

CRISTIANE MORETTI GOUVEIA

**INTERCORRÊNCIAS FÍSICAS E EMOCIONAIS NO
PUERPÉRIO E SUAS RELAÇÕES COM INTERVENÇÕES
NA ASSISTÊNCIA AO PARTO**

CAMPINAS

Unicamp

2008

CRISTIANE MORETTI GOUVEIA

**INTERCORRÊNCIAS FÍSICAS E EMOCIONAIS NO
PUERPÉRIO E SUAS RELAÇÕES COM INTERVENÇÕES
NA ASSISTÊNCIA AO PARTO**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de Concentração em Epidemiologia.

ORIENTADORA: PROFA. DRA. ANA MARIA SEGALL CORRÊA

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

G745i Gouveia, Cristiane Moretti
Intercorrências físicas e emocionais no puerpério e suas relações
com intervenções na assistência ao parto / Cristiane Moretti Gouveia.
Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador : Ana Maria Segall Corrêa
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Parto normal. 2. Políticas públicas. 3. Obstetrícia. I.
Corrêa, Ana Maria Segall. II. Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês : “Intercurrences physical and emotional in the puerperium
and its relation with intervention to the delivery”**

Keywords: • Natural Childbirth
• Public policies
• Obstetric

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva
Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa
Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo
Profa. Dra. Daphne Rattner

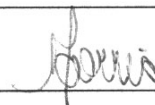
Data da defesa: 19 - 02 - 2008

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa

Membros:

1. Prof^a. Dr^a Ana Maria Segall Corrêa



2. Prof^a. Dr^a Daphne Rattner



3. Prof^a. Dr^a. Antonieta Keiko Kakuda Shimo



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 19/02/08

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo aos meus filhos, Estevão e Theodoro, que me abriram os olhos para um mundo novo, e ao meu marido, Arnaldo.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Ana Maria Segall Corrêa por acreditar na viabilidade deste estudo.

À Profa. Dra. Antonieta Keiko Kakuda Shimo pelas sugestões, pelas referências bibliográficas e por me apresentar uma nova realidade.

À Profa. Dra. Marina Rea pelas sugestões na dissertação e nos artigos.

À Enfermeira Patrícia Queiroz pelo apoio constante, paciência, compreensão e por acreditar que as coisas podem ser diferentes.

À Nutricionista Bernadete de Carvalho, *in memoriam*, pelos momentos vividos juntas e por não me deixar desistir.

À Sílvia Pascote por acreditar em mim num momento em que nem eu mesma acreditava.

À Minha mãe e irmãs por entenderem a minha distância durante todo o curso de mestrado.

À Estevão, Theodoro e Arnaldo pela compreensão e paciência nos momentos de ausência e por entenderem a importância deste estudo para mim.

À Cecília, Daise, Lúcia, Maísa, Edna, Carla, Wilson, Eliana e June por contribuírem direta ou indiretamente, com palavras ou gestos, para que este estudo fosse realizado.

*Não me deixe rezar por proteção contra os perigos,
mas pelo destemor em enfrentá-los.*

*Não me deixe implorar pelo alívio da dor, mas pela
coragem de vencê-la.*

*Não me deixe procurar aliados na batalha da vida, mas
a minha própria força.*

*Não me deixe suplicar com temor aflito para ser salvo,
mas esperar paciência para merecer a liberdade.*

*Não me permita ser covarde, sentindo sua clemência
apenas no meu êxito, mas me deixe*

sentir a força de sua mão quando eu cair.

(Rabindranath Tagore - Colhendo frutos)

	PÁG.
RESUMO	<i>xxiii</i>
ABSTRACT	<i>xxvii</i>
1- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	31
2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	35
2.1- A História da assistência ao parto no mundo ocidental	37
2.2- A Assistência ao parto no Brasil	47
2.3- Assistência ao trabalho de parto	55
2.3.1- Intervenções relacionadas à assistência ao parto.....	55
2.3.2- Complicações da assistência ao parto.....	72
3- HIPÓTESE	77
4- OBJETIVOS	81
4.1- Objetivo geral	83
4.2- Objetivo específico	83
5- METODOLOGIA	85
5.1- Análise estatística	91
6- RESULTADOS	93
6.1- Características sócio-demográficas	95
6.2- Informações referentes à gestação e parto	98
6.3- Informações referentes ao puerpério	101
6.4- Análise de associação entre procedimentos assistenciais e intercorrências maternas	106

7- DISCUSSÃO.....	111
7.1- Características socio-demográficas.....	113
7.2- Gestação e parto.....	113
7.3- Puerpério imediato e tardio.....	118
8- CONCLUSÃO.....	121
9- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	131
11- ANEXOS.....	141

LISTA DE SIGLAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AIMS	Atenção Integral à Saúde da Mulher
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
DCP	Desproporção Céfalo Pélvica
GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LCR	Líquido Céfalo-Raquidiano
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PKU	Phenylketonuria
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	Recém-Nascido
SAESP	Sociedade Anestesiologista do Estado de São Paulo
SFA	Sufrimento Fetal Agudo
SINASC	Serviço de Informação sobre Nascidos Vivos
SRQ	Self Reporting Questionnaire
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1- Características sócio-demográficas de puérperas atendidas em um Hospital Público do interior do Estado de São Paulo, 2008.....	96
Tabela 2- Distribuição sócio-demográfica de mulheres atendidas em um Hospital Público do interior do Estado de São Paulo, 2008.....	97
Tabela 3- Distribuição de renda familiar mensal de mulheres atendidas em um Hospital Público do interior do Estado de São Paulo, 2008.....	97
Tabela 4- Distribuição de freqüências de procedimentos obstétricos realizados em um Hospital Público do Estado de São Paulo, 2008.....	99
Tabela 5- Distribuição de freqüência de intercorrências durante o parto de mulheres atendidas em um Hospital Público do Estado de São Paulo, 2008.....	101
Tabela 6- Distribuição de freqüência de planejamento e aceitação da gestação de puérperas atendidas em um Hospital Público do Estado de São Paulo, 2008.....	102
Tabela 7- Freqüência de sintomas físicos e psicológicos relatados pelas puérperas no puerpério mediato e tardio no interior do Estado de São Paulo, 2008.....	103
Tabela 8- Freqüência de complicações físicas observadas em puérperas no puerpério mediato, no interior do Estado de São Paulo, 2008.....	104
Tabela 9- Freqüência de atividade sexual e anticoncepção no puerpério tardio de mulheres do interior do Estado de São Paulo, 2008.....	105

LISTA DE QUADROS

		PÁG.
Quadro 1-	Características sócio-demográficas em relação ao tipo de parto em mulheres atendidas em um hospital público no interior do Estado de São Paulo, 2008.....	107
Quadro 2-	Tipos de parto e repercussões no puerpério de mulheres atendidas em um hospital público do interior do Estado de São Paulo, 2008.....	109

RESUMO

As intervenções durante o trabalho de parto e parto têm sido objeto de debates de órgãos nacionais e internacionais. No Brasil há mobilização, por meio dos gestores de suas políticas públicas, no sentido de diminuir o número de cesarianas, episiotomias e outras intervenções que se revelaram inadequadas quando utilizadas sem indicação clínica. O objetivo desta pesquisa é estudar a relação entre intervenções clínicas e cirúrgicas no trabalho de parto e parto e a saúde física e psicológica (transtornos mentais menores) das mulheres no puerpério imediato, mediato e tardio de um hospital público do interior do Estado de São Paulo. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, no qual foram entrevistadas 278 mulheres no puerpério imediato e mediato (em torno do 10º dia), com perguntas referentes ao seu estado físico e psicológico. No 40º dia pós parto foi possível entrevistar 130 mulheres com o objetivo de analisar possíveis intercorrências tardias. A análise estatística inicial foi exploratória, com descrição de frequência dos eventos e testes bivariados para nível de significância de 95%. A análise da medida de efeito foi realizada através da prevalência para observar complicações no puerpério imediato e tardio de acordo com as categorias de cada variável. Os resultados mostraram índices de analgesia e parto fórcepe acima dos citados em literatura. O parto fórcepe se mostrou fator de risco para lacerações perineais mais severas e Rns com Apgar menor que 7 no 1º minuto.

PALAVRAS-CHAVE: Parto normal, políticas públicas, obstetrícia, assistência ao parto.

ABSTRACT

The interventions during labor and delivery have been subject of national and international agency debates. In Brazil, health policies has been implemented in order to reduce the rates of surgical delivery, episiotomies, and other birth procedures revealed as inadequate when used without clinical indication. The aim of this study is to identify the relationship between interventions during labor and delivery and, the physical and psychological women's condition in the puerperal period in a public hospital in the State of São Paulo. It's a quantitative descriptive study that depicts the assistance received in the labor and its association to the kind of delivery, the interventions performed, the occurrence of depression and complications to the mothers in their puerperium. A sample of 278 women have been interviewed about their physical and psychological state on the 10th day of their puerperium, and 130 out of these 278 on the 40th day. An analysis was undertaken for potential risky factors, with outcome variable being presence or absence of complications. Confidence intervals at 95% level were calculated for each variable. Prevalence was calculated to identify the relationship between delivery clinical and surgical procedures and woman's health during puerperium period. The results showed a prevalence of analgesia and instrumental delivery above the expected by the current literature. Forceps delivery was a risk factor for more severe perineal lacerations and for newborns with and Apgar index lower than 7 in the first minute of life.

KEY-WORDS: Delivery, public policies, obstetric, childbirth.

1- INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As patologias associadas à mortalidade materna (síndromes hipertensivas, hemorrágicas, complicações de aborto e endometrites) têm sido extensamente pesquisadas, enquanto outras morbidades, de menor apelo dramático, vêm sendo, subestimadas.

Embora essas “patologias menores” do parto muito raramente causem complicações letais, podem resultar em sofrimentos, que deixem seqüelas físicas ou psicológicas, em graus mais ou menos severos e por períodos variáveis de tempo.

A assistência ao parto no Brasil deve ser entendida como um conjunto complexo de fatores característicos da atenção à saúde da mulher entre nós, que inclui índices de esterilização e partos cirúrgicos altos (NEME, 2000; MORAES e GOLDENBERG, 2001; DIAS e DESLANDES, 2004). A hospitalização do parto, não tem sido garantia de qualidade de atenção. O despreparo dos profissionais e o sucateamento da rede pública, somados ao abuso de “medicalizações e cirurgificações” geram riscos, mesmo para mulheres saudáveis e têm um impacto questionável sobre a morbimortalidade materna e fetal (BERQUÓ, ARAÚJO e SORRENTINO, 1995). A atenção ao parto tem se caracterizado pela fórmula de oferecer tecnologia inadequada e arriscada para os partos normais e de não oferecer tecnologia adequada e segura para os partos anormais (NEME, 2000).

A partir da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) preocupado com o índice alarmante de cesarianas e com as altas taxas de morbi-mortalidade materna, lançou vários programas com o objetivo de reduzir esses índices e as intervenções desnecessárias no momento do parto.

Em 1996, o MS em parceria com Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o projeto Maternidade Segura, visando reduzir a mortalidade materna e perinatal através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido. Esse acordo determinava a redução em 50% de mortes maternas até o ano 2000 (BRASIL, 2001). Em 1998, várias portarias foram promulgadas, entre elas a remuneração da analgesia no parto normal, para todas as mulheres

que tivessem seus filhos em hospitais credenciados pelo SUS, critérios de pagamento para diminuição das taxas de cesariana e abertura de Casas de Parto (PORTARIA n. 2815 e PORTARIAS n. 569, n. 570, n. 571 e n. 572).

Com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000) o MS institui uma política de saúde voltada para a atenção à gestante, ao recém-nascido que se estenderia ao período pós-parto. Tenta assim mais uma vez diminuir as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

Porém, o que se observa no cotidiano dos profissionais de saúde é o aumento de intervenções invasivas, de cesarianas e de medicalização do processo de nascimento. É importante salientar os diversos significados de humanização para cada categoria profissional. Para alguns profissionais a humanização se traduz através do uso de tecnologias para alívio da dor, enquanto que para outros profissionais da equipe multiprofissional a humanização significa respeitar o processo de nascimento tornando-o o mais fisiológico possível.

A parturiente, figura central, da assistência muitas vezes se vê envolvida numa parafernália de nomes técnicos e aparelhos, sem saber exatamente o que vai ser feito nela e com ela. O emponderamento das mulheres ainda é uma utopia dentro da assistência ao parto, sendo que, muitas vezes o uso de tecnologia no parto normal de baixo risco é imposto sem a menor possibilidade de recusa.

Esse estudo se justifica na necessidade de entendimento do processo de assistência ao parto em hospital público e as repercussões imediatas e mediatas na saúde da mulher dos procedimentos usuais neste contexto.

2- REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1- A História da assistência ao parto no mundo ocidental

A palavra Obstetrícia deriva do latim *obstetrix*, originária do verbo *obstare*, que significa “ficar ao lado” ou “em face de”. Oslander introduziu a palavra obstetrícia em 1812, que significa “a mulher cuidando da parturiente”, designando a profissão de parteira ou obstetriz e sua presença ao lado da gestante. Também se utiliza a palavra tocologia, de origem grega: toco “parto” e logia “estudo” (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1994; NEME, 2000; LYBIO JÚNIOR, 2004).

Em países da língua inglesa utilizava-se a palavra “midwifery” em lugar de obstetrícia até os fins do séc. XIX; origina-se de “mid” (com) e “wif” (mulher) e pode ser encontrado em escritos desde 1483. A palavra “midwife” (parteira) pode ser rastreada em 1303 (REZENDE, 1974).

Obstetrícia é a parte da medicina que estuda os fenômenos da reprodução na mulher. Atém-se ao ciclo gravídico-puerperal, à fisiologia, patologia e dita normas a respeito de sua assistência em circunstâncias normais e anormais (REZENDE, 1974; NEME, 2000).

Existem registros de que desde a pré-história o parto era assistido por parteiras. Eram mulheres mais velhas que cuidavam com conselhos e práticas diversas das mulheres inexperientes em assuntos do parto. Ignorantes e metade feiticeiras, seu único conhecimento era sua própria multiparidade (THORWALD; REZENDE, 1974; BRELET-RUEFF, 1978; LYBIO JÚNIOR, 2004).

No segundo livro do Pentateuco (Livro do Êxodo), existe referência sobre o exercício profissional de parteiras¹. Desde cedo, as parteiras assistiam aos partos, pedindo ajuda aos médicos-sacerdotes apenas quando seus exorcismos e procedimentos primitivos não eram suficientes para corrigir as distócias. As manobras utilizadas eram rudes e cruéis, acompanhadas de massagens no ventre e embriotomias com utensílios domésticos² (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

¹ Séfora e Fuá: primeiras parteiras descritas na História, apesar de ter sido encontrado textos referente a assistência ao parto por mulheres cerca de 2500 a.C.

² Ganchos e facas adaptados de acordo com a dificuldade do parto.

Os hebreus e egípcios aperfeiçoaram esses conhecimentos inventando os primeiros instrumentos embriotômicos e a cadeira obstétrica, incorporando a isso conhecimentos rudimentares de anatomia feminina e mecanismo do parto (REZENDE, 1974).

Em alguns papiros, foram encontradas lições sobre exame de urina e do aparelho genital feminino, aconselhamento sobre posições especiais para parir, introdução do diagnóstico da gravidez e relatos sobre a operação cesariana *post mortem* (REZENDE, 1974).

A mitologia grega e, posteriormente a latina, estão cheias de alusões a divindades invocadas pelas mulheres para ajudá-las nos momentos difíceis do parto³. No Lex Regia de Numa Pompílio encontra-se a mais antiga documentação sobre a operação cesariana (715-673 a.C.), que ordenava a abertura do ventre das gestantes mortas para retirada do feto (REZENDE, 1974).

Segundo DELASCIO (1974) a lei régia proibia que se enterrassem mulheres que tivessem morrido grávidas, antes de ter tirado o filho; quem fizesse o contrário, pareceria ter destruído a esperança de salvar a vida do nascituro juntamente com a da gestante.

Hipócrates (460-377 a.C.) muito contribuiu para a evolução da assistência ao parto, compilando, difundindo e reformulando conhecimentos que a tradição conservara. Separou a religião da medicina, à qual veio se juntar posteriormente na Idade Média (REZENDE, 1974; LYBIO JÚNIOR, 2004). Em seu livro “Epidemias” descreveu os sintomas da febre puerperal (DELASCIO, 1974; LYBIO JÚNIOR, 2004).

Porém, Hipócrates contribuiu também com suposições, tais como, que o bebê nascido no sétimo mês de gravidez é mais forte que o nascido no oitavo, descreve a morfologia e a cérvix da gestante, utilizando, provavelmente um espéculo vaginal. Ensinou às parteiras manobras externas para tornar o feto

³ As mulheres desta época recorriam à deusa Lucina, que corresponde à *Ilícia* dos gregos nas dificuldades do parto (SOUZA, 1981, p. 88; DELASCIO, 1974, p. 09).

cefálico através de sacudidelas verticais ou horizontais, procedimentos de dilatação do colo uterino e manobras internas para versão cefálica (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

Também se atribui a Hipócrates o diagnóstico da gravidez e a determinação do sexo do bebê através das plantas. Um dos métodos de prognóstico descrito em seus Aforismos é: *“Deixas a mulher beber o sumo das tâmaras misturado com vinho. Se ela vomitar imediatamente, está grávida”* (BRELET- RUEFF, 1978, p. 58). Outro método de diagnóstico da gravidez baseado em seu conhecimento de hormônios sexuais e plantas são de que se deve *“colocar sobre a vulva da mulher um bulbo de cebola que será deixado toda a noite até o Sol nascer. Se cheirar a cebola pela boca, a mulher está grávida”* (BRELET-RUEFF, 1978, p. 59).

Para a determinação do sexo do bebê, Hipócrates recomendava:

Deverás encher bolsas, feitas de tecidos, com grãos de trigo e cevada. A mulher deverá despejar nas bolsas, todos os dias, sua urina. Se os grãos de uma das duas bolsas começarem a brotar ela dará à luz. Se brotar o trigo, nascerá um menino; se brotar a cevada nascerá uma menina. Se nem o trigo e nem a cevada brotarem, não haverá parto (BRELET-RUEFF, 1978, p. 59)⁴

Descreveu a embriotomia com evisceração, sendo que somente os homens poderiam realizar esse procedimento. Eram chamados pelas parteiras após a constatação do óbito fetal, apesar dessas profissionais serem reconhecidas legalmente e louvadas em seu papel social por Platão e Sócrates (REZENDE, 1974).

Os discípulos deste mestre através de suas viagens difundiram conceitos da medicina grega e uma arte obstétrica aperfeiçoada (REZENDE, 1974).

⁴ Selmar Achheim e Bernhard Zondek em 1926, utilizaram camundongo para desencadear a reação provocada pela urina da mulher grávida (THORWALD, 1978, p. 100).

É com a escola de Alexandria, através de necropsias, que as ciências e a medicina puderam se desenvolver mais livremente (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974; SOUZA, 1981). A noção de que as crianças com apresentação anômala poderiam nascer vivas com ajuda conveniente foi uma contribuição importante de Sorano para as intervenções obstétricas. Sua manobra ficou conhecida como “golpe das mãos sobre os pés”. Infelizmente, esse procedimento caiu no esquecimento sendo resgatado por Ambrósio Paré em 1549/1550 (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974).

Sorano de Éfeso também contribuiu com um tratado sobre Doenças das Mulheres, onde sistematiza e discute as causas de distócia, indica a embriotomia somente quando não há outro recurso disponível e, ensina noções de puericultura. A importância da obra deste autor deve-se ao fato que, num espaço de quinze séculos não houve mudanças relevantes na *arte obstétrica* (SOUZA 1981).

Para os egípcios, o parto normal era aquele em que primeiro aparecia a cabeça, segundo ideogramas encontrados e que as mulheres daquela época, assim como a maioria dos povos antigos, pariam de cócoras (THORWALD). Invocavam a deusa Ísis, padroeira das parturientes e benfeitora do gênero humano. Apesar do progresso da civilização egípcia e a cultura de seus sacerdotes pouco se sabe sobre a sua obstetrícia (DELASCIO, 1974).

Na cultura asteca os médicos e parteiras realizavam um pré-natal rudimentar, onde orientavam sobre nutrição adequada, evitar o excesso de sono durante o dia, preveniam as futuras mães sobre os cuidados para se evitar abortamento, fugir de emoções fortes, não levantar objetos pesados, correr e trabalhar demasiadamente (BRELET-RUEFF, 1978).

Durante o trabalho de parto as parteiras *nahuatl*⁵ estimulavam os banhos mornos e praticavam exercícios externos no caso de má colocação da criança. Ofereciam decocções de raízes pulverizadas de *ciuptali* para acelerar o

⁵ Povo da América pré-colombiana.

parto e faziam-nas tomar a “cauda pulverizada de um animal chamado *tlacuaztin*⁶, com o comprimento de meio dedo”, para anestesiá-las as dores (BRELET-RUEFF, 1978).

Coincidentemente com a queda e divisão do Império Romano, do início da era cristã até o final da Idade Média (Século XV) a obstetrícia entrou num período de estagnação e inércia retrocedendo aos procedimentos pré-socráticos, a magia e aos sortilégios (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974).

A grande contribuição dos árabes à medicina foi sem dúvida, preservar o pensamento e o conhecimento produzido e acumulado pelos homens anteriormente, compensando talvez a bárbarie que exibiram ao conquistar povos e destruir monumentos e templos, culminando com o incêndio da Biblioteca de Alexandria (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

As escolas médicas de Salerno, Pádua, Nápoles e Montpellier, não contestam os postulados hipocráticos-arábicos, porém, ao lado dos procedimentos preconizados entoavam salmos, utilizavam imãs e medicamentos para extração do feto, para terminar frequentemente nas embriotomias. O silêncio dessas escolas médicas e o retrocesso eram devido aos mandamentos da Igreja Católica e à vergonha em atender mulheres (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

Diante disso, a prática da assistência ao parto nessa época estava entregue às parteiras, que não dispunham de conhecimento sobre a anatomia da bacia, nem da fisiologia da gravidez. Eram mulheres das camadas mais baixas da população e trabalhavam às cegas, por baixo das saias das parturientes, pois eram proibidas de verem a genitália feminina (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974).

Na medicina grega o aborto e a morte do feto eram permitidos se a saúde ou a vida da mãe estava em perigo. Já na Idade Média a Igreja Cristã condenou esses procedimentos e *ordenou* que caso a criança não nascesse pela

⁶ Marsupiais da família dos didelfídeos, pertencentes ao gênero *Didelphis*, que habitam do Sul do Canadá à Argentina.

via vaginal, fosse realizada a operação cesariana antes da morte do bebê, para que o mesmo pudesse ser batizado evitando assim a danação eterna (GLASSCHEIB, 1961).

