

C 1460579
R 1460579
04/03/02
R# 4,65

EUGÊNIO SANTANA FRANCO

**ACEITAÇÃO DA CADEIRA OBSTÉTRICA NASCE JÁ:
UM INVENTO DA ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

610.73678
F 895a
2002

FORTALEZA

2002

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

EUGÊNIO SANTANA FRANCO

**ACEITAÇÃO DA CADEIRA OBSTÉTRICA NASCE JÁ:
UM INVENTO DA ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: PROF^ª DR^ª ENEDINA SOARES

FORTALEZA

2002

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. 1460587	
01 03 12002	

F 895a Franco, Eugênio Santana

Aceitação da cadeira obstétrica nasce já: um invento da enfermagem para humanização da assistência pré-natal / Eugênio Santana Franco. – Fortaleza: UFC, 2002.

93p. : il. -

Orientador: Dra Enedina Soares

Dissertação (Mestrado) em Enfermagem – UFC.

1. Enfermagem obstétrica – Invento. 2. Cadeira obstétrica. 3. Assistência pré-natal – Enfermagem – Invento. I. Universidade Federal do Ceará. II. Título.

CDD – 618.73678

EUGÊNIO SANTANA FRANCO

**ACEITAÇÃO DA CADEIRA OBSTÉTRICA NASCE JÁ:
UM INVENTO DA ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia em Saúde e Educação em Enfermagem Clínico-Cirúrgica.

Aprovada em 28 de janeiro de 2002

BANCA EXAMINADORA

Presidente – PROF^ª DR^ª ENEDINA SOARES
Bolsista do Programa DCR/CNPq/UFC

1º EXAMINADOR – PROF. DR. OTÁVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS
Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ

2º EXAMINADOR – PROF^ª DR^ª MARIA GRASIELA TEIXEIRA BARROSO
Curso de Enfermagem da FFOE da Universidade Federal do Ceará-UFC

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Dedico este trabalhos a minha mãe TEREZINHA, aos meus irmãos FRANCO JUNIOR, MARIA TERESA, SHEILA e CIRLEY ,a minha esposa ROSANA e a meus filhos EUGÊNIO FILHO e MARCELA pelo amor, incentivo e confiança que sempre me dedicaram.

Não sonho conquistar o mundo ou dominar a morte,
Procuro conhecer e dominar a mim mesmo
Para corrigir no cárcere do corpo as mazelas do espírito,
Tão absorto e obstinado que, não escuto o ladrar dos cães
Enquanto passa, a caravana da minha existência.

EUGÊNIO SANTANA FRANCO

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Enedina Soares, orientadora deste trabalho, pelos momentos de aprendizado, solicitude, amizade e dedicação na elaboração deste trabalho.

À Professora Doutora Maria Grasiela Teixeira Barroso, pelas palavras de incentivo e o pelo exemplo de vida.

À colega Raimunda Valami de Freitas , pela inestimável colaboração na busca pela humanização da assistência pré-natal.

À Professora Doutora Silvia Bomfim Hyppólito, pela dedicação e a amizade sincera.

As gestantes que participaram desse trabalho, pela confiança e pela dedicação aos seus filhos.

RESUMO

O trabalho relata acerca da aceitação da cadeira obstétrica *Nasce Já* por gestantes, como parte das ações para o cuidado de enfermagem na assistência pré-natal. Objetivamos verificar a aceitação do equipamento pelas clientes e refletir sobre as implicações desse equipamento durante o período gestacional e no cuidado de enfermagem. O estudo, exploratório-descritivo e experimental, com intervenções empíricas planejadas e abordagem quantitativa, destinou-se a testar a associação entre eventos, buscando verificar se há relação causal entre eles, cujos resultados podem demonstrar a aceitação do equipamento (cadeira obstétrica *Nasce Já*) pelas usuárias gestantes. As informações foram produzidas por experimentação e observação em laboratório durante a assistência pré-natal. O estudo foi desenvolvido em um Centro de Saúde da rede pública municipal que oferece assistência pré-natal, localizado na região metropolitana de Fortaleza – Ceará – Brasil, onde, para possibilitar a implantação de um novo modelo de atendimento voltado para a humanização da assistência pré-natal e a utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já*, foi construída uma sala com espaço físico adequado, equipada inclusive com recursos audiovisuais. Foram selecionadas para inclusão no estudo as gestantes com idade entre 15 e 40 anos que não referiram antecedentes patológicos, e para as quais, aparentemente, o parto vaginal não era desaconselhável por acarretar risco de vida para si ou para o feto; as que não tivessem contra-indicação para realização de exercícios físicos e que participassem, pelo menos, de oito sessões de exercícios na *Nasce Já* durante o período gestacional. A idade média das mulheres admitidas na investigação foi de 23 anos, sendo a menor idade 15 anos e a maior 40, com desvio padrão (dp) de 5,0, onde 76 mulheres (43,3%) pertenciam a faixa etária entre 21 e 25 anos de idade. O mínimo de sessões de exercícios que uma gestante admitida na investigação realizou na *Nasce Já* foi de oito vezes, sendo que esse foi um dos critérios de inclusão adotados. O fato de que a maioria das gestantes nunca praticou exercícios físicos com regularidade, anteriormente à gestação, não parece causar nenhum óbice à adaptação, aceitação e avaliação positiva da *Nasce Já*, bem como à realização de ações educativas durante as sessões de exercícios. Ao final da participação de cada gestante na investigação, foi solicitado a cada uma delas, individualmente, que avaliasse a equipe de enfermeiros que prestaram assistência humanizada ao pré-natal, utilizando a cadeira obstétrica *Nasce Já*, outros exercícios e técnicas de relaxamento. A partir do exposto, conclui-se que a aceitação da cadeira obstétrica *Nasce Já* como equipamento para realização de exercícios para gestante é viável e bem aceito pelas clientes.

SUMMARY

The work tells about the acceptance of the obstetric chair be Already Born for pregnant women as part of the actions for the nursing care in the prenatal assistance. It was aimed to verify the acceptance of the equipment for the customers and to reflect on the implications of this equipment during the gestacional period and in the nursing care. The exploratory descriptive, experimental with planned empiric interventions and quantitative approach study was destined to test the association among events, trying to verify if there is a causal relationship among them, and which results can demonstrate the acceptance of the equipment (obstetric chair be Already Born) for the pregnant users. All the information was generated by experimentation and observation in laboratory during the prenatal assistance. The Study was developed in a Health Center of the municipal public net that offers prenatal assistance, located in the metropolitan area of Fortaleza - Ceará, where, to make the implantation of a new assistance model turned to the humanization of the prenatal assistance and the use of the obstetric chair be Already Born possible, a room was built with appropriate physical space, equipped besides with audiovisual resources. Pregnant women with age were selected for inclusion in the study the between 15 and 40 years-old that didn't refer to pathological antecedents, and that apparently the vaginal childbirth was not inadvisable for bringing on life risk to herself or to the fetus; the ones that didn't have contraindication for accomplishment of physical exercises and that participated, at least, of eight sessions of exercises in the be is Already Born chair during the gestacional period. The women's average age admitted in the investigation was 23 years-old, the youngest age 15 years-old and the oldest 40, with standard deviation (dp) of 5,0, where 76 women (43,3%) belonged to the age group between 21 and 25 years-old. The minimum sessions of exercises, done by a pregnant woman was admitted in the investigation accomplished in the be Already Born chair was eight times, and that was one of the inclusion criteria adopted. The fact that most of the pregnant women never practiced physical exercises regularly before the gestation, doesn't seem to cause any obstacle to the adaptation, acceptance and positive evaluation of the be Already Born chair, as well as of the accomplishment of educational actions during the sessions of exercises. At the end of the participation of each pregnant woman in the investigation, it was requested that each of them, individually, evaluated the male nurse team that gave humanized assistance during the prenatal, using the obstetric chair be Already Born, other exercises and techniques of relaxation already described previously. From the exposed, it is concluded that the acceptance of the obstetric chair be Already Born as a piece of equipment for the accomplishment of exercises for pregnant women is viable and well-accepted for the customers.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Considerações Introdutórias	11
1.2	Objetivos	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1	Buscando a relação com o objeto de estudo	17
2.2	A cientificidade do saber da enfermagem obstétrica	27
2.3	Contextualidade a assistência pré-natal no Brasil	33
2.4	A evolução da assistência ao parto	37
2.5	Historicidade da utilização de cadeiras na assistência pré-natal no parto ...	45
3	METODOLOGIA	57
3.1	Tipo de estudo	57
3.2	Cenário da pesquisa	57
3.3	Aspectos éticos	58
3.4	Crítérios de seleção	58
3.5	Atividades complementares	59
3.6	Estratégias para coleta de dados	61
3.7	Estrutura da <i>Nasce Já</i>	61
4	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICES	94

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – <i>Sala de preparação e estímulo ao parto normal.</i>	36
FIGURA 1a – <i>Escultura asteca</i>	45
FIGURA 2 – <i>Cavalinho da JICA</i>	46
FIGURA 3 – <i>Bola da JICA</i>	46
FIGURA 4 – <i>Baixo relevo, em mármore</i>	47
FIGURA 5 – <i>Parturiente assistida por parteira</i>	48
FIGURA 6 – <i>Ilustração da obra de Rösslin</i>	49
FIGURA 7 – <i>Cadeira obstétrica com três pernas</i>	50
FIGURA 8 – <i>Cadeira obstétrica com quatro pernas</i>	51
FIGURA 9 – <i>Vértebra de baleia utilizada como cadeira obstétrica</i>	52
FIGURA 10 – <i>Cadeira obstétrica com assento vazado</i>	52
FIGURA 11 – <i>Banco obstétrico com assento vazado</i>	53
FIGURA 12 – <i>Mulher utilizando uma cadeira comum</i>	54

FIGURA 13 – Mulher utilizando uma cadeira comum apoiada	54
FIGURA 14 – Mulher utilizando uma rede durante o trabalho de parto	55
FIGURA 15 – Cadeira obstétrica elétrica da empresa PROMEDON.....	55
FIGURA 16 – Cadeira obstétrica Nasce já	56
FIGURA 17 – Cadeira obstétrica Nasce Já	62
FIGURA 18– Alinhamento vertical.	65
FIGURA19 – Movimento anterior- posterior	65
FIGURA 20 – Alinhamento vertical com acompanhante	65
FIGURA 21 – Movimentação lateral	65
FIGURA 22 – Rotação em sentido anti-horário	66
FIGURA 23 – Rotação com acompanhante	66
FIGURA 24 – Inclinação com acompanhante	66
FIGURA 25 – Rotação em sentido horário	66
FIGURA 26 – Posição reclinada	67
FIGURA 27 – Estrutura principal	68
FIGURA 28 – Vista posterior da estrutura principal	69
FIGURA 29 – Suporte para pés	69
FIGURA 30 – Suporte para braço e cabeça	70

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	21
Quadro 2	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	77
Tabela 2	78
Tabela 3	79
Tabela 4	79
Tabela 5	81
Tabela 6	84
Tabela 7	85
Tabela 8	86

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	83
Gráfico 2	87
Gráfico 3	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações Introdutórias

Conforme é do conhecimento global, até por parte de pessoas não ligadas à área de saúde, a gestação é um processo normal na vida reprodutiva da mulher e acarreta mudanças físicas e psicológicas, algumas de caráter temporário, mas nem por isso menos importantes. Assim, a qualidade da assistência prestada no atendimento pré-natal pode ser um marco decisivo na vivência dessas mudanças e da própria maternidade.

O conceito de assistência humanizada é bastante amplo e envolve diversificada gama de conhecimentos, práticas e atitudes que objetivam a promoção do parto e do nascimento dentro de padrões de respeito a dignidade da pessoa humana e busca assegurar a realização de procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê (BRASIL, 2001).

Entre inúmeros fatores, próprios das transformações características do período gestacional, que influenciam o desenvolvimento e o desfecho da gravidez, estão as experiências emocionais, sociais e familiares. Na área da assistência, a intervenção precoce nos estados patológicos próprios da gestação e os benefícios oriundos do bom condicionamento físico, alcançado pela prática regular de exercícios físicos moderados durante a gestação, já são consenso, embora programas de atividades físicas para gestantes ainda sejam pouco adotados.

(...) A futura mãe não precisa somente de conhecimento sobre a gravidez, as contrações, o parto, o crescimento e o desenvolvimento dos bebês, mas também sobre a preparação física adequada no que diz respeito aos efeitos de variar as posições verticais e à percepção da tranquilidade e do bem-estar dessa variação, para que possa ativamente e eficientemente se ajudar durante o trabalho de parto (BALASKAS, 1993, p. 40).

A preparação da gestante para o parto normal, dentro de um modelo humanístico, é uma prática quase inexistente nos serviços de atendimento pré-natal, apesar de sua prática ser recomendada e sua importância comprovada por inúmeros trabalhos científicos. Tanto é que Balaskas (1993) afirma que o condicionamento físico e emocional para o parto e o autocontrole, trabalhados durante a gestação, vão se tornar tão importantes quanto uma atenção médica de qualidade durante o pré-natal.

Em nosso estudo, optamos pelo modelo humanístico de assistência pré-natal, por fundamentar-se em bases holísticas, e que difere do padrão convencional vigente, seja público ou privado, por não se limitar à detecção precoce de patologias específicas da gravidez e, portanto, atender ao binômio mãe/filho dentro de um contexto mais amplo.

A realização de ações educativas e a adoção de medidas preventivas, no modelo de atendimento obstétrico adotado, incluíram temas como sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis, parto ativo, aleitamento materno, prevenção do câncer ginecológico e exercícios físicos durante a gestação.

A introdução da prática de exercícios físicos como rotina na assistência pré-natal, durante todo o período gestacional, objetivou propiciar um bom condicionamento físico através de atividades de baixo impacto. Para que as gestantes se sentissem estimuladas para a realização desses exercícios, nos dispusemos a criar um equipamento seguro, de baixo custo, de fácil utilização.

Nesse contexto, como forma de colaborar com a humanização do atendimento e melhorar a assistência de enfermagem, inventamos, construímos e patenteamos uma Cadeira Obstétrica para Estimulação Pélvica, cognominada de *Nasce Já*, que permite a realização dos exercícios pélvicos recomendados à mulher durante a gravidez e o trabalho de parto, e que, em tese, pode, dentro de um novo modelo de assistência humanística que implementamos em nosso serviço, colaborar efetivamente com a redução da morbi-mortalidade materna e

infantil através da desmistificação do parto normal. Acreditamos que esse modelo de atendimento, onde estão associadas ações educativas, venha influir, também, na redução de práticas obstétricas desaconselháveis e/ou nocivas.

O projeto de construção da *Nasce Já* foi desenvolvido, completamente concluído e seu processo de patente encontra-se no momento em andamento no Instituto Nacional de Propriedade Industrial (INPI). Sua utilização foi implementada em um centro de saúde da rede pública municipal e em uma maternidade-escola que prestam assistência pré-natal e ao parto a partir do ano 2000.

Para que fosse possível validar com rigor científico o equipamento cognominado cadeira obstétrica *Nasce Já*, elaboramos a princípio um estudo com essa finalidade. Entretanto, após os momentos iniciais da pesquisa, uma avaliação mais acurada nos objetivos propostos nos fez chegar à compreensão de que o período necessário para a validação da *Nasce Já* seria demasiado longo para ser cumprido no período regular de um curso de mestrado, sendo em verdade, em razão desse, entre outros fatos, mais adequado ao período ofertado em um curso de doutorado, pois, para que obtivéssemos um número significativo de mulheres no estudo, acompanhadas desde do início da assistência pré-natal, até o retorno para revisão de parto, demandaria um período de dois ou três anos.

Justifica-se um estudo de aceitação da *Nasce Já*, uma vez que após sua implementação na atenção pré-natal, observamos relatos importantes, tanto da equipe de saúde como das gestantes, com relação ao uso da cadeira, e um aumento considerável no número de atendimentos e consultas de enfermagem à gestante, o que propiciou um acompanhamento mais minucioso da pressão arterial e do peso corporal. Assim, entendemos que a sua inclusão no processo de cuidar veio complementar a assistência pré-natal prestada no centro de saúde, onde desenvolvemos o estudo e atuamos como enfermeiro obstetra da Instituição.

Assim, o nosso interesse para trabalhar este tema emergiu da prática vivenciada como enfermeiro obstetra e diretor de uma unidade de saúde de atenção secundária,

onde trabalhamos há mais de quinze anos e onde pudemos constatar a necessidade de um modelo mais humanizado de assistência pré-natal, que atendesse os vários aspectos que envolvem a atenção à mulher, à gestação e ao nascimento.

Esse modelo proposto e por nós implementado busca, também, estimular o acompanhamento e a participação da família da gestante durante toda a gravidez. Ainda nesse sentido, construímos uma sala especial, denominada sala de preparação e estímulo ao parto humanizado, onde essas ações pudessem ser desenvolvidas.

É nessa vertente que se incluíram os pressupostos para a aceitação e utilização seqüencial da *Nasce Já*, constituída como um aparelho para exercícios pélvicos das gestantes, chamando a atenção para as seguintes observações:

- auxilia no relaxamento pélvico;
- a utilização rotineira da *Nasce Já* durante a gravidez reduz as queixas relativas às dores lombares e pélvicas durante este período;
- estimula a gestante a se tornar mais participativa nas atividades físicas propostas para o pré-natal;
- facilita os movimentos respiratórios da gestante durante a realização dos exercícios e o trabalho de parto;
- realiza de forma efetiva os exercícios indicados para o fortalecimento da musculatura pélvica solicitada no trabalho de parto;
- auxilia, com a posição corporal que proporciona, a respiração da parturiente e conseqüentemente a oxigenação fetal no período de dilatação;
- proporciona uma redução no período de trabalho de parto;
- propicia conforto e bem-estar durante a gestação e/ou trabalho de parto; e
- é bem aceita pelas gestantes usuárias.

Nestes pressupostos, vislumbra-se a instrumentalização de novas formas de cuidar no atendimento pré-natal que nos levou a três questionamentos:

onde trabalhamos há mais de quinze anos e onde pudemos constatar a necessidade de um modelo mais humanizado de assistência pré-natal, que atendesse os vários aspectos que envolvem a atenção à mulher, à gestação e ao nascimento.

Esse modelo proposto e por nós implementado busca, também, estimular o acompanhamento e a participação da família da gestante durante toda a gravidez. Ainda nesse sentido, construímos uma sala especial, denominada sala de preparação e estímulo ao parto humanizado, onde essas ações pudessem ser desenvolvidas.

