

Parto humanizado: um direito a ser respeitado*

Humanized birth-giving: a right to be respected

RESUMO

Com os avanços tecnológicos na Obstetrícia nas últimas décadas, o parto passou a ser visto quase como uma patologia e a parturiente como uma paciente, não participando ativamente do processo do nascimento. Processo esse cada vez menos natural, a tal ponto que atualmente no Brasil existe um movimento governamental no sentido da humanização da assistência obstétrica. Esta foi uma pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, realizada com 100 puérperas de uma maternidade da rede pública no município de São Paulo, objetivando conhecer-lhes o perfil com relação a idade, realização do pré-natal, tipo de parto a que foram submetidas e verificar se os seus direitos preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estavam sendo respeitados na prática obstétrica. Os resultados obtidos revelaram que a maioria das puérperas tinha o primeiro grau incompleto; tinha entre 20 e 29 anos; 79% realizaram o pré-natal; 55% tiveram parto normal; 4 tiveram fórceps; e a maioria das cesáreas (71%) foi realizada após tentativa para o parto normal; grande parte das clientes (82%) desconhecia a identidade do profissional que realizou seu parto; apenas 48% tiveram orientações de todos os procedimentos realizados; a maioria (90%) não foi orientada quanto a possibilidade da permanência de um membro da família durante o trabalho de parto; 81% não tiveram orientações sobre procedimentos que aliviasse a dor; 100% permaneceram em jejum durante todo o trabalho de parto e não tiveram oportunidade de escolher a posição que lhes conviesse durante a fase de expulsão do feto; 79% tiveram contato com o recém-nascido na sala de parto, mas apenas 7% destas o estimularam a sucção; somente 14% foram da sala de recuperação para a enfermaria junto com recém-nascido. Conclui-se que alguns dos direitos das parturientes preconizados pela OMS não estavam sendo respeitados na população estudada.

DESCRITORES

Parto — métodos; Trabalho de parto — psicologia

ABSTRACT

Technological advances in obstetrical assistance in these last decades made normal birth-giving to be seen as an almost pathological process; parturients began to be seen as patients, not as an active participant of their own birth-giving. Normal birth giving is now a much unnatural process, so much as to make Brazilian governmental agencies began a campaign for humanizing obstetrical assistance. This paper aims to present the results of an exploratory, descriptive and quantitative investigation with a sample of 100 puerperal women assisted by a maternity ward from the public health system of São Paulo city. The investigation had as its focus the age profile, the prenatal assistance received and the kind of child-birth they had been subjected to in order to evaluate whether their rights, as proposed by World Health Organization (WHO), had been respected in the context of obstetrical assistance. The results reveal most women had been only to elementary school and were 20-29 years old. 79% had had prenatal assistance; 55% had had normal child-birth; 4% were subjected to forceps and most cesareans (71%) had occurred after normal birth-giving failed. 82% of patients had no knowledge of the identity of the professionals they had been assisted by in child-birth; and only 48% had received instructions as regards all procedures used; most of them (90%) had not been informed of the possibility of having a family member during labor; 81% were not instructed as to how prevent pain; 100% had not eaten at all during labor and were not offered the possibility of choosing a better position during pushing; 79% had had contact with the newborn infant in the labor unit, but only 7% of them incited the newborn to suction; and only 14% passed from the maternity ward to infirmary together with the newborn infant. These results show that some rights whose respect WHO recommends were not being respected as regards the studied subjects.

KEYWORDS

Childbirth — methods; Childbirth work — psychology

* Texto referente ao resumo do trabalho de conclusão de curso apresentado no Curso de Enfermagem do Centro Universitário São Camilo.

*Elizabete Martins
Matei¹*

*Geraldo Mota
de Carvalho²*

*Maria Beatriz
Henrique Silva³*

*Miriam Aparecida
Barbosa Merighi⁴*

¹Enfermeira graduada pelo Centro Universitário São Camilo.

Enfermeira do Serviço de Home Care do Hospital Assunção.

²Prof. Mestre dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro Universitário São Camilo. Doutorando em Enfermagem da Universidade de São Paulo.

³Enfermeira graduada pelo Centro Universitário São Camilo.

Enfermeira do Serviço de Pediatria do Hospital Beneficência Portuguesa.

⁴Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-infantil

e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO

A história do parto teve com a passagem dos anos muitas modificações com relação ao modelo assistencial. Segundo Maldonado (1991), até o século XVI o parto era considerado “assunto de mulher”, existiam as parteiras que ajudavam na parturição e a criar um clima emocional favorável para a parturiente. Havia nessa época grande variedade de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar as dores das contrações, porém convém ressaltar que nessa época o índice de mortalidade materna e infantil era bastante alto. Pouco a pouco, em determinadas circunstâncias, o parto foi assumindo características diferentes, sendo assistido em certas circunstâncias por várias pessoas, especialmente quando se tratava de partos da realeza, nas cortes européias. Gradualmente, entre o século XVI e XVII começou a surgir na assistência ao parto a figura do cirurgião, e conseqüentemente a parteira foi perdendo a primazia.