Como as parteiras tinham medo de realizar tal procedimento, deixavam a criança morrer para depois retirá-la através da embriotomia. Com isso foram chamadas de bruxas em contato com Satanás por deixarem um inocente morrer sem o batismo (GLASSCHEIB, 1961).

Com o propósito de salvar a alma das crianças vítimas de partos difíceis, foi inventada uma seringa com cânula fina e comprida para que o batismo se realizasse ainda dentro do útero (GLASSCHEIB, 1961).

Nesta época, a prática dos partos ainda continuava sob responsabilidade das parteiras. Foi escrito um tratado sobre doenças da mulher, possivelmente por Trótula, parteira de identidade desconhecida, onde se descreve a perineorrafia pós-parto, postulando que sua causa era devido à má qualidade da assistência (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974)

No Século XIII, os sacerdotes passaram a exercer a Obstetrícia, e filósofos e teólogos se ligam às universidades influenciando na medicina, inaugurando a Medicina Escolástica. Segundo essa nova Escola a astrologia era ciência e os fenômenos reprodutivos eram influenciados por planetas e estrelas. Aos médicos da época não era permitido tocar ou palpar as gestantes por ser considerado indecoroso (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

O trabalho manual era desprezado pelos sacerdotes da época que os consideravam próprio de pessoas pertencentes a castas inferiores. Somente o trabalho intelectual era valorizado. Esse conceito perdurou até o Século XVIII , quando a Faculdade de Medicina de Paris pede aos cirurgiões que querem se elevar à condição de médicos, que declarem em ato formal, não mais praticar a cirurgia (REZENDE, 1974).

Com o fim da Idade Média e início do Renascimento, a obstetrícia começa a ser levada a sério enquanto ciência (GLASSCHEIB, 1961).

A publicação do livro de Eucharius Roesslin, em 1513, sobre a assistência à parturição dirigido a parteiras a pedido da princesa Catarina de Saxe, marca o início dos trabalhos de tocologia (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974; SOUZA, 1981).

Apesar do esforço para transformar a obstetrícia em ciência, o velho preconceito contra a figura masculina nos partos ainda é grande. Em 1521, um médico de Hamburgo foi condenado à morte pela fogueira porque ousou assistir um parto vestido de parteira (GLASSCHEIB, 1961).

Com André Vesálio (1514-1564) e seus estudos sobre anatomia, a genitália externa feminina e sua vascularização pôde enfim ser estudada com mais cuidado (REZENDE, 1974; GOMES, 1974). Vesálio chamou a pelve de bacia pela sua semelhança com o utensílio utilizado pelos barbeiros-cirurgiões e deu o nome de sacro à parte terminal da coluna vertebral pela sua importância para o encaixe adequado do bebê (DELASCIO, 1974; LYBIO JÚNIOR, 2004).

Com os conhecimentos anatômicos, a obstetrícia começou a se desprender do pensamento medieval. Ambroise Paré (c.1509-1590), cirurgião que anteriormente era barbeiro, era chamado muitas vezes em caso de partos difíceis, tornando-se referência em Obstetrícia na Europa (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

Paré encontrou material suficiente no Hotel Dieu de Paris para aprofundar seus conhecimentos nesta área e redescobriu o “golpe de mãos sobre os pés”. Discursou sobre variados aspectos da gravidez, parto e aleitamento materno, ensinou parteiras, aceitou a cesariana *post-mortem* e condenou-a na parturiente viva (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974; SOUZA, 1981; LYBIO JÚNIOR, 2004).

Foi sucedido por Guillemeau (1550-1609), que traduziu sua obra para o latim. Guillemeau foi o responsável pelo início da substituição das parteiras pelos médicos na assistência ao parto (REZENDE, 1974).

A obstetrix Luísa Bourgeois (1563-1636), aluna indireta de Paré, após ajudar no nascimento de Luís XIII, filho da rainha Maria de Médicis, ganhou grande notoriedade. Deixou memórias bastante didáticas sobre as apresentações de face e a pélvica, além de corrigir posições inclinadas da cabeça com o decúbito lateral (REZENDE, 1974; LYBIO JÚNIOR, 2004). Precedeu Guillemeau escrevendo sobre a necessidade, na placenta prévia, de esvaziar o útero devido a grandes hemorragias (REZENDE, 1974).

Francisco Mauriceau, conhecido como “O Oráculo dos parteiros do Século XVII”, condenou o fórcepe obstétrico de Chamberlen, após assistir a uma demonstração do seu uso feito pelo neto do inventor, Hugo, em uma parturiente raquítica. O feto e a mulher morreram devido a lacerações provocadas pelo instrumento no útero e no canal vaginal, devido o estreitamento da bacia (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

Mauriceau também restaurou o antigo ensinamento de Trótula sobre a perineorrafia logo após o parto, descrevendo o mecanismo e os tempos operatórios, as apresentações de frente e as manobras que facilitam a liberação da cabeça derradeira. Preconizou a amniotomia para acelerar o trabalho de parto e o tratamento da placenta prévia (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974).

A partir deste século, a obstetrícia evoluiu como ciência nas universidades tornando-se uma especialidade isolada, independente da cirurgia. Com isso, acendeu a discussão de quem era responsável pela assistência aos partos (GLASSCHEIB, 1961; REZENDE, 1974).

As parteiras dessa época eram bastante respeitadas, pois atendiam rainhas e princesas com grande perícia. Com a ameaça de suas atribuições apelaram para a Igreja Católica e para as mulheres, em geral, que eram as suas clientes (GLASSCHEIB, 1961).

Teriam ganhado a luta se não fosse o Rei Luís XIV. Esse soberano tinha uma curiosidade peculiar por partos. Ordenou aos médicos que despissem suas amantes para que ele pudesse observá-las, por detrás de uma cortina, o desenvolvimento do parto. Para que isso fosse possível a cadeira de partos teve de ser abandonada e as mulheres passaram a ter seus filhos deitadas de costas com as saias levantadas, em suas camas⁷. Com isso, o assistente masculino no momento do parto entrou na moda e passou a se chamar “Accoucheur” (REZENDE, 1974).

A invenção do fórcepe pelo cirurgião inglês Peter Chamberlen (1540-1596), foi o que mais influenciou a introdução da obstetrícia como disciplina técnica e científica. O que antes era conhecido como um processo fisiológico, que segue o seu curso comandado pela lei divina, foi alterado por algo comandado pela vontade humana (OSAVA, 1997).

Esse instrumento não se popularizou entre as parteiras porque elas eram consideradas intelectualmente inferiores aos homens e incapazes de acompanhar os avanços da medicina da época. Além do que, o fórcepe foi mantido como segredo de família e era vendido, de tempos em tempos, por uma pequena fortuna a quem pudesse pagar pelo invento (REZENDE, 1974).

A embriotomia foi sendo substituída por esse instrumento e, popularizado somente em 1753. Seu desenho foi sofrendo modificações para melhor se adaptar as dificuldades do parto até chegar aos modelos que conhecemos hoje (REZENDE, 1974).

Seguindo as descobertas que mudaram a assistência ao parto no mundo, o Dr. James Young Simpson, em 1847, introduziu o uso do éter para realizar o primeiro parto sem dor. Sua preocupação com o uso desta nova tecnologia era se o uso do éter além de anestésiar também aboliria as contrações musculares responsáveis pela expulsão do feto, impossibilitando o nascimento

⁷ Existem relatos de que o parto em decúbito dorsal foi introduzido por Francisco Mauriceau por ser mais confortável para o parteiro a posição ginecológica (LYBIO JÚNIOR, p.131)

normal do bebê. Após sedar três parturientes durante o trabalho de parto ele observou que a anestesia somente tirava a dor e não inibia o trabalho de parto (THORWALD, 1962).

Continuando seus estudos, Simpson introduziu uma mistura de clorofórmio, cloreto de cálcio e álcool, descobrindo assim uma nova “anestesia” com menos efeitos colaterais, ação mais rápida e tempo de agitação menor até conseguir a sedação completa (THORWALD, 1962).

Essa descoberta causou grandes críticas por parte dos médicos e da Igreja Cristã. O ponto de discussão era uma frase bíblica, Gênesis III, 16: “*Darás à luz com dores os teus filhos*”. Autoridades da Igreja consideravam o clorofórmio “fruto do demônio”; outros ameaçavam excomungar os fiéis que fizessem uso desta substância (THORWALD, 1962).

A anestesia se popularizou após a aplicação de clorofórmio pelo médico inglês Snow a pedido da Rainha Vitória no nascimento do seu oitavo filho, em 1853 (THORWALD, 1962; REZENDE, 1974).

A primeira anestesia subaracnóidea foi realizada, na Alemanha, por August Karll Bier em 16/08/1898, que injetou 3 ml de cocaína a 0,5% em uma mulher de 34 anos submetida à exeresse de tumor de origem tuberculosa no joelho. A analgesia durou 45 minutos e foi utilizada uma agulha longa, idealizada por Quincke, em 1891. O bloqueio peridural foi realizado pela primeira vez com finalidade cirúrgica em 1901, na França, por Sicard e Cathélin, pela via caudal (SAESP, 2006).

A cesariana é uma das intervenções de urgência mais antigas. Até o século XIX só era permitida em mulheres mortas. Essa lei é citada em 1609, por Guilemeau, segundo a qual o médico deveria assegurar-se de que a mulher havia mesmo morrido, antes de realizar a operação (REZENDE, 1974).

Essa cirurgia foi descrita pela primeira vez em 1581, por François Rousset, no *Traité nouveau de l’hysterotomokie ou enfantement césarien*, que relata seis cirurgias realizadas por diferentes cirurgiões (SOUZA, 1981).

Seu nome é atribuído ao nascimento de Caio Júlio César, porém sabe-se que Aurélia, sua mãe, vivia ainda nos tempos da Conquista da Gália. Também relatam que seu nome é de origem latina *sectio caesarea*, pleonasma de *caedere* e *secare* que significa corte. Portanto, *caesares* ou *caesones* seriam os vindos ao mundo por corte (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974; LYBIO JÚNIOR; 2004).

Esse procedimento provocou profundas críticas no meio médico. Paré, Guillemeau e Mauriceau eram contrários e defendiam o uso de fórcepe para corrigir distócias no parto vaginal (REZENDE, 1974; SOUZA, 1981).

A primeira cesariana incontestável, feita por um profissional da medicina, ocorreu 1610, realizada pelo cirurgião Jeremias Trantman. O feto sobreviveu, e a mãe, após 1 mês, morreu de outra causa, não relacionada com o parto (REZENDE, 1974).

Porém, a mortalidade materna com esse procedimento era muito alta. Joulin, no Século XVI, contabilizou 61 mortes maternas para 67 cesarianas realizadas. Entre as operadas no Hotel Dieu, num período de 50 anos, houve somente uma sobrevivente, o mesmo acontecendo na cidade de Viena até 1877 (REZENDE, 1974).

Apesar da descoberta de novas técnicas cirúrgicas, da utilização da anestesia e da descoberta da etiologia da febre puerperal a operação cesariana ainda apresentava um índice de mortalidade bastante alto e era temida por médicos e mulheres. Somente no Século XX com o aperfeiçoamento de técnicas anestésicas e obstétricas e com o advento da antibioticoterapia, esse procedimento deixou de ser temido (REZENDE, 1974).

2.2- A Assistência ao parto no Brasil

A obstetrícia dos índios brasileiros, à época do descobrimento e nos séculos seguintes era rudimentar. Cada tribo indígena tinha seu próprio ritual para o nascimento. Em algumas tribos, como a dos índios Tupinambás, as mulheres

tomavam a posição deitada e eram acompanhadas por mulheres idosas e pelo marido. Em outras tribos, a maioria, os partos aconteciam solitariamente no mato sem assistência alguma (REZENDE, 1974; SANTOS FILHO, 1997). A gestação transcorria sem anormalidades e o parto era realizado com facilidade. A loquiação durava dois a três dias, raramente ocorriam distócias e praticamente não existia parto gemelar. A infecção puerperal era inexistente (GOMES, 1974; SANTOS FILHO, 1997).

Em parto distócico, quando ocorria, a parturiente pedia ajuda com gritos e os mais próximos a auxiliavam. Os padres da Companhia de Jesus, muitas vezes eram chamados para realizar manobras no ventre das índias para ajudar na expulsão do feto (REZENDE, 1974; SANTOS FILHO, 1997).

No início da colonização do Brasil pelos portugueses, as parteiras eram as responsáveis pelo parto. Eram mulheres portuguesas e negras velhas, geralmente pertencentes às camadas sociais mais pobres. Físicos e cirurgiões-barbeiros só eram chamados em situações de urgência (BRENES, 1991; SANTOS FILHO, 1997). As aparadeiras ou comadres, como as parteiras eram chamadas, cuidavam também de doenças de mulheres, gastroenterites e “quebrantos”. Eram acusadas muitas vezes de praticar abortos, cometer infanticídios e praticar feitiçarias (DEL PRIORE, 2004).

As comadres acompanhavam o trabalho de parto e permaneciam na casa, acompanhando a dieta da mãe, aconselhando com os cuidados ao recém-nascido, decidindo a necessidade e/ou escolha de uma ama-de-leite (SANTOS FILHO, 1997).

No final do Século XVIII e início do Século XIX, ainda havia poucos médicos aqui no Brasil e a assistência ao parto continuou entregue às parteiras, que em geral eram mulheres negras, ignorantes e com métodos de assistência duvidosos (SANTOS FILHO, 1997). Madame Durocher foi a primeira parteira diplomada na cidade do Rio de Janeiro e a única mulher que teve assento na Academia Nacional de Medicina (REZENDE, 1974; DELASCIO, 1974; LYBIO JÚNIOR, 2004).

Não existia um interesse masculino à tocurgia, em parte devido ao desconhecimento das “coisas de mulher” e, em parte devido a aspectos de ordem moral. Além do mais a participação do cirurgião no parto era visto como degradante, e a profissão de parteiro como algo desonroso, porque lidava com secreções femininas (OSAVA, 1995).

O cirurgião era chamado somente quando os recursos da parteira se esgotavam e era necessário realizar cirurgia para a retirada do feto através de instrumentos. Esta prática era proibida às parteiras:

As parteiras deviam encontrar limites em realizar o considerado ponto culminante do virtuosismo cirúrgico-obstétrico: a embriotomia. Tais operações mutiladoras e faltosas de diagnóstico preciso eram recorrentemente realizadas por médicos (DEL PRIORE, 1993, p. 267).

A medicina da época colonial brasileira preconizava as sangrias, praticada nos partos com a intenção de prevenir febre e a perda de sangue. Concentravam-se nos pés, pois era onde imaginavam que estava o sangue mais impuro. Muitas vezes, mulheres morriam devido a hemorragias uterinas mais as sangrias que eram praticadas (OSAVA, 1995)

Com a chegada de Dom João VI ao Brasil, foram inauguradas Escolas de Medicina no Rio de Janeiro e em Salvador. Com a introdução do ensino formal de obstetrícia, o trabalho das parteiras começou a ser substituído pelos médicos e estes passaram a ser chamados para assistir os partos, porque era suposto que eles tinham mais conhecimentos a oferecer (OSAVA, 1995).

Somente na segunda metade do século passado, o parto cesáreo foi resgatado pela obstetrícia científica, e ameaçou a supremacia do fórceps obstétrico. De 1881 a 1904, foram registradas somente 05 cesarianas no Brasil. Poucas mulheres aceitavam a cirurgia, o que inspirou o médico Souza, em 1922, a publicar um artigo, orientando como proceder junto à mulher para fazê-la aceitar a operação:

(...) animaria a mulher por todos os meios que me fossem possíveis: faria-lhe ver que por meio da operação cesariana ela poderia salvar a sua vida e a de seu filho; falar-lhe-ia dos exemplos das mães heróicas que se resignando a sofrer pelo interesse da vida de seus filhos, Deus as tinha recompensado permitindo que ambos se salvassem. Aconselharia a família e particularmente a seu marido, que lhe falassem no mesmo sentido, encorajando-a a praticar aquele ato de heroísmo próprio de uma verdadeira mãe. Não se esqueceria de chamar em concílio os conselhos de um padre, que devia fazer ver a mulher em confissão, ou em simples conversa, as tristes conseqüências que sua teima poderia ter a respeito de seu inocente filho, que iria morrer sem a graça do batismo. Com esses meios seria muito difícil que uma mãe digna desse nome não se resignasse a sofrer a operação (SOUZA⁸, 1922).

Segundo TANAKA (1995), a hospitalização do parto ocorreu a partir do Século XX, pouco antes da República, porque a coordenação dos hospitais era função das Irmãs de Caridade, que não permitiam a realização de partos por considerá-los falta de pudor.

O parto foi sendo institucionalizado vagarosamente, após a Segunda Guerra Mundial, quando os médicos, incorporaram maior conhecimento no campo da anestesia, assepsia, antibioticoterapia, cirurgia e etc., e como estratégia para diminuir a mortalidade materna e perinatal. Com isso criou-se condições para se incluir novas tecnologias medicamentosas ou cirúrgicas no parto como o uso de episiotomia, fórcepe profilático, operação cesariana, indução de trabalho de parto, amniotomia e analgesia de parto (TANAKA, 1995). Até a década de 50, 80% dos partos eram domiciliares. A partir da visão do parto como procedimento médico e como doença essa situação se inverteu (OSAVA, 1995).

⁸ SOUZA, 1922 *apud* OSAVA, Ruth Hitomi. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, 105(1/2), jan./fev. 1995.

Com a transferência do parto para o hospital, deu-se então, uma mudança de conceito de parto como processo fisiológico para um fenômeno patológico. O ocidente desenvolveu dois modelos de assistência ao parto. O modelo americano que se caracteriza pela hospitalização do parto e uso excessivo de tecnologias culminando num número alto de cesarianas, episiotomias, monitoramento fetal e outras intervenções muitas vezes desnecessárias. É o modelo utilizado no Brasil e o parto ganha um enfoque predominantemente de risco potencial e, o centro das decisões e a responsabilidade pelo parto de baixo risco cabem ao médico (RATTNER, 1998).

O outro modelo é o europeu e caracteriza-se por ser pouco intervencionista, monitorando o bem-estar da parturiente e seu bebê e pode ser realizado em casas de parto, domicílio ou hospital. É o modelo utilizado em países da Europa e no Japão. O parto ganha um enfoque fisiológico com uso de tecnologias apropriado e baixas taxas de cesariana (RATTNER, 1998).

Sem dúvida, a evolução de tecnologias médicas na assistência ao parto contribuiu para o maior conhecimento das condições materno-fetais, possibilitando a detecção de fatores de risco, diminuindo assim a mortalidade materna e fetal.

O surgimento de novas técnicas de assistência melhora as condições de parto, tornando-o mais seguro, porém, o excesso de medicalização configura a desumanização das condições de nascimento (D'OLIVEIRA , 1997).

A palavra *medicalizar* significa “o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (MILES, 1991, op. cit. VIEIRA, p. 67). Este processo define o que é socialmente normal ou patológico.

Para que a obstetrícia se estabelecesse como uma especialidade legítima da medicina, foi necessário, que a gravidez e o parto fossem transformados em “doença”, requerendo assim, o conhecimento e intervenções específicas dos obstetras (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

PAUL SINGER⁹ (1978) defende a idéia de que os serviços de saúde não são os únicos culpados por negar o direito da população à decisão sobre a própria vida. Ele argumenta que o processo de medicalização também é consequência da convicção do público a respeito do poderes ilimitados da ciência.

A partir da década de 80, acompanhando vários movimentos mundiais, feministas, intelectuais, acadêmicos, grupos de mulheres e outros segmentos da sociedade começaram a se organizar para discutir a assistência prestada à saúde da mulher. Até essa época as políticas públicas relacionadas a este tema eram voltadas para o planejamento familiar e reprodução, como uma maneira de conter o crescimento populacional.

Em 1984, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com base na necessidade de se ampliar a cobertura de atendimentos clínicos, ginecológicos e obstétricos. Neste programa, se faz presentes às diretrizes relacionadas à necessidade de participação comunitária e de equipe multiprofissional para o atendimento das mulheres (TYRRELL, 1997). Esse novo conceito de saúde rompe com a visão tradicional acerca da saúde da mulher, que focava as suas políticas no controle da reprodução (OSÍS, 1998; COSTA, 1999).

O trabalho desta equipe consistiu em definir normas programáticas, especificando quais seriam as bases doutrinárias do programa e, normas técnicas descrevendo e especificando quais os procedimentos médicos que seriam adotados (OSIS, 1998).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), surgiu em meio a pressões internacionais para o controle do crescimento populacional dos países em desenvolvimento, as pressões dos movimentos sociais para a mudança da política de saúde e em meio ao movimento sanitário pré-constituente (TYRRELL, 1997).

⁹ PAUL SINGER, 1978 *apud* D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. **Violência institucional - o caso da assistência obstétrica**. 2º. Seminário sobre Parto e Nascimento no Rio de Janeiro, 1997.

O PAISM foi apresentando oficialmente pelo Ministério da Saúde, em 1984, através do documento “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”, durante uma sessão de uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), instalada pelo Senado para investigar o crescimento da população brasileira (OSIS, 1998).

O programa embora, questionado pelo importante enfoque no planejamento familiar, previa a ampliação das ações educativas e visão integradora dos profissionais, incluindo ações de apoio psicológico e emocional (BRASIL, 1984).

O documento do Ministério incluía também, uma descrição dos procedimentos a serem aplicados na Assistência Integral à Saúde da Mulher (AISM) e esboçava estratégias para a implantação do Programa. A idéia era viabilizar a rede básica de serviços pela integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. Estabelecia também, que todas as ações previstas no programa deveriam ser adotadas conjuntamente e que as atividades de contracepção e concepção nunca poderiam ser implementadas isoladamente (OSÍS, 1998).

Paralelamente a essas transformações sociais e políticas que aconteciam no Brasil e também acompanhando um movimento mundial a favor da humanização do parto e nascimento, na década de 80 houve uma preocupação crescente com a mudança de paradigmas que valorizassem o ser humano em sua totalidade e com mudanças de condutas do profissional de saúde no cotidiano (TYRRELL, 1997).

Em 1985, em Fortaleza, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) – Escritório Regional para as Américas realizaram um encontro sobre tecnologia apropriada para o parto. Este encontro teve como objetivo analisar os prós e os contras de algumas práticas utilizadas mais comumente em obstetrícia e fazer recomendações embasadas em evidências científicas para o uso de tecnologia adequada na assistência ao parto normal sem complicações (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Esse documento também tinha por objetivo tentar reduzir o número de intervenções desnecessárias nos partos de baixo risco, diminuindo o risco de iatrogenias que muitas mulheres sofrem no momento do parto (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996).