É nessa vertente que se incluíram os pressupostos para a aceitação e utilização seqüencial da *Nasce Já*, constituída como um aparelho para exercícios pélvicos das gestantes, chamando a atenção para as seguintes observações:

- auxilia no relaxamento pélvico;
- a utilização rotineira da *Nasce Já* durante a gravidez reduz as queixas relativas às dores lombares e pélvicas durante este período;
- estimula a gestante a se tornar mais participativa nas atividades físicas propostas para o pré-natal;
- facilita os movimentos respiratórios da gestante durante a realização dos exercícios e o trabalho de parto;
- realiza de forma efetiva os exercícios indicados para o fortalecimento da musculatura pélvica solicitada no trabalho de parto;
- auxilia, com a posição corporal que proporciona, a respiração da parturiente e conseqüentemente a oxigenação fetal no período de dilatação;
- proporciona uma redução no período de trabalho de parto;
- propicia conforto e bem-estar durante a gestação e/ou trabalho de parto; e
- é bem aceita pelas gestantes usuárias.

Nestes pressupostos, vislumbra-se a instrumentalização de novas formas de cuidar no atendimento pré-natal que nos levou a três questionamentos:

- a) Será que somente as consultas convencionais de pré-natal, com suas finalidades específicas, contribuem efetivamente para aumentar o grau de satisfação da gestante com a assistência pré-natal que lhe é ofertada?
- b) A implementação da *Nasce Já*, adicionada às orientações e preparação para o parto normal, pode contribuir nas reações positivas das gestantes?
- c) Será que a *Nasce Já* possui os pré-requisitos essenciais para atender a necessidade física de exercícios durante a gestação e o trabalho de parto?
- d) A gestante e a equipe multidisciplinar que lhe presta atendimento avaliam positivamente a utilização da *Nasce Já* durante a assistência pré-natal?

1.2 Objetivos

Esta última indagação despertou-nos o interesse em torná-la objeto de investigação para o presente estudo onde nos propomos avaliar a sua aceitação.

Para responder a estes questionamentos, a essência do presente estudo repousou na possibilidade de avaliar a aceitação do equipamento, a cadeira obstétrica *Nasce Já*, elaborada e patenteada com o objetivo de auxiliar mulheres no atendimento pré-natal e no parto. Para tanto, formulamos os seguintes objetivos:

- investigar entre as gestantes os benefícios que teoricamente são oferecidos com utilização da *Nasce Já*, com vistas a sua implementação efetiva no protocolo de atendimento no processo gestacional;
- identificar, dentre as gestantes que receberam atendimento pré-natal convencional anteriormente, o grau de satisfação com a adoção da *Nasce Já*; e

- elaborar um protocolo, embasado nos resultados de avaliação do objeto estudado, para ser aplicado na APN, com a implementação da *Nasce Já*.

Desenvolvemos, então, um estudo de avaliação do aceite da *Nasce Já*, que foi testada inicialmente com 176 gestantes atendidas no ambulatório de pré-natal de um centro de saúde da rede pública municipal e no centro obstétrico de uma maternidade-escola.

Durante a assistência pré-natal, se fez necessário que as gestantes fossem constantemente avaliadas sobre os riscos obstétricos e acerca da aceitação do equipamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Buscando a relação com o objeto de estudo

A Medicina nos últimos três séculos, tem proporcionado avanços inquestionáveis na assistência obstétrica, entretanto, durante muito tempo, vem condicionando a qualidade dessa assistência à hospitalização e ao atendimento prestado por médicos, mesmo nos casos de parturição normal, tanto que, a gestação e, principalmente, o parto tem sido marcados pela abordagem medicamentosa e intervencionista. Essa distorção tem incutido na população e no próprio meio obstétrico, idéias como a de que parto bom é o parto sem dor, programado, com dia e hora marcados, o cesariano.

Por sua vez, a avaliação da assistência pré-natal, com freqüência, é realizada tomando-se por base o trimestre gestacional quando se iniciou o acompanhamento e o número de atendimentos (consultas) aos quais a gestante comparece durante a gravidez.

No Estado do Ceará, somente há poucos anos, as ações relativas à assistência humanizada prestada por enfermeiros foram consideradas relevantes como critérios de avaliação da qualidade da assistência pré-natal.

Entretanto os indicadores de saúde materno-infantil no Brasil são o reflexo da qualidade questionável do atendimento que é oferecido à população nos sistemas público e privado de saúde, tanto na atenção pré-natal como na assistência ao parto. Esses indicadores parecem revelar que os critérios utilizados para a avaliação, tanto da assistência pré-natal como ao parto, não são suficientemente fidedignos.

Os numerosos casos de crianças com sífilis congênita, filhas de mulheres que tiveram mais de cinco atendimentos durante o período gestacional, são a comprovação de que os critérios de avaliação estão sendo insuficientes ou imprecisos.

Mesmo os gestores públicos reconhecem que a obtenção de informações em saúde reprodutiva no Brasil, especialmente em relação à assistência pré-natal e ao parto, não é uma tarefa simples. A maioria das informações conhecidas e/ou divulgadas por esses gestores é, de alguma forma, comprometida pela deficiência no fluxo de dados, pela demora no repasse das informações ou a não-inclusão de parte da população.

O percentual de operações cesarianas consideradas como desnecessárias, em nosso País é o mais alto do mundo, conferindo ao Brasil o vergonhoso título do campeão mundial nessa modalidade. No Estado, por exemplo, de acordo com a Terceira Pesquisa de Saúde Materna-Infantil do Ceará (PESMIC 3), 34% dos partos de Fortaleza foram cesarianas, embora se considere que, no máximo, 15% dos partos poderiam ter indicação para cesariana (Brasil, 1998, p. 13).

O número de crianças que morrem no período perinatal em Fortaleza é de 37,5 por 1000, segundo dados divulgados pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (SESA-CE, 1998, p. 12), sendo que não existem dados fidedignos disponíveis sobre o percentual de crianças que se tornam portadoras de problemas neurológicos, originados em trabalho de parto prolongado e/ou mal assistido, mas sabe-se que esse número tem superado de maneira desfavorável as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

No ano de 1999, os dados apresentados no Boletim de Saúde de Fortaleza 1/2000, em um total de 4.359 óbitos em mulheres de todas as idades, foram registrados 762 (15%) de mulheres em idade fértil. Embora o estado gravídico não seja uma doença, está submetido a um padrão de adoecimento e morte específicos (BRASIL, 2000). No entanto, é certo que os dados referentes às causas de mortes não representam a dimensão exata dos problemas de saúde que atingem a população feminina em idade reprodutiva.

Laurent e colaboradores (2000), corroborando essa afirmação, fazem um alerta e assinalam que a taxa de mortalidade materna pode ser considerada como

um dos indicadores menos exatos, quando comparada àqueles referentes à mortalidade por grupos de causas.

Tomando-se como pressuposto o fato de que apenas as mortes decorrentes do período gravídico, do parto e do período puerperal são consideradas como mortalidade materna, em Fortaleza, essa mortalidade foi de 36,8 (por 100.000 nascidos) e representa um coeficiente muito elevado se comparado aos que são encontrados em países desenvolvidos (BRASIL, 2000).

A humanização é uma realidade que tem se apresentado quase que distante dos consultórios de pré-natal e das salas de parto. As tentativas mais efetivas de humanizar o parto continuam sendo feitas por órgãos não governamentais (ONGs), embora se diga, a bem da verdade, que o Governo brasileiro vem tentando criar alguns incentivos com o objetivo de minorar os prejuízos ocasionados pela desvirtuação do parto normal.

O atendimento proposto buscou instrumentalizar as condutas executadas pela equipe multidisciplinar, permitir aos familiares acompanharem de forma efetiva todas as atividades realizadas pela gestante durante seu atendimento pré-natal e estimular a presença de um acompanhante durante o parto, se assim foi o desejo da gestante.

Estudos controlados realizados por Klaus *et al* (1986), Hodnett e Osborn (1998), Hemminkil *et al* (1990) e Hofmeyer *et al* (1991) mostraram que o apoio físico e empático contínuo durante o trabalho de parto apresentava vários benefícios, entre eles um trabalho de parto mais curto e menos partos operatórios.

Quando a própria parturiente permite o acompanhamento de algum familiar para aliviar a sua tensão, o acompanhante necessitará dos profissionais de saúde para deixá-lo (a) calmo (a) e orientá-lo (a) para que saiba conduzir, na prática, a assistência à parturiente (CEARÁ, 2000, p.10).

A atenção adequada à gestante durante o trabalho de parto e parto representa um passo indispensável para assegurar que ela exerça a maternidade com

segurança e bem estar, a equipe de saúde de vê acolher com respeito e atenção, também ao companheiro ou acompanhante, favorecendo com que o trabalho de parto e o parto sejam vivenciados com participação, resgatando o nascimento como um momento de intimidade familiar. (BRASIL,2001)

Crema (1999) adverte para o fato de que é importante cuidar, sobretudo, daquilo que não está doente, porque é a partir do que não está doente que uma pessoa se cura.

De maneira geral, as propostas de solução apresentadas têm cunho político e buscam a redução dos índices de morbidade e mortalidade materna infantil, através de ações pouco duradouras e que não atuam como modificadoras de opinião e conduta. A humanização do parto requer que durante a gestação ocorra uma preparação seqüencial da mulher.

Observando-se relatos da Pesquisa de Saúde Materna e Infantil no Ceará (PESMIC 3), o uso do cartão da gestante e/ou registro de elementos específicos da assistência pré-natal, como exames laboratoriais e profilaxia da anemia, estão ausentes de 20 a 50% das gravidezes.

Entre outros aspectos importantes, destacamos a triagem e o tratamento adequado das doenças sexualmente transmissíveis (DST's) diagnosticadas na gravidez, como fatores decisivos para a conduta obstétrica.

Dessa forma, entendemos que somente através do oferecimento de um atendimento pré-natal bem dirigido, que atenda as necessidades biopsicossociais da gestante, isto é, a saúde do binômio mãe/filho, seja possível a humanização do parto. Para tanto, modificações substanciais no atendimento à gestante no pré-natal, nas salas de pré-parto e nas salas de parto, precisam ser implementadas, com objetivo de se redirecionar para um modelo mais humanístico da assistência multidisciplinar oferecida a essa clientela.

Portanto, o modelo de atendimento pré-natal (APN), anteriormente proposto e adotado no País, tanto no Sistema Único de Saúde (SUS) como na rede privada,

vem de muitas décadas contribuindo como co-responsável pela disseminação de uma prática obstétrica em que o parto é considerado um procedimento médico, por vezes direcionado para a cesariana.

Mesmo após o Ministério da Saúde promover a reformulação desse modelo de assistência, melhorando a sistematização e sua aplicabilidade, a tolerância de 15% para partos operatórios parece destoante e injustificável tecnicamente, pois números iguais ou superiores a 10% são praticamente inexistentes em países desenvolvidos.

A maior morbidade materna decorrente de complicações associadas aos partos operatórios, especialmente os processos infecciosos e as grandes hemorragias, já são reconhecidas pela comunidade científica internacional. Outro risco que pôde ser avaliado mais recentemente foi a necessidade de transfusões sanguíneas e de hemoderivados, associada à realização de cesáreas. Esses procedimentos representam um aumento de risco, particularmente o da transmissão do vírus da hepatite e da imunodeficiência humana.

QUADRO 1 – *Riscos potenciais ao tipo de parto*

Risco	Parto normal	Cesárea
Prematuridade	Menor	Maior
Alterações respiratórias	Menores	Maiores
Dor no trabalho de parto	Variável. Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou anestesia	Idem
Dor na hora do parto	Pode ser controlada com anestesia	Anestesia
Dor após o parto	Menor	Maior
Complicações	Menos frequentes	Mais frequentes
Infecção puerperal	Mais rara	Mais comum
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Menor	Maior
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

FONTE: Ministério da Saúde

NOTA: Quadro extraído de: *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher*. Ministério da Saúde, DF, p.37, 2001.

No modelo proposto pelo Ministério da Saúde, logo após a confirmação da gravidez, a gestante deverá receber as orientações relativas ao acompanhamento da gestação pela equipe multidisciplinar. Deve ser entregue o cartão da gestante preenchido, com as orientações relativas a ele. Deve ser programada a atualização do estado vacinal, solicitados os exames de rotina, incentivada a participação em atividades educativas, reuniões e participação em grupos de auto ajuda.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função da idade gestacional na primeira consulta, dos períodos mais importantes para coleta de dados e bom seguimento da gestação, dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações, dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela a estes (BRASIL- BRASÍLIA, 2001).

O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíofetais (BCF). Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para serviço de maior complexidade.

O atendimento pré-natal oferecido no serviço público, em sua essência, pouco difere dos modelos adotados nas clínicas e hospitais privados, onde as atenções dos profissionais da equipe de saúde são dirigidas, quase que exclusivamente, para o diagnóstico, profilaxia, tratamento de doenças preexistentes e monitoramento e controle farmacológico das alterações patológicas do período gestacional.

Apesar de a prática regular de exercícios físicos durante a gestação aliviar e/ou diminuir as dores lombares, fortalecer a musculatura de sustentação da coluna, manter e/ou melhorar a flexibilidade, preparar a gestante para os esforços necessários durante o trabalho de parto e melhorar a auto-estima, essa prática

ainda não é adotada como rotina nas instituições públicas e até mesmo nas instituições privadas.

No entanto a implementação da cadeira obstétrica *Nasce Já* e da assistência humanizada no pré-natal tem permitido minorar essa distorção. Os exercícios necessários a gestantes são estimulados e disponíveis juntamente com um acompanhamento rigoroso realizado pela equipe de saúde.

O modelo de assistência pré-natal com a utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já* tem estimulado o comparecimento da gestante à unidade de saúde várias vezes ao mês, pois põe a sua disposição a sala de estímulo e preparação ao parto normal igualmente à academia de ginástica especializada, sempre pronta e recebê-la.

Essa estratégia permite um controle mais efetivo da pressão arterial, a detecção de edema e a avaliação do ponderal materno. Considera-se hipertensão sistêmica na gestação o aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (mínima), em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos; a observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, os níveis tensionais alterados devem ser confirmados em, pelo menos, duas medidas, com a gestante em repouso. As pacientes com hipertensão arterial antes da gestação foram consideradas de risco e encaminhadas ao pré-natal de alto risco, portanto, exclusas da investigação. O aumento excessivo do peso da gestante predispõe a macrossomia fetal, e o aumento insuficiente está associado ao crescimento intra-uterino retardado (BRASIL, 2001).

Corroborando essa idéia, Shangold e Mirkin (1992), In: Resende (1998, p. 28), recomendam que a mulher deve ser preparada para o esforço adicional acarretado pela gravidez como se preparasse para uma competição desportiva, mas advertem, também, para o fato de que o exercício aeróbico deve ser limitado a 30 minutos por sessão.

Em geral, o parto e seus mecanismos não são abordados de forma suficientemente adequada durante as consultas realizadas no APN. As várias posições de parir que caracterizam as modernas práticas de parto, o tipo de ambiente onde a gestante vai dar à luz e as possibilidades do parto natural com a participação ativa (parto ativo), a presença de familiares, os exercícios preparatórios que podem e devem ser feitos durante a gestação, no 1º. e 2º. períodos do trabalho de parto, não fazem parte do arsenal de informações de que a equipe multidisciplinar de saúde dispõe, e que devem ser transmitidas à gestante. Sem informações esclarecedoras sobre as vantagens do parto normal e seus mecanismos, a gestante torna-se refém do parto com local e hora marcada, no caso, a cesariana.

Obrigada ou, no mínimo, induzida a aceitar condições impostas para esse tipo de parto como única opção possível para o seu caso, amedrontada pela possibilidade de sentir dor, a cliente imagina ser o parto operatório a melhor solução para ela e para seu filho, sem ser informada de que nesse tipo de intervenção os riscos podem ser superiores aos do parto normal (PINOTTI, 2000).

Mesmo quando o parto acaba acontecendo pela via natural, a vaginal, a preparação inadequada da cliente durante o APN se reflete nos sentimentos mais observados nas mulheres em trabalho de parto: o desespero, a angústia, a revolta, a impotência e a frustração com a maternidade.

A nossa preocupação com a preparação da gestante para o trabalho de parto nos leva a uma discussão mais específica quanto às posições adotadas pela mulher desde a sua chegada à maternidade até o nascimento de seu filho. A posição horizontal para parir, adotada praticamente em todas as maternidades, torna o parto mais penoso, mais prolongado, e anula alguns princípios da física que lhe são aplicáveis, pois a força exercida pela gravidade, nessa posição, não coopera com as contrações uterinas e com os esforços expulsivos, pela perturbação que essa posição ocasiona, aumentando as possibilidades de ocorrência de complicações (BALASKAS, 1993).

A proposta de utilização da *Nasce Já* durante o atendimento pré-natal e nas salas de pré-parto e parto pode oferecer inúmeras vantagens em relação ao modelo de espera passiva atualmente adotado, possibilitando a redução do tempo compreendido entre o início das contrações e a expulsão do feto, desta forma proporcionando a redução das complicações originadas nos partos de longo curso e que tenham como causa principal a imobilidade da parturiente e a posição horizontal. Vários estudos, como os de Flynn, Kelly e Lynch (1987, p. 591-593) e Williams, Thorn e Studd (1980, p. 122-126), mostram que, no transcorrer do primeiro período do trabalho de parto, a posição deitada ou decúbito dorsal (supino) afeta o fluxo sanguíneo uterino.

Caminhar, deambular, levantar-se do leito, agachar-se e mover os quadris durante o trabalho de parto são ações já reconhecidas por vários pesquisadores como meio para encurtar o parto e aumentar a eficiência das contrações uterinas e proporcionar mais conforto e menos dor para a mulher (BALASKAS,1993). As exceções são aqueles casos em que patologias específicas do período gestacional, ou outras previamente identificadas, contra-indicam a prática de exercícios físicos ou, até mesmo obrigam a mulher ao repouso absoluto.

Salvo raras exceções, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito. Deambular, sentar-se e deitar são condições que a gestante pode adotar no trabalho de parto de acordo com sua preferência e, em geral de forma espontânea, existe uma tendência à alternância de posições. As mulheres devem ser apoiadas na sua escolha (BRASIL, Brasília 2001, p. 43).

Quando nas posições deitadas (supina, litotômica ou decúbito dorsal), durante o 1º e 2º períodos do trabalho de parto, a compressão dos grandes vasos abdominais contra a coluna vertebral pode provocar alterações hemodinâmicas importantes (FLYNN, KELLY, LYNCH, 1978).

A posição supina também reduz a intensidade e a eficiência das contrações, interferindo significativamente na evolução do trabalho de parto [MACMANUS e

CALDER, (1978); WILLIAMS, THORN e STUDD, (1980); CHEN, AISAKA e MORI, (1987)].

A compressão da aorta descendente pode diminuir a passagem de sangue para o útero e para a placenta. A compressão da veia cava inferior pode bloquear esse fluxo, possibilitando a hipotensão e maior perda sangüínea materna. Observa-se ainda que na posição em decúbito dorsal há maior compressão do útero gravídico sobre os nervos pélvicos que derivam da parte inferior da coluna e do sacro, provocando maior resistência aos esforços uterinos, conseqüentemente maior intensidade de dor. Pelo mesmo motivo, a função respiratória fica comprometida quando há compressão do diafragma. Nessa condição, a quantidade do oxigênio ofertado ao feto pode sofrer uma diminuição, podendo ser considerado um fator relevante na hipóxia fetal. Na posição horizontal, deitada ou semi *fowler*, a constrição do estreito inferior pode reduzir o espaço em até 30%, dificultando a passagem do feto, além de o peso materno, geralmente, impedir ou dificultar o movimento de fletir do cóccix (CHEN *et al*, 1987, p. 67-73).