Com a crescente inclusão do cirurgião, a posição de decúbito dorsal no parto passa ser a mais adotada para facilitar o trabalho do médico e a utilização de seus instrumentos marcando, assim, o início da medicalização do parto.

Ao final do século XVIII, a cesariana, que já não resultava necessariamente em óbito materno, ajuda a relegar a figura da parteira a segundo plano. Para Faundes (1991), “o uso abusivo de cesarianas no Brasil tem contribuído para a desumanização da assistência, além de acarretar o aumento da mortalidade e morbidade materna e perinatal sem mencionar o desperdício dos escassos recursos do setor de saúde”.

Para Malik (2000), atualmente, a tecnologia está invadindo o lugar do homem nas empresas e nas instituições. Isso pode acarretar a falta de contato pessoal e os aspectos emocionais ficam em segundo plano. Na área da saúde isso não deve acontecer, afinal o profissional precisa privilegiar o que viu, palpou e o que o paciente descreveu estar sentindo para que o tratamento seja eficiente. Não basta apenas criar técnicas, é preciso criar laços de relacionamento humano, é preciso humanizar a assistência.

Querubim apud Santos (1999) afirma “humanizar não é técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia todas as atividades das pessoas que trabalham, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada clínica”.

“Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais” (Largura, 1998).

“Humanizar o parto é um conjunto de condutas e procedimentos que promovem o parto e o nascimento saudáveis, pois respeita o processo natural e evita condutas desnecessárias ou de risco para a mãe e o bebê” (OMS, 2000).

O Ministério da Saúde, preocupado em melhorar o atendimento e a relação interpessoal entre os profissionais de saúde e os pacientes, assinou, recentemente, a Portaria 569 de 1º de junho de 2000 instituída no programa de saúde. Esta iniciativa garante à parturiente e ao recém-nascido o direito a um atendimento digno.

O momento do parto é a etapa mais significativa para a parturiente, recém-nascido e familiares, processo que depende de horas e provoca profundas mudanças fisiológicas e psicológicas, proporcionando-nos a oportunidade de colocar em prática nossas habilidades para assistir ao nascer com qualidade (Goldman, 1997).

Segundo Malik (2000), ser solidário com o outro, valorizar o aspecto humano, prestar assistência sempre dentro de uma visão holística e estabelecer uma relação de ajuda e empatia fazem da humanização a base da profissão de enfermagem.

Uma boa comunicação em enfermagem é fundamental para uma boa interação. Esta relação é apresentada como um elemento de competência da própria profissão sendo essencial na qualidade do cuidado de enfermagem, as orientações para o relaxamento da parturiente como massagens, banho morno, apoio psicológico. E a presença do esposo ou de outra pessoa mais íntima no trabalho de parto propicia

um ambiente onde a mulher possa se sentir mais segura e amparada (Gurgel, 1997).

A presença do marido na sala de parto é uma prática que está se recuperando lentamente em nosso meio. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um direito da parturiente ter ou não um acompanhante de sua escolha nesse difícil momento para a mulher que é o do trabalho de parto e parto.

Rodrigues (1997a) comparou o momento do parto a um vulcão em erupção, visto que neste momento elas entram em "alfa", num estado alterado da consciência, onde uma força desconhecida brota como um vulcão.

Embora o parto seja um processo natural, é comum que as parturientes, principalmente as primigestas ou aquelas que já passaram por experiências desagradáveis, sofra preocupações desnecessárias, sintam-se inseguras por terem ouvido falar de perigos, traumas e de dores intoleráveis.

A dor é um fenômeno difícil de ser quantificado, pois devido a sua subjetividade, ela se apresenta de forma diversificada em cada lugar. A dor pode ser excruciante para uma parturiente durante o trabalho de parto, enquanto, para outra, pode ser facilmente tolerável ou até mesmo inexistir (Gurgel, 1997).

Nas primeiras contrações o medo determina forte tensão de espírito e facilmente dá a impressão de dor, criando assim a tríade medotensão-dor. A dor, por sua vez, aumenta o medo, este intensifica a tensão e a dor, estabelecendo um ciclo vicioso que pode levar ao verdadeiro terror e ao pânico. Esta atitude mental, além de proporcionar grande sofrimento, perturba a coordenação uterina, dando origem às distocias funcionais (Rodrigues, 1997a).