Em 1996, o Ministério da Saúde lançou o projeto Maternidade Segura, objetivando reduzir a mortalidade materna e perinatal através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido. Neste acordo feito em conjunto com o Ministério da Saúde (MS) e OMS, ficou pactuado a redução em 50% de mortes maternas até o ano 2000. Em 1998, várias portarias foram promulgadas referentes a assistência ao parto prestado por enfermeiras obstetras, a implantação de programas estaduais de referência hospitalar para o atendimento à gestação de alto risco, a determinação de um pagamento de porcentual máximo de cesarianas em relação ao número de partos de cada hospital, o prêmio Galba de 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 e as Casa de Parto (BRASIL, 2000a).

Em 2000 o MS através da Portaria 569, de 08 de Junho de 2000, instituiu o “Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento”, e constituiu-se numa resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. Mais uma vez, o MS pretende com esta iniciativa diminuir as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, procurando assegurar o acesso, a melhoria da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2003). E mais uma vez, este MS, tenta coibir medidas e procedimentos intervencionistas desnecessários, que embora já desaconselhados por organizações nacionais e internacionais, continuam sendo realizadas com frequência, com prejuízo para a mulher e ao recém-nascido (BRASIL, 2000b).

Em maio de 2000, o MS regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e a humanização é também incluída na pauta da 11^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro

do mesmo ano. O PNHAH constitui uma política ministerial bastante singular se comparada a outras do setor, pois se destina “*promover uma nova cultura de atendimento à saúde*” no Brasil (BRASIL, 2000b). O objetivo fundamental do PNHAH era o de aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissionais (campo das interações face-a-face) e entre hospital e comunidade (campo das interações sociocomunitárias), visando a melhoria da qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2000b).

Atualmente o Programa foi substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma política de assistência e não mais um programa específico, intitulada "Humaniza Sus" (DINIZ, 2005).

2.3- Assistência ao trabalho de parto

2.3.1- Intervenções relacionadas à assistência ao parto

A) Analgesia de parto

A dor no trabalho de parto é uma sensação desconfortável, causada pelas contrações uterinas que impulsionam o feto de encontro ao colo uterino, distendendo o cérvix e segmento inferior do útero (dor visceral) e assoalho pélvico, vagina e períneo (dor somática) (DECHERNEY E NATHAN, 2003; KAZANOWSKI, 2005; SAESP, 2006).

Apesar de fisiológica, a dor no trabalho de parto provoca alterações endócrino-metabólicas no organismo materno que, por tempo prolongado, são nocivas à mãe e ao recém-nascido (ALMEIDA, 2005; SAESP, 2006).

Durante o trabalho de parto, a concentração de catecolaminas circulantes se eleva consideravelmente, principalmente em partos dolorosos e prolongados, com conseqüências desfavoráveis sobre a mãe e o feto devido a diminuição do fluxo sanguíneo uterino e modificação da dinâmica uterina (ALMEIDA, 2005; SAESP, 2006).

Entretanto, sabe-se que o aumento das catecolaminas circulantes em consequência da dor age positivamente na adaptação do feto à vida extra-uterina, por favorecer a síntese e liberação do surfactante, regular os níveis de glicemia, favorecer a reabsorção de líquidos pulmonares e atuar na termogênese (NEME, 2000; SAESP, 2006).

Em resposta às contrações e ao estresse materno há um progressivo aumento da ventilação materna durante a parturição, ocasionando alcalose respiratória e hipocarpnia, prejudicando a oxigenação fetal pela dificuldade de transferir oxigênio da placenta para o feto (NEME, 2000; SAESP, 2006).

Sendo assim, o medo da dor e a dor parecem estar relacionados com o aumento vertiginoso da medicalização e procedimentos cirúrgicos no parto. Segundo conclusões do Simpósio “*Cesarianas: Incidência e fatores que a determinam e conseqüências maternas e perinatais*”, cujo tema era o aumento das taxas de cesarianas no Brasil, o medo da dor no trabalho de parto e parto está entre os fatores sócio-culturais que determinam a preferência das mulheres em relação a esse tipo de parto, seguido pela preservação da função sexual da vagina e maior segurança para a mãe e bebê (FAUNDES e CECATTI, 1984).

A analgesia de parto deve ser realizada, sempre que solicitada, para reduzir a reação de estresse devido à dor e a ansiedade materna. O pagamento deste procedimento pelo SUS foi incluído na tabela do Sistema de Informações Hospitalares através da Portaria MS/GM n. 2815, de 29 de maio de 1998, e posteriormente a de nº 572 de 2000 (BRASIL, 2003).

A parturiente deve ser comunicada sobre o procedimento anestésico proposto, seus riscos e benefícios e concordar assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2000).

Segundo o Capítulo IV intitulado Direitos Humanos, Artigo 46 do Código de Ética Médica, é vedado ao médico “*efetuar qualquer procedimento médico sem o esclarecimento e consentimentos prévios do paciente ou de seu responsável legal, salvo iminente risco de vida*”.

A partir do momento que o Ministério da Saúde (MS) passou a remunerar a analgesia do parto, esta passou a ser um procedimento habitual nos hospitais públicos ou conveniados com o SUS. A pergunta que se faz é se esta prática é antecedida por informação às mães dos riscos inerentes e se, à mesma, é apresentado um termo de consentimento. Deve ser analisado, também se as escolhas por uma das técnicas existentes, é feita tendo em vista o menor risco e a preferência da mulher.

Nos procedimentos de analgesia, normalmente, se dá preferência às técnicas regionais de anestesia, porque pode ser realizada em qualquer momento do trabalho de parto. Neste caso, a deposição do anestésico se dá próximo às vias de condução nervosa, o que permite à cooperação materna e evita a depressão do feto (BRASIL, 2003; SAESP, 2006).

Ainda sobre a escolha do tipo de analgesia de parto, as que envolvem cateter são melhores do que aquelas que utilizam técnicas não contínuas, devido à dificuldade de estipular um tempo de duração do trabalho de parto (SAESP, 2006).

É importante salientar que o parâmetro principal para o momento de se realizar a analgesia de parto é a dor materna. A dilatação cervical é importante apenas para a escolha da droga e da dose a ser usada (BRASIL, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

A peridural lombar contínua está indicada no início do trabalho de parto, uma vez que neste período o controle da dor se dá com concentrações mais baixas de anestésico, evitando com isso o bloqueio motor (SAESP, 2006).

O bloqueio peridural ou epidural pode ser realizado em qualquer ponto da coluna lombar, com a gestante em decúbito lateral ou sentada com a coluna lombar em flexão máxima. A punção geralmente é realizada através dos espaços L3-L4 ou L4-L5, com agulhas do tipo Tuohy, com ponta de

Huber 17 G¹⁰ com uma seringa adaptada. Uma vez que a agulha atinja o espaço peridural o êmbolo não oferece resistência e tem-se a sensação de ter chegado ao vazio e o êmbolo da seringa joga facilmente o ar nos espaços. Esse é o sinal de Dogliotti. Neste ponto interrompe-se a introdução da agulha e administra-se o anestésico ou o cateter peridural no caso de infusão contínua (BRASIL, 2003; SAESP, 2006).

O cateter deve ser fixado firmemente no dorso da gestante, formando uma alça para evitar acotovelamento. O ideal é usar esparadrapo transparente, que permite a sua visualização. As complicações com o cateter, embora raras, ocorrem devido a sua migração para o espaço subaracnóideo após perfuração da dura-mater, abscesso peridural, formação de nó e rotura do cateter no espaço epidural (SAESP, 2006).

A Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP, 2006), sugere iniciar a técnica com 5 a 10 ml de bupivacaína a 0,125% associados a 10µg de sufentanila. A manutenção do controle da dor pode ser feita em *bolus* intermitente de anestésico local, através do cateter peridural. Antes de cada complementação da analgesia é necessária a checagem do local do cateter (migração para o espaço subaracnóideo e intravascular) e a avaliação da extensão da área analgesiada para evitar a possibilidade de bloqueio motor.

Outra maneira de manter a dor sob controle é a infusão contínua de anestésico local. O anestésico diluído é infundido continuamente através do cateter peridural. Usa-se uma solução de bupivacaína 0,0625% com 0,2 µg. ml⁻¹ de sufentanila. A vantagem deste método é a estabilidade da manutenção da analgesia, da hemodinâmica, maior satisfação da parturiente, redução de complementação e dos riscos de toxicidade sistêmica do anestésico local. A possibilidade de migração do cateter também é presente neste método de analgesia (SAESP, 2006).

¹⁰ No Manual do Ministério da Saúde "Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde recomenda-se o uso de agulha Tuohy calibre 16 a 17G, enquanto que a Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo recomenda somente a agulha Tuohy calibre 17G.

Nos dois métodos de analgesia peridural, havendo necessidade no período expulsivo, poderá ser feita uma complementação com 3 ml de bupivacaína a 0,5% pelo cateter ou infiltração perineal com lidocaína a 1% para a realização de episiotomia (SAESP, 2006).

A raquianestesia é indicada somente no período expulsivo de trabalho de parto por causa de sua duração limitada. A posição para a punção do espaço subaracnóideo é a mesma para o espaço epidural. O espaço abordado é entre L3-L4 ou L4-L5, utilizando a agulha descartável Sprotte ou Whitacre 25 a 27 G. O anestésico utilizado é a bupivacaína hiperbárica (2,5 mg) associada com sufentanila (2,5 a 5 µg) ou fentanila 10 a 20 µg) (MEEKER E ROTHROCK, 1995; NEME, 2000; SAESP, 2006).

As soluções hiperbáricas depositam de uma maneira gravidade-dependente após a injeção no líquido cefalo-raquidiano (LCR). Mudando-se a posição da parturiente o anestésico pode ser dirigido para baixo, para cima ou para o lado do cordão espinhal. Após 10 a 15 minutos da administração do anestésico o bloqueio se fixa e a gestante deve ser posicionada (MEEKER E ROTHROCK, 1995).

A analgesia raquiperidural (combinada) é a combinação de sufentanila (2,5 a 5,0 µg) ou fentanila (10 a 20 µg) e 2,5 mg de bupivacaína hiperbárica ou isobárica a 0,5% no espaço subaracnóideo e realizando-se, a seguir, a passagem de cateter peridural. A infusão contínua de peridural é feita normalmente como na descrição anterior e com a mesma dosagem inicial. A manipulação do cateter peridural só deve ser feita 20 minutos após a injeção anestésica no espaço subaracnóideo. A infusão precoce no espaço peridural pode ocasionar a dispersão cefálica do anestésico que se encontra livre no liquor. Caso o tempo ideal não possa ser esperado, a complementação pode ser antecipada, porém, deve-se ficar bastante atento, pois pode ocorrer bloqueio simpático e sensitivo bastante extenso (SAESP, 2006).

A combinação de opióides e anestésico local administrado no espaço subaracnóideo promove um melhor rendimento analgésico com doses menores das drogas diminuindo os efeitos colaterais. Além disso, obtêm-se menor bloqueio motor, menos alterações hemodinâmicas e talvez menor interferência nos mecanismos que determinam a evolução do trabalho de parto (SAESP, 2006).

O bloqueio do nervo pudendo está indicado no segundo período do trabalho de parto ou período expulsivo. Esses nervos têm sua origem no sacro (S2-S4) e inervam o períneo, reto, vagina e parte da bexiga. As complicações com este tipo de anestesia estão relacionadas com toxicidade sistêmicas aos agentes anestésicos locais por punção acidental intravenosa, hematomas e abscessos. Sua principal vantagem é que não necessita de profissional anestesologista para a sua realização (BRASIL, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

Na técnica transvaginal introduz-se uma agulha longa (8 a 10 cm) até o ligamento internamente à espinha por cerca de 1,5 cm e injetar 10 ml de lidocaína a 1% com adrenalina 1:200.000. Durante todo o procedimento deve-se aspirar para evitar a administração intravenosa na veia e artéria pudenda que correm paralelamente (BRASIL, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

A técnica peridural do bloqueio do nervo pudendo tem a vantagem de bloquear simultaneamente os ramos do pudendo e do nervo cutâneo da coxa, necessário para a realização das episiotomias laterais. Introduz-se uma agulha de 8 a 12 cm de comprimento a uma seringa de 20 ml, em direção ao ísquio, dirigindo a agulha até a tuberosidade isquiática. Injeta-se 5 a 10 ml de lidocaína a 1% com adrenalina 1:200.000 para fora e para trás do ísquio. Depois injeta-se mais 5 ml de lidocaína na face interna da tuberosidade enquanto se introduz a agulha na fossa ísquio-retal. Após perfurar o ligamento sacroespinhoso e ter penetrado cerca de 1 cm, injeta-se mais 5 ml de anestésico. Repete-se o procedimento do lado contrário. São recomendadas aspirações freqüentes para evitar o risco de administração da solução intravascular (BRASIL, 2003).

B) Uso de fórcepe obstétrico

A indicação do fórcepe obstétrico é basicamente para alívio da fase expulsiva do trabalho de parto, feto com a cabeça insinuada (+3 de De Lee) e rodada pelo menos até variedades anteriores (NEME, 2000; CUNNINGHAM, 2005). O pouco progresso da cabeça fetal através do canal de parto pode ser causado por contrações ineficazes da musculatura uterina e abdominal ou falha da rotação da cabeça (ZIEGEL, 1985). A indicação do uso do fórcepe pode ser distribuída em maternas, fetais, profiláticas e de alívio (REZENDE e MONTENEGRO, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

As discinesias¹¹, estafa materna e a resistência perineal são indicações maternas para o uso do fórcepe (REZENDE e MONTENEGRO, 2003). Mudanças do padrão do ritmo cardíaco fetal sugerindo sofrimento, cabeça derradeira e prevenção de hemorragia cerebral devido um trabalho de parto longo são sinais obrigatórios para o uso do fórcepe obstétrico. (ZIEGEL, 1985; BRASIL, 2003).

O fórcepe profilático é utilizado em caso de doenças maternas¹² quando o esforço excessivo no período expulsivo se torna perigoso. E finalmente, o fórcepe de alívio indicado para redução de estiramento dos músculos e nervos do assoalho pélvico, proteção do períneo e da fáschia, diminuição de sangramento materno e preservação do cérebro fetal. Também pode ser chamado de fórcepe eletivo, fórcepe de alívio materno-fetal e abreviação do período expulsivo. (REZENDE e MONTENEGRO, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

O fórcepe é constituído de dois ramos que se cruzam em torno de uma articulação fixa ou não e se articulam após serem introduzidos na vagina. Cada ramo é composto de uma colher, articulação asas ou hastes e cabo. A articulação

¹¹ Discinesias são distócias funcionais ou dinâmicas: contratilidade uterina ineficiente para dilatação e progressão do parto, ou atividade uterina exagerada, capaz de determinar uma expulsão rápida e precipitada (parto disfuncional) (REZENDE e MONTENEGRO, 2003, p. 442).

¹² Doença cardíaca, pulmonar grave, infecção intraparto, certas condições neurológicas, eclâmpsia e síndrome de Hellp (BRASIL. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Saúde**, 2003, p. 11).

pode ser fixa e se encaixar ou ser lisa e permitir o deslizar dos ramos. A colher pode ser fenestrada (mais comum) ou não. A função da fenestra é diminuir o peso do instrumento, aumentar a adaptação no pólo cefálico e reforçar a solidez da pega (NEME, 2000; REZENDE e MONTENEGRO, 2003; BRASIL, 2003).

Os ramos do fórcepe possuem ainda duas curvaturas: uma cefálica (côncava) voltada para a cabeça fetal e outra pélvica (convexa) adaptada à configuração da pelve (NEME, 2000). As concavidades das colheres, apesar de convergentes, nunca se encontram, contribuindo para diminuir a pressão exercida na cabeça do feto (REZENDE e MONTENEGRO, 2003)

A retirada do feto com fórcepe é classificada como fórcepe baixo, médio e de alívio de acordo com o nível que a cabeça fetal se encontra na pelve materna. O fórcepe baixo é a aplicação das colheres quando o pólo cefálico encontra-se na região perineal (Plano +2 de De Lee ou III e IV de Hodge) e a rotação interna está completa. O fórcepe médio ocorre quando o biparietal ultrapassou as espinhas bi-isquiáticas (acima do Plano +2 de De Lee ou III de Hodge), porém o crânio ainda não desceu ou rodou o suficiente para atingir o Plano +3 ou +4 de De Lee. Na prática obstétrica atual é procedimento raro (ZIEGEL, 1985; NEME, 2000; BRASIL, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

Quando a cabeça é visível no intróito vaginal, sem necessidade de separação manual dos grandes lábios ou quando o pólo cefálico está rechaçando o assoalho pélvico e a rotação da cabeça fetal não excede rotação de 45 graus utiliza-se o fórcepe de alívio. Ainda se utiliza o fórcepe de alívio quando a sutura vaginal da apresentação está próxima do diâmetro antero-posterior (occipito - púbico ou occipito - sacro) ou nas variedades de posição occipito direita ou esquerda anteriores (BRASIL, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

O Fórcepe de Kielland, foi construído em 1915 e, aplicam-se a praticamente todas as variedades de apresentação: oblíquas, diretas e transversas e cabeça derradeira (NEME, 2000). Possui discreta curvatura

perineal, com suas colheres praticamente retas, sendo o instrumento de escolha para se realizar a rotação. Sua utilização é preferível em posições transversas, nas anteriores ou posteriores. Devido a sua articulação móvel permite a correção de assinclitismo¹³ como no caso de bossa serosanguinolenta importante. É um instrumento cruzado e articulado, sendo que o ramo direito desliza sobre o ramo esquerdo (REZENDE, 1974; BRASIL, 2003).

Para partos pélvicos com cabeça derradeira utiliza-se o Fórcipe de Piper. Suas colheres possuem curvatura cefálica e perineal discretas e sua articulação é por encaixe, possibilitando pouca sollicitação do assoalho pélvico no momento da tração. Para sua aplicação a cabeça precisa estar necessariamente insinuada. Na sua falta pode-se utilizar o Fórcipe Simpson-Braun ou de Kielland (REZENDE, 1974; NEME, 2000).

O modelo de fórcipe mais utilizado é o de Simpson-Braun (REZENDE E MONTENEGRO, 2003). Apresenta curvatura pélvica acentuada e colheres fenestradas. Sua articulação é fixa por encaixe e deve ser utilizado em fetos com sutura sagital nos diâmetros anteroposterior e em variedades de posição púbicas e sacras (NEME, 2000; BRASIL, 2003; CUNNINGHAN, 2005). Nas variedades transversas o seu uso é impraticável, uma vez que as colheres esbarram nas paredes laterais da pelve (NEME, 2000).

Preensão, tração e rotação são funções do fórcipe, sendo sua utilização justificável quando o bem-estar materno e fetal torna-se desfavorável. Seu uso deve ser adequado e seguro, para isso é necessário que sejam observados alguns critérios relacionados às condições do binômio, mãe e feto. No que diz respeito ao feto, as condições de aplicabilidade do fórcipe exige que o concepto esteja vivo, tenha volume cefálico normal e a cabeça esteja insinuada (NEME, 2000; REZENDE e MONTENEGRO, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAN, 2005).

¹³ Movimento de lateralidade cefálica e visa à penetração isolada das bossas parietais no estreito superior. É chamada anterior quando a sutura sagital está voltada para o sacro e posterior quando se volta para o osso púbico (REZENDE e MONTENEGRO, 2003, p. 126-7)

Os critérios maternos envolvem colo uterino totalmente dilatado ou dilatável, bolsa rota, impossibilidade de desproporção cefalo-pélvica, bexiga vazia, anestesia peridural ou raquidiana, episiotomia médio-lateral e boa experiência do obstetra. A não observância desses fatores, principalmente os relativos ao colo uterino e desproporção entre perímetro cefálico e bacia materna, pode acarretar lacerações vaginais e cervicais, podendo ocasionar, dependendo da extensão das lesões, comprometimento da atividade sexual e higidez cervical, lesões articulares e integridade do sistema músculo-aponeurótico de sustentação perineal. (NEME, 2000; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAN, 2005).

C) Uso de episiotomia e perineotomia

A episiotomia é uma incisão cirúrgica feita na região do períneo durante o período expulsivo do trabalho de parto, com o objetivo de poupar a musculatura do assoalho pélvico de distensão e contusão excessivas, ampliar o orifício vaginal e prevenir a pressão prolongada exercida pela cabeça fetal sobre o períneo. (ZIEGEL, 1985; REZENDE e MONTENEGRO 2003; CUNNINGHAN, 2005). Segundo NEME (2000), o relaxamento do assoalho pélvico, mesmo após tomada as devidas precauções para proteger o períneo¹⁴, levou os especialistas a impor a liberalização da episiotomia, particularmente em primíparas, nas quais a distensão excessiva do períneo e vulva podem acarretar roturas extensas.

Porém, admite-se que a episiotomia, além de provocar maior perda sangüínea, não previne posteriores transtornos do assoalho pélvico, podendo em alguns casos aumentá-los (OSAVA, 1997).

REZENDE e MONTENEGRO (2003) determinam a episiotomia de rotina em primípara e múltiparas onde já tenha sido realizada uma episiotomia prévia. O autor defende que:

¹⁴ Por muito tempo se recomendava a proteção do períneo com medidas que visavam diminuir o diâmetro de desprendimento cefálico e tornar lenta e progressiva a sua expulsão.

A passagem do feto pelo anel vulvoperineal será raramente possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos, com lacerações e roturas das mais variadas, a condicionarem frouxidão irreversível do assoalho pélvico. (REZENDE, 2003, p. 193)

A incisão costuma ser feita quando a cabeça fetal está suficientemente baixo, a ponto de distender o períneo, porém, antes de ocorrer uma distensão exagerada. Também não pode ser realizada cedo demais, pois, deve-se prevenir um sangramento excessivo (ZIEGEL, 1985; CUNNINGHAN, 2005).

A incisão cirúrgica no períneo pode ser lateral, médio-lateral e mediana, também chamada perineotomia. A episiotomia lateral está contra-indicada por lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus homo-lateral (NEME, 2000). Com a episiotomia médio-lateral as estruturas atingidas são a pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e as fibras dos músculos bulbocavernoso, transverso superficial do períneo e, às vezes, as fibras internas do elevador do ânus. Muitos médicos recomendam a episiotomia médio-lateral direita, por não ter o risco de atingir o esfíncter e a mucosa retal. (NEME, 2000; CUNNINGHAN, 2005).

Porém, NEME (2000) alerta para o fato de que a episiorrafia unilateral do períneo, não raramente, ocasiona deformidade muscular e estética vulvar com “ruído incômodo por ocasião do coito”. ROCKNER e cols.¹⁵ (1991), também comprovaram perda de força muscular do períneo devido a essa incisão.