Preocupado com essas controvérsias, nos propusemos elaborar o projeto para criação da cadeira obstétrica *Nasce já*, contendo eixos que permitem a movimentação nos sentidos laterais e longitudinais, que proporcionam a estimulação pélvica, auxiliando a gestante nos exercícios necessários durante a gravidez e o trabalho de parto.

A *Nasce Já* difere de outros produtos comercializados no mercado interno pelo fato de permitir, através de seus sistemas de eixos, movimentos no sentido antero-posterior, lateral e giratório, em sua estrutura principal, possibilitando o movimento de rotação pélvica e, ainda, ampla movimentação da pelve, facilitando a acomodação do móvel em sua descida e rotação interna. Possibilita, também, durante o pré-natal, uma familiarização com os exercícios que auxiliam no parto normal, nas salas de pré-parto; promove a movimentação ativa e passiva da musculatura pélvica e seu relaxamento, sendo que realizada de forma segura,

sem tanto esforço físico e sem os inconvenientes hemodinâmicos que a posição ereta (de pé) oferece. Favorece, durante o trabalho de parto, a migração das partes fetais, reduzindo a necessidade de analgesia e as desacelerações precoces e/ou tardias dos batimentos cardíofetais (BCF), além de proporcionar na parturiente sensação plena de estar colaborando com a dinâmica do parto.

A atividade pélvica proporcionada pela movimentação nos sentidos longitudinais e laterais da *Nasce Já* pode colaborar na embebição gravídica, fenômeno que permite aos ossos componentes da bacia, especialmente ao osso sacro, movimentos de natação e contranatação que lhe ampliam os diâmetros.

Para alguns autores, esse tipo de movimentação da pelve pode trazer inúmeros benefícios. Tanto a rotação rítmica como a movimentação espontânea da pelve podem colaborar na rotação do feto para a apresentação anterior (BALASKAS,1993).

No entanto, mesmo conhecendo os inúmeros benefícios que teoricamente a *Nasce Já* proporciona, tornou-se necessário conhecer entre as gestantes e profissionais da área obstétrica, a aceitação desse equipamento, para podermos avaliar, com base em critérios científicos, se a sua utilização é viável e pode ser considerada como fator positivo, quando se pretende avaliar a qualidade da assistência pré-natal.

2.2 A cientificidade do saber da enfermagem obstétrica

A convivência diuturna com gestantes e parturientes e suas realidades produziu novas perspectivas e ampliou nossa visão humanística e profissional. A adoção de ações humanísticas e de abordagem holística no atendimento a essa clientela tem norteado a conduta profissional dos enfermeiros, juntamente aos aspectos técnico-científicos.

Uma reflexão mais acurada acerca das atividades do enfermeiro, em que a prática do cuidado e as ações educativas se agregam, de maneira indissolúvel, na manutenção da saúde e prevenção da doença, nos revelou uma nova dimensão educativa, haja vista que a comunicação entre a equipe multidisciplinar e a gestante deve atender com fidelidade os objetivos dessa relação. Essa reflexão também nos estimula a buscar referenciais teóricos para embasar nossas idéias, pois o desenvolvimento da Enfermagem como ciência depende da construção de um cuidado pautado no conhecimento técnico-científico e de sua capacidade de interagir com o cliente e com outros membros da equipe de saúde.

A interação do enfermeiro com os demais membros da equipe multidisciplinar, na assistência pré-natal, revela o espírito participativo da profissão e sua tendência à interdisciplinaridade, pois, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto nº 94.406/ 87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

Barroso (1998) comenta que o fato de se formarem equipes não impede que seus profissionais manifestem características de grupo de especialistas.

Nossa reflexão, originada da vivência, da práxis, de estudos e na observação da realidade como esta se apresenta, nos ambulatórios de atendimento pré-natal e salas de parto, tem instigado nosso “consciência científica” a buscar compreender as questões que permeiam as relações entre o enfermeiro, o cliente e os demais membros da equipe de saúde, e buscar a práxis da interdisciplinaridade.

No entanto, para que ocorram mudanças significativas nessas relações e, conseqüentemente, na qualidade da assistência de enfermagem, é necessário sejam utilizados, de forma adequada, como fundamentação para estruturação dessas relações, marcos conceituais que abordem aspectos teóricos e filosóficos das ações propostas, pois a formação tecnicista, por vezes, abstrai o profissional de saúde do seu contexto social, dificultando a abordagem holística à clientela.

O corpo de conhecimentos de uma profissão resulta da ordenação e organização dos eventos e fenômenos que a preocupam, da formulação de postulados, proposições e princípios, constituindo-se em Marcos Conceituais e Teorias que fundamentam a prática e desenvolvimento da profissão como Ciência (NEVES e GONÇALVES apud VIETTA 1987).

Creemos que como fundamentação teórica, as metodologias e as técnicas que buscam o aprofundamento das questões inerentes ao ser humano, largamente aplicadas em pesquisas sociológicas, não seriam suficientemente apropriadas e/ou nem se prestariam para a confirmação científica de ocorrências relacionadas a alterações fisiológicas, embora não se possa negar sua influência.

No entanto, por não serem mensuráveis quantitativamente, na acepção da palavra, e/ou reprodutíveis, não nos pareceram apropriadas, como primeira escolha, para a avaliação da aceitação do equipamento *Nasce Já*, pois somos adepto da idéia de que a busca científica precisa submeter-se ao controle e ao teste experimental, onde as variáveis envolvidas possam ser mensuradas nos distintos elementos do estudo.

Embora a pesquisa qualitativa se preste de forma precisa às pesquisas sociológicas, e, apesar da importância das questões individuais do comportamento poderem exercer influência direta sobre os resultados que serão obtidos, não é essa a questão em estudo, mas sim a aplicação de um modelo de atenção e a aceitação, por parte das clientes e membros da equipe de saúde, de um invento da enfermagem que posteriormente poderá e deverá ser avaliado e validado sobre outros aspectos.

A ciência não se ocupa, portanto, da verdade ou realidade em um sentido transcendental, mas está ligada ao cotidiano, e desenvolve-se por meio da atuação verbal do observador em seu campo de experiências (MATURANA, 1995).

Corroborando essa idéia, Kawast, In: *Assistência ao Parto Normal: um guia prático* (1995, p. 15), adverte que para o fato de “O treinamento em aconselhamento e capacidade de comunicação interpessoal são cruciais para todas as pessoas que prestam assistência a gestantes.”

Na prática diária, é possível observar a prestação do cuidado sem o conhecimento de referenciais teóricos, de que decorrem os conceitos de cuidar. E isto, obviamente, tem acarretado prejuízos à saúde dos indivíduos e ao conceito social dos profissionais enfermeiros. Conhecer a aceitação da *Nasce Já* pelos atores envolvidos na assistência pré-natal, certamente favorece a formulação de um referencial teórico que embasa de forma consistente sua utilização como instrumento humanístico da assistência pré-natal e do parto. Mesmo assim, ainda assim estaremos nos momentos iniciais da humanização da assistência ao parto como fator determinante da qualidade da assistência, enfrentando uma tarefa árdua para convencimento da equipe multidisciplinar na adoção de novos paradigmas.

O grande desafio que se nos apresenta é motivar o enfermeiro, que presta assistência pré-natal, a se tornar um profissional capacitado tecnicamente, envolvido com os anseios da comunidade, e que, consciente e deliberadamente, através da sua prática, promova mudanças e transformações (CHINN, 1998).

Ao participar da elaboração de modelos de atenção e gerenciamento de políticas de saúde voltadas para a cidadania, o enfermeiro, como educador, pode diminuir, através da prática do seu ofício, as diferenças, as desigualdades sociais e a distância entre os anseios populares e as políticas de saúde. Mesmo quando há prestação de cuidados individuais, a ação do enfermeiro pode, através do exemplo, vir a influenciar o comportamento da comunidade e a saúde coletiva. A aceitação e a exigência, pela comunidade, de novas tecnologias e metodologias humanísticas pode, em muitos casos, ser um indicativo da necessidade de mudanças nos modelos convencionais de atendimento.

O que caracteriza uma ciência é o seu objeto formal, tendo em vista que o objeto material pode ser, também, comum a outras ciências, por causa do desdobramento conseqüente do aprofundamento dos saberes. Por isso acreditamos que todo aquele que deseja iniciar-se no estudo da ciência deve aprofundar-se em seu objeto, método e conhecimentos.

O objeto material de várias ciências é o homem. Para ele se desenvolvem os saberes científicos que buscam, cada qual ao seu modo, proporcionar-lhe uma atenção adequada, de sorte que o olhar filtrado pela óptica desses saberes é o que caracteriza o atendimento holístico.

Ao buscar um marco conceitual para o estudo de aceitação de um equipamento de aplicação prática na rotina do atendimento obstétrico, objetivamos explicitar um novo paradigma, onde o ser humano não seja visto isoladamente, alheio ao seu papel social, mas sim como objeto e gestor de seu próprio destino.

Apresenta-se importante estabelecer a aceitação de um equipamento originado da observação da enfermagem sobre os cuidados prestados às gestantes e parturientes, considerando que a Enfermagem é uma ciência “emergente”, com capacidade de criar e mudar conceitos, e não uma simples atividade prática, como pretendem alguns.

A criação de conceitos representa uma análise ou reflexão sobre os fenômenos, e conceituar adequadamente constitui, para o pesquisador, um avanço importante e o reconhecimento científico de sua atividade, Vietta (1987) descreve “a enfermagem como sendo uma ciência ainda em formação”. Concordando com esse autor, vislumbramos a enfermagem como uma ciência ainda pouco conhecida da comunidade científica, mas que, tem demonstrado grande potencial de realizações, e que possivelmente só será reconhecida após estar exaustivamente testada.

Estudiosos que entendem essa temática consideram a Enfermagem como uma simples prática e, portanto, não susceptível de teorização, e atrelam o seu desenvolvimento ao progresso do seu domínio ou corpo de conhecimento. Compreende-se, assim, que o critério de cientificidade propugnado passou a ser a verificação, e uma hipótese de se tornar uma tese após ser verificada. Portanto, afirma-se que a verificação realiza-se pela observação empírica.

Na proporção que a verificação é produzida pela observação empírica, esta experiência pode ser levada a efeito repetidamente por qualquer sujeito, o

que permite, então, obter a fundamentação suficiente da objetividade. As informações que buscamos obter durante a realização deste trabalho objetivaram também a identificação de fatores associados a fatos ou condições, alheias à vontade da gestante, que pudessem influenciar de forma importante na aceitação da *Nasce Já*.

No Brasil, o profissional enfermeiro surgiu vinculado ao trabalho numa dimensão educativa, já que as primeiras enfermeiras foram formadas com a finalidade de suprir a falta de profissionais envolvidos com educação sanitária, iniciada na década de 1920, por médicos sanitaristas (LIMA, 1996).

Jorge (1975) lembra que, até 1832, quando foi criado o primeiro curso de parteiras no Brasil, não havia, no País, parteiras diplomadas, e as parturientes eram atendidas por mulheres que recebiam uma autorização legal para exercer a obstetrícia.

Atualmente, muitos enfermeiros sem formação obstétrica atendem a gestantes e assumem o papel que o modelo de atenção primária, em nosso País, tem proposto. Sem uma formação adequada, o foco de atenção desses profissionais fica voltado para os aspectos relacionados às doenças do período gestacional, e contrariamente ao que seria desejável, apresentam-se, mesmo sem perceber, como representantes legítimos do modelo médico-assistencialista.

A formação obstétrica dos profissionais de saúde tem sido deficiente, moldada em dogmas e voltada para um modelo impessoal, no contexto do qual gestantes e parturientes são meros instrumentos de trabalho, sempre à mercê das decisões unilaterais e inquestionáveis adotadas pela equipe que lhes presta atendimento.

Vemos que o problema de saúde-doença da pessoa humana é fruto de situações globais do contexto social, cultural, econômico e sanitário que representa. O cuidar/curar, para surtir efeitos permanentes e duradouros, deve ser integrado, partindo de uma equipe multiprofissional afinada em suas ações e norteadas por único ideal.

O enfermeiro tem no cuidado o seu objeto de trabalho. Para Maia (1998), o cuidado compreende características universais e diversas, inclusive de instrumentos/tecnologias, empregadas no atendimento.

Portanto a cadeira obstétrica *Nasce Já* é um novo equipamento destinado ao preparo das gestantes para o parto normal. É tecnologia desenvolvida por enfermeiro e pode ser utilizado por equipe multidisciplinar.

2.3 Contextualizando a assistência pré-natal no Brasil

No Brasil, pelo menos na região Nordeste, em particular no Estado do Ceará, inúmeros fatores causais têm contribuído para a ineficiência da assistência pré-natal. Dentre esses fatores, aponta-se com maior segurança a inadequada aplicação das políticas governamentais de saúde que priorizam a saúde materna e infantil.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, realizada em 1996 pelo Instituto Nacional de Geografia e Estatística – IBGE (1996), revelou que, durante os anos compreendidos entre 1991 e 1996, 13% das mulheres que deram à luz não haviam, sequer, realizado uma consulta em atendimento pré-natal, sendo que 75% dos casos foram detectados na região Nordeste, apesar do reconhecimento de que a assistência pré-natal deve ser iniciada quando presumida ou confirmada a gravidez, logo após a amenorréia estar instalada. O número mínimo de consultas recomendadas para um bom acompanhamento do período gravídico (seis consultas), nessa pesquisa, foi alcançado apenas por 50% das mulheres, sendo que, na região Nordeste, apenas 52% das gestantes procuram e iniciam o atendimento pré-natal ainda no primeiro trimestre da gravidez (BRASIL, 1998).

Entre os critérios mínimos para um atendimento de qualidade, e que poderiam determinar uma redução na morbi-mortalidade materna e infantil, deveria estar a

exigência de que, para realizar o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, o profissional enfermeiro tivesse especialização em enfermagem obstétrica e ou recebesse treinamento apropriado durante a formação acadêmica. Isto sempre com o objetivo de se prestar uma assistência de melhor qualidade e maior resolubilidade.

Entendemos que a gestação é um momento importante da reprodução. A enfermeira obstetra é considerada, em muitos países, a profissional-chave para o oferecimento da assistência obstétrica (MATI *et al*, 1994; CHINTU e SUSU, 1994, In: BRASIL, 2000).

Obviamente, a gestação é um momento importante da reprodução na espécie humana, ocasiona alterações físicas e psicológicas na mulher e representa o desenvolvimento de uma nova vida, o estabelecimento de novos vínculos afetivos e a própria perpetuação da espécie, por isso necessita de um cuidado específico. Com efeito, consideramos a formação do enfermeiro obstetra um instrumento capaz garantir a prestação dessa assistência com qualidade.

Revelando a óptica do Ministério da Saúde sobre a importância da assistência obstétrica prestada por enfermeiros, a Portaria MS/GM 2.815, de maio de 1998 inclui na tabela do Sistema de Informações Hospitalares do SUS o procedimento “parto normal sem distocia realizado por enfermeiro obstetra” e tem como finalidade reconhecer a assistência prestada pelo enfermeiro e sua importância no contexto de humanização do parto.

A deficiência na quantidade de enfermeiros obstetras, no atendimento pré-natal e em salas de parto, compromete a qualidade da assistência obstétrica e indiretamente contribui com o elevado número de partos operatórios.

Justifica-se a ausência de enfermeiros obstetras na assistência pré-natal e nas salas de parto com o fato de haver pequeno número de enfermeiros com essa especialização. Por esse motivo, o Ministério da Saúde vem fomentando técnica e financeiramente a realização de cursos de especialização em

enfermagem obstétrica. Estão sendo apoiados no momento 55 cursos que deverão formar especialistas em todo o País. A magnitude desta ação programática está representada pela capacitação de 854 enfermeiros obstetras para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), cerca de 50% do número de profissionais formados nos últimos 20 anos pelas instituições de ensino superior brasileiras (BRASIL, 2001).

O tempo médio da consulta de pré-natal é um fator que influencia na qualidade do atendimento, mas geralmente é muito inferior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Há evidências de que as consultas do atendimento pré-natal deve ser avaliadas tanto pela quantidade como pela qualidade do serviço oferecido.

Outros fatores, como a deficiência na oferta de atendimento especializado e falta de medicamentos básicos e de exames laboratoriais de rotina, podem comprometer a qualidade da assistência obstétrica. Observa-se que 15% das gestações que se caracterizam pelo alto risco, por vezes, não recebem a atenção mínima necessária. A falta de articulação entre os prestadores de assistência pré-natal e os hospitais e maternidades e a falta de aplicação de uma política de saúde que assuma a responsabilidade pela assistência integral a saúde da mulher, fazem que as gestantes tenham a última consulta pré-natal em torno do oitavo ou nono mês de gestação, sem que lhe seja garantida a assistência ao parto.

Essas lacunas de vínculos na estrutura organizacional pública, entre os profissionais responsáveis pelo atendimento pré-natal e as equipes obstétricas que prestam assistência ao parto, podem ser responsáveis pela peregrinação da mulher em trabalho de parto por diversos hospitais e pelo atendimento desumanizado que ela recebe.

Desde os primeiros encontros com a equipe multidisciplinar, a mulher deve ser informada de que a assistência ao seu parto, de forma humanizada, estará garantida, além da disponibilidade de atenção secundária e terciária, quando ou/se necessário.

A equipe multidisciplinar, da unidade de saúde, que presta assistência pré-natal é composta por enfermeiros, médicos, bioquímicos, assistentes sociais e dentistas, ocupando um espaço físico utilizado na assistência pré-natal cuidadosamente planejado, em conformidade com as recomendações da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará:

Portanto, “Faz-se necessário preservar, na unidade de saúde, um ambiente propício ao relacionamento interpessoal entre a equipe de saúde e os usuários (as) dos serviços, destinando área física adequada para os diversos tipos de atendimento, observando a privacidade recomendada” (BRASIL,1998).

As salas de avaliação da gestante são destinadas ao atendimento individual e equipadas, pelo menos, com o instrumental mínimo, recomendado no *Manual de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde*.

A sala de Preparação e Estímulo ao Parto Normal (FIG. 1) é ampla, adequadamente equipada para a realização dos exercícios recomendados, confortável, visualmente estimulante, e dispõe de recursos audiovisuais e da assistência permanente de enfermeiro obstetra, em número de três.



FIGURA 1 – Sala de preparação e estímulo ao parto normal.

O objetivo destas atividades é o de melhorar a condição física das mulheres, melhorar a aderência às indicações que visem a um acompanhamento mais rigoroso pela equipe multidisciplinar, diminuir a ansiedade e o medo relativos à gestação e ao parto e realizar um trabalho corporal de relaxamento, fortalecimento da musculatura pélvica e respiração, além de preparar da melhor forma possível o corpo da mulher para as solicitações que ocorrerem durante a gestação, o trabalho de parto e o parto, propiciando o parto normal.