É preciso estar atento quando a dor ocorre e como ela afeta o comportamento da mulher para poder ajudá-la. O enfermeiro deverá valorizar cada sentimento com vistas a cuidar do outro de forma valorativa, respeitando as palavras e lições que estas parturientes trazem da sua cultura e que busca um cuidar interativo. Algumas técnicas de comunicação, o respeito pela individualidade, o estabelecimento de uma relação empática no sentido de ajudar a compreender sua dor tornam-se essenciais durante o cuidado prestado (Gurgel, 1997).

É necessário que se reduza o máximo possível a ansiedade da mulher no trabalho de parto, a fim de que possa ser aliviado de tensão e medo de algum elemento que interfira neste processo natural. A parturiente ansiosa tende a perceber

a dor com maior intensidade, ou fica menos tolerante a ela (Goldman, 1997).

Confiar na relação enfermeiro-cliente é um aspecto importante no trabalho de parto, pois devemos estar ao lado da mulher, ouvir suas queixas, suas experiências e compartilhar as emoções, numa vigilância atenta e científica aos aspectos biopsicossociais.

A OMS (2000) preconiza algumas atitudes por parte dos profissionais na assistência obstétrica e ressalta também os direitos da mulher para um parto humanizado com base nesses direitos. Entre as atitudes estão:

- respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e o parto;
- monitorar o bem-estar físico e emocional, durante todo o processo de atendimento;
- responder às informações e explicações solicitadas;
- permitir à mulher que ela caminhe durante o período de dilatação e adote a posição que desejar no momento da expulsão;
- orientar e oferecer métodos de alívio da dor durante o trabalho de parto, como: massagens, banho morno e outras técnicas de relaxamento;
- permitir o contato pele a pele entre a mãe e o bebê e o início do aleitamento, imediatamente após o nascimento;
- em relação específica aos serviços: possuir normas de procedimentos e monitorar a evolução do parto pelo partograma, oferecer alojamento conjunto e estimular o aleitamento materno.

Quanto aos direitos da mulher:

- estar acompanhada durante o trabalho de parto e o parto, por alguém de sua escolha;
- conhecer a identidade do profissional;
- ser informada pelos profissionais sobre os procedimentos que serão realizados com ela e o bebê;
- receber líquidos e alimentos durante o trabalho de parto, sem excessos;
- caminhar e fazer movimentos durante o trabalho de parto;
- receber massagens ou outras técnicas relaxantes;
- tomar banhos mornos;
- adotar a posição que desejar no momento da expulsão;
- receber o bebê para mamar, imediatamente após o parto;
- ser chamada pelo nome.

A OMS recomenda ainda que procedimentos que já são considerados como danosos ou ineficazes: tricotomias, enemas, cateterismos venozos, jejum, ruptura precoce de membranas e monitorização eletrônica fetal não sejam feitos rotineiramente.

Cabe salientar que humanização não é meramente cumprir normas, regras ou realizar procedimentos.

Mas afinal o que é humanização? Humanizar é mais do que uma série de procedimentos e técnicas. Humanizar o parto é reconhecer sua importância para os pais e o filho, respeitando a liberdade da mulher, permitindo-lhe controlar o seu próprio processo de parto, cabendo-lhe escolher onde, como e com quem parir. Isso, certamente, implica algumas mudanças de atitudes dos profissionais de saúde.

O nosso interesse pelo tema deste trabalho surgiu da observação da assistência prestada a algumas parturientes em algumas maternidades onde realizamos estágios da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher e consolidou-se ao refletirmos sobre os direitos das parturientes preconizados pela OMS. Sentimos, então, a necessidade de conhecer o perfil das mulheres atendidas no local de estudo e avaliar se na prática obstétrica desta maternidade estes direitos estavam sendo respeitados.

OBJETIVO

Conhecer o perfil das puérperas do local do estudo com relação a idade, escolarização, realização do pré-natal e o tipo de parto a que foram submetidas.

Verificar se os direitos destas parturientes preconizados pela OMS estavam sendo respeitados nesta maternidade.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa exploratória, descritiva, quantitativa, sobre a humanização da assistência no trabalho de parto e parto. Foi realizada em um hospital da rede pública no município de São Paulo, na unidade de puerpério. A população deste estudo foi composta por 100 puérperas, por conveniência, tendo como critérios para inclusão na amostra:

- estar internada neste hospital, em qualquer dia pós-parto;
- ser puérpera independente do tipo de parto;
- concordar em participar do estudo após esclarecimento sobre o estudo.

A coleta dos dados foi realizada no final de 2000 pelas autoras na unidade de puerpério, por meio de um formulário com questões estruturadas (*Anexo I*). As puérperas foram entrevistadas individualmente, após terem lido a carta informativa e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Para uma melhor visualização, os resultados obtidos com os formulários foram analisados e agrupados em tabelas.