Esse autor considera perineotomia mais conveniente, sendo que a incisão segue a anatomia, atinge apenas a pele, a mucosa vaginal e as fáscias superficiais e profundas do períneo. Ainda, recomenda a prática desse tipo de incisão porque respeita à integridade anatômica do assoalho muscular, proporciona menor perda sanguínea, sua execução e reparação são mais fáceis, menor queixa de dor no puerpério imediato e coito e melhor aspecto estético (NEME, 2000).

¹⁵ ROCKNER e cols., 1991 *apud* NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2000, p. 996.

A decisão de realizar uma episiotomia mediana ou médio-lateral dependerá de vários fatores inerentes ao parto. ZIEGEL (1985) concorda com as vantagens citadas por NEME (2000), porém adverte para o perigo de extensão da incisão através do músculo esfíncteriano no caso de uma laceração adicional.

O Ministério da Saúde em seu Manual “Parto, Aborto e Puerpério: Assistência Humanizada à Saúde” (2003) preconiza que o uso restrito de episiotomia parece ter benefícios quando comparado com o uso rotineiro. Segundo estudo realizado com registros do GRUPO COCHRANE sobre gravidez e parto o uso restrito de episiotomia parece trazer mais benefícios do que o uso abusivo. O primeiro parece produzir menor incidência de trauma perineal posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações. Não há diferenças entre intensidade de dor e trauma perineal ou vaginal severo entre o uso restrito ou rotineiro dessa técnica. Porém, o uso restrito de episiotomia mostrou um maior risco de trauma perineal anterior (CARROLI E BELIZÁN, 2007).

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996) engloba a episiotomia de rotina entre as práticas inadequadas e salienta que em determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau (incluindo laceração de terceiro grau em partos anteriores), são bons motivos para utilização deste procedimento.

D) Métodos de indução de trabalho de parto

No que diz respeito à indução do trabalho de parto, é importante salientar a diferenciação entre essa prática e o manejo ativo de parto, procedimento rotineiramente realizado em hospitais, com o objetivo de acelerar o trabalho de parto ou evitar o prolongamento da parturição.

O uso de ocitocina associado com amniotomia precoce é chamado manejo ativo do trabalho de parto. Foi proposto pela primeira vez na Irlanda e utilizado em todo o mundo de uma forma modificada. Segundo esta técnica, após

a ruptura das membranas ovulares são realizados exames vaginais a cada 1 hora, administrando-se ocitocina caso a dilatação cervical seja menor que 1 cm/hora. Para a OMS (1996) ainda não existem estudos suficientes que indiquem que o uso liberal de ocitocina e amniotomia precoce seja benéfico para a mãe e o bebê. O uso deste medicamento somente deve ocorrer em locais onde haja acesso imediato a um centro cirúrgico, caso seja necessário.

A indução do trabalho de parto trata-se de um conjunto de métodos utilizados para dar início ao trabalho de parto antes que ocorra espontaneamente, com o objetivo de expulsar o feto da cavidade uterina (NEME, 2000; DECHERNEY e NATHAN, 2003). É diferente da estimulação das contrações uterinas com ocitocina para corrigir hipossistolia em partos já iniciados espontaneamente (NEME, 2000).

Para se iniciar uma indução de parto é necessário que sejam observados alguns critérios como: colo maduro, centralizado, apagamento de no mínimo 50%, dilatação de 2 cm, apresentação cefálica e proporção céfalo-pélvica. Porém, esta técnica é freqüentemente indicada para pacientes com colo desfavorável ou imaturo, resultando muitas vezes em partos prolongados ou operatórios (MORAES FILHO, 2002).

A indução do trabalho de parto é praticada apenas em hospitais públicos ou universitários numa proporção bem inferior aos países de primeiro mundo. No Brasil, não são disponíveis comercialmente medicamentos para preparo de colo uterino ou indutor de trabalho de parto, o que certamente colabora para o alto índice de cesarianas realizadas no nosso país (BRASIL, 2003).

A principal indicação para esse procedimento é o pós-datismo. Considera-se pós-data a gravidez que se estende além de 42 semanas (ZIEGEL, 1985; NEME, 2000; REZENDE e MONTENEGRO, 2003). Porém, alguns autores consideram que uma gestação de 41 semanas é um limite normal para uma gestação a termo e sugere a indução eletiva (CUNNINGHAN, 2005). Em contrapartida, essa técnica não deve ser realizada em mulheres que tenham uma

cicatriz uterina prévia, quando a apresentação fetal difere da cefálica fletida, hiperdistensão uterina, grande múltipara, macrossomia fetal, presença de mecônio e sofrimento fetal (NEME, 2000; REZENDE e MONTENEGRO, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

A meta da indução de parto é obter contratilidade uterina e dilatação progressiva do colo. Para seu êxito é necessário observar o estado do colo uterino de acordo com a avaliação de BISHOP (1964), que inclui 5 variáveis. Considera-se um colo uterino favorável para parto vaginal a presença de índice de Bishop maior ou igual a nove, como intermediário, um índice entre cinco e oito, e desfavorável quando menor que 5 pontos (BRASIL, 2003). NEME (2000) considera índices maiores ou iguais a 7, probabilidade de até 90% de sucesso para o parto vaginal, enquanto que, escore menor que seis, contra-indica a indução.

D1) Métodos diretos

O descolamento de membrana ovular¹⁶ constitui um método direto de indução de parto assim, como a amniotomia e a técnica de Krause, que serão descritas posteriormente. Essa técnica de descolamento consiste em descolar com o dedo indicador introduzido no canal cervical, o cório da decídua. Acredita-se que essa manobra atue liberando prostaglandina E₂, pela lise de células deciduais ricas em lisossomos (NEME, 2000).

A introdução de sonda, geralmente sonda Foley, na cavidade uterina entre a decídua e o cório é chamada técnica de Krause. As contrações costumam ocorrer em 4 horas, podendo ser utilizada a infusão de ocitocina. O mecanismo de ação parece estar relacionado ao aumento da produção de prostaglandina E₂. Esta técnica é a mais utilizada para substituir a prostaglandina para maturação cervical. Porém, segundo NEME (2000), não existem dados na literatura que confirmem sua eficácia como método de indução.

¹⁶ Também chamado Manobra de Hamilton ou Cooperman.

Em um estudo aleatório e controlado, não cego, realizado em Recife no ano 2000/2001 com 240 parturientes para testar a segurança e efetividade do misoprostol (25 mg) versus sonda foley e ocitocina, mostrou que o índice de falhas de indução e o tempo de indução utilizando-se o segundo método foram significativamente maiores (MORAES FILHO, 2002).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003) alerta que o uso desse tipo de método mecânico tem capacidade limitada de maturação cervical e, que seu uso deve ser justificado apenas quando outros métodos não forem disponíveis.

A amniotomia, diferente da ruptura espontânea das membranas é uma prática muito utilizada em obstetrícia e requer a utilização de um amniótomo. Sua utilização é baseada no fato de que, teoricamente, provoca o aumento na produção de prostaglandinas produzidas pelo âmnio. Existem evidências de que a amniotomia reduziria o tempo do trabalho de parto em 60 a 120 minutos (BARROS, 2002; BRASIL, 2003).

NEME (2000) considera que há documentação comprovando que o trabalho de parto se instala em 60 a 80% dos casos, respectivamente, quando o período pós-ruptura é de 6 e 12 horas.

Para sua realização deve-se observar rigorosamente a insinuação da apresentação fetal para evitar prolapso de cordão e dilatação acima de 5 cm (BARROS, 2002). Deve-se realizar a ausculta da frequência cardíaca fetal logo após a ruptura, pois essa intervenção pode levar a alterações dos batimentos cardíacos fetais com desalerações variáveis e precoces (BRASIL, 2003; NEME, 2000; BARROS, 2002).

A OMS (1996) recomenda no seu Manual de Assistência ao Parto Normal, para o fato que não há conclusões de que a amniotomia apresente alguma vantagem clara em relação à ruptura espontânea das membranas, portanto, deve haver justificativas válidas para realizar esse procedimento, tanto na prevenção do trabalho de parto prolongado quanto na indução do trabalho de parto.

D2) Métodos indiretos

Os métodos indiretos de indução de parto são aqueles que utilizam uso de drogas. A ocitocina e a prostaglandina são as drogas mais utilizadas no Brasil.

A ocitocina é um octapeptídeo cíclico sintetizado no núcleo paraventricular do hipotálamo (KOROLKOVAS, 2005). É estruturalmente semelhante à vasopressina diferindo apenas em dois aminoácidos (GOODMAN e GILMAN, 2003). Sua versão sintética é extraída através do fracionamento das glândulas hipofisárias bovinas, suínas ou outros mamíferos ou obtida por síntese (KOROLKOVAS, 2005).

A ocitocina sintética é o medicamento mais utilizado na assistência obstétrica (DECHERNEY e NATHAN, 2003). Sua função é a de estimular a contração da musculatura lisa do útero por efeito indireto, aumentando a força e duração das metrossístoles, com conseqüente dilatação e esvaecimento do colo uterino. Possui também uma pequena ação antidiurética (KOROLKOVAS, 2005).

Além de ser um poderoso ocitócito¹⁷, ele também é utilizado para prevenir e controlar hemorragias no pós-parto atuando na contração do útero. Sua ação é determinante na melhoria de probabilidade de parto vaginal, corrigindo dinâmica irregular e ineficaz e contribuindo na diminuição da mortalidade materno-fetal em gestações de alto risco (BARROS, 2002; GOODMAN e GILMAN, 2003).

A infusão intravenosa de ocitocina é comumente utilizada após a amniotomia. Pela Escola Uruguaia de Caldeyro-Barcia, a ocitocina seria capaz de induzir o trabalho de parto em qualquer momento da gestação, embora a resposta seja melhor no final da gravidez (BARROS, 2003; REZENDE e MONTENEGRO, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

¹⁷ O termo ocitócito deriva do grego e significa “acelerador de partos”, onde *oxys* significa rápido e *tokos* parto.

Sabe-se, porém, que sua utilização para amadurecimento cervical é bastante limitada. Seu uso está associado ao tempo prolongado de preparo, altas doses e taxas elevadas de cesárea por falha de indução. Muitas vezes são necessárias 3 a 4 sessões diárias repetidas, o que torna-se demasiado cansativo para a mulher e à equipe de saúde. Por essas limitações seu uso isolado para maturação cervical foi praticamente abandonado (BRASIL, 2003).

São contra-indicações formais para o uso desse medicamento desproporção cefalo-pélvica, gestação múltipla, apresentações anômalas, cicatriz uterina prévia e grande multiparidade (BARROS, 2002; GOODMAN e GILMAN, 2003; BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde (2003) propõe um esquema para uso endovenoso da ocitocina iniciando com baixa dosagem e dobrando o gotejamento a cada 30 minutos até se obter a contratilidade uterina adequada. Deve-se iniciar o esquema com 1-2 mU/minuto, correspondente a uma solução de soro glicosado 5% com 5 UI de ocitocina e à velocidade de infusão de 4 gotas/minutos.

NEME (2000) e BARROS (2002) propõem uma dose inicial de 0,5-1mU/minuto aumentando-se o gotejamento a cada 30 minutos, porque o intervalo entre a de infusão e a concentração plasmática de ocitocina é de pelo menos 30 minutos.

Existem duas formas de prostaglandinas disponíveis para maturação cervical; o misoprostol (PGE_1) e o dinoprostone (PGE_2) (CUNNINGHAM, 2005; BRASIL, 2005). O dinoprostone é utilizado nos países de primeiro mundo em forma de gel, que pode ser aplicado intravaginal ou intracervical (BRASIL, 2003).

Não é utilizado no Brasil, apesar de seguro e eficaz para maturação cervical por apresentar algumas limitações como custo alto e termolabilidade (BRASIL, 2003).

O misoprostol, derivado sintético da prostaglandina E_1 , inicialmente foi lançado no mercado como um inibidor da secreção gástrica e agente antiulceroso péptico, gástrico e duodenal. Atualmente é utilizado para maturação cervical e

indução de trabalho de parto. Pode ser utilizado via vaginal ou oral, atuando nos receptores de prostaglandinas, produzindo dilatação do colo uterino e estimulando a contração do miométrio (KOROLKOVAS, 2003; CUNNINGHAN, 2005).

Seu uso esteve suspenso no Brasil por um longo período, devido sua utilização como abortivo. É comercializado somente na apresentação vaginal em dose de 25 µg e restrito ao meio hospitalar. Essa dosagem apresenta menos efeitos adversos como taquissistolias, hemorragia pós-parto eliminação de mecônio, ruptura uterina e dor abdominal (KOROLKOVAS, 2005).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2003), segundo recomendação do American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) sugere seu uso para maturação e indução de parto com feto vivo, em uso vaginal na dosagem de 25µg a cada seis horas, não excedendo 100µg.

O uso de misoprostol nessa dosagem mostrou-se mais efetivo que os métodos convencionais de maturação cervical, porém com maior índice de hiperestimulação uterina. Em baixas doses, este método se mostrou similar aos outros métodos de indução (HOFMEYR e GÜLMEZOGLU, 2007).

A indução seriada tem sido utilizada nos serviços de obstetrícia no Brasil, apesar de não haver disponíveis estudos sistematizados sobre esse tema. Consiste na realização de sessões de indução com ocitocina endovenosa durante 10 a 12 horas diárias por um período de três dias com repouso durante a noite. A utilização deste método pode ou não ocorrer com preparo prévio do colo uterino (BRASIL, 2003).

2.3.2- Complicações da assistência ao parto

A analgesia de parto, incluindo às técnicas peridural e raquidiana, tem se popularizado na medicina moderna por ser um método bastante eficaz para controle da dor de parto. Porém, existem estudos que sugerem possível relação

entre esta técnica e aumento de intervenções no trabalho de parto e parto (ROBINSON et al, 1999; GOMAR e FERNANDEZ, 2000; GUIASOLA et al, 2004; AMIN-SOMUAH, SMYTH e HOWELL, 2007).

O bloqueio motor, principalmente da musculatura abdominal, leva à perda da força da prensa abdominal materna durante o período expulsivo devido ao relaxamento e a incapacidade de contração da musculatura e maior probabilidade da compressão aorto-cava, ocasionado pela imobilização no leito (SAESP, 2006).

Diversos estudos sugerem que o uso de técnicas analgésicas durante o trabalho de parto e parto interferem no processo fisiológico do nascimento, prolongando o primeiro e segundo períodos do trabalho de parto e aumentando a incidência do uso de fórcepe pelo obstetra (NEME, 2000; GOMAR e FERNANDEZ, 2000; CUNNINGHAM, 2005).

A Biblioteca Cochrane realizou uma revisão sistemática sobre o uso de analgesia peridural versus não peridural ou não analgesia durante o trabalho de parto, incluindo 22 estudos envolvendo 6664 mulheres. A analgesia peridural se mostrou relacionada com aumento do período expulsivo do trabalho de parto, dosagem de ocitocina e partos instrumentais. O primeiro estágio do trabalho de parto também esteve aumentado no grupo que recebeu analgesia peridural, porém não foi encontrada significância estatística (AMIN-SOMUAH, SMYTH e HOWELL, 2007).

A conclusão dos autores foi que a analgesia parece alterar a dinâmica uterina necessitando de maior infusão de ocitocina para sua correção. Com o prolongamento do segundo período do trabalho de parto, se faz necessário o uso de fórcepes para abreviação do período expulsivo (AMIN-SOMUAH, SMYTH e HOWELL, 2007).

ARÉVALO e COBIÁN (2002), sugerem precaução ao utilizar bloqueio peridural, devido ao risco de meningite e abscesso peridural. Embora, a ocorrência destas iatrogenias seja rara, sua mortalidade e morbidade são elevadas

(5 – 10%). Deve-se valorizar corretamente o risco-benefício desta técnica e utilizar uma assepsia rigorosa no momento da punção e ao manipular o cateter posteriormente.

ROBINSON et al (1999), estudando 1942 mulheres concluiu que a analgesia peridural esteve associada com aumento de trauma perineal severo porque é mais freqüente o uso de episiotomia e partos instrumentais.

Lacerações perineais são freqüentes, principalmente, entre primíparas. As de primeiro grau envolvem mucosa vaginal e pele da margem anterior do períneo e não necessitam de sutura. Lacerações de segundo grau acometem os músculos do corpo perineal e podem ser suturadas com facilidade e cicatrizam sem complicações (ZIEGEL, 1985; BRASIL, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAN, 2005).

Já as lacerações de terceiro grau são mais graves e estendem-se através de todo o corpo perineal e do esfíncter retal, podendo chegar até a parede anterior do reto. Essas rupturas podem ter conseqüências mais sérias e devem ser suturadas para prevenir fístulas ou incontinência fecal¹⁸. (ZIEGEL, 1985; BRASIL, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAN, 2005).

Parece haver uma grande associação entre lacerações de 3º e 4º graus e o uso indiscriminado de episiotomias (CARROLL e BELIZÁN, 2007). Analisando-se os dados sobre os partos de nulíparas, constatou-se que lacerações profundas do períneo ocorreram em maior número nas mulheres que foram submetidas à episiotomia, concluindo que o uso seletivo de episiotomia poderia minimizar os traumas dos partos normais em nulíparas (CARROLL e BELIZÁN, 1996).

O uso de ocitocina para indução do trabalho de parto é uma prática que apresenta riscos para a mãe e ao feto e por isso deve ser realizado em instituições adequadas, com profissional bem treinado, controle freqüente de vitalidade fetal,

¹⁸ Existe outra classificação para lacerações perineais que adiciona laceração de quarto grau e que seria a laceração que atinge o lúmen retal (DECHERNEY e NATHAN, 2003; CUNNINGHAN, 2005).

documentação do trabalho de parto em partograma, banco de sangue e serviço de anestesia (BRASIL, 2003; CUNNINGHAM, 2005).

A aplicação deste procedimento em nulíparas parece estar associada ao duplo risco para o parto cesáreo (NEME, 2000).

Seu uso inadequado pode acarretar sérias complicações maternas e fetais, tais como ruptura uterina, lacerações cervicais e vaginais, atonia uterina, hemorragia pós-parto, descolamento prematuro de placenta e intoxicação hídrica pela retenção corporal de grande quantidade de água e eletrólitos¹⁹ (NEME, 2000; BARROS, 2002; BRASIL, 2003; GOODMAN e GILMAN, 2003; DECHERNEY e NATHAN, 2003).

Para o feto, o efeito mais freqüente é o sofrimento fetal agudo causado pela diminuição da perfusão sanguínea no espaço interviloso devido à taquissistolia e/ou hipertonia uterina. Anóxia por isquemia placentária e traumatismo encefálico por compressão podem ser variações de efeitos colaterais causados pela hipertonia e/ou taquissistolia uterina. Os efeitos colaterais são dose-dependentes e a diminuição no gotejamento ou mesmo a parada da infusão pode controlar essas situações (BARROS, 2002; BRASIL, 2003).

O uso de prostaglandinas para indução de parto em mulheres com asma brônquica está firmemente contra-indicado pelo risco de broncoconstrição (NEME, 2000). Revisão realizada pela Biblioteca Cochrane registrou que a hiperestimulação uterina com ou sem alterações da freqüência cardíaca fetal foi maior com o uso de misoprostol vaginal (HOFMEYR e GÜLMEZOGLU, 2007).

Embora raras, não se pode descartar a possibilidade de efeitos adversos graves, principalmente ruptura uterina, com o uso de misoprostol (HOFMEYR e GÜLMEZOGLU, 2007).

¹⁹ Doses maiores que 10 mU/min são capazes de reduzir a depuração renal de água livre. (NEME, 2000).

Estudos realizados comparando misoprostol e dinoprotone, sugerem que os riscos de efeitos adversos das duas drogas são similares, incluindo desaceleração fetal, cesariana de urgência, náuseas, vômitos, febre, hipertonicidade uterina e infecção puerperal (DECHERNEY e NATHAN, 2003).

Sendo assim, o uso de tecnologias durante o trabalho de parto e parto deve obedecer a critérios rigorosos de eleição para evitar iatrogenias desnecessárias e sua utilização sempre deve ser realizado após o consentimento verbal e/ou escrito da parturiente.

3- HIPÓTESE

Intervenções durante o trabalho de parto e parto, invasivas e não corretamente indicadas, podem estar relacionadas a danos à saúde física e psicológica das mulheres ocorridas no puerpério.

4- OBJETIVOS

4.1- Objetivo geral

- Estudar a relação existente entre intervenções clínicas e cirúrgicas no trabalho de parto e parto e a saúde física e psicológica das mulheres no puerpério imediato e tardio em um hospital público do interior do Estado de São Paulo.

4.2- Objetivo específico

- Rever a história da assistência obstétrica e as políticas públicas relacionadas no Brasil;
- Descrever a assistência ao parto realizada no hospital público do interior do Estado de São Paulo;
- Descrever as complicações maternas decorrentes da assistência ao parto no puerpério imediato e tardio.

5- METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, com o objetivo de evidenciar as condições de assistência ao parto, analisar a associação entre as intervenções realizadas no momento do parto e a ocorrência de transtornos mentais menores, como também, conseqüências negativas na saúde física da mulher no puerpério imediato e tardio.

A pesquisa foi desenvolvida com puérperas atendidas durante o trabalho de parto e parto, em uma instituição de ensino e pesquisa estadual mantida com recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), no interior de São Paulo.

Os atendimentos nesse hospital são totalmente da competência do SUS, nas quatro clínicas básicas (clínica médica, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e pediatria), para uma população estimada, segundo fonte do IBGE de 2006, em 925.994 habitantes de 6 municípios da região. É, ainda, referência para parto de alto risco nos municípios vizinhos e parto de baixo risco para o município onde está instalado.

Segundo informações fornecidas pelo Núcleo de Saúde Pública dessa instituição, no período de Agosto de 2006 a Fevereiro de 2007, foram atendidos pelo seu Serviço de Obstetrícia e Ginecologia foi de 1151 partos, numa média de 144 partos/mês. Desse total de procedimentos, 255 foram cesarianas, 52 foram cesarianas com laqueadura tubária e 844 (73,97%) foram partos normais (com e sem o uso de fórceps).

Foi prevista a seleção de 278 puérperas, número considerado necessário para a descrição dos eventos de interesse com 95% de confiança e 80% de poder de teste.

Na seleção da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: parturientes com menos de 37 semanas de gestação, gravidez gemelar, eclampsia ou hemorragias do terceiro trimestre.