Na literatura médica são descritos vários métodos psico-profiláticos e de relaxamento que podem ser iniciados no pré-natal – Método de Dick-Read, Bradley e Método de Lamaze. Tais métodos pressupõem que sua utilização resulte na redução do medo, da tensão e da dor, melhorando o tônus muscular e aumentando o relaxamento, desta forma favorecendo a evolução do trabalho de parto (BRASIL, 2001).

2.4 A evolução da assistência ao parto

Na Pré-História, o parto em humanos era um acontecimento solitário, como ainda o é com a maioria dos mamíferos. O primeiro tipo de assistência obstétrica possível deve ter sido o acompanhamento feito por mulheres mais velhas, e que já tivessem parido alguma vez. Portanto, entende-se que, tradicionalmente, a assistência ao parto sempre foi considerada um ofício eminentemente feminino. Os conhecimentos relativos aos cuidados prestados na assistência ao nascimento eram passados de maneira informal ou mística entre as mulheres ditas mais experientes e as iniciadas nesta arte.

A participação do homem na assistência ao parto, durante muitos séculos, ficou quase que restrita aos atos extratípicos relacionados ao óbito fetal.

No entanto, a assistência ao parto, realizada por antigos barbeiros cirurgiões, de alguma forma buscou justificar-se diferente da assistência prestada pelas parteiras da época, que, pela vivência no acompanhamento dos partos e de sua

condição de mulher, melhor entendiam os tempos destinados ao trabalho de parto e ao parto propriamente dito (REZENDE, 1998). Aos homens cabiam, em última instância, as ações de caráter mais violento, embora que justificados para os padrões científicos e éticos da época.

Não raras vezes, esses procedimentos culminavam em embriotomias de fetos vivos ou em procedimentos de tamanho vulto que ocasionavam, com freqüência, danos permanentes e irreparáveis à genitália feminina, quando não se faziam causa da morte materna e fetal.

A palavra *obstetrícia* é derivada do latim *obstetrix*, que por sua vez é originária do verbo *obstare*, *ficar ao lado*, ou *em face de*. O primeiro vocábulo foi *adstetrix*, sendo que com a evolução posterior de *ad* para *ob*, e *obstetrix* significaria “a mulher assistindo a parturiente (SELIGMANN, 1879 In: REZENDE, 1998, p. 1).

Outros pesquisadores alertam para o fato de que, em antigas inscrições, encontrou-se, porém, a grafia *opstetrix*, que por muitos é considerada a gênese do termo. Se a tradução exata de *ops* puder ser a palavra ajudar, obstetrícia equivaleria a “mulher que presta auxílio”.

A palavra latina *obstetrícia*, *scilicet ars*, expressa a arte de afastar os obstáculos do parto, enquanto *obstare* é estar no meio do caminho, impedindo a passagem, embora nos textos bíblicos, entretanto, se encontram *obstetricibus*, *obstetricabit* e *obstetrices*, significando parteira ou partejar.

Outros estudiosos sugerem que a mais provável é interpretação obstetrícia significar “a mulher que está ao lado, assistindo a parturiente”.

Na Europa, Ambrósio de Pará (1509-1590), anatomista francês, é continuado por Guilleméau (1550-1609), barbeiro cirurgião, que lhe traduz a obra em latim e foi, também, obstetra de renomeada, antecessor de outros grandes tocólogos franceses que lhe seguiram os princípios, no século XVII, como Francisco Mauriceau (1637-1709). Guilleméau foi reconhecido como o primeiro a insurgir-se contra o costume secular de serem os partos assistidos por mulheres, pois

incentivava os cirurgiões da época a se dedicarem ao estudo da Obstetrícia. Observa-se portanto que quase todos os documentos históricos que avaliam a evolução da assistência obstétrica foram escritos por homens, mesmo que durante tantos séculos essa assistência tenha sido exclusiva das mulheres.

Considerada pela literatura médica como um caso raro, a obstetrix Luísa Bourgeois (1563-1636), tendo prestado assistência ao parto da rainha Maria de Médices, quando do nascimento de Luís XIII, obteve grande notoriedade. Essa obstetrix foi discípula indireta de Paré, através do marido, Martin Bousier, barbeiro-cirurgião. Reconhecida como sagaz observadora dos fenômenos da parturição, Luísa Bourgeois individualizou a apresentação de face e precedeu Guillemeau escrevendo sobre as vantagens de esvaziar o útero nas graves hemorragias, originadas pela inserção baixa da placenta.

A obstetrícia progrediu muito lentamente, e a principal causa foi atribuída à influência deletéria das parteiras.

(...) Fê-lo guiada pela ignorância e pouco discernimento das parteiras, a transmitirem, de geração a geração, práticas desarrazoadas, feitiços e crendices, bebidas repugnantes e flagelações que complicavam a parturição, dilaceravam a genitália, infectavam-na e ao ovo, condicionando e propiciando sua morte no claustro materno ou a da própria gestante (REZENDE, 1998, p. 2).

Observa-se que os avanços e a consagração, no meio médico, de técnicas obstétricas intervencionistas, desenvolvidas especialmente nos últimos trezentos anos, têm superado, em muito, a fisiologia e a mecânica própria do nascimento e que é resultado de milhões de anos de evolução da espécie humana.

(...) A espera resignada e fatalista do parto vaginal pôde ser derogada com desvendamento da fisiopatologia da contração uterina que permitiu governa-lo, encurtar-lhe as fases, monitora-lo, induzi-lo; mediante o aperfeiçoamento da anestesiologia, tornado-o indolor; e, através dos préstimos da operação cesariana, cristalizada em técnica de simplicidade extrema e resultados insuperáveis (REZENDE, 1998, pág. 1).

Para Rezende, portanto, é consensual que a obstetrícia somente foi aprimorada com a substituição das parteiras pelos médicos, que passaram a prestar cuidados qualificados às parturientes, evitando que fossem expostas à rotina do atendimento empírico, subordinado às pretendidas forças da natureza materializadas na espera resignada do nascimento do feto pela via vaginal.

Sem dúvida, inúmeros procedimentos que durante décadas e até séculos foram sendo incorporados à prática médica no atendimento obstétrico têm suas raízes no intervencionismo dito científico e que buscava, a todo custo, diferenciar-se da atitude normal, desejável, paciente e expectante das parteiras e obstetizas.

No passado, procedimentos adotados como rotina na assistência ao parto, como a queima de incensos, com o objetivo de tornar o ambiente mais agradável e salubre foram rotulados, pelos “pseudocientistas medievais”, como bruxaria, pelo simples fato de que desconhecedores da psicologia feminina, da fisiologia e da mecânica do parto, atribuíam-se o poder de interferir impunemente nas várias etapas biológicas do parto normal, hora apressando-as ou retardando-as ao bel-prazer, motivados mais pela prepotência e pelo autoritarismo característico da época do que pela ciência baseada em evidências.

No entanto, a supervalorização das técnicas intervencionistas levou a hospitalização indiscriminada do parto e a errônea interpretação de que este acontecimento fisiológico, que tem seus tempos específicos, se trata de uma anormalidade ou patologia do processo reprodutivo.

QUADRO 2 – A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde – PNDS, realizada em 1996, mostra estes percentuais, conforme quadro a seguir:

Região	Parto Hospitalar (%)
Norte	81,9
Nordeste	83,4
Sudeste	95,1
Centro-Oeste	97,1
Sul	94,7

FONTE: Ministério da Saúde

NOTA: Quadro extraído de: *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher*. Ministério da Saúde, Brasília, p.19, 2001.

Noronha e Montgomery (1993) referem que o avanço tecnológico distancia o indivíduo da natureza. Sob a égide de conceitos questionáveis, várias gerações de profissionais foram formadas, e, por sua vez, contribuíram de forma efetiva com a banalização das ações intervencionistas que desumanizaram a assistência pré-natal e difundiram o medo do parto normal.

Balaskas (1993) aponta como as principais causas da dor desnecessária durante o trabalho de parto a imobilidade e a permanência da parturiente no leito. O desconhecimento da gestação e do parto como fenômenos fisiológicos, e de que a grande maioria dos casos transcorre sem anormalidades, fez que a abordagem utilizada como rotina tenha se tornado aquela que, via de regra, deveria ser adotada somente em relação a uma pequena parcela de gestantes, que, por apresentarem condições e características específicas, apresentam maior probabilidade de intercorrências desfavoráveis.

Seguramente, a intervenção médica relacionada às técnicas obstétricas intervencionistas tem provocado à saúde materno-infantil danos maiores do que aqueles atribuídos à falta de conhecimento científico das parteiras, nos últimos três séculos; principalmente porque as técnicas obstétricas intervencionistas foram desenvolvidas à luz do conhecimento científico e apoiadas fundamentalmente pelo estudo da Anatomia e da Fisiologia humana. Causam estranheza, diante da realidade brasileira, os critérios adotados para sua utilização. Assim como os cirurgiões do passado, ainda hoje encontramos, inúmeros defensores das ações intervencionistas e do desrespeito ao processo natural da parturição, baseados não mais em suposições mas em afirmações pseudocientíficas insustentáveis à menor testagem. No mínimo, é ingênua a idéia de que a adoção indiscriminada de práticas intervencionistas, supervalorizando as atividades médicas especializadas, possam reduzir o risco de óbito materno ou fetal; além do que essas técnicas não são inócuas nem a fisiologia nem a psique da mulher.

Estudos realizados pelos pesquisadores Romney e Gordon (1981) atestaram que, mesmo com o uso de enemas, a taxa de eliminação voluntária de pequena quantidade de fezes não se altera, e que não foram confirmados efeitos benéficos quanto à duração do trabalho de parto ou sobre a infecção neonatal.

Esta realidade suscita-nos dúvidas quanto a questões relacionadas ao ensino e à ética, sem, no entanto, abalarem nosso convencimento sobre a importância dessas técnicas, quando apropriadamente indicadas e adequadamente utilizadas.

Entre as técnicas intervencionistas mais comumente adotadas como rotina para os partos vaginais, estão a tricotomia, o enteroclisma e a episiotomia. No entanto, vários estudos têm revelado que a utilização da episiotomia, como rotina, tem ocasionado às mulheres mais danos do que benefícios (BRASIL,2000).

Johnston e Sidall (1922) relatam que não existem evidências de que a tricotomia reduza a infecção e facilite a sutura da episiotomia.

A tricotomia dos pelos pubianos tem sido utilizada rotineiramente nos hospitais, visando a redução na incidência de infecções de episiotomia, a facilitação da episiorrafia e uma melhor higiene no pós-parto. Não existem evidências científicas claras sobre esses benefícios e sua utilização pode gerar desconfortos e riscos para a parturiente: o desconforto no momento da sua execução e quando os pelos começam a crescer e o risco de transmissão de doenças, quando da utilização de lâminas não descartáveis (BRASIL-Brasília, 2001, p. 42).

Recentes estudos epidemiológicos, como os realizados por Signorello e colaboradores (2000, p. 86), têm comprovado que a episiotomia na linha média não é eficiente em proteger o períneo e os esfíncteres anais durante o parto e é fator de risco para a incontinência anal no pós-parto. O mesmo estudo demonstrou que mulheres que têm episiotomias parecem correr risco mais alto de incontinência anal do que as que tiveram lacerações espontâneas comparáveis.

Para Pinotti (2000), a tecnologia não é, por si só, um bem ou um mal, depende da forma como é utilizada. É por isso que, em uma sociedade cientificamente

desenvolvida, é necessário adotar um grande componente de humanismo para que se possa usar a tecnologia adequadamente.

Hyppolito (1997) refere que a utilização dessas tecnologias de maneira inadequada tem ocasionado falhas graves na assistência obstétrica, e acrescenta: “Os procedimentos médicos feitos de rotina, sem uma avaliação prévia de sua real necessidade, muitas vezes tornam-se iatrogênicos e desumanizam a assistência, aumentando a morbidade materna”. Esse comportamento médico, considerado por muitos estudiosos como mecanicista e pouco humanizado, vem impondo algumas rotinas e procedimentos que, apesar de largamente difundidos, são comprovadamente danosos para a mulher e/ou seu filho. Dentre eles, os mais realizados são a episiotomia, a posição deitada para parir e o parto operatório.

(...) A imposição médica da posição deitada durante o período expulsivo pode ser causa de prolongamento do trabalho de parto e influir tanto na perda sangüínea materna, como na vitalidade fetal e tempo de delivramento (HYPPOLITO, 1997, p. 90).

Para Pinotti (2000), “o parto operatório aumenta, pelo menos em quatro vezes mais, o número de mortes de recém-nascidos por imaturidade e é bastante grande o número de doenças respiratórias idiopáticas decorrentes dessa prática inadequada”.

Hoje, reconhecidos os erros históricos, há uma tendência mundial para que sejam revertidos os indicadores de saúde materna através do estímulo ao parto normal, mais humano e seguro, realizado preferencialmente por enfermeiros obstetras, visto que a assistência pré-natal ao parto normal é uma atividade de enfermagem regulamentada pela Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que trata das atribuições dos enfermeiros, descrita nos seguintes artigos:

Art. 6º reconhece como enfermeiros:

- II. o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeiro Obstétrico, conferidos nos termos da Lei.
- III. o titular do diploma ou certificado de Enfermeiro e o titular diploma ou certificado de Enfermeiro obstétrico ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do País, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeiro Obstétrico ou de Obstetriz, respectivamente.

Art.9º. – São parteiras:

- I. a titular do certificado previsto no at. 1º do Decreto – lei nº 8.778 de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- II. a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do País, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de parteira.

Art. 11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

- II. como integrante da equipe de saúde:
 - g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
 - h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
 - i) execução do parto sem distocia.

Parágrafo único – Às profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente a ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomadas de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária

(COREN-CE, 2000, p. 16-17).

Diante do exposto na Lei, o Código de Ética dos profissionais de enfermagem pressupõe que esses profissionais estão empenhados na obtenção de uma assistência de qualidade, sem riscos e no alcance da população.

2.5 Historicidade da utilização de cadeiras na assistência pré-natal e no parto

Mesmo após exaustiva pesquisa bibliográfica, não encontramos na literatura relatos científicos ou históricos sobre a utilização de cadeiras obstétricas durante o período gestacional, sejam eles descritos do ponto de vista fisiológico ou abordado como assistência pré-natal propriamente dita. Este fato parece confirmar que, até bem pouco tempo, seu uso estava relacionado exclusivamente ao trabalho de parto, mais precisamente ao período expulsivo. Provavelmente, sua utilização deveria ter sido adotada inicialmente como forma de proporcionar maior conforto à parturiente durante o trabalho de parto, já que tradicionalmente as posições verticalizadas já eram conhecidas por essas comunidades (FIG. 1a).



FIGURA 1a – Escultura asteca representando a deusa asteca Tlazolteotl, no ato de parir em posição verticalizada. (In: REZENDE, pág.,.,22, 1962).

Entretanto, recentemente, algumas maternidades vêm recebendo, da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), através do Projeto Luz, alguns equipamentos para utilização durante o parto normal. Entre os equipamentos fornecidos, estão os aparelhos cognominados de Cavalinho da JICA (FIG.2) e bola da JICA (FIG. 3), e que, teoricamente, têm a função de auxiliar a parturiente durante o trabalho de parto.

Embora se apresentem como solução para a problemática da verticalização do parto, esses equipamentos não são utilizados durante a assistência pré-natal e somente são apresentados à gestante após a internação, durante o trabalho de parto, período em que a mulher não dispõe de tempo para incorporar a utilização de equipamentos desconhecidos.



FIGURA 2 – *Cavalinho da JICA* .



FIGURA 3 – *Bola da JICA*.

Mesmo esses equipamentos, recentemente introduzidos na assistência obstétrica, não têm uma indicação ou aplicação prática fora do período do trabalho de parto, além de que a utilização da bola da JICA, de forma sistemática, durante a gestação tem contra-indicação em várias situações. O cavalinho da JICA, apesar de promover o alinhamento vertical entre os eixos vertebrais da mulher e do feto durante o trabalho de parto, durante o período gestacional, sua utilização não parecer oferecer os benefícios desejados para o binômio mãe e feto.

No Antigo Testamento, Exodo, capítulo I, versículo 16, pode ser lido: “Quando vós fizerdes o ofício de parteira para as mulheres hebréias, e as virdes sentadas em banquinhos...”. Entre os gregos era comum o uso de cadeiras obstétricas que faziam a mulher parir sentada ou reclinada. Essa prática foi posteriormente utilizada pelo povo romano. Em ambos os casos, vasos e trabalhos de baixo relevo em mármore confirmam esse costume (FIG. 4).

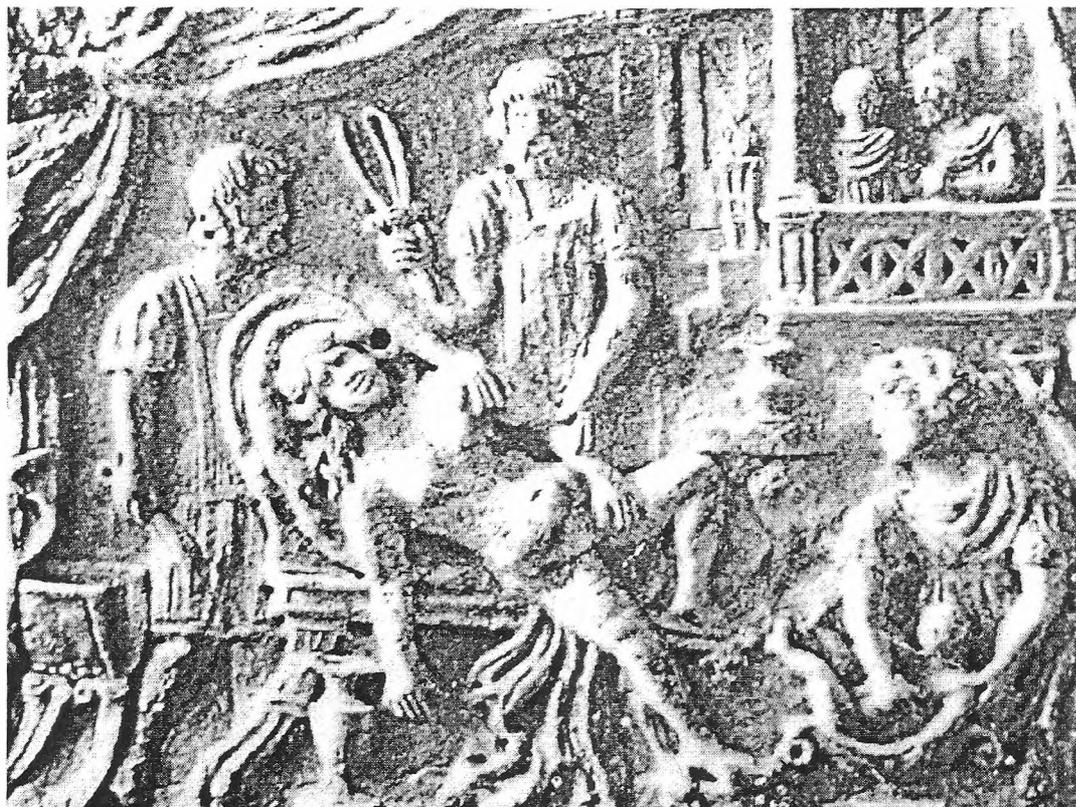


FIGURA 4 – Baixo relevo, em mármore, do século II ou III. (representando cena de parto In: REZENDE, pág.8, 1962).