A *tabela 1* e *2* nos mostram, respectivamente, a distribuição das puérperas segundo a escolaridade e a idade. Por meio destas podemos verificar que 65% das puérperas apresentavam o primeiro grau incompleto e a maioria delas tinha entre 20 e 29 anos.

DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO A ESCOLARIDADE SÃO PAULO – 2000

ESCOLARIDADE	FREQ.	FREQ. REL.
Analfabeta	4	4%
1º incompleto	65	65%
1º completo	19	19%
2º completo	12	12%
TOTAL	100	100%

Tabela 1

DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO A IDADE SÃO PAULO – 2000

IDADE	FREQ.	FREQ. REL.
15-20 anos	17	17%
20-25 anos	37	37%
25-30 anos	27	27%
Acima de 29 anos	19	19%
TOTAL	100	100%

Tabela 2

Verificamos que a maioria das puérperas (79%) realizou o pré-natal.

O pré-natal realmente bom não é aquele que tem um maior número de consultas e sim aquele que oferece além de tudo um maior número de orientações sobre métodos de apoio físico e psicológico, para que a parturiente tenha maior segurança e tranquilidade quando iniciar o trabalho de parto.

O pré-natal deve ter início no primeiro trimestre de gestação e com o mínimo de cinco consultas até no momento do parto. Entretanto, há controvérsias quanto ao estabelecimento do número ideal de consultas, sendo até considerado errôneo e inócua para uma relação mais direta na saúde da gestante e do feto (Sancovski apud Carvalho, 1998).

Para Maldonado (1991), o momento de preparação para o parto e para a maternidade tem como um dos objetivos básicos "humanizar" o processo do nascimento, atualmente tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional.

Em geral os profissionais acolhem de bom grado as parturientes que aprenderam a se ajudar e têm algumas noções do desenvolver do trabalho de parto, colaborando, interrompendo ou amenizando o ciclo medo-tensão-dor (Kitzinger, 1987; Rodrigues, 1997a).

Vivemos em uma época na qual a cesárea tornou-se uma intervenção banal realizada frequentemente por várias razões e não apenas por urgência obstétrica, passando a ser um método normal de fazer uma criança vir ao mundo, ocorrendo assim uma inversão da naturalidade da vida (Largura, 1998; Rodrigues, 1997b).

A preferência pelo parto cirúrgico para alguns médicos se deve ao fato de que o parto normal requer um maior tempo e dedicação dos profissionais por ser um processo demorado. O trabalho de parto demora em média de seis a oito horas de duração, e o parto cesárea não demora mais que uma hora.

DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO O TIPO DE PARTO REALIZADO. SÃO PAULO - 2000

PARTO	FREQ.	FREQ. REL.
Normal	55	55%
Fórcipe	4	4%
Cesárea	41	41%
TOTAL	100	100%

Tabela 3

Ao analisarmos os dados obtidos na Tabela 3 observamos que 55% dos partos realizados foram normais.

Segundo a OMS (2000), a cesárea deve corresponder a 15% dos partos, embora a porcentagem de cesárea não seja igual à recomendada pela OMS, é preciso considerar que o hospital em estudo é referência para patologia obstétrica e que 71% destes partos foram realizados após tentativa para o parto normal. O fato da tentativa para o parto normal pode ser justificada por ser um hospital-escola que possui condutas acadêmicas.

Podemos perceber em nosso estudo que os profissionais desta instituição não se preocuparam em criar um vínculo afetivo com a parturiente. Constatamos que 82% das puérperas não tinham conhecimento da identidade do profissional que realizaram os seus partos (Tabela 4). Esta conduta atrapalha muito o processo de humanização da assistência ao parto.

DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS SEGUNDO O CONHECIMENTO DA IDENTIDADE DO PROFISSIONAL QUE REALIZOU O SEU PARTO SÃO PAULO - 2000

CONHECIMENTO DA IDENTIDADE	FREQ.	FREQ. REL.
Sim	18	18%
Não	82	82%
TOTAL	100	100%

Tabela 4

"Ao longo das últimas décadas ocorreram grandes progressos na obstetrícia, assim como nos conceitos de assistência à mulher e na formação dos profissionais de saúde envolvidos nesta área. Em relação à assistência ao parto, há acentuada preocupação por parte dos profissionais de aperfeiçoar sua capacitação e nortear a prática em fundamentação científica, a fim de garantir a qualidade do atendimento" (Goldman, 1997).

Segundo Rattner (1993), tem-se detectado entre profissionais uma tendência a supervalorizar a qualidade do desempenho técnico, deixando de se preocupar com a relação interpessoal.

"No ato de cuidar deve ocorrer uma relação interpessoal que engloba comportamento e sentimento, tais como assistir, ajudar, estar a

serviço de, desenvolvendo ações de enfermagem e mostrando capacidade de empatia em relação às experiências da mulher parturiente. Pois, para muitas mulheres, o parto é sinônimo de dor e de confiança nas pessoas que delas cuidam" (GURGEL, 1997). E para que isso ocorra é preciso que no mínimo a parturiente conheça a identidade do profissional que está lhe atendendo.

