financeiro/ material () sim () não

Emocional () sim () não

Nos cuidados com a gravidez () sim () não

Outros – especifique:

15) Você fez pré-natal nesta gestação?

15.a) () não - porque não? () não queria essa gravidez () não acha importante

() não conseguiu marcar consulta () não conseguiu comparecer ao
serviço por falta de suporte social () dificuldade de acesso geográfico

() outros – especifique:

(passar para a pergunta 16)

15.b) () sim - em que local?

15.b1) Em que mês da gestação você começou o pré-natal?

15.b2) Quantas consultas de pré-natal você teve ?

16) Você teve algum problema de saúde nesta gestação atual?

() não () sim – qual? () pressão alta () perda de líquido () parto prematuro

() ameaça de abortamento () diabetes () infecção

() sangramento () dores / cólicas () outros – especifique:

17) Você participou de algum grupo de gestantes? () não () sim

18) Enquanto você estava grávida, recebeu alguma orientação sobre o que iria acontecer na hora do parto?

() não () sim - 18.a) De quem?

() mãe ou familiares () amigas

() profissional que atendia no pré- natal

() no grupo de gestantes () outros – especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

19) Quantas vezes você já ficou grávida, incluindo esta gravidez?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

20) Você já teve algum aborto? () não () sim – quantos?
(se esta é a primeira gravidez, passar para a pergunta 27)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

21) Quantos partos você já teve? (não incluir o parto atual)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

22) Quantos normais? (não incluir o parto atual)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

23) Quantas cesareanas?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

24) Você teve algum problema de saúde nestas gestações passadas?

() não () sim - 24.a) qual? ? () pressão alta () perda de líquido () sangramento
() parto prematuro () ameaça de abortamento () diabetes
() infecção () outros – especifique:

25) E nos partos?

() não () sim – 25.b) qual? () infecção () hemorragia () pré-eclâmpsia/eclâmpsia
() bebê com sofrimento no parto () bebê morreu no parto
() bebê com infecção () outros – especifique:

26) Você já perdeu algum bebê ou tem bebês com problemas por causa de complicações na gravidez ou no parto? (considerar “perda” os que nasceram mortos ou nasceram vivos e morreram no primeiro mês de vida. Considerar “problemas” os bebês com mal formações ou sequelas de complicações da gravidez e/ou parto)

() sim () não

PERCEPÇÕES SOBRE O PARTO

27) Você se considera bem informada sobre o que acontece com você e com o bebê na hora do parto?

() sim, totalmente () sim, parcialmente () não

28) Quando você escuta a palavra parto, qual é a primeira idéia que vem na sua cabeça?

() dor / sofrimento () medo () alegria / felicidade () alívio
() vida nova / nascimento de uma criança () outros – especifique:

29) Como são as estórias de partos de outras mulheres (mãe, irmã, amigas,...) que você conhece?

() não conheço () não sei dizer () sempre boas () às vezes boas, às vezes ruins
() sempre ruins () outros - especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

29.a) Porque? (não se aplica às mulheres que responderam “não conheço” ou “não sei dizer”)
() mãe e/ou bebê sem problemas () mãe e/ou bebê com problemas
() muita dor / sofrimento () pouca dor / sofrimento
() hospital trata mal () hospital trata bem
() vantagens do parto normal () desvantagens do parto normal
() vantagens da cesareana () desvantagens da cesareana () outro – especifique:

30) Enquanto você estava grávida, você estava preocupada ou não com o seu parto?
() não () sim - 30.a) Com o que? () não conseguir vaga () medo de morrer
() dor / sofrimento () bebê nascer com algum problema
() complicações () outro – especifique:

31) Você procurou alguma outra maternidade antes de se internar aqui?
() não () sim - 31.a) Qual(is)?
31.b) Porque não ficou internada? () não tinha vaga
() não estava na hora do bebê nascer
() não tinham condição / recursos para atender
() outro – especifique:

32) Que dia você se internou nesta maternidade para ter o seu bebê? Que horas?

Equipe: () final de semana () dia de semana

33) Que dia ele nasceu? Que horas?