Em seu trabalho *Corpus Hippocraticum*, Hipócrates cita a existência de uma cadeira para assistência ao parto, com assento aberto e um encosto reclinado.

Desenhos e gravuras originados no século XVI demonstram a utilização dos banquinhos ou cadeiras de parto pelas francesas, chinesas e alemãs.

Atwood (1976) considerou um dos aspectos mais importantes da parturição é a passagem do feto através do canal do parto, e um dos fatores que influenciam neste processo é a postura da parturiente durante a segunda fase do trabalho de parto (período expulsivo). Este fator, no entanto, tem sido muito mais determinado pelos padrões culturais (ou costumes), do que pelo processo fisiológico.

Inúmeras ilustrações que representam as posições de parir dos povos antigos refletem a preferência pelas posições verticalizadas, sejam orientais ou ocidentais (FIG. 5).



FIGURA 5 – Parturiente assistida por parteira (manuscrito iraquiano, de 1237, reproduzido de Peccker & Roulland, *L'Accouchement ou cours dès Siècles*, Paris, Ed. R. Dacosta, 1958. In: REZENDE, pág.10, 1962).

Balaskas (1993) faz referências às cadeiras ou banquinhos de parto até a metade do século XVIII como parte indispensável do equipamento das parteiras ocidentais (Fig 6).



FIGURA 6 – Ilustração da obra de Rösslin, representando cena de parto [(1513).
In: REZENDE, pág.12, 1962)].

Em todas as civilizações, até os nossos dias, muitos tipos de cadeiras obstétricas têm sido utilizadas, algumas com espaldar e braços munidos de espigões para o apego das mãos, ou mais sumárias, simples escabelos chanfrados em ferradura; outras, mais antigas, eram apenas cepos de madeira, pedras ou mesmo vértebras de baleias onde as mulheres eram acomodadas diante das parteiras que, ajoelhadas, esperavam a saída do feto.

2.6 Utilização de cadeiras na assistência ao parto no Estado do Ceará

A utilização de cadeiras obstétricas no Ceará não é recente. Importantes relatos obtivemos de antigas parteiras da Maternidade-Escola, que descrevem a

utilização dessas cadeiras por parteiras práticas. No entanto, apesar do benefício que proporcionavam ao verticalizar o parto, as cadeiras obstétricas antigas eram destinadas exclusivamente para o uso durante o trabalho de parto, para proporcionar uma posição mais confortável e adequada à parturição, tudo isso baseado na experiência das parteiras práticas.

Esses antigos objetos, construídos de forma artesanal, possuíam três (FIG.7) ou quatro pernas (FIG. 8), e mais se assemelhavam a pequenos bancos sem encosto ou apoio para braços. Era usual que tivessem assento recortado em meia lua ou uma fenda em “v”, configurando um assento vazado que não oferecia obstáculo à passagem do feto durante o período expulsivo (Fig. 11).

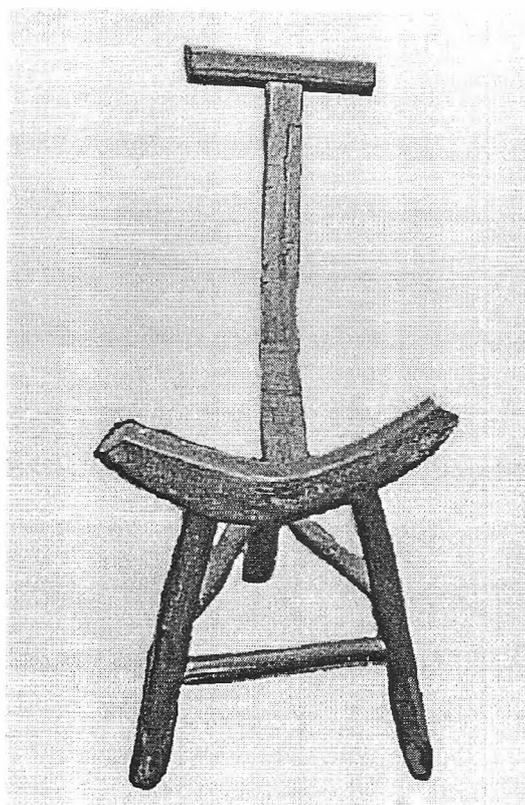


FIGURA 7 – Cadeira obstétrica com três pernas.

Outros eram apenas pequenos bancos construídos em madeira resistente, sem outras características especiais, se não, a de simbolizar a importância da posição verticalizada para parto.



FIGURA 8 – *Cadeira obstétrica com quatro pernas*

As famílias de maior poder aquisitivo possuíam seus próprios bancos, que eram utilizados e repassados aos demais membros da família, geração após geração. Algumas vezes o costume de marcar, o próprio banco, com traços feitos a faca ou outro objeto cortante, cada vez que o banco era utilizado, chegava a revelar dezenas de nascimentos.

Outras cadeiras de parto, apesar de assim serem denominadas, tratavam-se na verdade de toras de madeira ou mesmo vértebras de baleia (FIG. 9), comuns na região litorânea, como a que foi encontrada pelo médico Galba Araújo em Almofala-Ceará (Município de Acaraú). Esses artefatos prestavam-se a posicionar a mulher de forma que, sentada, durante o trabalho de parto, a descida do feto fosse favorecida pela lei da gravidade com o respectivo encurtamento do período de trabalho de parto e parto, isso tudo, naturalmente, de forma empírica.



FIGURA 9 – Vértebra de baleia utilizada como cadeira obstétrica.

Atualmente existe diversificada produção científica que comprova os benefícios das posições verticalizadas no parto, e, por conseguinte, a eficácia das antigas cadeiras obstétricas. Assim, podemos concluir que, mesmo sendo utilizadas de forma empírica, geração após geração, muitas parturientes foram beneficiadas.

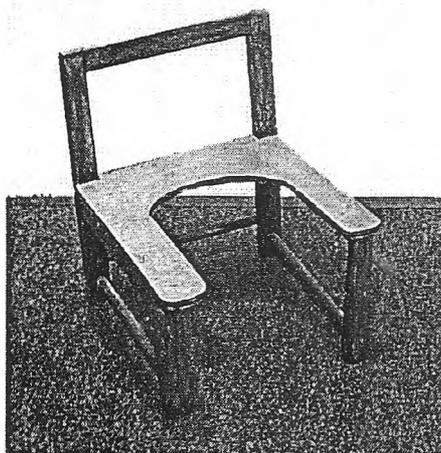


FIGURA 10 – Cadeira obstétrica com assento vazado



FIGURA 11– *Banco obstétrico com assento vazado*

Mesmo após exaustiva pesquisa bibliográfica e contatos com parteiras práticas com muitos anos de experiência, não encontramos documentação escrita ou relatos que revelassem a utilização dessas cadeiras de parto durante o período gestacional, pois, ao contrário do que hoje é preconizado, acreditava-se que as atividades físicas eram prejudiciais ao desenvolvimento da gestação. A adoção do sedentarismo durante esse período, não raras vezes, contribuía para um ganho de peso, superior ao desejável.

Com o objetivo esclarecer os atores tradicionais da assistência à gestante e ao parto, a Universidade Federal do Ceará, a Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a Johns Hopkins Program for International Education in Reproductive Health editaram o *Manual* para treinamento de parteiras e agentes comunitários em saúde reprodutiva. Esse

manual demonstra através de figuras a importância das posições verticalizadas para parir (FIGURAS 12, 13 e 14) .



FIGURA 12 - Mulher utilizando uma cadeira comum durante o trabalho de parto. . In: Manual para treinamento de parteiras e agentes comunitários em saúde reprodutiva, pág.15, 1995).

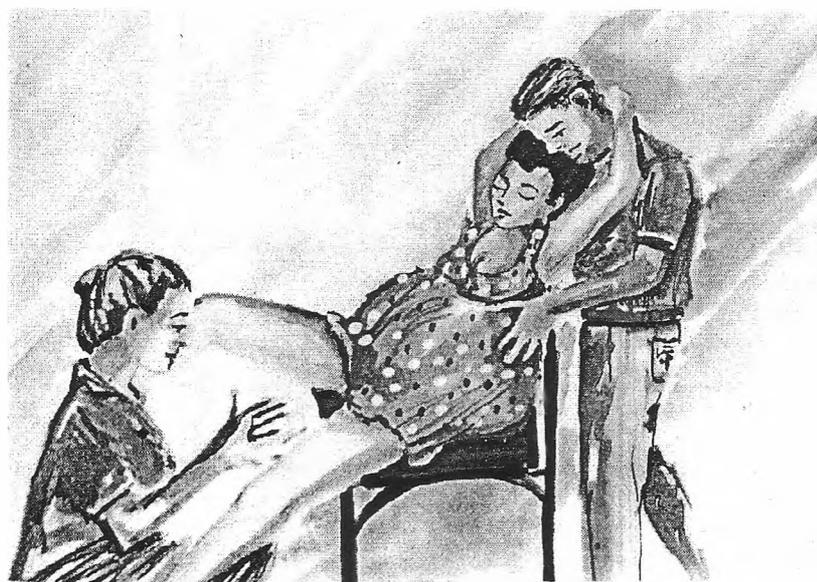


FIGURA 13 – Mulher utilizando uma cadeira comum durante o trabalho de parto apoiada pelo companheiro enquanto a parteira apresenta-se expectante... In: Manual para treinamento de parteiras e agentes comunitários em saúde reprodutiva, pág.113, 1995).

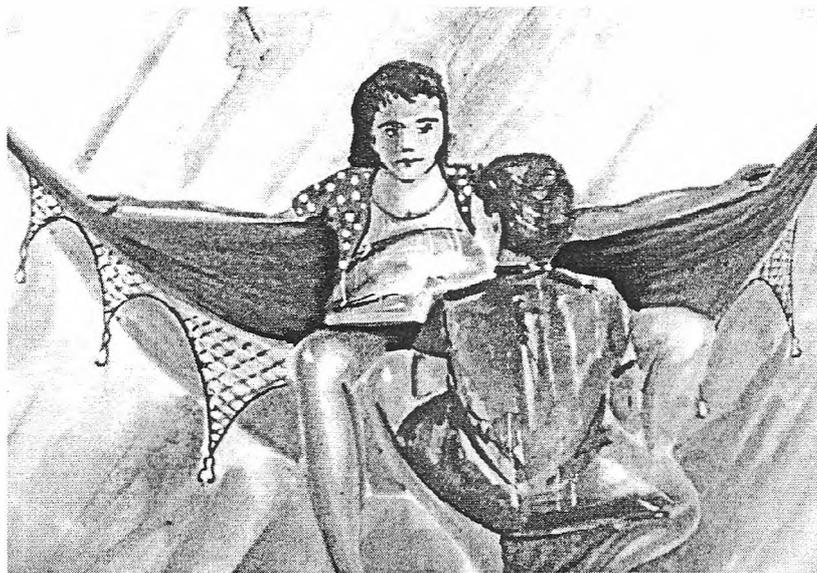


FIGURA 14 – Mulher utilizando uma rede durante o trabalho de parto. . In: *Manual para treinamento de parteiras e agentes comunitários em saúde reprodutiva*, pág.14, 1995).

Em outubro do ano de 2001, nova cadeira obstétrica (FIG. 15) com reocupação ergonômica e mecanismo elétrico foi lançada comercialmente pela empresa Promedon do Brasil Produtos Médico-Hospitalares Ltda. Entretanto esse equipamento destina-se apenas ao uso durante o trabalho de parto, segundo consta no material de divulgação comercial do equipamento.



FIGURA 15 – Cadeira obstétrica elétrica da empresa PROMEDON.

Acreditamos que o tipo de cadeira obstétrica mais recente, para utilização durante a gestação e trabalho de parto, a *Nasce já* (FIG. 16), que foi por nós criada, estando em uso experimental, é a única utilizada durante a gestação, e com boa aceitação tanto pelos profissionais obstetras como pelas usuárias.

Pela criação da cadeira obstétrica *Nasce Já* e por sua apresentação em forma de trabalho científico, fomos agraciado com o segundo lugar no prêmio “Zaira Cintra Vidal”, no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem.

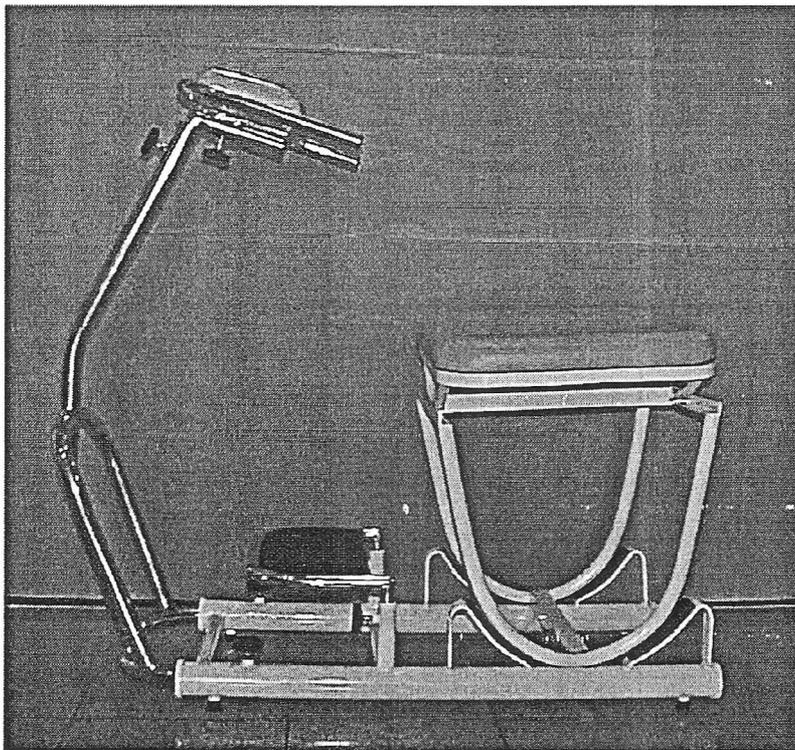


FIGURA 16 – Cadeira obstétrica *Nasce já*

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório, com intervenções empíricas planejadas, e abordagem quantitativa, tendo como objeto a utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já* por gestantes. Este tipo de estudo destinou-se a testar a associação entre eventos, buscando verificar se há relação causal entre eles, e cujos resultados podem demonstrar a aceitação do equipamento (cadeira obstétrica *Nasce Já*) pelas usuárias gestantes. As informações foram geradas por experimentação e observação em laboratório durante a assistência pré-natal e, quando foi possível, no trabalho de parto.

3.2 Cenário da pesquisa

O Estudo foi desenvolvido em um Centro de Saúde da rede pública municipal que oferece assistência pré-natal, localizado na região metropolitana de Fortaleza – Ceará, onde, para possibilitar a implantação de um novo modelo de atendimento voltado para a humanização da assistência pré-natal e a utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já*, foi construída uma sala com espaço físico adequado, equipada inclusive com recursos audiovisuais.

O Centro de Saúde onde se desenvolveu a investigação é uma unidade com nível de atenção secundário, entre as unidades de saúde da área de abrangência da Secretaria Executiva Regional III. É considerada unidade de referência pelas inúmeras especialidades médicas de que dispõe, por possuir um moderno laboratório de análises clínicas, por promover e abrigar pesquisas científicas voltadas para a saúde e por ser campo de estágio para cursos de graduação e pós-graduação em Medicina, Enfermagem e Farmácia.

A Unidade dispõe de um setor destinado a atenção à saúde da mulher, que é formado por quatro consultórios, estruturados para o atendimento em ginecologia e obstetrícia; uma sala para a consulta de enfermagem em planejamento familiar; uma sala para realização de ultrassonografia e a sala de estímulo e preparação para o parto normal.

3.3 Aspectos éticos

Antes de ser iniciada a investigação, o estudo foi apresentado à Comissão de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) para avaliação e aprovação. A cada gestante que preencheu os critérios de inclusão foi feito um convite, apresentado o objetivo do estudo e a garantia de seu anonimato. Foram elas científicas de que os dados coletados utilizados seriam para atender os objetivos do estudo e a melhoria da assistência de enfermagem obstétrica. No entanto a inclusão da gestante na pesquisa somente foi efetivada após a assinatura do termo de aceite pela própria gestante ou por seu representante legal.

3.4 População-Alvo

A população-alvo foi composta pelas mulheres cadastradas e assistidas no ambulatório de pré-natal de baixo risco de um Centro de Saúde da rede Municipal de Fortaleza, onde se desenvolveu o estudo, no período de março a outubro de 2001, num total de 176 gestantes, domiciliadas na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional III (SER III), onde se implantou a sala de estímulo e preparação para o parto normal. O grupo foi composto pelas gestantes ingressas na assistência pré-natal da unidade de saúde antes e após iniciarmos a investigação. Todas as clientes que fizeram parte da amostra foram acompanhadas e ou assistidas durante a gestação e, em alguns casos, também foram acompanhados durante o trabalho de parto e o parto, na Maternidade-Escola envolvida no estudo.

3.5 Critérios de seleção

Foram selecionadas para inclusão no estudo as gestantes com idade entre 15 e 40 anos que não referiram antecedentes patológicos, e que, aparentemente, o parto vaginal não era desaconselhável por acarretar risco de vida para si ou para o feto; as que não tivessem contra-indicação para realização de exercícios físicos e que participassem, pelo menos, de oito sessões de exercícios na *Nasce Já* durante o período gestacional. As clientes menores de 18 anos foram admitidas no estudo somente após autorização escrita dos pais ou responsáveis e as demais assinaram o Termo de Compromisso após ter sido aprovado pelo Conselho de Ética.

Utilizou-se como critério de exclusão a gestante com idade inferior a 18 anos sem a autorização escrita de pais e ou responsáveis; as gestantes com idade superior a 40 anos e todas as que fossem consideradas de médio ou alto risco. Justifica-se estes critérios na observância dos aspectos éticos para inclusão de menores em estudos e por serem consideradas, as faixas etárias exclusas, mais associadas a riscos durante a gestação e o parto. Também foram excluídas as clientes que, por qualquer motivo, se recusaram a colaborar de forma efetiva com a realização dos exercícios propostos, ou apresentassem algum motivo que pudesse impedi-las, sem, contudo, perderem qualquer vantagem da assistência proposta pela equipe multidisciplinar.