Verificamos na *Tabela 5* que apenas 48% das puérperas receberam informações sobre todos os procedimentos realizados durante o trabalho de parto.

**DISTRIBUIÇÃO DAS PUÉRPERAS
SEGUNDO A EXPLICAÇÃO OFERECIDA
PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
SOBRE OS PROCEDIMENTOS QUE
FORAM REALIZADOS DURANTE
O TRABALHO DE PARTO
SÃO PAULO – 2000**

EXPLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS	FREQ.	FREQ. REL.
Sim	48	48%
Não	52	52%
TOTAL	100	100%

Tabela 5

Considerando que toda gestante tem direito a saber o que está sendo realizado e de que o profissional tem a obrigação ética e legal de oferecer informações razoáveis sobre o cuidado, o tratamento e as alternativas dos cuidados, esta é uma porcentagem muito pequena.

O profissional, quando oferece informação clara e objetiva cria um vínculo de confiança com a paciente. Deve-se respeitar o direito das pessoas hospitalizadas, à informação sobre tudo o que lhes digam respeito e com uma linguagem compreensível a elas.

Mas, para que isso ocorra, às parturientes precisam familiarizar-se com certos termos médicos comuns, simplesmente para entender o que o médico e o enfermeiro obstetra estão dizendo, já que pode ser angustiante para uma parturiente ouvir uma conversa sobre o que se passa com ela, em termos puramente técnicos, que não pode entender, e muitas vezes ela imagina o pior (Kitzinger, 1987).

Segundo Gauderer (1998), quanto mais informada uma pessoa, mais opções e escolhas terá, conseqüentemente, mais livre irá se sentir;

a informação é a base da decisão, do julgamento de ponderação.

A gestante durante o trabalho de parto sente muitas vezes insegura e solitária por não ter ninguém de sua confiança ao seu lado. Por isso é de fundamental importância permitir a entrada de um membro da família durante todo este processo. Além disso, a OMS considera como dever do profissional respeitar a vontade da mulher em ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto e parto.

No estudo em questão, não vimos está prática sendo respeitada. Pois 90% das puérperas referiram desconhecer a possibilidade da permanência de uma pessoa da família durante o trabalho de parto e parto. Segundo Largura (1998), a presença de um membro da família durante o trabalho de parto é muito reconfortante. A parturiente se sente mais segura e confiante.

Segundo Kitzinger (1987), é muito importante a presença do homem durante o trabalho de parto; ele ocupa o centro do palco. O parceiro pode trabalhar com ela para fazer com que centralize sua atenção ao ritmo do útero e harmonize sua respiração.

Embora seja direito da parturiente em ter o marido na sala de parto, muitas vezes este não está preparado. Segundo Maldonado (1991), o homem também vivencia a ansiedade em relação ao parto, devido ao medo do desconhecido, da imprevisibilidade e do risco. Frequentemente, esta ansiedade é expressada pelo temor de estar na sala de parto para assistir ao nascimento do filho.

No presente estudo, procuramos conhecer os métodos para alívio da dor orientados durante o trabalho de parto pelos profissionais. Constatamos que 81% das puérperas não receberam nenhuma orientação quanto aos banhos mornos, massagens, respirações, manobras como a do remador para seu alívio como preconiza a OMS ou outras quaisquer. Somente aquelas que realizaram o pré-natal no local de estudo sabiam realizar algum procedimento para alívio da dor.

Para Kitzinger (1987), a assistência à parturiente com qualidade ajuda-a passar pelo trabalho de parto e parto sem precisar de socorro farmacológico e que um bom pré-natal não fará com que a parturiente não sinta dor, mas que sua percepção se alterará contribuindo assim para que a parturiente participe com mais alegria e satisfação.

Verificamos que todas as puérperas permaneceram em jejum durante todo o trabalho de parto.

O parto, por ser um processo natural, não exige um jejum prolongado como o de uma

cirurgia. O jejum passou a fazer parte do trabalho de parto após intervenção cirúrgica de partos cesáreas. Para Mello (1995), não se justifica a conduta de manter o paciente em jejum, principalmente por longos períodos, pois, quando o parto não é cirúrgico, pode-se introduzir uma dieta leve ou líquida, mantendo a hidratação e um suporte calórico; mas ainda há uma resistência por parte da maioria dos médicos, com relação a essa conduta.

No hospital em questão acreditamos que, por ser referencial de gestação de alto risco, conseqüentemente parto de risco, o jejum é adotado por não saber qual será a evolução do parto, que muitas vezes pode ter início normal e terminar em cesárea por alguma intercorrência muitas vezes imprevisível. De acordo com Rodrigues (1997), a maioria das vezes a indicação de cesariana ocorre durante o trabalho de parto, pois é nesse período que pode surgir as mais freqüentes complicações que impossibilitem o parto normal.