Equipe: () final de semana () dia de semana

34) Você veio sozinha para a maternidade?
() sim () não - 34.a) Quem trouxe você? () pai do bebê () familiares
() amiga(o) () vizinhos () outros – especifique:

35) Como você veio para esta maternidade?
() a pé () ônibus () carro (próprio ou de conhecidos) () ambulância
() carro da polícia () taxi () outros - especifique:

36) Você já sabia que a maternidade permitia a presença de um acompanhante?
() sim () sim, mas só na hora do parto () não

36.a) Se sim, como soube?
() internação e/ou atendimento anterior na maternidade (próprio ou de amigas ou familiares)
() foi informada no pré-natal () amigas e/ou familiares () outra fonte – especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

37) Foi informada durante a internação de que poderia ter um acompanhante?
 não
 sim - 37.a) Quem te deu esta informação?
 médico enfermagem vigilante outras pacientes/ acompanhantes
 pessoa da recepção cartaz na recepção não se lembra
 outra fonte - especifique:

37.b) Em que momento da internação foi informada?
 na recepção na admissão no centro obstétrico na sala de parto
 não se lembra outro – especifique:

38) Enquanto você estava internada no pré-parto e/ou na sala de parto você se sentiu informada pela equipe:

a) Sobre como estava evoluindo o trabalho de parto (ex: sobre as contrações, a dilatação,...)?
 sim, o suficiente sim, um pouco não não me lembro não se aplica

b) Sobre as condições / saúde do bebê?
 sim, o suficiente sim, um pouco não não me lembro não se aplica

c) Sobre os exames (toque, ultra som, coleta de sangue ...) que eram feitos?
 sim, o suficiente sim, um pouco não não me lembro não se aplica

d) Sobre as medicações que você estava recebendo (soro, injeções,...)?
 sim, o suficiente sim, um pouco não não me lembro não recebeu

39) Alguém que não seja do hospital ficou com você enquanto você estava internada em trabalho de parto?
 sim
 sim, parte do tempo – Porque? eu não quis o tempo todo eu não tinha quem ficasse comigo o tempo todo o acompanhante não pode ficar o tempo todo por problemas do hospital o acompanhante de escolha não pode ficar por questões sociais (trabalho, filhos)
 o acompanhante de escolha não teve condições emocionais de ficar outro – especifique:

não- Porque? não sabia que podia não quis acompanhante
 foi admitida em período expulsivo não tinha quem ficasse
 serviço não permitiu a presença do acompanhante (de qualquer acompanhante)
 serviço não permitiu a presença do(a) acompanhante que poderia ficar comigo
 acompanhante de escolha não pode ficar por questões sociais
 o acompanhante de escolha não teve condições emocionais de ficar outro – especifique:

40) E na hora do parto, alguém que não seja do hospital ficou com você na sala de parto e assistiu o parto?
 sim não – Porque não? não sabia que podia não quis não tinha quem ficasse
 serviço não permitiu a presença do acompanhante (de qualquer acompanhante)
 serviço não permitiu a presença do(a) acompanhante que poderia ficar comigo
 acompanhante de escolha não pode ficar por questões sociais
 o acompanhante de escolha não teve condições emocionais de ficar outro – especifique:

**Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da
Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.**

Número da entrevista:

ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO

(Para as mulheres que tiveram acompanhante no trabalho de parto, mesmo que parcialmente, iniciar com a pergunta 41. Para as que não tiveram, passar para a pergunta 52).

Mulheres com acompanhante no trabalho de parto

41) Que pessoa(s) ficou(aram) com você durante o trabalho de parto?

- pai do bebê mãe irmã sogra amiga vizinha
 acompanhante de outra gestante outro – especifique:

42) Foi você quem escolheu essa(s) pessoa(s) para ficar ?

- sim não

43) Porque que essa(s) pessoa(s) ficou(aram) com você? porque ele é o pai do bebê
 porque eu confio / me dá segurança porque eu me sinto à vontade / tenho intimidade
 não tinha outra pessoa para ficar comigo o serviço não permitiu que a pessoa que eu escolhi ficasse o acompanhante de escolha não teve condições sociais de ficar (trabalho, filhos)
 o acompanhante de escolha não teve condições emocionais de ficar queria ficar comigo
 porque queria assistir o parto / ver o bebê nascer outro – especifique:

44) Você gostaria que alguma outra pessoa tivesse ficado com você?

- não sim - Quem? pai do bebê mãe irmã sogra amiga
 outro – especifique:

45) Você acha que essa(s) pessoa(s) ajudou/ajudaram ou não ajudou(aram) você durante o trabalho de parto?

- não ajudaram - 45.a) Porque não? não podiam ajudar não sabiam ajudar
 ficaram nervosas ficaram assustadas
 outros – especifique:

sim, ajudaram - 45.b) De que forma? me acalmaram / tranquilizaram

- me fizeram companhia me deram força/apoiaram senti menos dor / sofri menos
 me ajudaram a falar com a equipe senti menos medo
 me senti mais segura contato físico/ carinho/ cuidado
 informações / orientações outros – especifique:

46) Você acha que essa(s) pessoa(s) soube(ram) ou não como ajudar você durante as contrações do trabalho de parto (durante as dores)?