Atendidos estes critérios, a coleta de dados foi realizada no período de Janeiro e Fevereiro de 2006, com uma entrevista no 10º dia de puerpério, no Ambulatório de Especialidades, local da coleta de triagem neonatal (PKU). Duas estudantes do curso de enfermagem e 03 enfermeiras das UBSs foram capacitadas por um dos entrevistadores (C.M.G.) para o trabalho. Após aula expositiva, com conteúdo referente à entrevista a ser realizada no local de triagem neonatal, foi entregue um Manual para Coleta de Dados (Anexo III) para diminuir possíveis dúvidas que viessem a ocorrer. Além disso, a mesma pesquisadora acompanhou as entrevistadoras no local de coleta durante um dia para corrigir possíveis erros de interpretação.

Nessa entrevista realizada no 10º dia de puerpério ou puerpério imediato 278 mulheres responderam ao questionário. Duzentos e trinta e sete mulheres foram entrevistadas no Ambulatório de Especialidades, sendo que 11 foram entrevistadas em seu domicílio por impossibilidade de comparecer no local de coleta. Vinte e sete mulheres foram entrevistadas na UBS 1, 08 mulheres na UBS 2 e 06 mulheres na UBS 3.

O questionário do puerpério imediato continha perguntas abertas e fechadas relacionadas a dados socioeconômicos e possíveis complicações decorrentes do parto nesse período. Para traçar um perfil sócio-econômico das entrevistadas, foram incluídas as seguintes variáveis: cor (referida pela entrevistada), idade, religião, estado civil, escolaridade (em anos de estudo), renda familiar mensal, número de pessoas que residem no domicílio, se residem com o companheiro e pré-natal.

A segunda parte do questionário referente às condições físicas e psicológicas da puérpera no período entre o parto e o dia da entrevista trazia perguntas relacionadas a: hemorragia vaginal, febre, dor vaginal, incontinência fecal e urinária, cefaléia, dor nas costas e outras intercorrências relatadas espontaneamente.

Em relação à incisão cirúrgica/episiotomia foi observada a frequência de hematoma, deiscência de sutura, edema e sinais de infecção através de um exame clínico feito pelas enfermeiras, em local reservado, de privacidade garantida.

Ainda no puerpério imediato pesquisou-se a prevalência de aleitamento materno (não/sim) e transtorno mental menor medido pelo SRQ-20 (Self Reporting Questionnaire). O SRQ-20 é um instrumento proposto pela OMS para a detecção de transtornos psiquiátricos. Possui sensibilidade de 85% e especificidade de 80%. É composto de 20 questões com respostas “sim/não” e aborda sintomas físicos e emocionais relacionados a quadros psiquiátricos. Foi definido 7 (sete) respostas positivas aos itens como ponto de corte, para classificação de possíveis transtornos mentais menores. Ou seja, sete respostas positivas ou menos denotam ausência de transtornos mentais menores e oito ou mais respostas positivas indicam a presença desta condição (Mari, 1986).

A segunda entrevista realizada no 40º dia de pós-parto foi feita na residência das mulheres, por um dos entrevistadores (C.M.G.), em 130 das 278 mulheres. As perdas ocorreram pela dificuldade de localização dos domicílios, devido à mudança de endereço, endereço errado ou desconhecido e impossibilidade da entrevista por ausências das mulheres em suas casas, após 03 visitas sem sucesso.

No questionário do puerpério tardio foram incluídas as seguintes variáveis: retorno e qualidade da atividade sexual, complicações surgidas após a última entrevista (hemorragia, febre, dor de cabeça, incontinência urinária e dor nas costas) e presença ou não de transtorno mental menor, aplicando-se novamente o SRQ-20.

Os dados referentes ao trabalho de parto e parto foram coletados a partir do prontuário médico. Incluem informações sobre a internação, trabalho de parto e parto em questionário fechado e abordam: idade, paridade, idade gestacional, Apgar do RN no 1º e 5º minutos, tipo de analgesia utilizado, dose de

anestésicos, intercorrências anestésicas, problemas de saúde ocorridos durante a gravidez, uso de ocitócitos, tipo de parto, duração dos períodos de dilatação e expulsivo, episiotomia, intercorrências à saúde e a identificação da formação do profissional responsável pelo parto.

Para analisar a possível influência do peso do recém-nascido (RN) sobre o desfecho do parto dividiu-se essa variável em 3 categorias: < 2500 g, entre 2500 g e 3999g e > 4000 g. Também foram estudadas outras variáveis que poderiam influenciar no desfecho do parto como paridade e problemas na gestação (não/sim). Os tipos de partos considerados foram: parto normal, parto fórcepe e cesariana.

As causas da realização de cesarianas foram divididas em 02 grandes grupos, de acordo com a indicação descrita no prontuário pelo obstetra responsável pelo parto: causas maternas (distócia funcional, doenças maternas, falha de indução, iteratividade e eminência de ruptura uterina) e causas fetais (desproporção cefalo-pélvica (DCP), sofrimento fetal agudo (SFA) e feto pélvico).

Os motivos que levaram ao parto fórcepe foram divididos em dois grupos: distócias, que incluiu distócia de trajeto e de rotação e abreviação do período expulsivo.

Outras variáveis estudadas foram ocorrência de episiotomia (não/sim), lacerações da região perineal (não/sim) e classificação das lacerações. A classificação das lacerações foi agrupada em: 1) sem laceração e laceração de 1º grau e 2) lacerações de 2º e 3º grau.

As técnicas de analgesia/anestesia foram divididas em 03 grupos (anestesia raquidiana, peridural e outras) e foram consideradas as intercorrências durante o procedimento anestésico.

Uma terceira entrevista que ocorreria aos 150 dias de puerpério foi inviabilizada devido ao grande número de perdas de seguimento no 40º dia do pós parto.

A pesquisa foi conduzida de acordo com o previsto na Resolução 196 do Ministério da Saúde do Brasil, submetendo-a à análise e julgamento do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, com parecer favorável nº 198/2004 de 26/07/2005.

5.1- Análise estatística

A análise estatística inicial foi exploratória, com descrição de frequência dos eventos e testes bivariados para nível de significância de 95%. A análise da medida de efeito foi realizada através da prevalência para observar complicações no puerpério imediato e tardio de acordo com as categorias de cada variável.

6- RESULTADOS

A amostra final referente aos protocolos sobre dados sócio-econômicos, parto e puerpério imediato foi de 278 mulheres. No 40º dia foram analisados dados de 130 mulheres.

6.1- Características sócio-demográficas

A idade das parturientes variou entre 15 e 44 anos, com média de 25 anos. A média de idade gestacional das mulheres entrevistadas foi de 39 semanas. Cerca de 59% das parturientes se auto declararam de cor branca e outros 40% de cor preta ou parda. Apenas uma parturiente estudada se definia como de cor amarela. Uma mulher referiu não saber sua cor (Tabela 1).

A religião encontrada predominantemente foi católica, cerca de 68% das mulheres, seguida pela religião protestante (27%) e o restante se definindo-se atéias ou seguidoras da doutrina espírita (Tabela 1). Do total de mulheres em torno de 71% eram casadas ou viviam em união estável, o restante eram solteiras, predominantemente, ou divorciadas ou viúvas. Entretanto, a porcentagem de mulheres que diziam não morar com o pai do bebê foi de apenas 13,3%.

Era relativamente baixa a escolaridade das mulheres, com cerca de 58% delas com até 8 anos de freqüência à escola (Tabela 2). Mais de três quarto das entrevistadas declararam-se “donas de casa”, portanto, a grande maioria, portanto, não participava da divisão de despesas da casa, sendo a tarefa de prover as necessidades da família atribuída ao companheiro ou a outras pessoas economicamente ativas e que residiam no domicílio (Tabela 2).

Tabela 1- Características sócio-demográficas de puérperas atendidas no Hospital Público do interior do Estado de São Paulo - 2008.

Variáveis	N = 278	%
Cor		
Branca	163	58,63
Parda	84	30,21
Negra	29	10,43
Amarela	01	0,36
Não sabe	01	0,36
Religião		
Católica	189	67,98
Protestante	74	26,62
Espírita	01	0,36
Sem religião	13	4,68
Estado civil		
Casada	129	46,40
Solteira	77	27,69
União estável	69	24,82
Divorciada	02	0,72
Viúva	01	0,36
Mora com o pai do bebê		
Não	37	13,30
Sim	241	86,70

O número de moradores na residência variou de 3 a 10 pessoas, com uma média de 4,41 pessoas/domicílio (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição sócio-demográfica de mulheres atendidas em Hospital Público do interior do Estado de São Paulo, 2008.

Variáveis	N = 278	%
Escolaridade		
0 – 4 anos	31	11,15
5 – 8 anos	128	46,04
9 ou mais	119	42,80
Trabalham fora		
Não	212	76,25
Sim	66	23,74
Moradores no Domicílio		
3 – 5 pessoas	221	79,49
6 – 10 pessoas	57	20,50

Quando foram argüidas sobre a renda familiar mensal 103 mulheres, isto é, 37,05% responderam que “não sabem ou não quiseram responder”. Das 175 mulheres que responderam a pergunta, 71,42% têm uma renda familiar de até R\$ 1000,00 (Hum mil reais) por mês (Tabela 3). A renda familiar mínima referida foi de R\$ 99,00 (Noventa e nove Reais) e a máxima de R\$ 4.000,00 (Quatro mil Reais). Apenas 04 mulheres (1,43%) não freqüentaram o pré-natal.

Tabela 3- Distribuição de renda familiar mensal de mulheres atendidas em Hospital Público do interior do Estado de São Paulo, 2008.

Variável	N = 175	%
Renda Familiar		
Até R\$ 500,00	44	25,14
R\$ 501,00 a R\$ 1000,00	81	46,28
R\$ 1001,00 a R\$ 1500,00	30	17,14
R\$ 1501,00 a R\$ 4000,00	20	11,43

6.2- Informações referentes à gestação e parto

Das 278 mulheres analisadas 39,20% eram primíparas e 60,80% multíparas. O número de gestações variou de 1 a 7, sendo que a média de gestações foi de 2,12 partos/mulheres. Apenas 11,5% referiram algum tipo de problema na gravidez. A distribuição do peso do RN na amostra estudada foi: 3,60% de RNs, com peso inferior à 2500g, 6,84% de RNs com peso superior a 4000g e o restante, 89,56% de RNs com pesos neste intervalo.

Analisando-se a frequência dos tipos de parto que foram atendidos nesta população foi encontrada a seguinte distribuição: parto normal com 46,40%, parto fórcepe com 28,77 e parto cesariana com 24,82% (Tabela 4). A indicação de parto cesáreo por causas maternas foi de 45,71%, sendo que 12,12% por eminência de ruptura uterina (03 casos) e ruptura uterina (01 caso), iteratividade 51,51%, distócia funcional com 24,24%. Outras indicações (12,12%) foram por plaquetopenia, diabete melitus, falha de indução e mãe portadora de HIV.

Em relação às causas fetais para indicação de parto cirúrgico, 37,83% foi devido a DCP, 51,37% por SFA e 10,81% devido à apresentação anômala do feto.

Dos partos vaginais 38,27% foram por fórcepes. O fórcepe Kielland foi utilizado em 41,25% dos procedimentos, sendo a principal indicação a distócia de rotação. Fórcepe Simpson-Braun foi usado nos outros partos vaginais com esse procedimento, sendo o alívio materno fetal a indicação para 42,50% dos casos e abreviação do período expulsivo em 16,25%. A episiotomia foi feita em mais de 87% (182 casos) dos partos via baixa, ocorrendo em 01 parto com evolução para cesariana (Tabela 4).

Das parturientes atendidas nesse serviço 94,60% receberam analgesia durante o trabalho de parto. A analgesia peridural contínua foi indicada em 77,5% (204 casos), a raquianestesia ficou em segundo lugar com 19,01% das indicações e um terceiro grupo que englobou a anestesia geral, peridural única e a analgesia combinada resultou em 3,42% (Tabela 4).

Tabela 4- Distribuição de freqüências de procedimentos obstétricos realizados no Hospital Público do Estado de São Paulo, 2008.

	N	%
Tipo de parto		
Normal	129	46,40
Fórcipe	80	28,77
Cesáreo	69	24,82
Total	278	100,00
Indicação de parto cesáreo		
Causas fetais	37	54,29
Causas maternas	32	45,71
Total	69	100,00
Indicação de parto fórcepe Simpson-Braun		
Alívio materno fetal	34	42,50
Abreviação do período expulsivo	13	16,25
Sub-Total	47	58,75
Indicação de parto fórcepe Kielland		
Distócia de rotação	33	41,25
Total	80	100,00
Episiotomia		
Não	26	12,38
Sim	184	87,61
Total	210	100,00
Anestesia		
Não	15	5,40
Sim	263	94,60
Total	278	100,00
Tipo de anestesia		
Peridural	204	77,56
Raquianestesia	50	19,01
Outras	09	3,42
Total	263	100,00

* Foi considerado 01 caso de fórcepe Kielland que evoluiu para cesariana.

Ocorreram lacerações de 1º, 2º ou 3º graus em cerca de um quarto dos partos vaginais. As puérperas que não tiveram laceração ou tiveram laceração de 1º grau durante o período expulsivo contribuíram com 82,85% dos casos e as lacerações de 2º/3º graus responderam por 17,14% (Tabela 5).

Das mulheres que se submeteram ao parto fórcepe Kielland (n=33), 09 apresentaram lacerações de 2º grau e 03 lacerações de 3º grau, perfazendo uma porcentagem de 36,26%, sendo que, 08 dessas 9 parturientes que tiveram lacerações de 2º grau eram primíparas. As lacerações nesse grupo de mulheres foram sempre de maior gravidade, sendo que, neste grupo não foi encontrada laceração de 1º grau.

Das mulheres em cujo parto foi utilizado fórcepe Simpson-Braun, 23,40% tiveram lacerações de 2º/3º graus (11 casos). Quatro parturientes primíparas tiveram lacerações de 2º grau neste grupo. Lacerações de 1º grau apareceram em 05 mulheres.

Em relação às mulheres que tiveram parto normal (n=129), 116 parturientes se enquadraram no grupo sem lacerações/1º grau e 07 apresentaram lacerações de 2º grau, com episiotomia (19,44%). Episiotomia e laceração de 1º grau foram encontradas em 02 mulheres. Já o grupo que não realizou episiotomia (n= 26), 10 mulheres (38,46%) tiveram laceração de 1º grau e 06 mulheres (23,07%) apresentaram laceração de 2º grau. O peso do RN variou de 2780g a 3545g com uma média de 3212g.

Do grupo que recebeu analgesia/anestesia durante o trabalho de parto e/ou parto, 10 mulheres (3,80%) apresentaram algum tipo de intercorrência enquanto estavam submetidas ao procedimento. As intercorrências encontradas foram repunção por falha de bloqueio, obstrução do cateter e dor irradiando para membros inferiores (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição de freqüência de intercorrências durante o parto de mulheres atendidas em um Hospital Público do Estado de São Paulo, 2008.

	N	%
Lacerações		
Sem laceração/1º grau	174	82,85
2º e 3º graus	36	17,14
Total	210	100,00
Intercorrências analgesia		
Não	253	96,19
Sim	10	3,80
Total	263**	100,00

* Referente ao número de partos vaginais (N=209) e 01 caso de parto vaginal que evoluiu para cesariana.

** Referente á mulheres que receberam analgesia/anestesia durante o parto.

6.3- Informações referentes ao puerpério

Quando foi perguntado à puérpera sobre sua reação quando constatou a gravidez apenas 33 mulheres (11,87%) responderam espontaneamente que a gravidez era planejada. Um grupo de 24 mulheres (8,63%) relatou que a gestação não foi planejada e externaram sentimentos de não aceitação. Duzentas e vinte e uma mulheres (79,49%) referiram o não planejamento da gravidez com posterior aceitação (Tabela 6).

Em relação à amamentação, apenas 03 mulheres referiram não estar amamentando seu bebê neste período. Quarenta mulheres (14,33%), que estavam amamentando, complementavam seu leite com água, chá, leite em pó e leite fluído. A amamentação exclusiva foi citada por 235 mulheres (84,58%). Observou-se no puerpério imediato 17,98% de mulheres com sintomas de transtorno mental menor, medido pelo escore de 8 ou mais respostas positivas ao

SQR-20 (Tabela 7). Esta frequência era de 20% no puerpério tardio, em torno do 40º dia pós parto.

Segundo as intercorrências físicas relatadas entre o parto e o 10º dia de puerpério, 5,75% das entrevistadas referiu ter hemorragia vaginal, ou seja, “sangramento além do normal”, 11,87% relatou febre, 67,61% referiram dor perineal. Dor no local da punção da anestesia/analgesia ainda era referido como presente por 155 mulheres (58,93%) (Tabela 7). Trinta mulheres (10,79%) referiram outras queixas que incluíam disúria, obstipação intestinal, edema em MMII, hipertensão arterial, convulsão e desmaio. Incontinência urinária foi relatada por 35 mulheres e incontinência fecal por 11 mulheres.

Tabela 6- Distribuição de frequência de planejamento e aceitação da gestação de puérperas atendidas em um Hospital Público do Estado de São Paulo, 2008.

Variável	N= 278	%
Planejamento e aceitação da gravidez		
Gravidez não planejada e aceita	221	79,49
Gravidez não planejada e não aceita	24	8,63
Gravidez planejada	33	11,87

Por sua vez, as intercorrências físicas encontradas no puerpério tardio foram: hemorragia (3,07%), febre (6,25%), incontinência urinária (1,07%), dor em episiorrafia/perineal (23,65%) e desconforto no local da punção da anestesia 39,84% (dor nas costas) (Tabela 7). Incontinência fecal foi citada por 1,07% das entrevistadas.

Ao observar a incisão cirúrgica ou episiorrafia durante o puerpério imediato, foram encontrados 17 casos de hematomas (6,11%), deiscência de sutura contribuiu com 16,18% dos achados e edema periincisional com 24,82% dos casos. Dez mulheres (3,60%), estavam fazendo uso de antibioticoterapia (cefalexina), sugerindo infecção de incisão cirúrgica ou, episiorrafia devido à

presença de sinais flogísticos. Outras 25 mulheres (9%) apresentavam incisão cirúrgica/episiotomia com secreção, endurecimento das bordas, hiperemia, dor intensa e sangramento, porém, sem relato de uso de antibiótico (Tabela 8).

Tabela 7- Frequência de sintomas físicos e psicológicos relatados pelas puérperas no puerpério imediato e tardio no interior do Estado de São Paulo, 2008.

	Puerpério Imediato		Puerpério Tardio	
	N = 278	%	N = 130	%
Transtorno mental menor				
Não	228	82,01	104	80,00
Sim	50	17,98	26	20,00
Hemorragia vaginal				
Não	262	94,25	126	96,92
Sim	16	5,75	04	3,07
Febre				
Não	245	88,13	122	93,84
Sim	33	11,87	08	6,15
Dor perineal referida*				
Não	68	32,38	71	76,35
Sim	142	67,61	22	23,65
Incontinência urinária referida*				
Não	175	83,34	92	98,92
Sim	35	16,67	01	1,07
Incontinência fecal referida*				
Não	199	94,76	92	98,92
Sim	11	5,23	01	1,07
Dor referida no local da punção para analgesia/anestesia**				
Não	108	41,06	74	60,16
Sim	155	58,93	49	39,84

* N = 210 referente às mulheres que tiveram parto vaginal, referente ao puerpério imediato e N = 93 referente ao puerpério tardio.

** N = 263 referente às mulheres que receberam analgesia/anestesia durante o parto referente à mulheres no puerpério imediato e N= 123 referente ao puerpério tardio.

Vinte e oito mulheres (21,53%) relataram complicações ocorridas entre a entrevista do 10º dia de puerpério e a entrevista do 40º dia de puerpério. Estas queixas incluem: 05 (17,85%) dor em episiorrafia/incisão cirúrgica, 06 (21,42%) devido a infecções (02 por infecção de trato urinário, 03 por infecção cirúrgica e 01 por infecção em episiorrafia). Sangramento vaginal pós-coito e hemorróida foram relatados por 03 (10,71%) e 01 (3,57%) mulheres, respectivamente. A queixa de treze mulheres (46,42%) não estava relacionada com o parto.

Tabela 8- Frequência de complicações físicas observadas em puérperas no puerpério imediato, no interior do Estado de São Paulo, 2008.

	N = 278	%
Aspectos incisão cirúrgica / episiorrafia		
Hematoma		
Não	261	93,88
Sim	17	6,11
Deiscência de sutura		
Não	233	83,81
Sim	45	16,18
Edema periincisional		
Não	209	75,17
Sim	69	24,82
Infecção de Sítio Cirúrgico (uso de antibiótico)		
Não	268	96,40
Sim	10	3,60
Sinais flogísticos sugestivos de Infecção de Sítio Cirúrgico		
Não	253	91,00
Sim	25	9,00

Das mulheres entrevistadas no puerpério tardio 54,60% já haviam retornado a atividade sexual. Destas puérperas 37,68% não estavam utilizando nenhum método anticoncepcional. Quando foram abordadas sobre o retorno à atividade sexual, 17,39% relataram ter sido contra a sua vontade (Tabela 9).

Dor, ardência ou medo durante o reinício da vida sexual, foram sentidos por 47,88% das mulheres (Tabela 9). Transtorno mental menor estava presente em 20% das mulheres que foram entrevistadas (Tabela 7).

Tabela 9- Freqüência de atividade sexual e anticoncepção no puerpério tardio de mulheres do interior do Estado de São Paulo, 2008.

	N	%
Retorno da atividade sexual		
Não	59	45,38
Sim	71	54,60
Total	130	100,00
Retorno da atividade sexual contra a sua vontade		
Não	59	82,60
Sim	12	17,39
Total	71	100,00
Desconforto na relação sexual		
Não	37	52,11
Sim	34	47,88
Total	71	100,00
Anticoncepção com atividade sexual		
Não	28	37,68
Sim	43	62,32
Total	71	100,00

6.4- Análises de associação entre procedimentos assistenciais e intercorrências maternas

Analisando os tipos de parto e suas variáveis sócio-demográficas encontrou-se que no grupo de parto normal a idade média das parturientes (24,13) foi menor do que em relação ao grupo de parto fórcepe e cesariana.

As mulheres que evoluíram para parto normal tiveram um número menor de gestações (1,62 filhos) quando comparadas com as mulheres que tiveram os outros dois tipos de parto.

Não houve associação entre renda e estado civil das mulheres estudadas e tipo de parto, assim como, cor e o fato de morar com o pai do bebê. O comparecimento ao pré-natal também não mostrou relação com o tipo de parto.

Quadro 1- Tipo de parto e sua associação com características sócio-demográficas em mulheres atendidas em um hospital público no interior do Estado de São Paulo, 2008.