Segundo Kitzinger (1987), durante o trabalho de parto, o obstetra pode decidir que a intervenção é necessária se houver evidência de perigo para o feto ou parturiente. Mas, no entanto, se uma operação for recomendada, a mulher e o marido têm direito de ser informados antes.

Pudemos observar que nenhuma das entrevistadas teve orientação quanto à possibilidade da melhor posição para ela no momento da expulsão fetal. Esta falta de orientação por parte dos profissionais de saúde poderia retardar o parto e/ou torná-lo menos confortável e mais doloroso.

As mulheres de tribos indígenas utilizam posições verticais — sentada, em pé, de joelho ou de cócoras, tendo assim estas opções de posições para maior conforto e comodidade para dar à luz a seu bebê (Maldonado, 1991).

Paciornik (1986) refere que a sala de parto ideal deve dispor de cadeiras especiais que permitem que a parturiente adote a posição que desejar, a não ser em casos especiais. Para este autor, está fora de cogitação a posição deitada, e a posição de cócoras é considerada a melhor para a mulher.

As puérperas entrevistadas também não foram estimuladas ou tiveram a liberdade para caminhar durante o período de dilatação, mesmo porque a planta física desta maternidade não é muito favorável para isso. Em atendimento às preconizações da OMS, nesta maternidade existem duas salas de parto humanizado com cadeiras tipo balanço, *puff*, poltrona e mesa de parto tipo PPP (trabalho de parto, parto e puerpério).

O partograma é realizado em todos os trabalhos de parto. Já não se realiza enema e tricotomia vulvo-perineal para parto via vaginal há quase dez anos. Ao contrário da venóclise e indução das contrações uterinas, que são freqüentes.

Quando questionadas a respeito do contato do bebê na sala de parto, 79% das puérperas afirmaram ter tido um contato muito rápido com o bebê, não tendo a grande maioria delas (93%) estímulo ao aleitamento materno precoce em sala de parto. Esta maternidade tem um Banco de Leite há mais de 10 anos e tem um programa de incentivo ao aleitamento materno. Somente 14% delas foram diretamente para o alojamento conjunto (AC), juntamente com seus recém-nascidos.

A atitude dos profissionais de obstetrícia em promover o contato pele a pele logo após o parto, promove um vínculo afetivo entre mãe e filho além de favorecer a adaptação do recém-nascido à vida extra-uterina. Para Rodrigues (1997), é de grande importância não ter pressa para vestir o bebê e deixar que ele e a mãe se curtam o tempo que quiserem de preferência nus.

Sabe-se que a adaptação ao ambiente extra-uterino é gradual, ou seja, não deve existir separação, pois o bebê passa a conhecer os efeitos de privação de oxigênio, da fome, das oscilações de temperatura e de várias estimulações luminosas, auditivas e táteis; sendo assim, uma das vantagens do alojamento conjunto é evitar a separação entre mãe e filho em uma época tão crucial de adaptação para ambos, colaborando assim para um maior vínculo materno com o filho (Goldman, 1997).

O alojamento conjunto (AC) deve ser incentivado desde o pré-natal, para que as gestantes já estejam preparadas, sem a idéia de que no momento serão incapazes de cuidar de seus bebês, preferindo, assim, muitas vezes, que o bebê permaneça no berçário (Kitzinger, 1987).

Existe controvérsias na ida ou não do recém-nascido (RN) para o AC quando a mãe foi submetida ao parto cesárea. Evidentemente independente de ser o parto normal ou cesárea nas primeiras horas do pós-parto, as puérperas sentem-se em geral cansadas, debilitadas e confusas, não tendo condições físicas para cuidar do bebê. Para a OMS (2000), o recém-nascido sadio deve ficar em AC, sempre com a mãe, independente do tipo de parto.

Achamos que a cesárea não é empecilho para que o RN fique no AC, mas neste caso a equipe de enfermagem deverá oferecer uma maior assistência a ambos nessas primeiras horas.

CONCLUSÕES

Nossos resultados revelaram que a maioria das puérperas não havia concluído o primeiro grau (65%), tinha entre 20 e 29 anos, fez o pré-natal (79%). Cinquenta e cinco por cento tiveram parto normal, 4%, fórceps e 41% foram submetidas ao parto cesariano, após tentativa de parto via vaginal (71% das cesáreas).