Por apresentar maior abrangência e propiciar melhores critérios de avaliação do risco gestacional, adotamos modelo elaborado pelo professor doutor José Julio Tedesco¹, modificado pelo Ministério da Saúde e proposto no Manual Técnico de Assistência Pré-Natal, Ministério da Saúde (2000, p. 26), acrescido de consultórios destinados ao acompanhamento convencional realizado por médico e enfermeiros, e uma sala especial para a realização das atividades físicas educativas, denominada Sala de Estímulo e Preparação para o Parto Normal.

¹ Doutor José Julio Tedesco é professor e colaborou na elaboração do Manual Técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde, Brasília – Ministro Federal, Brasil 2000.

Para facilitar o processo de coleta de dados e garantir maior segurança no anonimato das participantes da investigação, as gestantes receberam dupla identificação: um número de cadastramento na unidade de saúde e um número próprio de identificação na pesquisa, composto por três dígitos.

As gestantes, inicialmente, passaram por anamnese e exame físico completo, responderam a um questionário de admissão ao estudo, que tratava da realização de exercícios de relaxamento; participação das sessões educativas; antecedentes obstétricos e familiares; utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já* e avaliação na evolução da gestação, quando então era elaborado um plano individual para acompanhamento da gestação com o pleno conhecimento da grávida e de seus familiares, se ela assim o desejasse.

O risco obstétrico, durante a investigação pré-natal, foi reavaliado a cada contato com os enfermeiros da assistência humanizada ao parto, inclusive com a verificação sistemática da pressão arterial e do peso corporal.

O grupo selecionado participou de sessões educativas, onde recebeu, entre outras informações, a possibilidade da oferta de fluidos, especialmente água, durante o trabalho de parto e parto; possibilidades de escolha, pela gestante, do local do nascimento; encorajamento da adoção de posturas verticais durante o trabalho de parto e parto; informações acerca da importância do contato precoce entre a mãe e o recém-nascido e do início do aleitamento materno na primeira hora do pós-parto. As participantes do grupo de estudo conheceram o funcionamento da *Nasce Já*, realizaram exercícios físicos regulares e utilizaram a cadeira obstétrica; responderam aos questionários de admissão ao estudo e tiveram os seus dados obstétricos analisados e comparados, na evolução da gestação.

Todas as gestantes foram avaliadas quanto ao grau de satisfação e aceitação ao modelo de atendimento pré-natal com e sem a utilização da *Nasce Já*, e foram monitoradas para que pudessem ser detectadas precocemente intercorrências ou patologias específicas do período gestacional.

3.6 Atividades complementares

As atividades complementares, aquelas encontradas no Modelo de Atendimento Pré-Natal Convencional, compreenderam:

- integração da gestante e seus familiares à Unidade de Saúde;
- formação de grupos de gestante voltados para o parto humanizado;
- adoção de Plano Individual para assistência ao parto em decorrência do risco da gestação (baixo, médio ou alto);
- utilização de técnicas de relaxamento;
- familiarização com os exercícios e técnicas de auxílio ao parto normal;
- familiarização com posições alternativas para o trabalho de parto e parto;
- palestras e oficinas sobre saúde e doença, sexualidade, gravidez, parto normal e puerpério;
- exercícios pélvicos com a *Nasce Já*;
- exercícios de ioga para controle da respiração;
- massagens relaxantes;
- simulações e relatos de vivências relativas ao parto; e
- visita supervisionada à maternidade para onde a gestante deverá ser referenciada quando do trabalho de parto.

3.7 Instrumento para coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos: o cartão da gestante, modificado por nós para essa finalidade (anexo1), onde foram feitos os registros dos dados relativos à evolução da gestação, e um questionário, destinado à coleta de dados relativos aos antecedentes obstétricos e para avaliação da aceitação da *Nasce Já* pela gestante (apêndice 1). Além do principal equipamento, que é a cadeira obstétrica *Nasce já*, foram também utilizados: filmadora, gravador, fita K-7 e máquina fotográfica para a documentação fiel dos achados.

3.8 Estrutura da Nasce Já

A proposta para construção da *Nasce Já* (FIGURA 17) surgiu primordialmente do estudo sobre os princípios da Mecânica, as características, resistência e aplicabilidade de materiais que foram utilizados; criação de um sistema de rotação mecânica com eixos independentes, eficientes e de baixo custo.

A montagem do primeiro protótipo somente foi possível após vários meses de estudo sobre a anatomia da pelve feminina e dos mecanismos do parto.

O modelo inicial foi alvo de várias modificações até que fosse alcançado um resultado em que *designer*, segurança e funcionalidade atendessem as exigências da empresa fabricante.

A escolha dos materiais utilizados foi baseada em critérios técnicos, de modo que segurança, durabilidade e facilidade de manutenção foram contempladas.

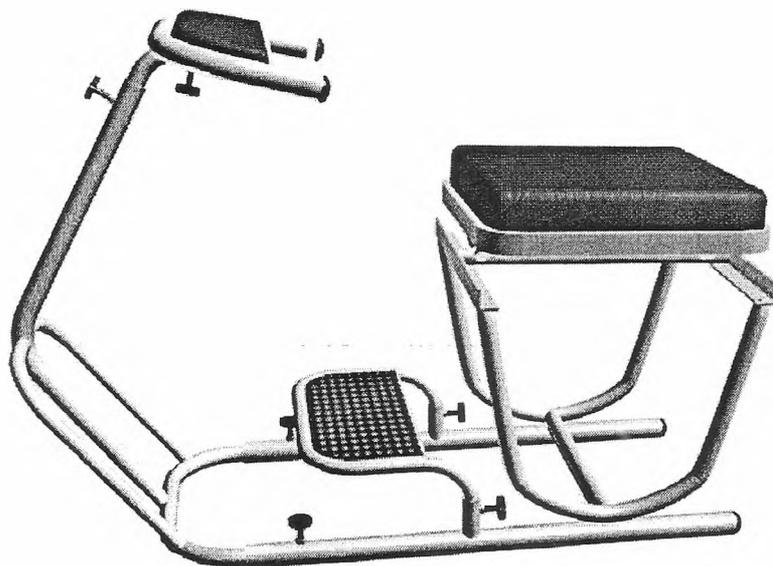


FIGURA 17 – Cadeira obstétrica Nasce Já

Estrutura funcional

A Cadeira Obstétrica para Estimulação Pélvica *Nasce Já* permite, através de seu sistema de eixos, movimentos no sentido anterior–posterior, laterais e circulares em sua estrutura principal, possibilitando o movimento de rotação da bacia pélvica da gestante e/ou parturiente, de forma a auxiliar os exercícios que simulam a atividade da musculatura pélvica durante a deambulação e o agachamento, e que são indicados durante a gestação e o trabalho de parto. A *Nasce Já* possibilita à gestante, durante o pré-natal, uma familiarização com os exercícios para auxílio ao parto normal.

A realização de exercícios físicos durante o pré-natal e a participação em atividades educativas estimulam e desmistificam o parto natural, proporcionando maior segurança, mais confiança na equipe multidisciplinar, e tornam a mulher consciente de que ela e seu filho são os verdadeiros protagonistas do nascimento.

Artal e Buckenmyer (1995) julgam saudável que a grávida pratique exercícios físicos durante a gestação. A posição adotada pela mulher durante o trabalho de parto pode afetar de forma importante a condição fetal. Várias pesquisas, nacionais e estrangeiras, mostram maior frequência de padrões normais de batimentos cardíacos fetais em posições verticalizadas, e um pH médio da artéria umbilical mais alto, se comparados às posições horizontais. O conhecimento sobre as técnicas e vantagens em permitir a movimentação da mulher durante o trabalho de parto normal, a escolha de posições diferentes, o podem fazer grande diferença no curso do trabalho de parto, em sua duração e/ou no grau de satisfação da cliente.

A atividade pélvica proporcionada pela movimentação nos sentidos longitudinais e laterais da *Nasce Já* auxilia na evolução da embebição gravídica, fenômeno que permite aos ossos componentes da bacia, especialmente o osso sacro, movimentos de nutação e contranutação que lhe ampliam os diâmetros, favorecendo, durante o trabalho de parto, a migração das partes fetais, reduzindo a necessidade de analgesias e as desacelerações precoces e tardias do coração

fetal, além de proporcionar à parturiente a sensação de estar colaborando com a dinâmica do parto. Quando desenvolvida nas salas de pré-parto, promove a movimentação ativa e passiva da musculatura pélvica e seu relaxamento, sendo que realizada de forma segura, sem tanto esforço físico e sem os inconvenientes hemodinâmicos que a posição ereta (de pé) oferece.

A posição vertical permite que a força da gravidade estimule as contrações uterinas e puxos, dilatação e abertura mais rápida do colo provocada pela maior pressão exercida pela apresentação fetal, especialmente a cabeça, e o alinhamento entre o eixo longitudinal da coluna vertebral do feto com o eixo longitudinal da coluna vertebral da mãe (BALASKAS, 1993).

Quando a gestante permanece na posição vertical, o útero exerce maior pressão sobre o feto e, por sua vez, exerce um estímulo mais adequado sobre o colo do útero, através de uma pressão máxima dentro da pelve.

Durante o primeiro período de trabalho de parto, quando está ocorrendo a dilatação do colo, a cabeça do feto exerce maior pressão sobre o colo do que na posição deitada, favorecendo uma redução de tempo neste período em relação à parturiente, que permanece na posição horizontal e tem o colo do útero solicitado de maneira menos eficiente (STEWART, 1983; CHEN, 1987; BHARDWAJ, 1995).

Após favorecer a verticalidade da posição da parturiente no 1º. e 2º. períodos do trabalho de parto, a expulsão adiantada, a cliente pode ser transferida para uma cama de parto e utilizar-se de uma posição de sua escolha, onde se possa fazer o parto humanizado ou permanecer em decúbito dorsal em maternidades onde se utiliza esta posição como rotina para o parto.

A cadeira obstétrica utilizada no primeiro período do trabalho de parto promove o alinhamento vertical entre o eixo longitudinal da coluna vertebral da mãe e do feto, fazendo que a apresentação fetal exerça maior pressão sobre o colo uterino, solicitando-o de forma mais eficiente (em comparação com as posições horizontais), propiciando uma possível redução de tempo nesse período (FIGURAS 18, 19, 20 e 21).

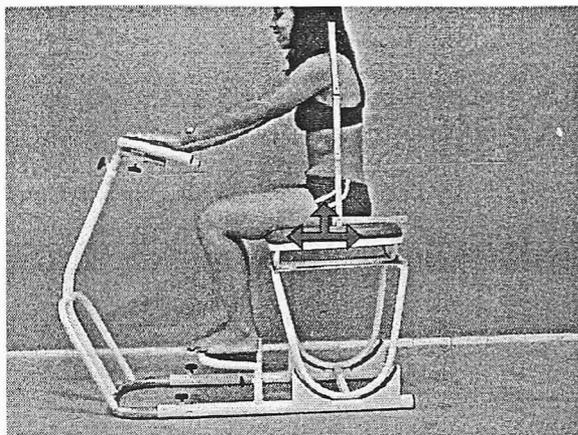


FIGURA 18 – Alinhamento vertical.



FIGURA 19 – Movimento anterior- posterior.

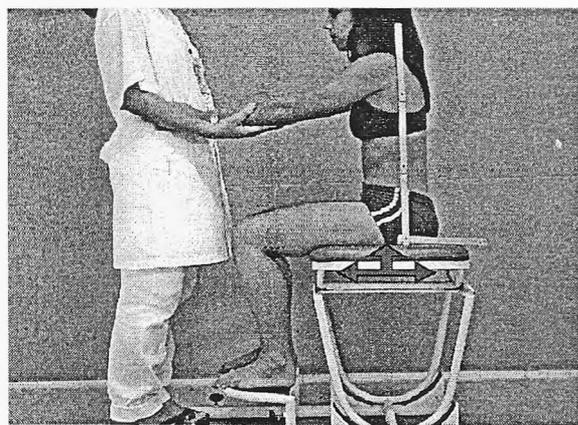


FIGURA 20 – Alinhamento vertical com acompanhante.

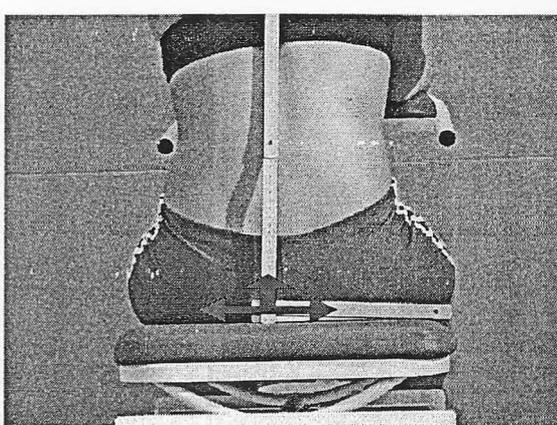


FIGURA 21 – Movimentação lateral.

Na posição vertical, as articulações pélvicas têm a possibilidade de expandir-se, mover-se e permitir que a cabeça do feto se ajuste de maneira adequada.

A possibilidade de ampla movimentação da pelve facilita a acomodação do fôveo em sua descida e rotação interna (FIGURAS 22, 23, 24 e 25).

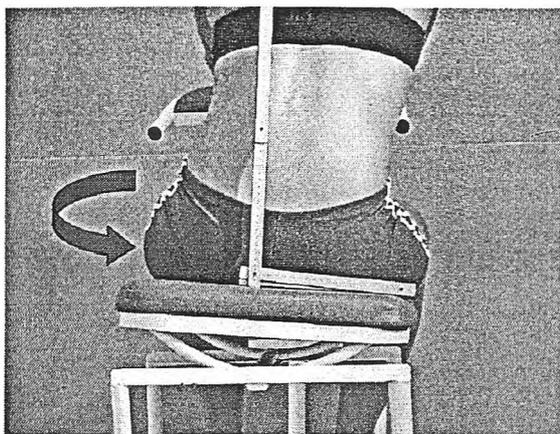


FIGURA 22 – Rotação em sentido anti-horário



FIGURA 23 – Rotação com acompanhante



FIGURA 24 – Inclinação com acompanhante

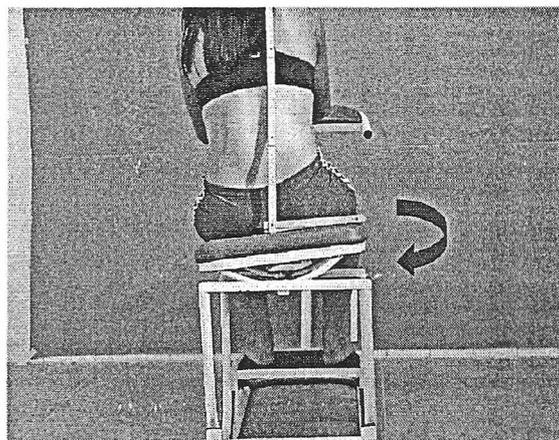


FIGURA 25 – Rotação em sentido horário

Sentada na *Nasce Já*, a parturiente posiciona-se com o tórax reclinado para frente (FIGURA 26), fazendo que as articulações pélvicas tenham a possibilidade de expandir-se, mover-se e permitir que a cabeça fetal se ajuste de maneira adequada. O sacro fica livre e pode mover-se para trás, aumentando o estreito inferior da pelve e facilitando a migração das partes fetais.

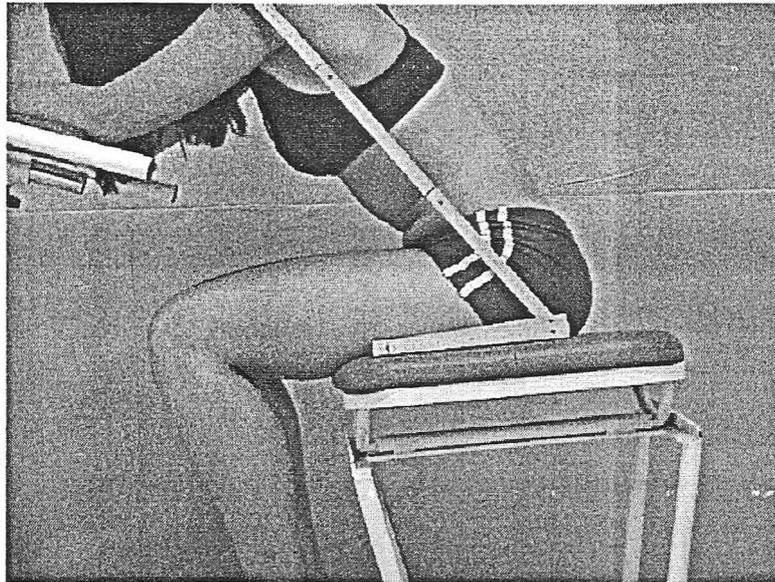


FIGURA 26 – Posição reclinada.

Quando a parturiente permanece reclinada, com a cabeça e os braços apoiados na *Nasce Já*, espera-se, como conseqüência dessa postura, menor compressão da inervação sacra, conseqüentemente menos dor. Esse fato pode ser determinante para a redução das solicitações de analgesias no parto (GARDOSI, 1989).

Vários estudos, como os de Stewarte *et al* (1983); Liddell e Fisher (1985); Chen *et al* (1987); Johnston e Sidall (1987); Gardosi *et al* (1989); Stewart e Spiby (1989); Crowley *et al* (1991); Allahbadia e Vaidya (1992); Bhardwaj *et al* (1995) sugerem que uma posição verticalizada ou uma inclinação lateral durante o segundo estágio do parto apresenta maiores vantagens do que a posição dorsal. A posição verticalizada causa menos desconforto e dificuldades de puxos, menos dor durante o trabalho de parto, menos traumatismo vaginal ou perineal e infecções da incisão. Esses mesmos estudos observaram menor duração do segundo estágio do parto nas posições verticalizadas.

A utilização da *Nasce Já* pode ter contra indicação-obstétrica, em casos excepcionais, quando o repouso físico da gestante seja indispensável e a postura vertical seja desaconselhável.

Detalhamento técnico – estrutura física

Com referência às figuras até agora apresentadas, a sua estrutura principal é composta de dois canos com bases de apoio no chão (1) paralelos e interligados por uma barra transversal (2) sobreposta de um cilindro transversal (3) por onde passa o primeiro eixo (4) que interliga a base das duas pernas em forma de arco invertido (5) que se sustentam nas bases de apoio permitindo a movimentação longitudinal da *Nasce Já*.