			Cesárea		Parto Normal		Parto Fórcepe		Valor-p
	N=278	%	N = 69	% (24,82)	N = 129	% (46,40)	N= 80	% (28,77)	
Idade									0,0492
Média	25,74		25,08		24,13		26,68		
Desvio padrão	6,16		6,15		5,81		6,52		
Renda									0,6638
Média	946,03		887,24		932,33		1141,6		
Desvio padrão	741,59		621,38		723,89		927,93		
Paridade									< 0,0001*
Média	2,14		2,31		1,62		2,32		
Desvio padrão	2,83		1,28		0,87		1,48		
Cor referida									0,9807
Não referido	1	(0,36)			1				
Branca	163	(58,63)	35	(21,47)	97	(60,12)	31	(18,40)	
Negra	29	(10,41)	7	(12,1)	18	(13,9)	4	(8,3)	
Parda	84	(30,20)	26	(31,0)	13	(30,6)	45	(36,1)	
Amarela	1	(0,36)	1	(1,7)					
Estado civil									0,3051
Casada	129	(20,0)	37	(47,2)	54	(55,2)	38	(41,7)	
Solteira	77	(8,7)	17	(11,1)	40	(20,7)	20	(19,4)	
União estável	69	(15,1)	15	(41,7)	34	(22,4)	20	(38,9)	
Divorciada	2	(0,04)			1	(1,7)	1	(00,0)	
Viúva	1						1	(00,0)	
Mora com pai do bebê									0,2445
Não	37	(4,9)	20	(12,1)	10	(13,9)	7	(2,8)	
Sim	241	(43,4)	151	(87,9)	51	(86,1)	39	(100,0)	
Pré natal									1,000
Não	4		2	(3,4)	1	(2,0)	1		
Sim	274		67	(98,3)	128	(100,0)	79		

Teste Exato de Fisher

* Teste de Kruskal-Wallis

O estudo encontrou forte associação entre laceração de 2º e 3º grau e parto fórcepe ($p < 0,0001$). Parto vaginal (normal e fórcepe) demonstrou uma associação significativa com indução de parto, enquanto que, analgesia mostrou forte relação com parto fórcepe e cesariana.

O número de recém-nascidos com índice de Apgar $<$ que 7 (sete) no 1º minuto, foi significativamente maior no grupo fórcepe do que nos outros dois grupos. Índice de Apgar $<$ 7 (sete) no 5º minuto não esteve associado com tipo de parto.

As intercorrências referidas pelas mulheres no puerpério imediato estiveram presentes em um número maior de mulheres que se tiveram parto normal. Não houve associação entre transtorno mental menor e intercorrências com analgesia/anestesia e tipo de parto.

Quadro 2- Associação entre tipos de parto e repercussões no índice de Apgar e saúde física e psicológica de recém-nascidos e mulheres atendidas em um hospital público do interior do Estado de São Paulo, 2008.

			Cesárea		Parto Normal		Parto Fórcepe		Valor-p
	N=278	%	N = 69	% (24,82)	N = 129	% (46,40)	N= 80	% (28,77)	
Transtorno Mental Menor									0,7397
Não	255	(91,7)	62	(90,1)	118	(91,5)	75	(93,6)	
Sim	23	(8,3)	7	(10,14)	11	(8,5)	5	(6,25)	
Intercorrências puerpério imediato									0,0397
Não	36	(12,9)	14	(21,1)	11	(8,5)	11	(12,8)	
Sim	242	(87,1)	55	(78,9)	118	(91,5)	69	(87,2)	
Laceração									< 0,0001
Não	227	(82,4)	68	(98,6)	104	(81,4)	55	(69,2)	
Sim	51	(17,6)	1	(1,4)	24	(18,6)	25	(31,25)	
Indução parto									< 0,0001
Não	50	(18,0)	31	(43,7)	15	(11,6)	4	(5,1)	
Sim	228	(81,3)	38	(56,3)	114	(86,8)	76	(94,9)	
Analgesia									< 0,0001
Não	15	(5,0)	0	(0,00)	15	(10,9)	0	(0,00)	
Sim	263	(94,6)	69	(100,00)	114	(89,1)	80	(100,00)	
Intercorrências analgesia									0,8423
Não	268	(91,4)	66	(94,4)	124	(96,0)	78	(97,4)	
Sim	10	(3,6)	3	(4,2)	5	(3,9)	2	(2,6)	
Apgar 1º minuto									0,0001
Até 7	36	(12,9)	11	(15,5)	6	(4,7)	19	(24,4)	
Maior que 7	242	(86,7)	58	(84,5)	123	(95,3)	61	(74,4)	
Apgar 5º minuto									0,1785
Até 7	3	(00,0)	2	(0,00)	0	(0,00)	1	(0,00)	
Maior que 7	275	(98,9)	67	(98,7)	129	(100,00)	79	(98,7)	

Teste Exato de Fisher

*Tese de Qui-quadrado

7- DISCUSSÃO

7.1- Características socio-demográficas

As condições sócio-demográficas das mulheres estudadas evidencia índices semelhantes aos encontrados no interior do Estado de São Paulo, segundo o Censo do IBGE do ano de 2000. No estado 70,9% dos domicílios particulares eram chefiados por homens, enquanto, na população estudada obtivemos 76,25% dessa situação. Em São Paulo, semelhantemente ao verificado no estudo, a população era predominantemente branca e, do mesmo modo, seguida de proporção menor de mulheres auto declaradas de cor preta ou parda.

A religião católica foi citada pela maioria das mulheres, porém, o avanço da religião protestante foi evidenciado em uma grande parcela da amostra, demonstrando uma tendência do Estado de São Paulo. A porcentagem das mulheres que referiram não ter religião na população estudada foi semelhante ao do Estado de São Paulo, 8,5% e 7,3%, respectivamente (IBGE, 2000).

As mulheres casadas ou em união estável na população estudada foi superior ao verificada em Estado de São Paulo (IBGE, 2000).

A amostra estudada pode se caracterizar como de baixos rendimentos, com média mensal de 2,6 salários mínimos²⁰, equivalente a cerca de 0,6 salários mínimos mensais per capita. Quase a totalidade das mulheres compareceu ao pré-natal, com percentual de 98%, índice superior ao do Estado de São Paulo, segundo fontes do Serviço de Informação sobre nascidos Vivos (SINASC, 2004).

7.2- Gestação e parto

Cerca de três quartos dos partos foram, na população estudada, do tipo vaginal, encontrando-se, entre eles uma proporção, que pode ser considerada alta, de parto fórcepe (38,27%). O MS não estabelece a taxa recomendável para

²⁰ Salário Mínimo igual a R\$ 380,00 (Trezentos e Oitenta Reais).

esse tipo de procedimento, considerando-os simplesmente como partos vaginais. Segundo estudo com 33.360 partos realizados pelo Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, no ano de 2004, a taxa de parto fórcepe encontrada foi de 10% (DUARTE et al, 2004).

Analisando-se os dados nacionais sobre os tipos de parto verifica-se que o uso de parto instrumental varia de acordo com as diversas regiões do Brasil e, que permanece abaixo dos índices encontrados em países desenvolvidos (EUA, 3,6% e Reino Unido 6,6%). A região Sudeste apresentou o mais alto índice com 1,7%, comparativamente às outras regiões do país (CASTRO e MONTEIRO (2003), porém muito abaixo do observado neste estudo.

Segundo estudos recentes, a hipótese que se coloca é de que a frequência mais alta de parto fórcepe pode estar relacionada à analgesia de parto. Entretanto, este estudo não pode confirmar esse achado, uma vez que, praticamente 100% dos partos foram realizados com analgesia, ou seja, não havia grupo para comparação.

Sabe-se que o uso do fórcepe no parto vaginal não é procedimento inócuo, estando associado à lacerações perineais, como observado nesse estudo e conseqüentemente à frequências maiores de incontinência urinária, fecal e dispaurenia após o parto (NEME, 2000; GOMAR E FERNANDEZ, 2000; GUIASOLA et cols., 2004; TORVALDSEN et cols, 2007).

Nos últimos anos, iniciativas do MS obtiveram sucesso na diminuição das altas taxas de operações cesarianas no Brasil. Entretanto, a Portaria n. 2815 de 28 de Maio de 1998, que remunera as analgesias de parto pode estar contribuindo para o aumento de parto fórcepe (GOMAR E FERNANDEZ, 2000; GUIASOLA et cols., 2004; TORVALDSEN et cols, 2007) e suas conseqüências indesejáveis para a saúde das mulheres. Esses eventos de assistência e suas conseqüências não têm constituído indicador de mensuração de qualidade no atendimento às parturientes.

A busca pela qualidade da assistência prestada tem sido preocupação em serviços de saúde dos Estados Unidos desde o início do século XX como verificado pelas recomendações do Colégio Americano de Cirurgiões. Segundo Donabedian (apud TRONCHIN, MELLEIRO E TAKAHASHI, 2005) a qualidade da assistência pode ser definida como a obtenção de maiores benefícios com menores riscos para o paciente, benefícios estes que se alcançam de acordo com recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Ainda de acordo com Donabedian, a qualidade da assistência é avaliada através de 03 pilares: estrutura, processo e resultado, sendo que este último se obtém por meio das características desejáveis dos produtos ou serviços, que demonstram os efeitos dos procedimentos adotados na saúde do cliente (TRONCHIN, MELLEIRO E TAKAHASHI, 2005).

A OMS em 1993 definiu qualidade de assistência à saúde, levando em conta o alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos mínimos de riscos, alto grau de satisfação dos pacientes e efeitos favoráveis à saúde (D'INNOCENZO, ADAMI E CUNHA, 2006). Dentro deste contexto pode-se dizer que iatrogenias decorrentes de intervenções, muitas vezes utilizadas de maneira inadequada na assistência ao parto, transgridem os princípios de riscos mínimos e efeitos favoráveis à saúde física e emocional da parturiente.

Apesar dos profissionais de saúde considerar a analgesia durante o trabalho de parto e parto um avanço e, também, um indicativo de humanização e qualidade da assistência seu uso, sem critérios definidos, pode estar comprometendo a saúde e o bem estar das parturientes, por levar a iatrogenias evitáveis.

O índice de partos cirúrgicos encontrado na amostra estudada foi superior à taxa recomendada pela OMS, que é de 15% para o total da população (BRASIL, 2003). No entanto, deve-se levar em conta que a instituição estudada é referência para partos de alto risco na região, sendo justificada, portanto, a

proporção observada. Dados do SINASC (2004), mostraram taxa de cesarianas no Estado de São Paulo de 53%. Na Região Sudeste, no mesmo ano, os índices de partos cirúrgicos foram os maiores do Brasil, ficando em torno de 46,9%. Em 2001, a chance de ocorrer um nascimento por parto cesárea na Região Sudeste era de 1,78 vez maior do que na Região Nordeste (BRASIL, 2004).

Segundo ALTHABE et al. (2002), a episiotomia é procedimento de rotina em mais de 90% dos partos vaginais ocorridos na América Latina, sendo que no Brasil esse procedimento foi realizado em 94,2% dos partos vaginais (BRASIL, 2004). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996), sugerem o uso restrito dessa prática, posto que, não se encontram evidências científicas suficientes que justifiquem seu uso indiscriminado. Esses órgãos recomendam que o uso de episiotomias deva ser limitado a uma proporção de 10 a 15% dos partos vaginais. Na população estudada esse índice chegou a quase 90% dos partos via vaginal, ficando um pouco abaixo dos índices encontrados no Brasil e muito acima das taxas preconizadas pelo MS e OMS. Segundo estudo realizado pelo Departamento de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no Hospital de Clínicas de São Paulo, o índice de episiotomia realizado foi de 76,2% (OLIVEIRA e MIQUILINI, 2005).

A episiotomia tem sido indicada como uma maneira de se prevenir lacerações severas no períneo das parturientes. Profissionais que conduzem o parto sustentam que é mais fácil reparar uma incisão cirúrgica definida, que uma laceração desigual, espontânea. Segundo MYERS-HELFGOTT E HELFGOTT (1999) nenhuma evidência científica demonstra o fato de que esse procedimento previne lacerações de terceiro grau, pelo contrário, a episiotomia eletiva está associada a importantes lacerações perineais, do esfíncter anal e retal, mesmo depois do controle de variáveis de confundimento. Estes autores concluíram que o maior risco de lesão perineal era a realização da episiotomia, afirmação sustentada pelo fato de que a maioria das lesões perineais é causada pela extensão desse procedimento.

No presente estudo não foi possível estabelecer relação entre episiotomia e traumas perineais severos, uma vez que o número de mulheres que não foram submetidas a esse procedimento, na mostra estudada, foi de apenas 26. Entretanto, as mulheres que tiveram lacerações de 3º grau pertenciam ao grupo no qual foi indicado o uso de fórcepe e, conseqüentemente, a episiotomia foi realizada. Segundo dados encontrados na literatura, o uso de fórcepe no parto vaginal parece estar relacionado ao aumento de lacerações (NEME, 2000; GOMAR e FERNANDEZ, 2000; CUNNINGHAN, 2005).

Em um estudo de coorte prospectivo realizado na Austrália com 6595 mulheres concluiu-se que 2% (n = 134) das parturientes tiveram lacerações perineais severas, proporção bem inferior a encontrada no presente estudo, entretanto, também, como neste, encontraram associação de traumas perineais de 3 grau com primiparidade. Os autores consideraram muito elevada a proporção de 2% de lesões, quando comparada com as de estudos europeus (DAHLEN et cols., 2006), na presente investigação o percentual encontrado foi 8,5 vezes superior..

WILLIAMS, HERRON-MARX e KNIBB (2007) realizaram um estudo transversal onde foi analisada a relação entre tipo de parto e morbidade perineal. Foram entrevistadas 2100 mulheres após 01 ano do parto. O estudo revelou que existem vários fatores associados para à morbidade perineal e o uso de fórcepe durante o parto foi apontado como um deles.

O uso de analgesia peridural ou raquianestesia de rotina não é prática usual nos hospitais públicos brasileiros, sendo reservado principalmente para alívio da dor de parto em mulheres primíparas. A freqüência de analgesia na amostra estudada foi da ordem de 94,6%, sendo utilizada indiscriminadamente em primíparas e múltíparas. A OMS (1996) não recomenda o uso de analgesia sem indicação rigorosa e questiona se pode ser chamado de normal o parto feito com este procedimento.

Analgesia peridural parece estar associada ao aumento de partos instrumentais, não havendo relato de aumento da satisfação materna em relação ao parto (AMIN-SOMUAH et al, 2007). Estudos também sugerem um prolongamento do primeiro e segundo estágios do trabalho de parto com conseqüente aumento de lacerações vaginais devido ao uso subsequente do fórcepe (NEME, 2000; GOMAR e FERNANDEZ, 2000; LEIGHTON E HALPERN, 2002; FERNANDEZ-GUISASOLA et al, 2004; CUNNINGHAM, 2005).

FERNANDEZ-GUISASOLA et al (2004) também sugerem que o uso de analgesia durante o trabalho de parto está associado ao aumento de cesarianas devido a mecanismos que provocam um parto distócico, com ausência ou diminuição dos “puxos”, relaxamento do assoalho pélvico e prolongamento excessivo do período expulsivo.

Dados da literatura revelam que a incidência de ruptura uterina nos partos atendidos são variáveis de acordo com as instituições, porém, se situa entre 0,3% a 1,7% em mulheres com história de cicatriz uterina e 0,03% a 0,08% em mulheres sem cicatriz uterina prévia (LITWIN, 2003). Na população estudada, encontramos 1,79% de mulheres que foram submetidas a cesariana, porque estavam na eminência de uma ruptura uterina (03 mulheres) e 01 mulher primigesta que teve ruptura uterina.

7.3- Puerpério imediato e tardio

Puerpério é o período em que acontecem todas as manifestações de recuperação do sistema reprodutor feminino. Estudos mostram que primíparidade, gravidez indesejada, complicações obstétricas e ausência de suporte familiar e de amigos são fatores predisponentes para o aparecimento de episódios de transtorno mental menor durante o seu primeiro ano pós-parto (SILVA et al., 1998). Há evidências de que esse transtorno se manifesta entre as primeiras três a seis semanas pós-parto e que possa perdurar por até 14 meses.

Entretanto, os sintomas podem não se manifestar até 4 ou 5 meses do puerpério, tornando o seu diagnóstico difícil e sub-estimado (WENDER et al., 2002). Este distúrbio afeta aproximadamente 10 a 15% das mulheres em geral, havendo prevalências relatadas de 3,5% e 33%) (SILVA et al, 1998; WENDER et al., 2002).

Na amostra estudada a prevalência de transtorno mental menor encontrada através do uso do questionário SRQ-20 foi de cerca de 18% no puerpério imediato e 20,00% no puerpério tardio. Estes percentuais podem estar subestimados devido ao constrangimento das mulheres em responder às perguntas de questionário desta natureza. Ainda existe um grande tabu em relação a essa patologia, além do que, muitas mulheres sentem-se desconfortáveis em verbalizar tristeza num momento tão importante para elas.

Desde a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, 1984), o MS tem tido preocupação de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar. Em 1996, um projeto de lei aprovado pelo Congresso Nacional (Lei 9.263), sancionado pela Presidência da República, regulamentou o planejamento familiar. Formalmente, esta lei democratiza o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, assim como regulamenta essa prática na rede privada, sob controle do SUS. Em 2001, a última Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001) do Ministério da Saúde colocou a assistência em planejamento familiar entre as ações mínimas que devem ser implementadas em todos os municípios (BRASIL, 2004).

Observou-se neste estudo que mais de um terço das mulheres que haviam retomado a atividade sexual não utilizavam qualquer método de proteção contra uma nova gravidez. Apesar da disponibilidade teórica da oferta desses insumos nos serviços de saúde do estado de São Paulo, podem ser muitos os motivos a explicar o fato de que o acesso aos métodos anticoncepcionais esteja comprometido. É prerrogativa da atenção primária a oferta de assistência integral às mulheres, incluindo anticoncepção. A dificuldade de acesso aos métodos anticoncepcionais pode estar ligada tanto às falhas dos serviços de saúde quanto à percepção das mulheres relativa à necessidade desse cuidado. São necessários

estudos que possam esclarecer as razões que levam mulheres em idade fértil, ainda no puerpério, a ignorar métodos anticoncepcionais apesar do retorno à atividade sexual.

Na literatura, a incidência de infecções decorrente de procedimentos obstétricos varia de 1% a 7,2%. O baixo nível socioeconômico, ser a gestante primigestas e pacientes com uma cesariana prévia parecem estar mais susceptíveis à infecções, assim como, trabalhos de parto prolongados e rotura prematura de membranas (COSTA, 2001). No nosso estudo, mais de 4% das mulheres apresentavam infecção de sítio cirúrgico, estimadas à partir do uso de cefalexina. Supõe-se que esta proporção seja subestimada, pelo fato de ter-se observado o dobro de casos de mulheres com sinais flogísticos indicativos de infecção, em torno do 10º dia de puerpério. Não encontramos na literatura, relato de frequência de infecção em episiorrafias.

8- CONCLUSÃO

As informações obtidas nas análises de corte transversal resultantes dos dados coletados, assim como, o levantamento bibliográfico destinado a rever a história da assistência obstétrica foram suficientes para o objetivo proposto. As observações e resultados encontrados nos mostram que:

- A história da assistência obstétrica revela um avanço gradativo de intervenções no processo de nascimento, que coincide com a entrada da figura masculina em cena. O excesso de “medicalizações” se reflete, hoje, através da existência de políticas públicas na área de saúde da mulher no sentido de diminuir estes indicadores.
- A assistência ao parto nas mulheres estudadas guarda semelhança com outras instituições públicas do Brasil, com exceção do uso de fórcepe obstétrico que ficou muito acima dos índices encontrados na literatura.
- Algumas complicações maternas decorrentes de tecnologias utilizadas durante o trabalho de parto e parto, no puerpério imediato foram maiores que a encontrada na literatura.
- A prevalência de transtorno mental menor encontrado nas mulheres estudadas foi semelhante ao encontrado na população em geral. Não foi possível estabelecer associação entre saúde mental e complicações maternas decorrentes do processo de nascimento.

9- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Brasil é um país que ainda mantém taxas altas de morbi-mortalidade materna, mas apresenta, em algumas regiões do país, aparato tecnológico semelhante aos do primeiro mundo. Na assistência obstétrica, caracteriza-se por utilizar procedimentos inadequados para partos de baixo risco, com grande número de intervenções desnecessárias, desencadeando uma cascata de iatrogenias que poderiam ser evitadas.

Intervenções como analgesia de parto e episiotomia devem ser realizadas somente com o consentimento livre e esclarecido da parturiente, consciente de suas vantagens e desvantagens. A mulher tem o direito de tomar decisões quanto ao procedimento. Porém, o que observa em hospitais e maternidades que atendem ao parto é uma imposição dessas práticas à mulher que se encontra fragilizada pela situação vivida. Essas mulheres se entregam ao profissional de saúde com a crença de que eles farão o melhor por elas.

As relações de poder que permeiam os profissionais de saúde e as parturientes dentro de um Centro Obstétrico ainda são carregadas de preconceitos em relação a sua sexualidade, sua dor e sua individualidade. Geralmente, os atores que compõem a cena do parto realizado em um hospital público apresentam grandes desigualdades sociais, culturais e econômicas e, sendo assim o desejo e aspirações da parturiente muitas vezes não são levados em conta, principalmente por ela não receber os esclarecimentos suficientes para que possa optar pela sua integridade.

Quando falamos em profissional de saúde, englobamos médicos e enfermeiros. A enfermeira obstétrica, normalmente utiliza menos intervenções durante o processo de nascimento, porém essa é uma decisão pessoal, pois na maioria dos cursos de especialização para formação dessas profissionais, o enfoque intervencionista é semelhante ao enfoque dado nos cursos de graduação médica. Não existe nos cursos de graduação de medicina e enfermagem e nos cursos destinados à assistência ao parto nenhuma disciplina que fale de humanização ao parto. O parto sempre é apresentado como um processo cheio de riscos e por isso deve-se intervir precocemente para minimizar os danos.

A analgesia de parto foi disponibilizada pelo SUS, a partir do ano 2000, como uma das estratégias para diminuir o índice de cesariana, uma vez que o medo da dor do parto aparece como um fator determinante para se realizar essa cirurgia. Na instituição estudada, a taxa de cesariana está dentro dos limites aceitos pelo Ministério da Saúde. Em contra partida o número de realizações de parto fórcipe é superior às freqüências médias nacionais e internacionais. Esse é um exemplo claro de como as intervenções geram mais intervenções.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor de parto são ferramentas que se utilizadas irão diminuir a sensação dolorosa sem a necessidade de intervenções invasivas. Incluem-se desde banhos e massagens, um acompanhante ou uma doula no momento de parto. Essas práticas ajudam a reduzir a ansiedade materna, podendo a experiência do parto, ser vivida com mais tranquilidade e satisfação. São métodos que não estão incorporados aos procedimentos médicos habituais e, tampouco são demandados pela sociedade e, por isso sofrem discriminação e resistência.