Nosso estudo também revelou que nem todos os direitos preconizados pela OMS estão sendo respeitados na prática obstétrica do hospital estudado, isto porque:

- a maioria das puérperas não conhecia a identidade do profissional que realizou seu parto (82%);
- poucas puérperas tiveram orientações de todos os procedimentos realizados (48%);
- 90% não foram orientadas quanto à possibilidade da permanência de uma pessoa da família durante o trabalho de parto e parto;
- grande parte delas não foi orientada sobre procedimentos para alívio da dor (81%);
- 100% ficaram em jejum durante o trabalho de parto e parto e não puderam adotar a melhor posição durante a expulsão do feto; tiveram o estímulo ou liberdade para caminhar durante a fase de dilatação;
- a maioria teve contato com o bebê na sala de parto (79%), mas apenas 7% delas tiveram estímulo ao aleitamento materno precoce;
- somente 14% das puérperas foram para o AC, logo após o parto, junto com os seus recém-nascidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Humanizar é basicamente respeitar a individualidade das pessoas, é saber ver e escutar o outro, permitindo a adequação da assistência segundo sua cultura, crenças, valores e diversidade de opiniões das mulheres. É necessário encontrar novas formas para que a mulher possa ter maior controle sobre o processo do nascimento e parto; que seja respeitada enquanto cidadã, tendo o direito de escolha, por exemplo, de um acompanhante, para que possa ter suporte emocional de uma pessoa próxima com quem ela queira compartilhar esta experiência. Enfim, é necessário resgatar a subjetividade da experiência de parir, que ficou perdida depois da institucionalização do parto.

Acreditamos que a chave da humanização do parto é o pré-natal, pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para

tudo o processo da gestação ao puerpério, e pode-se também conscientizá-la de seus direitos. Portanto, é fundamental que sejam realizados estudos sobre a qualidade dos pré-natais, já que constatamos que a maioria das gestantes procura este serviço.

Além disso, precisa-se mesclar de maneira harmoniosa a tecnologia existente com o lado humanístico do parto. Para que isso ocorra, é necessário que alguns comportamentos intrínsecos dos profissionais sejam mudados. Para humanizar a assistência, é preciso haver flexibilidade e bom senso.

A enfermagem tem grande valor quando se trata de defesa de saúde e de mudanças de comportamentos, pois ela está diretamente ligada à parturiente, e com sua visão holística do ser humano, poderia ser um importante aliado na conquista do direito a um parto humanizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CARVALHO, Geraldo M. **Gravidez na adolescência: subsídios para a assistência e prevenção**. 1998. Dissertação (Mestrado) — Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

FAUNDES, A.; CECATTI, J. A operação cesariana no Brasil: incidência, causas, conseqüências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 7, n. 2, p. 150-173, 1991.

GAUDERER, Christian E. **Os direitos do paciente: a cidadania na saúde**. 7. ed. São Paulo: Record, 1998.

GOLDMAN, Rosely E. **Análise da assistência ao trabalho de parto e parto, realizado por enfermeiros obstetras**. 1997. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem — USP, São Paulo, 1997.

GURGEL, Almeida H. et al. Fenômeno da dor no trabalho de parto: depoimento de parturientes. **Rev. Baiana de Enfermagem**, v. 10, n. 1/2, p. 95-105, abr./out. 1997.

PARTO sem medo. **Informativo da Intermédica sistema de saúde**, v. 1, n. 4, mar./abr. 2000.

KITZINGER, Sheila. **A experiência de dar à luz**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

LARGURA, Marília L. **A assistência ao parto no Brasil**. São Paulo: [s.n.], 1998.

MALDONADO, Maria Teresa. **Psicologia da gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MALIK, Ana Maria. Humanização: assistência a gestante e partos saudáveis. **Rev. COREN- SP**, n. 29, jul./ago. 2000.

MELLO, Gilberto M. **Proposta de rotina de prática humanizada em maternidade**. Santos: Secretaria de Saúde, 1995. (apostila)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Direitos das gestantes**. 2000. Disponível em: <<http://w.w.w.direitos/oms.htm>>. Acesso em: fev. 2000.

PACIORNIK, Moyses. **A assistência ao parto: um inquérito**. [S.l.; s.n.], 1986. (apostila)

RATTNER, Daphne. **A humanização da qualidade do serviço de enfermagem**. São Paulo: [s.n.], 1993. (apostila)

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

RODRIGUES, Livia P. F. **Lobas e grávidas: guia prático de preparação para o parto da mulher selvagem**. São Paulo: Ágora, 1997.

SANTOS, Cíntia R. et al. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente — equipe de enfermagem — família. **Nursing**, v. 2, n. 17, p. 26 -29, out. 1999.