- sim, muito sim, um pouco não

47) Você acha que ela(s) poderia(m) ter te ajudado mais se elas tivessem recebido algum treinamento ou orientação sobre como ajudar na hora das contrações?

- sim, certamente sim, talvez não não sei
 outro – especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

48) A presença desta pessoa te causou algum incômodo ou preocupação?

não

sim - 48.a) Porque? acompanhante ficou muito nervoso(a)

acompanhante discutiu com a equipe

acompanhante se sentiu mal acompanhante ficou cansado

outros- especifique:

48.b) Você acha que isso pode ter te atrapalhado?

não sim, um pouco sim, muito

49) Você acha que essa pessoa gostou ou não gostou de ficar lhe acompanhando?

não gostou - 49.a) Porque? ficou nervosa ficou assustada ficou cansada

não sabia como ajudar não gosta de hospital teve problemas com a equipe

outros – especifique:

gostou - 49.b) Porque? ficou feliz / emocionada porque me ajudou

porque me fez companhia porque ficou comigo

não reclamou outros – especifique:

não sei dizer

50) Das opções que vou dizer, qual você escolheria para falar da sua experiência de ter tido um(a) acompanhante no trabalho de parto?

muito bom bom nem bom, nem ruim ruim muito ruim indiferente

51) (Essa pergunta não deve ser aplicada às primíparas) Você já tinha tido algum trabalho de parto em que uma pessoa que não fosse do hospital tivesse ficado lhe acompanhando?

sim não - 51.a) Você gostou mais do trabalho de parto com ou sem acompanhante?

com acompanhante sem acompanhante sem diferença

Mulheres sem acompanhante no trabalho de parto (para as que tiveram acompanhante, passar para a próxima seção)

52) Você acha que se alguém, conhecido seu, tivesse ficado com você, o seu trabalho de parto teria sido melhor ou pior?

pior - 52.a) Porque? ficaria preocupada ficaria com vergonha

iria me atrapalhar prefere ficar sozinha outro – especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

melhor - 52.b) Porque? ficaria mais calma ficaria menos sozinha
 poderia ajudar com as contrações poderia manter contato com a família
 sentiria menos medo me sentiria mais segura poderia ajudar a falar com a equipe
 me daria força/coragem me daria orientações outros – especifique:

nem melhor, nem pior - 52.c) Porque? não ia diminuir a dor / sofrimento
 não ajudaria outros – especifique:

53) As outras mulheres que estavam internadas ao seu lado em trabalho de parto estavam com acompanhante?

não sim - Como você se sentiu em relação a isso?
 triste com vergonha incomodada / constrangida
 indiferente sozinha abandonada outro – especifique:

54) Como você acha que teria sido ter a presença de alguém da sua escolha durante o trabalho de parto? muito bom bom nem bom, nem ruim ruim muito ruim
 indiferente não sabe dizer

ACOMPANHANTE NO PARTO (Para as mulheres que tiveram acompanhante no parto iniciar com a pergunta 55. Para as que não tiveram acompanhante passar para a pergunta 63)

Mulheres com acompanhante no parto

55) Que pessoa(s) ficou(aram) com você na hora do parto?

pai do bebê mãe irmã sogra amiga vizinha
 acompanhante de outra gestante outro – especifique:

56) Era essa pessoa que você gostaria que estivesse assistindo o seu parto?

sim não

57) Porque essa pessoa ficou com você na hora do parto?

porque ele é o pai do bebê porque eu confio / me dá segurança
 porque eu me sinto à vontade / tenho intimidade não tinha outra pessoa para ficar comigo
 serviço não permitiu que a pessoa que eu escolhi ficasse gostaria que visse o meu sofrimento
 acompanhante de escolha não teve condições sociais de ficar
 acompanhante de escolha não teve condições emocionais de ficar
 ele (a) queria ficar comigo outro – especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

58) Você gostaria que alguma outra pessoa tivesse assistido o seu parto?
() não () sim – Quem? () pai do bebê () mãe () irmã () sogra () amiga
() outro – especifique:

59) Você acha que essa pessoa te ajudou ou não na hora do parto?
() não ajudou – 59.a) Porque? () ficou nervoso(a) () ficou com medo / assustado(a)
() brigou comigo () brigou com a equipe () fiquei com vergonha
() outros – especifique:

() ajudou – 59.b) Porque? () deu força/encorajou () deu carinho () acalmou/ tranquilizou
() menos dor / sofrimento () ajudou a falar com a equipe () senti menos medo
() me deu segurança () ajudou fisicamente (ex: levantar o corpo) () deu orientações
() me fez companhia () outros – especifique:

() não ajudou nem atrapalhou – 59.c) Porque? () não tinha como ajudar
() só o médico pode ajudar () outro – especifique:

60) Você acha que essa pessoa gostou de assistir o parto?
() não – 60.a) Porque? () ficou nervoso(a) () ficou assustado () se sentiu mal
() equipe tratou mal / problemas com a equipe () outros – especifique:

() sim – 60.b) Porque? () ficou feliz / emocionado () nunca tinha visto
() viu uma criança nascendo () queria ficar comigo () outros- especifique:

() não sei dizer

61) Das opções que vou dizer, qual você escolheria para falar da sua experiência de ter tido um(a) acompanhante no parto?
() muito bom () bom () nem bom, nem ruim () ruim () muito ruim () indiferente

62) (esta pergunta não deve ser feita às primíparas) Você já tinha tido algum parto antes em que uma pessoa que não fosse do hospital tivesse ficado lhe acompanhando?
() sim () não - 62.a) Você gostou mais do parto com ou sem acompanhante?
() com acompanhante () sem acompanhante () sem diferença

Mulheres sem acompanhante no parto (Para as mulheres que tiveram acompanhante, passar para a próxima seção)

63) Você acha que se alguém, conhecido seu, tivesse ficado com você, o seu parto teria sido melhor ou pior?
() pior - 63.a) Porque? () ficaria preocupada () ficaria com vergonha
() iria me atrapalhar () prefere ficar sozinha
() outro – especifique:

Presença de um(a) acompanhante no trabalho de parto e parto: a experiência da Maternidade Leila Diniz e a visão das mulheres.

Número da entrevista:

67) Como você acha que seria melhor nas maternidades:

- ter alguém com você de sua escolha no trabalho de parto e parto
 ter alguém que você não conhece mas que sabe como ajudar a gestante neste momento
 ter as duas pessoas
 não ter outras pessoas além da equipe normal da maternidade (médicos, enfermeiras, etc..)

68) O que você achou deste parto?

- muito bom bom nem bom, nem ruim ruim muito ruim

69) Porque? o bebê está bem o bebê está com problemas eu estou bem

- eu estou com problemas sofri pouco dor / sofrimento equipe tratou bem
 equipe tratou mal / não deu atenção foi rápido foi demorado
 outros – especifique:

70) Como você descreveria a equipe que atendeu você durante o trabalho de parto e o parto?

- grosseiros / mal educados amáveis atenciosos pouca atenção
 calmos / tranquilos apressados confusos / informações confusas seguros
 outros – especifique:

71) Como está o seu bebê?

- no alojamento conjunto, sem problemas no alojamento conjunto, com problemas
 na unidade de cuidados intermediários na UTI nasceu morto
 nasceu vivo e faleceu

72) Você já recebeu alguma visita depois do parto?

- sim não

73) Você tem alguma sugestão para que o atendimento desta maternidade fique melhor?

- não sim – Qual?

Observações:

ANEXO 5

Consentimento Informado

Hoje em dia, existe um grupo de pessoas que está trabalhando muito para melhorar a qualidade da assistência ao parto em nossa cidade e no Brasil.

Nós da Maternidade Leila Diniz estamos realizando um estudo sobre a presença de um(a) acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, com mulheres que tiveram parto normal (vaginal) nesta maternidade, e gostaríamos de sua colaboração através de uma entrevista. Esta entrevista será feita aqui na própria maternidade, ainda durante a sua internação, e serão conversados assuntos como gravidez, parto e sua relação com a sua família e com o pai do seu bebê.

É muito importante conhecer a sua opinião, para que os serviços de saúde possam melhor atender suas necessidades e a de outras mulheres. Se você concordar em participar desta pesquisa, a entrevista poderá ser realizada agora, ou então em algum outro horário que seja melhor para você. Além disso, apesar de sua participação ser muito importante para a realização do estudo, a entrevista poderá ser interrompida a qualquer momento, se você desejar.

É importante que fique claro que tudo o que falarmos nesta conversa será utilizado apenas para a pesquisa, não será feita nenhuma menção ao seu nome, e tudo o que for dito durante a entrevista não irá interferir de forma alguma com o atendimento e o tratamento realizado aqui na maternidade ou em qualquer outro serviço de saúde. Desde já, agradecemos a sua atenção e participação.

Rio de Janeiro, de março de 1999

Assinatura da entrevistada