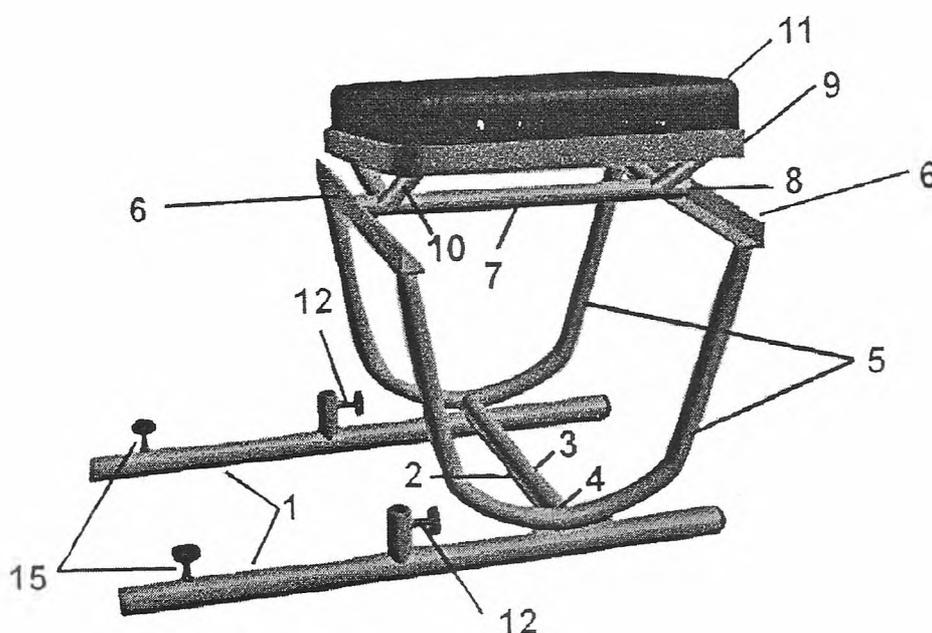


FIGURA 27 – Estrutura principal.

As extremidades dos arcos invertidos também são interligadas por barras de ferro transversais em forma de "L" (6) que limitam o movimento para a esquerda e direita do assento, e estas, por sua vez, são interligadas por outro cilindro (7) por onde passará o segundo eixo de sustentação (8), localizado em baixo do assento da *Nasce Já*, que proporciona a movimentação do assento formado por uma base retangular(9), segura por estruturas em forma de arco(10), que vão de um lado a outro para dar sustentação, e é recoberta por espuma de alta densidade e "courvin" (11) (FIGURA 28).

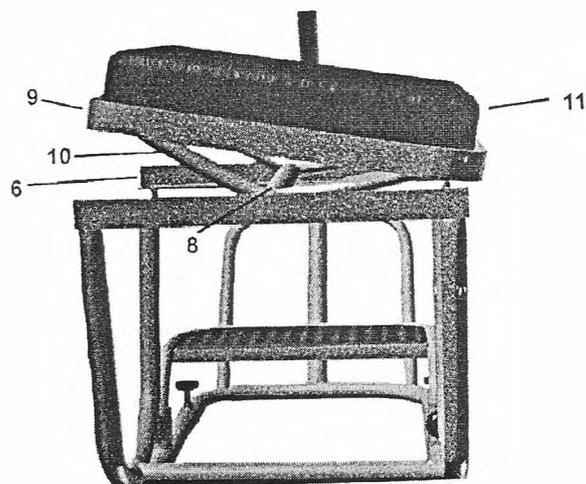


FIGURA 28 – Vista posterior da estrutura principal.

As bases de apoio do chão possuem encaixes com roscas reguladoras de altura (12) para o suporte de pés e em suas extremidades frontais possui encaixes com roscas reguladoras de distância (15) para o suporte de apoio para braços e cabeça. O suporte para pés (FIGURA 29) é formado por uma base cilíndrica (13) em forma de degrau de escada e de uma superfície de apoio (14) revestida de material de borracha antiderrapante e pode ser regulada para proporcionar mais conforto.

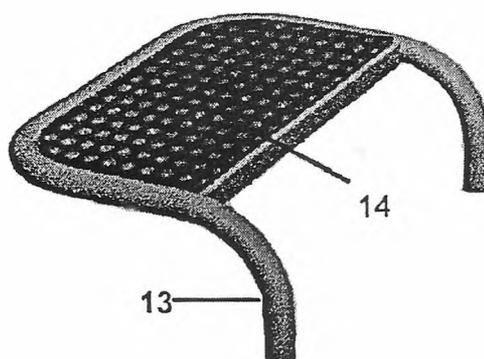


FIGURA 29 – Suporte para pés.

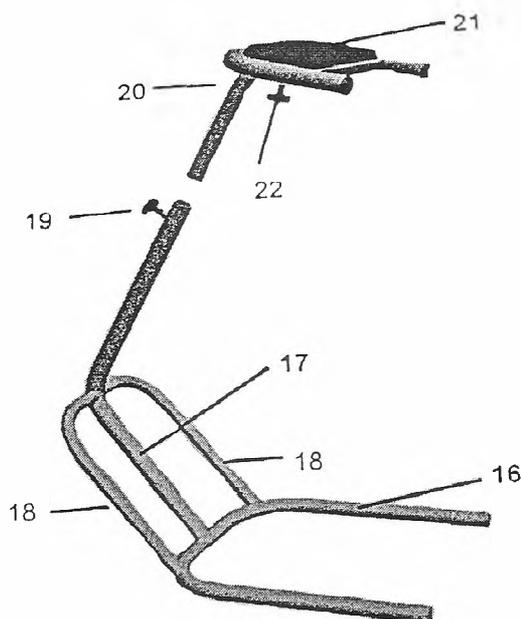


FIGURA 30 – Suporte para braço e cabeça.

O suporte para braço e cabeça é formado por canos metálicos cilíndricos em forma de “U” (16), ligado perpendicularmente ao eixo central (17) e reforçado por duas barras paralelas de segurança(18). Próximo a sua extremidade superior há uma rosca reguladora de altura (19). Sobre este suporte é encaixado um guidão em forma de meio círculo ou meia lua (20), com suporte interno acolchoado com esponja e coberto com “courvin” (21), que proporciona apoio e sustentação para os braços e a cabeça da gestante/ parturiente e pode ser ajustado em sua distância através da manipulação da rosca reguladora (22) (FIGURA 30).

Montagem

A montagem da cadeira *Nasce Já* é procedida da seguinte forma: encaixa-se a base do guidão (20) no eixo do suporte (17) e ajusta-se a altura através da rosca (19). Encaixa-se a base do suporte (16) na base da cadeira (1); este ajuste somente é feito após a parturiente poder acomodar-se no assento para que seja

ajustada a distância do suporte para braços com a rosca (15). A cadeira está pronta para ser usada nos exercícios nos quais a gestante/parturiente, apoiada de forma segura, realizará movimentos da pelve em várias direções enquanto pratica exercícios respiratórios de relaxamento.

Consideramos, portanto, que a proposta de validação deste equipamento é importante e oportuna, pois a cadeira para estimulação pélvica *Nasce já* permite, através de seu sistema de eixos, movimentos de rotação da pelve, que simulam a atividade da musculatura pélvica durante a deambulação e o agachamento.

Além dos benefícios mencionados e que também estão sendo motivo de avaliação e validação científica, observações iniciais sugerem que a utilização da *Nasce já* parece favorecer a redução do tempo de permanência em salas de pré-parto e a redução de hipóxia fetal em partos de longo curso, nos quais o posicionamento horizontal da gestante possa influenciar negativamente na solicitação eficiente do colo uterino.

A Cadeira obstétrica *Nasce Já* é um equipamento seguro e tangível para a realização de exercícios pélvicos e estímulo ao parto normal.

A utilização da *Nasce Já* no pré-natal e nas salas de pré-parto, além dos benefícios já descritos, objetiva também socializar os conhecimentos atuais sobre os exercícios físicos indicados para as gestantes e promover mudanças nas rotinas das maternidades onde a mulher em trabalho de parto quase sempre fica confinada ao leito, sem opções para movimentar-se como deseja e o instinto impõe.

A *Nasce Já* pode, de forma segura, oferecer a vivência do parto ativo em maternidades e casas-de-parto e até na própria residência, mesmo naquelas que não tenham sido concebidas para oferecer essa modalidade de assistência. Durante o atendimento pré-natal e o trabalho de parto, pode contribuir para a redução da morbi mortalidade materna e infantil relacionada às dificuldades com o parto e ser fator importante na popularização do parto normal e na redução de custos hospitalares. São estudos que pretendemos aprofundar ao desenvolver programa de doutorado.

As clientes, em sua totalidade, foram acessíveis e solícitas. A abordagem inicial, onde se formalizou o convite à gestante para participação na investigação, geralmente foi feita na primeira consulta de enfermagem, e a expectativa das grávidas em participar de novo modelo de assistência pré-natal, com utilização da *Nasce já* foi muito positiva. O tempo médio para realização do primeiro atendimento foi de 25 minutos, nos atendimentos agendados para utilização da sala de Estimulo e Preparação para o Parto Normal. O tempo médio de permanência das gestantes nas atividades foi de 35 minutos, e finalmente, na última entrevista, realizada com objetivo de se obter uma avaliação final da aceitação da *Nasce Já* pela gestante, o tempo médio de duração foi de 15 minutos. A coleta de dados, realizada através de observações, entrevistas e exame físico, foi realizada em três momentos distintos. No primeiro momento, durante a primeira consulta de enfermagem, ocorreu a avaliação do risco gestacional e a apresentação, à gestante, do novo modelo de assistência pré-natal com a utilização da cadeira *Nasce Já*. Foram então colhidos os antecedentes pessoais e obstétricos que formaram a base de dados de nossa investigação. O conceito de risco foi associado a dados concretos e a probabilidades, pelo fato de que o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre é conhecido, por esse motivo, em cada nova sessão de exercícios, foi realizada uma avaliação prévia do estado geral da gestante, inclusive com a verificação da pressão arterial, e uma outra avaliação, posterior à realização dos exercícios, com a mesma finalidade.

No segundo momento, nas consultas subseqüentes, foram colhidos dados relativos à evolução da gestação e aceitação do equipamento e da metodologia empregada. Essa coleta de dados foi feita tanto pelo pesquisador como por enfermeiras colaboradoras, treinadas pelo pesquisador e que trabalham no Centro de Saúde onde a investigação foi realizada.

No terceiro momento, após a 30^a semana de gestação, foram avaliados o atendimento de enfermagem prestado durante o pré-natal e os possíveis benefícios

que, na óptica das clientes, possam ter advindo da utilização da *Nasce Já*. As consultas médicas e de enfermagem foram realizadas mensalmente até a 32ª semana da gestação. Da 33ª à 36ª semana, foram instituídas consultas quinzenais, e, a partir da 36ª semana, as consultas foram semanais, até o momento do parto para aquelas que chegaram a esse estágio da gestação, ainda no período de coleta de dados dessa investigação. No entanto, o comparecimento às consultas semanais após a 36ª semana foi mínimo. Os dados relativos às consultas de enfermagem foram coletados no atendimento pré-natal na Sala de Estímulo e Preparação para o Parto Normal.

Todas as gestantes foram avaliadas quanto ao grau de satisfação com a utilização da *Nasce Já* na assistência pré-natal. A avaliação da utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já* no trabalho de parto não foi realizada de forma sistemática, pela limitação de tempo, e por estar prevista em uma investigação futura, quando se buscará a validação científica do equipamento. Mesmo assim, alguns importantes relatos foram colhidos.

Para as gestantes admitidas no estudo e que completaram trinta ou mais semanas, foram realizadas visitas à maternidade de referência para que pudessem se familiarizar tanto com as características físicas da maternidade como para conhecerem a rotina de admissão e manter contato prévio com funcionários que realizam o atendimento durante a internação.

Fases da Assistência Pré-natal com a Utilização da *Nasce Já*

Inicialmente, o período de coleta de dados estava previsto para (5) cinco meses. Entretanto eliminaram-se alguns sujeitos da pesquisa atendendo a critérios de exclusão estabelecidos no protocolo. Isto acarretou um esticamento do período de admissão e a coleta de dados se prolongou. Finalmente, concluímos o levantamento da amostra após oito (8) meses, que compreenderam o intervalo entre a primeira admissão e a realização da 8ª sessão de exercícios com a *Nasce*

Já, realizada pela última gestante admitida na pesquisa, compreendendo assim uma amostra de cento e setenta e seis (176) gestantes, sendo que este número representa 110% da capacidade mensal de inclusão de gestantes na assistência pré-natal no Centro de Saúde onde se desenvolveu a investigação.

O atendimento proposto para todas as mulheres admitidas no estudo constou, além das ações relativas ao pré-natal dito convencional, de atividades teóricas e práticas a partir de sua admissão no estudo, bem assim foram estimuladas as participações do companheiro e de outros membros da família. As atividades foram divididas em 3 fases compreendendo: a atenção a evolução da gestação através de avaliações laboratoriais e do exame físico, preparo físico e psíquico, ações educativas relacionadas a sexualidade, gestação, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

As ações consideradas na primeira fase podem ser descritas como a realização do seguinte conjunto de medidas: solicitação dos exames laboratoriais da rotina da instituição: VDRL, um exame na primeira consulta e outro agendado para o terceiro trimestre da gestação, para que sejam evitados os casos de sífilis congênita através do diagnóstico e tratamento precoce da sífilis na gestante, glicemia em jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à trigésima semana de gestação para realização do diagnóstico e a instituição precoce do tratamento das mulheres diabéticas, hemoglobina e hematócrito na primeira consulta: com objetivo de detectar aquelas gestantes acometidas por anemias de variada etiologia, oferta a testagem anti-HIV com exame na primeira consulta: com objetivo de, em caso de positividade, instituir precocemente os tratamentos que poderão evitar a transmissão vertical, aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado, ou dose de reforço em mulheres já imunizadas: com objetivo de evitar o tétano neonatal, a avaliação do risco gestacional realizado na primeira consulta e nas consultas subseqüentes.

Para o preparo físico, foram demonstrados e recomendados exercícios que possibilitassem, entre outras coisas, a redução do percentual de gordura, quando necessário, o fortalecimento da musculatura, especialmente objetivando melhorar a eficiência de grupos de músculos que estão envolvidos durante o trabalho de parto e aumentar a produção de endorfinas através do relaxamento muscular e o aprimoramento da capacidade cárdio-respiratória. Esses exercícios foram realizados com a utilização da *Nasce Já*, com duração de 15 minutos por sessão e exercícios de relaxamento e/ou massagem por 10 minutos, respeitando-se sempre as características individuais, percebidas durante a entrevista e os exames físicos. Os exercícios propostos objetivam o fortalecimento da musculatura do períneo e dos grupos musculares que são mais solicitados quando a parturiente assume posições verticalizadas para o parto.

Como preparo psíquico, foram trabalhados, através de relatos de experiências vivenciadas pelas mulheres admitidas no estudo, as tensões, temores, os mitos e ansiedades relativos a gestação, trabalho de parto, parto, aleitamento materno, sexualidade na gestação e no puerpério, experiências anteriores negativas e cuidados com os filhos. Nessa fase, foi estimulado o conhecimento corporal, através da projeção de vídeos e da utilização de modelos pélvicos, simulações de parto, tudo visando ao maior conforto e à diminuição da percepção de dor na hora do parto.

Nas ações educativas, foram repassadas informações sobre procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento pré-natal, pré-parto e parto, e orientações sobre os direitos da mulher em solicitar que a equipe que presta assistência ao parto evite práticas intervencionistas desnecessárias.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos após a coleta de dados estão apresentados em tabelas e gráficos, facilitando a explicação de procedimentos estatísticos e a interpretação da informação numérica.

Os dados levantados foram digitados no programa Epiinfo 6.04b (OMS/CDC, USA) e analisados estatisticamente, utilizando-se o Stata 7.0. Foi feita uma análise descritiva e bivariada das variáveis, usando-se neste último o qui-quadrado de Pearson para medir possíveis associações, considerando um limite de 95% de confiança.

O teste do quiquadrado (X^2) é um teste paramétrico utilizado quando existem categorias de dados e hipóteses sobre a proporção de casos, que recaem nas várias categorias, quando é criada uma tabela.

A estatística do quiquadrado (X^2) é computada, somando-se cada célula, as diferenças entre as frequências observadas e as frequências esperadas, indicando quando existe uma relação entre a variável independente e a variável dependente (Polit e Hungler, 1995; 250).

A idade média das mulheres admitidas na investigação foi de 23 anos, sendo a menor idade 15 anos e a maior 40, com desvio padrão (dp) de 5,0; 76 mulheres (43,3%) pertenciam à faixa etária entre 21 e 25 anos.

As entrevistadas estudaram em média 6,7 anos (dp=2,5), sendo que 119 delas (67,6%) estudaram seis(6) ou mais anos. 54 gestantes admitidas no estudo, o equivalente a 32,5%, informaram residir em áreas próximas ao Centro de Saúde, o que explica por que se deslocaram a pé de suas residências até o Centro de Saúde, conforme consta na tabela 1.

Tabela 1 – Dados sócio-demográficos do grupo de gestantes. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001

<i>Discriminação</i>	<i>Número</i>	<i>%</i>
<i>Faixa Etária</i>		
15 a 20 anos	62	35,2
21 a 25 anos	77	43,8
> 25 anos	37	21,0
Total	176	100,0
<i>Escolaridade</i>		
Até 5 anos	57	32,4
6 a 8 anos	82	46,6
9 ou mais	37	21,0
Total	176	100,0
<i>Meio de transporte</i>		
À pé	54	32,5
Ônibus	103	62,1
Carro/Outros	9	5,4
Total	176	100,0

As gestantes buscaram assistência pré-natal, em média, com 19 semanas de gravidez ($dp=7,2$) apesar de ser ampla divulgação, nos bairros e comunidades assistidas pelo Programa de Agentes Comunitários (PACS), de que o início da assistência pré-natal deve ocorrer imediatamente após a confirmação da gravidez, preferencialmente, ainda no primeiro trimestre.

As mulheres pesquisadas tiveram em média 2,0 gestações anteriores e têm em média 0,6 filhos vivos. No universo de 176 gestantes, 33 pacientes (18,7%) já haviam praticado aborto anteriormente, dado que nos remete a uma média de 0,3 aborto por mulher do grupo em estudo,

Tabela 2 – Distribuição percentual das variáveis de conhecimento do parto, segundo a escolaridade. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001

Variáveis	Escolaridade			Valor de p
	Até 5 anos	6 a 8 anos	9 ou mais	
Tinha conhecimento do risco do parto operatório	12,0	12,9	21,8	0,404
Recebeu orientação anterior sobre parto operatório	9,8	8,5	15,6	0,536
Recebeu orientação anterior sobre parto Normal	30,8	19,7	21,2	0,338
Tem medo de parto normal	38,5	50,7	69,7	0,019
Recomendaria a utilização da <i>Nasce já</i> para outras mulheres	100,0	100,0	100,0	-
Acredita que em algum momento seus direitos e/ou sua opinião não foram respeitados	22,2	12,5	33,3	0,617

Como podemos observar na tabela 2, existem poucas diferenças entre as opiniões das mulheres do estudo quando se busca associar o grau de escolaridade com questões de conhecimento anterior sobre parto, mas uma das variáveis se mostrou significativa estatisticamente ao nível de 95% de confiança. Quando perguntadas se temiam de ter parto normal, as mulheres com maior escolaridade referiram ter mais medo do que aquelas com baixa escolaridade, chegando a quase 70% de medo entre as mulheres que já alcançaram 9 anos de escolaridade (ensino médio). Esse dado parece sugerir que, entre as mulheres com maior escolaridade, as informações relativas ao parto normal são, por algum motivo, associadas a dor, ficando em segundo plano os aspectos relativos à segurança da parturiente e do seu feto. No entanto, observamos que, nesse caso, a

escolaridade pode não ser uma boa variável quando se buscar associações, uma vez que algumas entrevistadas não concluíram seus estudos e ainda freqüentam a escola, especialmente aquelas que ainda são adolescentes e que tiveram seus estudos interrompidos pelas circunstâncias da gestação. Resta-nos esclarecer, também, que, no grupo estudado, a idade não está diretamente associada com a escolaridade ($p=0,175$).