*Recebido em 29 de novembro de 2002
Aprovado em 15 de janeiro de 2003*

PARTO HUMANIZADO: UM DIREITO A SER RESPEITADO (FORMULÁRIO)

Nome: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

- 1) Você realizou o pré-natal?
 sim não
- 2) Qual foi o tipo de parto realizado?
 normal fórcepe cesárea
- 3) Houve tentativa da equipe para realização de parto normal?
 sim não
- 4) Sabe quem realizou seu parto?
 sim não
- 5) Todos os procedimentos realizados foram devidamente explicados?
 sim não
- 6) Foi orientada pela equipe quanto à possibilidade da permanência de uma pessoa da família durante o trabalho de parto e parto?
 sim não
- 7) No momento da dor foi orientada quanto aos procedimentos para o seu alívio?
 sim não
- 8) Permaneceu em jejum durante todo o trabalho de parto?
 sim não
- 9) Você caminhou durante o trabalho de parto?
 sim não
- 10) Foi orientada quanto à possibilidade de escolher a melhor posição na hora do parto?
 sim não
- 11) Houve contato com o bebê na sala de parto?
 sim não
- 12) Houve estimulação para o aleitamento materno na sala de parto?
 sim não
- 13) Seu bebê foi para o quarto (enfermaria) junto com você?
 sim não

Nas propostas para o parto humanizado, um dos direitos a serem respeitados é a vontade e a expectativa individualizada no processo de nascimento e parto.

Segue aqui a transcrição das expectativas vividas por um casal e profissionais numa instituição do município de São Paulo.

MEU PLANO DE PARTO*

Eu, (gestante) e meu obstetra Dr., que vai me acompanhar durante meu parto, temos alguns desejos que gostaríamos que fossem cumpridos caso tudo esteja correndo bem e dentro do esperado.

Durante o trabalho de parto (parto natural):

- Quero ter como acompanhante meu marido, Alexandre Casagrande;
- Escolhi ser atendida pelo meu obstetra Dr. e pela doula
- Dispensamos o uso de alguns procedimentos como;
 - Tricotomia;
 - Lavagem intestinal;
 - Soro para segurar a veia;
 - Exames de toque freqüentes (ao invés disso, controle de dinâmica uterina);
 - Monitoramento fetal com cinta (ao invés disso, controle intermitente dos batimentos cardíacos do feto);
 - Rompimento artificial da bolsa d'água;
 - Hormônio para aceleração de contrações (ocitocina, etc...)
- No que diz respeito aos recursos oferecidos, escolho:
 - Uso da banheira/chuveiro;
 - Bola de parto;
 - Liberdade de movimentação;
 - Livre ingestão de líquido/alimentos leves;
 - Anestesia só se for por mim requisitada (dispenso a oferta insistente) e, se for utilizada, uso de dose mínima para permitir movimentação;
 - Música ambiente (CDs previamente escolhidos e levados por nós);
 - Filmagem pela equipe do hospital.

Durante o nascimento:

- Posição para o parto livre e confortável, sem uso de estribos/perneiras;
- Posição preferencialmente vertical (semi-sentada, cócoras, etc.);
- Episiotomia apenas em caso de necessidade clara, com indicação de meu médico;

- Utilizar um mínimo possível de "campos" de tecido esterilizado para isolar parturiente/obstetra, bem como parturiente/bebê;
- Evitar conversas paralelas.

Para o bebê

- Baixar a luz quando o bebê for nascer
- Caso esteja bem, o bebê vem direto para meu colo antes do cordão ser cortado e sem o intermédio de panos esterilizados para permitir contato de pele;
- O pai corta o cordão e apenas quando parar de pulsar;
- Amamentação precoce (no momento desse primeiro contato ou se não for possível, dentro da primeira meia hora);
- Primeiros procedimentos como nitrato de prata, limpeza, "reanimação", vacinas, observação, etc. apenas após a formação do vínculo mãe/bebê;

Após o nascimento:

- Alojamento conjunto 24 horas;
- Exames, trocas e banhos junto à mãe ou pai;
- Amamentação sob livre demanda;
- Não oferecer nada ao bebê (água, leite, chupeta, etc.);
- No caso da necessidade de parto cesáreo:
- Participação do acompanhante durante todo o processo (meu marido);
- Quero ser informada passo a passo sobre o que está acontecendo;
- Evitar conversas paralelas;
- Tricotomia parcial (não raspar os pêlos do osso púbico para baixo);
- Abaixar o campo protetor e a luz na hora em que o bebê for nascer;
- Minhas mãos livres para acariciar o bebê, bem como primeiro contato de pele para formação do vínculo mãe/bebê, retardando sua saída para avaliação caso esteja bem;
- Amamentação nesse momento ou ainda na sala de recuperação;
- Alojamento conjunto

Certa de que seremos atendidos, agradecemos a atenção

ASSINATURA
DA GESTANTE

ASSINATURA DO MÉDICO
OBSTETRA

- * Carta encaminhada a uma maternidade da Cidade de São Paulo na qual a gestante elegeu para dar a luz, expressando expectativa em relação ao parto, com anuência do médico obstetra.