O acesso ao planejamento familiar é um direito de todas as mulheres atendidas pelo SUS. A amostra integrante deste estudo, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, mostra que muitas mulheres retornaram a atividade sexual sem estar adequadamente protegida contra uma nova gestação, isso demonstra que existe uma grande lacuna entre a alta hospitalar após o parto e a UBS. Essas mulheres, muitas vezes não retornam à atenção primária para revisão do parto e planejamento familiar, perdendo-se a oportunidade da manutenção das orientações pertinentes.

Vale ressaltar, que o município onde foi realizado o estudo, segundo dados da Vigilância de Saúde, em 2006, teve uma cobertura de triagem neonatal da ordem de 96%. Essas mulheres que não retornam para assistência relativa ao puerpério trouxeram seus bebês para triagem neonatal. Não seria esse, então, o momento de se promover ações educativas relacionadas à saúde da mulher?

Numa sociedade que não possui a cultura da prevenção seriam necessárias estratégias que promovam ampla cobertura de orientações referentes aos diferentes métodos anticoncepcionais disponíveis gratuitamente a todas as mulheres nas UBSs. A enfermeira da unidade pode ter um papel de destaque nesta tarefa, uma vez que, ações educativas e preventivas são exaustivamente abordadas em sua graduação.

A assistência ao parto no Brasil deve passar por uma mudança de paradigmas que envolvam o conceito de humanização. Precisamos aprender a ouvir e respeitar as decisões das mulheres atendidas nos serviços públicos, transformando os profissionais de saúde dos hospitais e UBSs em agentes acolhedores, respeitosos, preocupados com o bem-estar físico e mental de suas parturientes.

Essa mudança somente será possível quando as mulheres conhecerem seus direitos, amparadas por políticas públicas que possibilitem a tomada de decisões, sem medo de preconceitos ou sarcasmos. Políticas para humanização da gravidez e parto existem e são claras e objetivas, englobam abordagens amplas que atingem atenção primária, secundária e terciária, entretanto, não são observadas com a prioridade que o tema exige durante a formação dos profissionais dessa área, nem constituem indicadores de avaliação da qualidade da assistência prestada às mulheres.

10- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, N.A.M; et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio da dor e ansiedade no processo de parturição. **Rev. Latino-Am. de Enfermagem**, v. 13, n. 01, p. 52-58, jan./fev. 2005.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J.M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin American: Hospital based descriptive study. **BMJ**, v. 324, n. 7343, p. 945-946, 2002.

ANIM-SOMUAH, M.; SMYTH, R.; HOWELL, C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, Issue 1, 2007. Oxford: Update Software.

ARAÚJO, D.A .C. ET all. Indução de parto com misoprostol:comparação entre duas doses. **Rev. Brás. Ginecologia e Obstetrícia**, 21(9):527-531, 1999.

ARÉVALO, E.G.; COBIÁN, A S. El absceso epidural y la anestesia regional. **Rev. Esp. Anestesiol. Reanim**, v. 49, p. 261-267, 2002

BARROS, S.M.; MARIN, H. de F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – Guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca; 2002. p. 517.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1984.

BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. Institui o pagamento de parto feito por enfermeira obstétrica e o pagamento de analgesia de parto pelo SUS. **Portaria n. 2815, de 29 de maio de 1998**. Brasília: MS;1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cria o Centro de parto normal, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Portaria n. 985, de 05 de Agosto de 1999**. Brasília: MS; 1999.

BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Âmbito do SUS. **Portaria n. 569, de 1º de Junho de 2000**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. Institui o Componente I do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Portaria n. 570, de 1º de Junho de 2000**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. Institui o Componente II do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Portaria n. 571, de 1º de Junho de 2000**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. GABINETE DO MINISTRO. Institui o Componente III do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, Nova Sistemática de Pagamento à Assistência ao Parto. **Portaria n. 572, de 1º de Junho de 2000**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2004: Uma análise da situação de saúde**. Brasília /DF: MS, mai. 2004.

BRELET-RUEFF, Claudine. **As Medicinas Tradicionais Sagradas**. São Paulo: Editora Martins Fontes ; 1978. p. 294.

BRENES, Anayansi Correa. História da parturição no Brasil, Século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, 1991, vol. 7, n. 2, ISSN 0102-311X.

BRIQUET R. Súmula Histórica. In: DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstétrica Normal**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 495.

CARROLI G, BELIZÁN J. Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: **La Biblioteca Cochrane Plus**. 2. ed. Oxford: Update Software; 2007.

CASTRO, Daniel de; MONTEIRO, Carlos Educardo. Utilização do fórceps obstétrico no Brasil e na Região Sul. **Revista AMRIGS**, v. 47, n. 02, p. 96-100, abr./jun. 2003.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. **Questões de Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

COSTA, Maria Luiza de Monteiro. Prevenção de Infecção Hospitalar em obstetrícia. In: **Medicina Materno-Fetal**. São Paulo: Ed. Atheneu; v. 02, p. 1421-1427.

CREMESP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Ética em Ginecologia e Obstetrícia**. 3. ed. São Paulo, 2004.

CUNNINGHAM, F. G. et al. **Williams Obstetrics**. 22. ed. New York: McGraw Hill; 2005. p. 1441.

DAHLEN, H.G.; RYAN, M.; HOMER, C.S.E.; COOKE, M.; An Australian prospective cohort study of risk factors for severe perineal trauma during childbirth. **Midwifery**, vol. 23, p. 196-203, 2006.

DECHERNEY, A .H.; NATHAN, L. **Current Obstetric & Gynecologic – Diagnosis & Treatment**. 9. ed. New York: McGraw Hill; 2003. p. 1163.

DEL PRIORE, Mary (Org.) **História das Mulheres no Brasil**. 7. ed. São Paulo: Contexto; 2004. p. 678.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos do movimento. **Ciê. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2005, Vol. 10, n. 3, ISSN 1413-8123.

D'INNOGENZO, M.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.0. O movimento pela Qualidade nos Serviços de Saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 59, n. 1, p. 84-88.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires. Violência institucional – o caso da assistência obstétrica. **Anais do 2º Seminário sobre Parto e Nascimento**, Rio de Janeiro, p.3-9, 1997.

DUARTE, Geraldo; et al. Tendência das formas de resolução da gravidez e sua influência sobre as taxas de mortalidade perinatal. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 03, p. 379-384, 2004.

FAUNDES, A.; CECATTI, J.G. A operação cesárea no Brasil. Incidência, tendências, causas, conseqüências e proposta de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 7(2): 50-173, abr./jun. 1991.

GLASSCHEIB, H.S. **Os Grandes Segredos da Medicina**. Lisboa: Editora Livros do Brasil; 1961, p. 85-108.

GOMAR, C; FERNANDEZ, C. Epidural analgesia-anaesthesia in obstetrics. **European Academy of Anaesthesiology**, v. 17, p. 542-558, 2000.

GOMES, Ordival Cassiano. **História da Medicina no Brasil no Século XVI**. Rio de Janeiro: Biblioteca Brasileira de História da Medicina; 1974. p. 364.

GOODMAN & GILMAN. **As bases farmacológicas da terapêutica**. 10. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill; 2003. p. 1821.

GUISASOLA, J.F.; et al. Analgesia epidural obstétrica: Relación com diversas variables obstétricas y com la evolución del parto. **Rev. Esp. Anestesiol. Reanim**, v. 51, p. 121-127, 2004.

HOFMEYR, G.J., GÜLMEZOGLU A .M. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library Plus**. 2. ed. Oxford: Update Software; 2007.

JÚNIOR, Lybio Martire. **História da Medicina – Curiosidades e fatos**. Itajubá; 2004. p. 183.

KAZANOWSKI, M.K.; LACETTI, M.S. **Dor – Fundamentos, abordagem clínica e tratamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 276.

KOROLKOVAS, Andrejus. **Dicionário Terapêutico Guanabara – Edição 2005/2006**. 12. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

LEDE, R; BELIZAN, J; CARROLL, G. Is routine use of episiotomy justified?. **Am J Obstet Gynecol**, v. 174, n. 05, p. 1399-402, 1996.

LEIGHTON, B.L.; HALPERN, S.H.; Epidural Analgesia: effects on labor progress and maternal and neonatal outcome. **Seminars in Perinatology**, vol. 26, n. 02, p. 122-135, 2002.

LITWIN, Alexander A.. Uterine rupture in a primigravid patient and anesthetic implications: A case report. **AANA Journal**, vol.71, n. 05, p. 353-356, 2003.

MARI JJ, WILLIAMS P. A validity study of psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of São Paulo. **Br J Psychiatry**, v. 148, p. 23-36, 1986.

MEEKER, M.R.; ROTHROCK, J.C. **Alexander – Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. 10. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1995. p. 1249.

MORAES FILHO, Olímpio Barbosa de. **Misoprostol versus sonda foley e ocitocina para indução de parto**. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Estadual de Campinas. Campinas: UNICAMP; 2002, 130p.

MYERS-HELFGOTT, M.G.; HELFGOTT, A. W.; Uso rotineiro da episiotomia na obstetrícia moderna. Ela deve ser feita? **Clínicas Obstétricas e Ginecológicas da América do Norte**, vol. 26, n.02, p. 315-336, 1999.

NEME, Bussâmara. **Obstetrícia Básica**. 2. São Paulo: Sarvier; 2000. p. 996.

_____. O consentimento informado: Uma questão do interesse de todos. **Jornal Medicina**, Brasília - DF, Conselho Federal de Medicina, p. 9, out./nov. 2000.

OLIVEIRA, Sônia Maria J. V. de; MIQUILINI, Elaine C. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 03, p. 288-295, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Brasília: OMS; 1996. p. 53.

OSAVA, RH. **Assistência ao parto no Brasil: o lugar do não médico**. (Tese). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública - USP, 1997.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Atenção Integral da Saúde da Mulher, o conceito e o Programa: História de uma Intervenção**. Tese (Mestrado) apresentada a Universidade Estadual de Campinas, 1994, 186 p.

OSÍS, Maria José Martins Duarte. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 4, p. 25-32, 1998.

RATTNER, Daphne. Humanizando o nascimento e o parto: o workshop. In: **Síntese do Seminário Estadual Qualidade da Assistência ao Parto: contribuições da enfermagem**. Curitiba: ABEn - Seção Paraná; 1998.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Dossiê Humanização do Parto**. Rede Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. São Paulo, 2002.

REZENDE, Jorge de. Conceitos, Propósitos, Súmula Histórica. In: **Obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1974.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 9º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 670.

ROBINSON, J.N.; et al. Epidural analgesia and third or fourth degree lacerations in nulliparas. **Obstetrics & Gynecology**, v. 94, n. 02, August. 1999.

SANTOS FILHO, Lycurgo. Cirurgia e Obstetrícia. In: **História Geral da Medicina Brasileira**. São Paulo: Hucitec/Edusp; 1977.

_____ Secretária de Políticas da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003. p. 199.

_____ Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2000.

SILVA, E. M.; et al. Depressão no pós-parto: aspectos clínicos e epidemiológicos. **Neurobiologia**, v. 61, n. 4, p. 107-114, out./dez. 1998.

SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO (ORG.). **Tratado de Anestesiologia**. 6. ed. São Paulo: Atheneu; Vol. 2, 2006. p. 2032.

SOUZA, A. Tavares de. **Curso de História da Medicina – das origens aos fins do Século XVI**. Lisboa: Editora Livros do Brasil, 1981.

TANAKA, Ana Cristina D'Andretta. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995. p. 105.

THORWALD, Jürgen. **O Século dos Cirurgiões**. São Paulo: Hemus, s.d. p. 348.

THORWALD, Jürgen. **O Segredo dos Médicos Antigos**. São Paulo: Melhoramentos; 1962. p. 319.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 2005. p.75-88.

TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil - impacto social e inserção da enfermagem. **Rev. de Enfermagem - Escola Ana Nery**, ano 1, n. 1, p. 119-134, jul. 1997.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. A medicalização do corpo feminino. In: GIFFIN, K., COSTA, S.H. **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 67-78.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M.S. **Enfermagem Obstétrica**. 8^o Ed., Gunabara Koogan, Rio de Janeiro, 1985. p.696. p. 382-420.

WENDER, M.C. O.; et al. Depressão puerperal: Atualizações. **Femina**, v. 30, n 7, ago. 2002.

WILLIAMS, A ; HERRON-MARX, S.; KNIBB, R.; The prevalence of enduring postnatal perineal morbidity and its relationship to type of birth and birth risk factors. **Journal of Clinical Nursing**, vol. 16, p. 549-561, 2007.

11- ANEXOS

ANEXO I
Protocolos Utilizados

PROTOCOLO DE ALTA HOSPITALAR

Dados encaminhados para telefonema: sim não

01. N° (não preencher)	02. DATA DA ENTREVISTA _ _ / _ _ /20_ _
---------------------------	---

03. N° PRONTUÁRIO HOSPITALAR: |_|_|_|_|_|_|_|_|

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DA MÃE (preencher com dados do prontuário e completar com entrevista com a mãe)

04. Data de internação: |_|_|/|_|_|/20_|_| 05. Data de nascimento da mãe: |_|_|/|_|_|/19_|_|

06. Nome da mãe: _____

07. Endereço: (Rua, Av) _____, n° _____, Compl. _____

Bairro: _____, Cidade _____, CEP: |_|_|_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|

08. Ponto de referência: _____

09. Fone RES: |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_| 10. CEL: |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|

11. Fone TRAB: |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_|

12. Fone REC: |_|_|_|_|_|_|-|_|_|_|_|_|_| 13. Contato _____

PARTE II: DADOS GERAIS DA MÃE (preencher com entrevista com a mãe)

14. Cor: 1 - Branca 2 - Negra 3 - Parda 4 - Amarela 5 - Indígena 9 - NS/NR

15. Religião: _____ 16. Naturalidade: _____

17. Profissão: _____ 18. Situação civil: _____

PARTE III: HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO (entrevista com a mãe)

19. Seu leite desceu? 1 - não 2 - sim

Se sim, quando desceu? ⇒ 20a. Data: |_|_|/|_|_|/20_|_|

⇒ 20b. Hora: |_|_|_|_| h |_|_|_|_| min

20c. Você viu o seu leite? 1 - não 2 - sim

20d. Se viu o leite, qual a cor? _____

21. As suas mamas estão cheias? 1 - não 2 - sim

22a. Você pensa em amamentar este bebê?

1 - não ⇒ 22b. Por que? _____

2 - sim ⇒ 22c. Quanto tempo? |_|_|_|_| Meses

77 - Até quando o bebê quiser 88 - Até quando tiver leite 99 - NS

23a. O bebê está sugando?

2 - sim 1 - não ⇒ 23b. Por que? _____

24a. Você está com algum problema nas mamas?

1 - não

2 - sim, empedradas

3 - sim, com rachaduras

4 - sim, infeccionadas (mastite)

5 - sim, dor

6 - sim, ⇒ 24b. Outro _____

25a. Você está tendo alguma dificuldade para amamentar?

1 - não

2 - sim ⇒ 25b. Qual? _____

26. O que o pai do bebê pensa de você amamentar?

1 - gosta

2 - não gosta

3 - não diz nada

9 - não sabe

27. Data de nascimento do seu último filho: _____/_____/_____ 8 - Este é meu primeiro filho (pule para 29)

28a. Se este não for seu primeiro filho, por quanto tempo amamentou o último filho?

1 - não amamentou

2 - ainda está amamentando

3 - Amamentou por 28b. _____ meses OU _____ dias

PARTE IV: DADOS SÓCIO ECONÔMICOS (entrevista com a mãe)

29. Você mora com o pai do bebê? 1 - não 2 - sim

30. Você sabe ler e escrever? 1 - não 2 - sim

31. Você está estudando atualmente? 1 - não (pule para 33) 2 - sim

32. Se está estudando atualmente, qual é a série e o grau do curso que você frequenta?

32a. Série: _____

32b. Grau: _____

99 - não sabe

33. Se não está estudando atualmente, qual foi o curso mais elevado que frequentou?

33a. Série: _____

33b. Grau: _____

99 - não sabe

34. Você trabalha fora de casa? 1 - não (pule para 37) 2 - sim

35. Se trabalha fora de casa, você está de licença? 1 - não (pule para 37) 2 - sim

36. Se está de licença, com quantos meses após o parto pretende voltar a trabalhar?

_____ meses

88 - não vai voltar

99 - não sabe

37. Quantas pessoas moram na sua casa, incluindo este bebê? _____ pessoas

38. Juntando todos os salários das pessoas que moram na sua casa e ajudam nas despesas da família, quanto dá por mês?

R\$ _____

88 - não quer responde

99 - não sabe

PARTE V: DADOS DO PARTO (preencher com dados do Prontuário)

39. Tipo de analgesia?

39a. Medicamento	39b. Dose
39c. Medicamento	39d. Dose
39e. Medicamento	39f. Dose
39g. Medicamento	39h. Dose

40. Intercorrências do parto com a MÃE

40a. Intercorrência	40b. Conduta
40c. Intercorrência	40d. Conduta
40e. Intercorrência	40f. Conduta
40g. Intercorrência	40h. Conduta

41. Intercorrências do parto com o BEBÊ

41a. Intercorrência	41b. Conduta
41c. Intercorrência	41d. Conduta
41e. Intercorrência	41f. Conduta
41g. Intercorrência	41h. Conduta

PARTE VI: CARACTERÍSTICAS DO RN (Dados da DNV e informações do prontuário)

42. Número da DNV

43. Número de filhos tidos em gestações anteriores ⇒ **43a.** Nascidos vivos **43b.** Nascidos mortos

44. Idade Gestacional (método de Capurro) semanas dias

45. Tipo de gravidez 1 – única 2 - dupla 3 - tripla e mais 9 - Ignorado

46. Sexo do bebê 1 – masculino 2 - feminino

47. Índice de Apgar ⇒ **47a.** 1º minuto **47b.** 5º minuto

48. Peso ao nascer gramas **49.** Comprimento ao nascer cm

50. Peso do bebê na alta hospitalar gramas

PARTE VII: DADOS CARTÃO DO PRÉ-NATAL (solicitar cartão da mãe de pré-natal)

51a. Você fez pré-natal?

<input type="checkbox"/> 1 - não	<input type="checkbox"/> 2 - sim ⇒ Qual(s) Serviço(s) de Saúde?	Nº PRONTUÁRIO (FF) (se serviço público)
	51b.	51c.
	51d	51e
	51f	51g

52. Estatura da mãe cm 99 - não consta

53. Peso da mãe pré-gestacional kg 99 - não consta

54. MEDIDAS DURANTE O PRÉ-NATAL

	54.1	54.2	54.3	54.4	54.5	54.6	54.7	54.8	54.9
a. Data	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
b. Sem. gestacional									
c. Peso									
d. Altura uterina									
e. Hemoglobina									
f. Hematócrito									
g. Glicemia jejum									

MORBIDADE

55a. Existe diagnóstico de anemia no pré-natal?

1- não 2 - sim ⇒ 55b. Qual tipo? _____

56a. Existe prescrição de medicamentos e vitaminas?

1- não 2 - sim ⇒ 56b. Qual tipo? _____

DATA PRESCRIÇÃO	NOME DO MEDICAMENTO	DOSAGEM
__/__/20__		
__/__/20__		
__/__/20__		
__/__/20__		
__/__/20__		

57. Data da alta da mãe: __/__/20__

58. Data da alta do bebê: __/__/20__

59. NOME COMPLETO DO ENTREVISTADOR: _____

AGENDAMENTO REDE BÁSICA DE SAÚDE

LOCAL DO PKU: _____	DATA DO PKU: __/__/20__
LOCAL DA REVISÃO DO PARTO: _____	DATA DA RP: __/__/20__
LOCAL DA PUERICULTURA: _____	DATA DA PUE: __/__/20__

PROTOCOLO DE PARTO	01. Nº <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (não preencher)	02. Nº PRONTUÁRIO HOSPITALAR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---------------------------	---	---

03. NOME DA MÃE: _____
 04. NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE: _____ Cidade: _____

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DA MÃE (consulta em prontuário)

05. Data da consulta: / /20
 06. Endereço: (Rua, Av) _____, nº , Compl.
 Bairro: _____, Cidade: _____, CEP:
 07. Ponto de referência: _____
 08. Fone RES:
 09. CEL:
 10. Fone TRAB:
 11. Fone REC:
 12. Contato: _____

PARTE II: INFORMAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ (consulta em prontuário)

13. Idade da mãe: _____	14. Idade gestacional: _____		
15. Paridade: _____	16. Data do Parto: _____		
17. Problemas na gestação:	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17a. Hipertensão Arterial	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17b. Diabetes Gestacional	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17c. Amniorrexe Prematura	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17d. Trabalho de Parto Prematuro	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17e. Hiperemese Gravídica	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17f. Ameaça de Abortamento	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17g. Infecção Urinária	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17h. Poliídramnio	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17i. Oligoâmnio	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17j. Placenta Prévia	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17l. Descolamento de Placenta	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR
17m. Outros	1. () Não	2. () Sim	3. () NS/NR

PARTE III: INFORMAÇÕES SOBRE O RN (consulta em prontuário)

18. Peso do RN: _____	19. Mecônio: 1. () Não 2. () Sim
20a. Apgar primeiro minuto: _____	20b. Apgar quinto minuto: _____
21. O RN foi para a UTI Neonatal? 1. () Não 2. () Sim	21a. Motivo: _____

PARTE IV: INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO DE PARTO E PARTO (consulta em prontuário)

22. Tipo de parto:

22a. () Normal			
22b. () Fórceps		Porque? _____	
22c. () Cesáreo		Porque? _____	
23. Episiotomia		1. () Não	2. () Sim
24. Laceração		1. () Não	2. () Sim
		9. () NS/NR	
24a. () I grau	24b. () II grau	24c. () III grau	24d. () IV grau
25. Tempo de trabalho de parto: _____			
26. Intercorrência no trabalho de parto		1. () Não	2. () Sim
		9. () NS/NR	
26a. Qual intercorrência: _____			
27. Indução de trabalho de parto		1. () Não	2. () Sim
		9. () NS/NR	
27a. Medicamento usado para indução: _____		27b. Dose: _____	
28. Quem realizou o parto?			
28a. () Interno	28b. () Médico residente	28c. () Médico contratado	28d. () Enfermeira

PARTE V: INFORMAÇÕES SOBRE ANESTESIA (consulta em prontuário)

29. Anestesia:		1. () Não	2. () Sim	9. () NS/NR
29a. () Raquidiana	29b. () Peridural contínua	29c. () Peridural única		
29d. () Combinada	29e. () Geral	29f. () Local		
30. Complementação de anestesia		1. () Não	2. () Sim	9. () NS/NR
30a. Quantas complementações? _____				
31. Tempo de anestesia: _____				
32. Medicamentos anestésicos usados durante o trabalho de parto:				
Medicamento	Dose	Via de administração		

PROTOCOLO PKU	01. Nº <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (não preencher)	02. Nº PRONTUÁRIO HOSPITALAR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
----------------------	--	--

03. NOME DA MÃE:

04. NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE: Cidade

.

05. Nº PRONTUÁRIO NO CENTRO DE SAÚDE:

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DA MÃE (entrevista com a mãe) **05. DATA DA ENTREVISTA**

/ /20

06. Endereço: (Rua, Av) , nº ,

Compl.

Bairro: . Cidade . CEP: -

07. Ponto de referência:

08. Fone RES: - **09. CEL:**

10. Fone TRAB: -

11. Fone REC: -

12. Contato

PARTE II: INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO (entrevista com a mãe)

13. Já teve algum aborto? 1 - não 2 - sim

14. Qual foi a sua reação quando descobriu que estava grávida?

15. Qual foi a reação do seu companheiro quando ficou sabendo que você estava grávida?

16. Você teve algum problema de saúde quando estava grávida?

16a. Pressão alta 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16b. Diabetes 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16c. Problema de coração 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16d. Obesidade (engordou demais) 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16e. Perda de líquido 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16f. Sangramento vaginal 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16g. Trabalho de parto prematuro 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

16h. Falta de desejo sexual 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

17. Você sofreu algum tipo de agressão física ou psicológica, durante a gravidez?

1 - não

2 - sim, psicológica ⇒ 17a. Por quem? _____

3 - sim, física ⇒ 17b. Por quem? _____

9 - NS/NR

PARTE III: INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PÓS-PARTO (entrevista com a mãe)

18. Qual foi seu tipo de parto 1 - cesárea

2 - normal ⇒ 18a. Teve corte na vagina? 1 - sim 2 - não

3 - fórceps ⇒ 18b. Teve corte na vagina? 1 - sim 2 - não

19. Você recebeu anestesia durante o parto? 1 - não 2 - sim

20. Você teve alguma relação sexual (vaginal ou anal) após o parto? 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

21a. Se teve relação, quem 1 - o companheiro ⇒ 21b. Foi contra sua vontade? 1 - sim 2 - não

2 - os dois

3 - ela

22a. Você sentiu dor ou ardência, durante a relação sexual? 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

22b. Você sentiu medo de ter essa relação sexual? 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

22a. Você se sentiu pressionada ou forçada a ter essa relação? 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

23. Responda sim ou não, se você teve algum destes problemas nas últimas 4 semanas:

23a. Você tem dores de cabeça freqüentes?----- 1 - não 2 - sim

23b. Tem falta de apetite? ----- 1 - não 2 - sim

23c. Dorme Mal? ----- 1 - não 2 - sim

23d. Assusta-se com facilidade? ----- 1 - não 2 - sim

23e. Tem tremores nas mãos? ----- 1 - não 2 - sim

23f. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada? ----- 1 - não 2 - sim

23g. Tem má digestão? ----- 1 - não 2 - sim

23h. Tem dificuldade em pensar com clareza? ----- 1 - não 2 - sim

23i. Tem se sentido triste ultimamente? ----- 1 - não 2 - sim

23j. Tem chorado mais do que de costume? ----- 1 - não 2 - sim

23k. Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas tarefas diárias?----- 1 - não 2 - sim

23l. Tem dificuldades para tomar decisões? ----- 1 - não 2 - sim

23m. Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)- 1 - não 2 - sim

23n. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?----- 1 - não 2 - sim

23o. Tem perdido o interesse pelas coisas?----- 1 - não 2 - sim

23p. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?----- 1 - não 2 - sim

23q. Tem tido idéia de acabar com a vida?----- 1 - não 2 - sim

- 23r. Sente-se cansada o tempo todo?----- 1 - não 2 - sim
- 23s. Tem sensações desagradáveis no estômago? ----- 1 - não 2 - sim
- 23t. Você se cansa com facilidade? ----- 1 - não 2 - sim

24. Intercorrências pós-parto:

- 24a. Hemorragia 1 - não 2 - sim
- 24b. Febre 1 - não 2 - sim
- 24c. Dor embaixo (vagina) 1 - não 2 - sim
- 24d. Urina solta 1 - não 2 - sim
- 24e. Sem controle do cocô 1 - não 2 - sim
- 24f. Dor de cabeça 1 - não 2 - sim
- 24g. Dor nas costas 1 - não 2 - sim
- 24h. Outras 1 - não 2 - sim ⇒ 24i. Qual? _____ 9 - NS/NR

PARTE IV: ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ (entrevista com a mãe)

25. O seu bebê está mamando no peito? 1 - não (passe para Q.27a.) 2 - sim (passe para Q.26)

26. Você está tendo alguma dificuldade para amamentar?

- 1 - não 2 - sim, ingurgitadas/empedradas 3 - sim, com rachaduras
- 4 - sim, doloridas 5 - sim, infeccionadas 6 - sim, outra _____

Entre o nascimento e esta entrevista, você deu algum destes alimentos ao seu bebê?

Alimento	Não (1)	Sim (2)	28. Idade do bebê	29. Com o que deu?		
				(1) copo	(2) colher	(3) mamadeira
27a. água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28a.	29a. (1) copo	(2) colher	(3) mamadeira
27b. chá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28b.	29b. (1) copo	(2) colher	(3) mamadeira
27c. suco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28c.	29c. (1) copo	(2) colher	(3) mamadeira
27d. outro leite (fluido – caixinha ou saquinho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28d.	29d. (1) copo	(2) colher	(3) mamadeira
27e. outro leite (pó) – 27ex. Qual? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28e.	29e. (1) copo	(2) colher	(3) mamadeira
27f. papa de fruta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28f.			
27g. papa salgada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28g.			
27h. mingau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28h.			
27i. bolacha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28i.			
27j. iogurte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28j.			
27k. comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28k.			

PARTE V: EXAME CLÍNICO (exame da mãe)

30. Episiorrafia/Incisão cirúrgica:

30a. Hematoma 1 - não 2 - sim

30b. Deiscência 1 - não 2 - sim

30c. Edema 1 - não 2 - sim

30d. Normal 1 - não 2 - sim

30e. Outros 1 - não 2 - sim

30f. Qual? _____

OBSERVAÇÕES:

31. Revisão pós-parto?

31a. Você já fez alguma consulta de revisão do parto? 1 - não 2 - sim

31b. Se não, tem alguma consulta de revisão de parto agendada? 1 - não 2 - sim

31c. Está fazendo uso de algum medicamento por causa do parto? 1 - não 2 - sim

31d. Se sim. Qual? _____

32. Você gostaria de falar alguma coisa que aconteceu entre o seu parto e essa consulta?

PROTOCOLO REVISÃO DE PARTO	01. Nº <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (não preencher)	02. Nº PRONTUÁRIO HOSPITALAR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------------------	--	--

03. NOME DA MÃE: _____
04. NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE: _____ Cidade _____
05. Nº PRONTUÁRIO NO CENTRO DE SAÚDE:

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DA MÃE (entrevista com a mãe) **05.** DATA DA ENTREVISTA / / 20

06. Endereço: (Rua, Av) _____, nº , Compl.
 Bairro: _____, Cidade _____, CEP:

07. Ponto de referência: _____

08. Fone RES: **09.** CEL:
10. Fone TRAB:
11. Fone REC: **12.** Contato _____

PARTE II: INFORMAÇÕES SOBRE O PÓS-PARTO (entrevista com a mãe)

13. Você teve alguma relação sexual (vaginal ou anal) após o parto? 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

13a. Se teve relação, quem quis? 1 - o companheiro ⇒ **13b.** Foi contra sua vontade? 1 - sim 2 - não
 2 - os dois
 3 - ela

14a. Você sentiu algum desconforto durante a relação sexual que não estava presente antes do parto? 1 - não 2 - sim 9 - NS/NR

14b. Qual? _____

15. Antes do parto sua vida sexual era:	15a. () Muito satisfatória	15b. () Satisfatória	15c. () Insatisfatória	15d. () Muito insatisfatória
16. Após o parto sua vida sexual é:	16a. () Muito satisfatória	16b. () Satisfatória	16c. () Insatisfatória	16d. () Muito insatisfatória

17. Responda sim ou não, se você teve algum destes problemas nas últimas 4 semanas:

- 17a.** Você tem dores de cabeça freqüentes?----- 1 - não 2 - sim
- 17b.** Tem falta de apetite? ----- 1 - não 2 - sim
- 17c.** Dorme Mal? ----- 1 - não 2 - sim
- 17d.** Assusta-se com facilidade? ----- 1 - não 2 - sim
- 17e.** Tem tremores nas mãos? ----- 1 - não 2 - sim
- 17f.** Sente-se nervosa, tensa ou preocupada? ----- 1 - não 2 - sim
- 17g.** Tem má digestão? ----- 1 - não 2 - sim
- 17h.** Tem dificuldade em pensar com clareza? ----- 1 - não 2 - sim
- 17i.** Tem se sentido triste ultimamente? ----- 1 - não 2 - sim

- 17j. Tem chorado mais do que de costume? ----- 1 - não 2 - sim
- 17k. Encontra dificuldades em realizar com satisfação suas tarefas diárias?----- 1 - não 2 - sim
- 17l. Tem dificuldades para tomar decisões? ----- 1 - não 2 - sim
- 17m. Tem dificuldades no serviço? (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)- 1 - não 2 - sim
- 17n. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?----- 1 - não 2 - sim
- 17o. Tem perdido o interesse pelas coisas?----- 1 - não 2 - sim
- 17p. Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?----- 1 - não 2 - sim
- 17q. Tem tido idéia de acabar com a vida?----- 1 - não 2 - sim
- 17r. Sente-se cansada o tempo todo?----- 1 - não 2 - sim
- 17s. Tem sensações desagradáveis no estômago? ----- 1 - não 2 - sim
- 17t. Você se cansa com facilidade? ----- 1 - não 2 - sim

18. Após o nascimento do bebê, você teve um ou mais de um, desses problemas?

- 18a. Hemorragia 1 - não 2 - sim
- 18b. Febre 1 - não 2 - sim
- 18c. Dor embaixo (vagina) 1 - não 2 - sim
- 18d. Urina solta 1 - não 2 - sim
- 18e. Sem controle do cocô 1 - não 2 - sim
- 18f. Dor de cabeça 1 - não 2 - sim
- 18g. Dor nas costas 1 - não 2 - sim
- 18h. Outras 1 - não 2 - sim ⇒ 18i. Qual? | _____ | 9 - NS/NR

PARTE III: AMAMENTAÇÃO E ANTICONCEPÇÃO (entrevista com a mãe)

19. O seu bebê está mamando no peito? 1 - não 2 - sim (passe para Q.19)

Porque: _____

20. Quantos dias o bebê tinha, quando você parou de amamentar? _____

21. Você está tendo algum problema nas mamas?

- 1 - não 2 - sim, ingurgitadas/empedradas 3 - sim, com rachaduras
 4 - sim, doloridas 5 - sim, infeccionadas 6 - sim, outra | _____ |

22. Se tem problemas nas mamas, eles tem dificultado a amamentação?	1. () Não	2. () Sim	9. () NS/NR
23. Você está utilizando algum método anticoncepcional?	1. () Não	2. () Sim	9. () NS/NR

PARTE IV: SINTOMAS FÍSICOS DE FADIGA (entrevista com a mãe)

24. Você sente necessidade de mais descanso? () 1. Não () 2. Sim () 9. NS/NR
25. Você se sente sonolenta ou torporosa? () 1. Não () 2. Sim () 9. NS/NR
26. Sente fraqueza muscular? () 1. Não () 2. Sim () 9. NS/NR
27. Tem dificuldade de concentração? () 1. Não () 2. Sim () 9. NS/NR
28. Ao conversar, tem dificuldade em encontrar palavras corretas? () 1. Não () 2. Sim () 9. NS/NR
29. Está tendo problemas com sua memória? () 1. Não () 2. Sim () 9. NS/NR

30. Você já teve depressão?	() 1. Não	() 2. Sim	() 9. NS/NR
31. Você já fez tratamento psiquiátrico?	() 1. Não	() 2. Sim	() 9. NS/NR

32. Você tem algum outro problema que a está incomodando? Qual?

ANEXO II

MANUAL DE COLETA DE DADOS

PROJETO DE SAÚDE E NUTRIÇÃO MATERNO INFANTIL

Coleta de Dados do Projeto

Mestranda: Cristiane Moretti Gouveia

Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM/Unicamp

Caro(a) entrevistador(a),

Essa pesquisa esta relacionada à saúde da mãe e do bebê e sua participação é fundamental para que a mesma se realize. Siga as instruções deste manual e bom trabalho!

ORIENTAÇÕES GERAIS

O correto preenchimento do questionário é fundamental para o alcance dos objetivos da pesquisa. A maneira como esse preenchimento será feito pode levar a erros de digitação e na análise de dados. Por essa razão, recomenda-se que sejam respeitadas as instruções que constam deste manual.

DICAS IMPORTANTES

- **Não se deve confiar na memória**, o questionário deve ser preenchido na hora, evitando anotações posteriores à entrevista. Nos casos em que houver dúvida quanto a alternativa a ser assinalada, anote no canto da folha do questionário o que (a) o entrevistada(o) está respondendo. Consulte o manual sempre que tiver dúvida.
- A maioria das questões é fechada, ou seja, para respondê-las basta assinalar com (x) uma única alternativa, que corresponde à resposta dada pela mãe.
- A ordem das questões deve ser respeitada e não se deve alterar qualquer item do questionário. Caso seja necessário, fazer observações.
- Evite deixar perguntas sem resposta.
- O entrevistador deve evitar ao máximo manifestar suas opiniões (**risos**) para não influenciar nas respostas.
- **Ler as perguntas** com simpatia, concentração e paciência ajuda bastante, principalmente naqueles casos em que a mãe da criança não consegue entender com facilidade as perguntas.
- A apresentação do (a) entrevistador (a) poderá ser com a seguinte frase:
- Olá! Quem está falando é (mencionar o seu nome), sou do projeto saúde e nutrição materno infantil da Unicamp. Como havia dito eu vou lhe fazer algumas perguntas.

☛ **Todos os dados devem ser preenchidos com caneta esferográfica preta ou azul.**

PREENCHIMENTO DO PROTOCOLO PKU

01. N°: será preenchido posteriormente pelo supervisor de campo.
02. **N° DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR:** anotar o n° do prontuário que consta na carteira do RN do Hospital Estadual Sumaré (HES).
03. **NOME DA MÃE:** escrever o nome completo da mãe do bebê (legível).
04. **NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE:** escrever Ambulatório de Especialidades ou Centro de Saúde do Picerno.
05. **N° PRONTUÁRIO DO CENTRO DE SAÚDE:** anotar o n° do prontuário do Centro de Saúde referente ao bebê.

PARTE I: IDENTIFICAÇÃO DA MÃE (ENTREVISTA COM A MÃE).

06. **ENDEREÇO:** anotar o endereço completo da mãe do bebê.
07. **PONTO DE REFERÊNCIA:** perguntar à mãe se existe alguma praça, igreja, estabelecimento comercial conhecido, posto de saúde, escola, etc. perto de sua casa.
08. **FONE RES:** anotar o número do telefone residencial da mãe e/ou do pai do bebê.
09. **CEL:** anotar o número do celular da mãe e/ou pai do bebê.
10. **TRAB.:** anotar o número de telefone do trabalho da mãe e/ou pai do bebê.
11. **REC.:** anotar o número de telefone de recados que seja perto da casa da mãe do bebê.
12. **CONTATO:** anotar o nome do contato para deixar recados caso seja necessário.

PARTE II: INFORMAÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO (ENTREVISTA COM A MÃE)

13. **JÁ TEVE ALGUM ABORTO:** Se ela não tiver tido nenhum aborto, assinalar (1)Não, se ela já tiver tido algum aborto (não importa o número de abortos, assinalar (2)SIM.
14. **QUAL FOI A SUA REAÇÃO QUANDO DESCOBRIU QUE ESTAVA GRÁVIDA?** Escrever exatamente o que a mãe responder, com as mesmas palavras. Se o espaço não for suficiente, escrever atrás da página.
15. **QUAL FOI A REAÇÃO DO SEU COMPANHEIRO QUANDO FICOU SABENDO QUE VOCÊ ESTAVA GRÁVIDA?** Escrever exatamente o que ela relatar sobre a reação de seu companheiro. Se o espaço não for suficiente, anotar atrás

16. VOCÊ TEVE ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE QUANDO ESTAVA GRÁVIDA?

Para as questões de **16 a** a **16 l**, leia pausadamente, cada item e aguarde a mãe responder antes de passar para a próxima letra. Se a mãe responder não, assinale **(1) não**, se responder **(2) sim** anote no número correspondente e se responder que não sabe ou que não quer responder assinale **(9)NS/NR**.

Para a questão **16 m**, se a mãe responder outra doença que não sejam essas listadas no item **16 a** a **16 l**, anote qual o nome da doença (**16n**), e se ela não souber assinale **(9)NS/NR**.

17. VOCÊ TEVE ALGUM TIPO DE VIOLÊNCIA FÍSICA OU PSICOLÓGICA DE ALGUÉM, DURANTE A GRAVIDEZ?

Se a mãe responder não, assinale **(1) não**, se ela responder sim, pergunte se é **(3) física** ou **(2) psicológica** e pergunte por quem essa mulher foi agredida fisicamente ou psicologicamente (**17a e 17b**). Se ela não quiser responder ou não souber responder assinale **(9)NS/NR**.

III- INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO E PÓS-PARTO (ENTREVISTA COM A MÃE)

18. QUAL FOI O SEU TIPO DE PARTO? Assinalar o tipo de parto que ela referir, E assinalar **(1)** se for **cesárea**, **(2)** se for **normal** e **(3)** se for **fôrceps**. Depois você pergunta se teve **corte na vagina**, se ela responder **sim** assinale a resposta **18 a e 18.b**.

19. VOCEÊ RECEBEU ANESTESIA DURANTE O PARTO? Se não recebeu anestesia durante o parto assinalar **(1) não**, se recebeu anestesia anotar **(2) sim**.

20. VOCÊ TEVE ALGUMA RELAÇÃO SEXUAL (VAGINAL OU ANAL) APÓS O PARTO? Se ela responder que não, assinale **(1) não e pule para a questão 23**. Se responder que sim, assinale **(2) sim e vá para a questão 21** e se ela não quiser responder, assinale **(9)NS/NR vá para a questão 23**.

21. SE TEVE RELAÇÃO, QUEM QUIS? Se ela responder o **companheiro** assinale **(1)**, se responder **os dois**, assinale **(2)** e se responder **ela** assinale **(3)**. Se ela responder **1 ou 2**, ir para a questão **21 a. FOI CONTRA A SUA VONTADE?**

22. VOCÊ SENTIU ALGUM DESCONFORTO DURANTE A RELAÇÃO SEXUAL? Perguntar se ela sentiu dor, ardência, medo. Se ela responder não, assinale **(1)**, se responder sim assinale **(2)** e se não quiser responder assinale **(9) NS/NR**.

23. As questões de 23 a até 23 t referem-se a um questionário sobre sintomas de depressão. Pergunte pausadamente e aguarde até que ela responda para ir à outro item. Se ela responder não, assinale (1) no quadrado correspondente à pergunta, se ela responder sim assinale (2) no quadrado correspondente à pergunta.

24. INTERCORRÊNCIAS PÓS-PARTO: As perguntas referentes as intercorrências do pós-parto vão de a a g. Pergunte pausadamente e aguarde que ela responda para seguir adiante. Assinale sim ou não de acordo com a resposta da mãe. A questão 24.h, refere a outras intercorrências que não estão listadas. Anote (1) se ela responder não, (2) se responder sim e vá para a questão **24i. QUAL?**

PARTE IV: ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ (ENTREVISTA COM A MÃE)

25. O SEU BEBÊ ESTÁ MAMANDO NO PEITO? Se a mãe responder (1) não, passar para questão 27.a. Se responder (2) sim, passe para a 26.

26. VOCÊ ESTÁ TENDO ALGUMA DIFICULDADE PARA AMAMENTAR?

27. NOS ÚLTIMOS 30 DIAS, VOCÊ DEU ALGUM DESTES ALIMENTOS AO SEU BEBÊ?

Dizer o nome dos alimentos, pausadamente, e se ela responder (1) não passar para o seguinte. Se ela responder (2) sim anotar a idade em que foi introduzido o alimento na coluna 28, na letra correspondente ao alimento.

29. COM O QUE DEU? Nas q. 27 a, 27b, 27c, 27d e 27e, anotar a maneira como foi dado alimento, se foi com (1) copo, (2) colher e (3) mamadeira.

PARTE V: EXAME CLÍNICO (EXAME DA MÃE)

Essa parte será observada na mãe, por isso é necessário que você peça licença para examiná-la e aja com muita discrição, pois é um momento embaraçoso para a mãe.

30. EPISIORRAFIA: Episiotomia é o corte que é feito na vagina para o bebê sair mais facilmente. Episiorrafia é o local onde foi feita a sutura da episiotomia. Deve ser observado o aspecto da incisão, se tiver (30 a) Hematoma (região arroxeadada em volta da incisão) marcar (2) e, se não tiver marcar (1). Na Q.30b. se tiver deiscência (quando os pontos abrem), marcar (2), se não marcar (1). 30c. se a incisão estiver inchada, marcar (2), se tiver de aspecto normal marque (1). E 30d. se estiver normal marque (2), se não (1).

31. VOCÊ GOSTARIA DE FALAR ALGUMA COISA QUE ACONTECEU ENTRE O SEU PARTO E ESSA CONSULTA? Se a mãe quiser falar, anotar exatamente o que ela disser com as mesmas palavras.

LEMBRETES IMPORTANTES:

- **O preenchimento de todas as questões do questionário é de fundamental importância, evite deixar questões em branco.**
- **Evite deixar dúvidas para o momento da entrevista, caso ela surja durante o processo anote ao lado da questão e procure falar com a pessoa responsável.**

Lembre-se:

O preenchimento inadequado ou questões em branco prejudicará a digitação e questionários poderão ser invalidados.

Bom Trabalho!

ENTREVISTADOR: escrever com letra legível o nome de quem realizou a entrevista.