Tabela 3 – Distribuição percentual das variáveis de conhecimento do parto, segundo o número de gestações. Centro de Saúde da rede pública municipal.

Fortaleza-CE, 2001.

<i>Variáveis</i>	<i>Número de gestações</i>		<i>Valor de p</i>
	<i>1 gestação</i>	<i>2 ou mais</i>	
Tinha conhecimento do risco do parto operatório	46,1	53,9	0,212
Recebeu orientação anterior sobre parto operatório	55,6	44,4	0,756
Recebeu orientação anterior sobre parto Normal	46,5	53,5	0,066
Tem medo de parto normal	66,3	33,7	0,034
Recomendaria a utilização da <i>Nasce já</i> para outras mulheres	100,0	100,0	-

Tabela 4 – Distribuição percentual das variáveis de conhecimento sobre parto, segundo a faixa etária. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001

<i>Variáveis</i>	<i>Faixa etária</i>			<i>Valor de p</i>
	<i>15 a 20</i>	<i>21 a 25</i>	<i>>25 anos</i>	
Tinha conhecimento do risco do parto operatório	8,5	19,4	17,1	0,202
Recebeu orientação anterior sobre parto operatório	11,3	8,3	11,8	0,800
Recebeu orientação anterior sobre parto normal	29,0	23,0	17,1	0,405
Tem medo de parto normal	50,0	50,0	51,0	0,989
Recomendaria a utilização da cadeira para outras mulheres	100,0	100,0	100,0	-
Acredita que em algum momento seus direitos e/ou sua opinião não foram respeitados	27,3	11,1	10,0	0,402

Não houve nenhuma diferença importante do ponto de vista estatístico para as faixas etárias propostas para este estudo, ficando evidenciado, no entanto, o pouco conhecimento das mulheres sobre os riscos do parto operatório.

Por ter-se revelado a média de 1,8 parto anterior entre as mulheres em estudo, nos causou estranheza o fato de que, em pré-natais realizados anteriormente, não tenham sido repassadas ou apreendidas por essas mulheres as orientações relativas aos riscos e comparações entre o parto normal e o parto operatório, suas indicações e contra-indicações.

No entanto, as informações expressas nas tabelas 2 e 3 confirmam que todas as usuárias (100%) recomendariam a utilização da cadeira para outras mulheres, o que demonstra a aceitação do equipamento e o grau de confiança nos possíveis efeitos benéficos que esse equipamento oferece para as gestantes que dele se utilizam.

Ainda no tocante a utilização da cadeira, não houve uma associação entre o número de vezes que utilizou a cadeira e o fato de as mulheres se deslocarem a pé ou a ônibus de suas residências até a Unidade de Saúde. Esse dado, em nosso entender, reforça a idéia de que o atrativo exercido pela utilização da *Nasce Já*, no pré-natal humanizado, é bastante forte, motivando de forma eficaz as mulheres que moram em bairros mais distantes a comparecerem maior número de vezes à Unidade de Saúde, mesmo que isso represente uma despesa adicional com transporte (ônibus). Reforçando essa nossa percepção, recebemos, durante período em que se desenvolvia a investigação, a solicitação de várias gestantes, acompanhadas pelo serviço de pré-natal de outras unidades de saúde, para utilizarem a cadeira *Nasce Já*, mesmo que fosse necessário utilizar mais de um meio de transporte no deslocamento de suas residências.

Entre as 176 gestantes da amostra, 21 delas ou 12,2% já haviam sido assistidas, em gravidezes anteriores, na Unidade de Saúde onde se desenvolveu pesquisa. Ao final da investigação, as 21 gestantes foram unânimes em afirmar

que o pré-natal humanizado, com a utilização da *Nasce Já*, foi superior, em qualidade de atenção, quando comparado com a experiência anterior. Ainda analisando este “subgrupo” da amostra, encontramos a média de 6 consultas, ou comparecimentos, durante o pré-natal anterior, excluindo-se as vezes em que o comparecimento ocorreu exclusivamente para a coleta de exames laboratoriais. Em nossa análise, na investigação sobre a aceitação da *Nasce Já*, as vezes em que a gestante tenha estado na unidade de saúde para realização de algum procedimento e não tenha utilizado o equipamento não foram computadas como critério de comparecimento à unidade de saúde pelo atrativo que, supomos, a *Nasce Já* representa. Outros indicadores relativos à utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já* foram agrupados na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição percentual dos indicadores sobre a utilização da cadeira. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001

Variáveis	% de respostas positivas
Tem contra-indicação para utilização da cadeira	5,7
Aumento da pressão arterial após o uso da cadeira	0,0
Queixas de mal-estar após o uso da cadeira	2,3
Gostaria de ter utilizado mais vezes	95,2
A quantidade foi suficiente	34,2
Acha que não deveria ter usado	3,9
Acredita que o uso da cadeira acarretará alguma influência benéfica para você	99,4
Acredita que o uso da cadeira acarretará alguma influência benéfica para seu parto	100,0
Acredita que o uso da cadeira acarretará alguma influência benéfica para seu filho	100,0
Recomendaria o uso da cadeira para outras mulheres	100,0
Em uma nova gravidez utilizaria a cadeira novamente	100,0

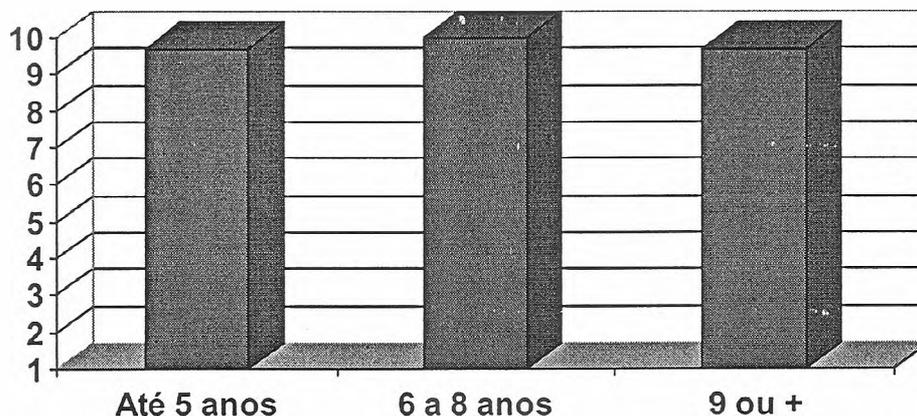
Somente 10 das mulheres (5,7%) admitidas no estudo apresentaram, em algum momento, alguma contra-indicação para o uso da cadeira obstétrica, sendo que a causa mais comum foi a hipertensão arterial seguida das cardiopatias e história pregressa de doença hipertensiva específica da gravidez (DEHG).

Antes e após as sessões de utilização da cadeira *Nasce Já*, foi verificada a pressão arterial das gestantes e em nenhum caso, após o período de relaxamento, que se seguia aos exercícios pélvicos, foi detectado aumento significativo da pressão arterial.

Apenas quatro mulheres (2,3%) referiram mal-estar transitório após a realização dos exercícios, sem que esse fato se repetisse por mais de duas vezes, e apenas entre a 1ª e 5ª sessões de exercícios. Quando perguntadas se gostariam de ter utilizado mais vezes a cadeira *Nasce Já* durante a gestação, 95,2% das mulheres responderam de forma afirmativa, 175 gestantes (99,4%) acreditam que a utilização da *Nasce Já* pode vir a ter alguma influência benéfica para ela própria e 100% (176 mulheres) acreditam que a cadeira tem alguma influência benéfica para outras mulheres, para o parto e para o recém-nascido, e também recomendariam a utilização da *Nasce Já* para outras mulheres.

Todas as mulheres admitidas no estudo (100%) afirmaram que utilizariam a *Nasce Já* em uma nova gestação. Contrariamente, observamos que 7 dessas mulheres (3,9%), contraditoriamente, acreditam que não deveriam ter utilizado a *Nasce Já*, sem no entanto terem sido explicitados os motivos.

Gráfico 1 – Notas de 1 a 10 atribuídas pelas gestantes, agrupadas por anos de escolaridade, aos exercícios físicos realizados com a *Nasce Já*. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001



Das 176 gestantes admitidas no estudo, 132 (75%) responderam, ao final de sua participação na pesquisa, sobre a suficiência do número de vezes que utilizaram a *Nasce Já*, e 81(65,8%) delas afirmaram que gostariam de ter utilizado mais vezes. No entanto, vale ressaltar que parte das gestantes da amostra já havia iniciado a assistência pré-natal convencional quando do início da investigação e que, ao final da investigação, cerca de 40% das gestantes ainda não haviam atingido a 30ª semana de gestação.

O mínimo de sessões de exercícios que uma gestante admitida na investigação realizou na *Nasce Já* foi de oito vezes, sendo que esse foi um dos critérios de inclusão adotados.

Tabela 6 – Vontade da participação do parceiro no pré-natal e no parto, e da vontade de realizar exercícios na *Nasce já*, segundo a escolaridade. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001

<i>Variáveis</i>	<i>Escolaridade</i>			<i>Valor de p</i>
	<i>Até 5 anos</i>	<i>6 a 8 anos</i>	<i>9 ou mais</i>	
Gostaria que o companheiro acompanhasse o pré-natal	91,2	90,2	91,9	0,954
Gostaria que o companheiro acompanhasse o parto	89,5	91,5	83,8	0,416
Gostaria de realizar exercícios na cadeira <i>Nasce já</i>	98,3	100,0	94,4	0,082

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os níveis de escolaridade quanto ao desejo de que o companheiro participasse da assistência pré-natal, com média de 88,2%, no entanto, infelizmente a participação dos companheiros não atendeu as expectativas das gestantes. Entre as gestantes que responderam positivamente e entre aquelas que não manifestaram o desejo de que o companheiro acompanhasse o pré-natal havia mulheres que não tinham relacionamento estável ou parceiro fixo. Entre as mulheres com parceiro fixo, apenas 8 companheiros estiveram em mais de três consultas, 12 outros acompanharam duas consultas, e 29 homens acompanharam suas parceiras apenas uma vez. As demais gestantes, esporadicamente, foram acompanhadas por amigas, vizinhas ou familiares.

Segundo as gestantes, o principal motivo alegado pelos parceiros para não acompanharem a assistência pré-natal é a falta de tempo, em razão de compromissos profissionais, no entanto, 76% dessas mulheres afirmam que se a assistência pré-natal pudesse ficar disponível aos sábados, poderiam contar com uma maior participação dos companheiros na assistência pré-natal.

A média de vezes da utilização da *Nasce Já* durante a assistência pré-natal pelas 176 mulheres da amostra foi de 13,4 vezes, sendo que 132 delas (75%) manifestaram desejo de utilizar a cadeira mais vezes. Esses dados parecem sugerir

que, com a utilização desse equipamento, a média de atendimentos durante a assistência pré-natal poderá, pelo menos, duplicar o número de consultas sugeridas pelo Ministério da Saúde do Brasil e a OMS (entre 5 e 6 consultas) para o período gestacional.

Tabela 7 – Distribuição percentual dos conhecimentos da gestante a respeito de parto, segundo a escolaridade. Centro de Saúde da rede pública municipal.

Fortaleza-CE, 2001.

<i>Variáveis</i>	<i>Escolaridade</i>			<i>Valor de p</i>
	<i>Até 5 anos</i>	<i>6 a 8 anos</i>	<i>9 ou mais</i>	
recebeu orientação anterior sobre parto operatório	12,7	8,5	11,1	0,723
recebeu orientação anterior sobre parto normal	31,6	21,9	18,9	0,302
conhece posições do parto	17,5	12,2	2,7	0,078

A análise da tabela 7 leva a crer que, embora sem significância estatística, uma maior escolaridade das mulheres levaria a um menor conhecimento sobre o parto, especificamente sobre orientações recebidas anteriormente e sobre as posições alternativas para o parto, o que nos parece absurdo. Uma maior escolaridade não poderia, pois, estar associada ao desconhecimento de informações as quais as gestantes com menor escolaridade possuem. Tal viés pode estar sendo causado por uma variável de confusão. Na tabela 8, mostramos o que parece haver ocorrido.

Tabela 8 – Distribuição percentual do número de gestações agrupadas, segundo a escolaridade. Centro de Saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001.

<i>Variáveis</i>	<i>Escolaridade</i>			<i>Valor de p</i>
	<i>Até 5 anos</i>	<i>6 a 8 anos</i>	<i>9 ou mais</i>	
1 gestação	40,4	65,9	70,3	0,003
2 ou mais gestações	59,7	34,2	29,7	

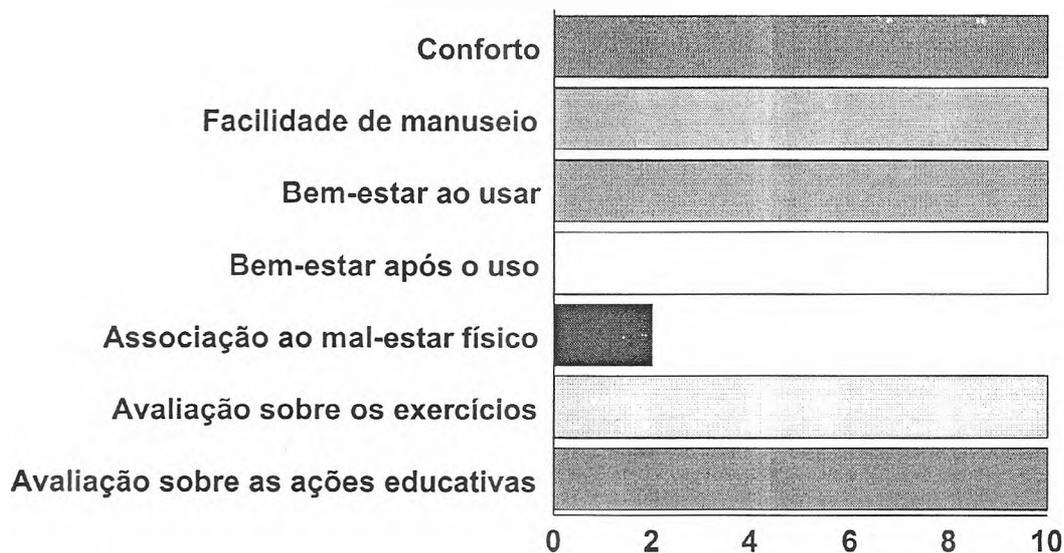
O número de gestações mostrou-se associado a escolaridade ($p < 0,01$), ou seja, quanto maior a escolaridade da paciente menor é o seu número de gestações. Isto explica o valores encontrados na tabela 6, onde a escolaridade parecia diminuir o conhecimento sobre o parto. Na realidade, a mulher que já teve partos anteriores, independentemente de escolaridade, tem mais informações sobre o parto.

No entanto, das 176 mulheres da amostra, 169 (98,26%) delas informaram nunca haver praticado exercícios físicos com regularidade antes da gestação, e apenas 3 ou 1,74% afirmaram ter praticado exercícios físicos com regularidade, sendo que apenas uma, entre as 3, havia freqüentado academia de ginástica.

O fato de que a maioria das gestantes nunca praticou exercícios físicos com regularidade, anteriormente à gestação, não parece causar nenhum óbice à adaptação, aceitação e avaliação positiva da *Nasce Já*, bem como à realização de ações educativas durante as sessões de exercícios. Estamos convencidos de que o prazer, o conforto e a motivação na realização dessas atividade física podem, de alguma forma, estimular também o interesse pelas informações relativas à gestação e ao parto, conforme demonstra o gráfico 2.

Gráfico 2 – Avaliação da *Nasce Já* com notas de 1 a 10 atribuídas pelas gestantes.

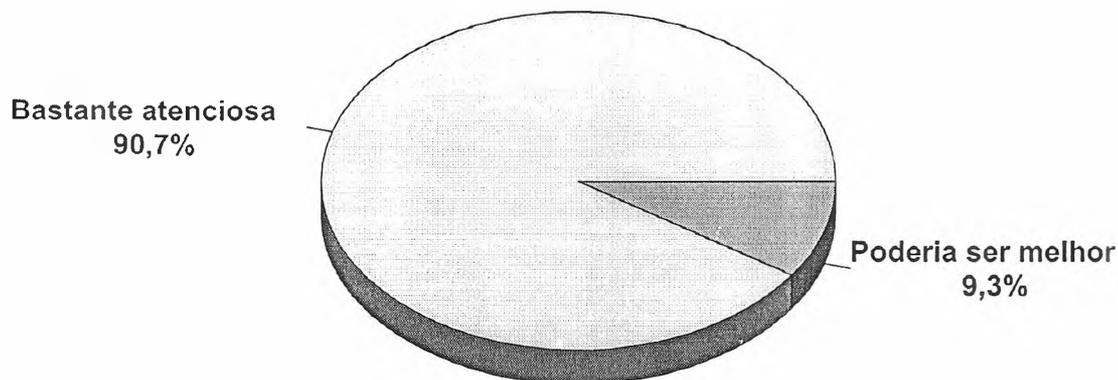
Centro de saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001



Ao final da participação de cada gestante na investigação, foi solicitado a cada uma delas, individualmente, que avaliasse a equipe de enfermeiros que prestaram assistência humanizada ao pré-natal, utilizando a cadeira obstétrica *Nasce Já*, outros exercícios e técnicas de relaxamento já descritas. Foram três as opções possíveis para as respostas: 1. Bastante atenciosa; 2. Poderia ter sido mais atenciosa; 3. Desatenciosa.

Conforme pode ser observado no gráfico 3, a grande maioria das gestantes (90,7%) considerou a equipe Bastante atenciosa e 9,3% avaliaram que a equipe poderia ter sido mais atenciosa.

Gráfico 3 – Avaliação das gestantes sobre a atenção dispensada pela equipe de enfermeiros que participou da investigação. Centro de saúde da rede pública municipal. Fortaleza-CE, 2001



Os exercícios realizados na *Nasce Já* foram avaliados de maneira positiva e associados ao alívio do cansaço e diminuição das dores lombares. Depoimentos de 52 mulheres, 29 % das gestantes incluídas no estudo, revelaram o desejo dessas mulheres, de continuarem com as atividades físicas após o término da gestação, inclusive manifestando o desejo de, se possível, continuarem freqüentando a sala de estímulo e preparação ao parto normal.

Outra ocorrência positiva por nós registrada durante o desenvolvimento dessa pesquisa foi o grande interesse que despertou, promovendo visitas de diversos grupos de enfermeiros ligados à assistência pré-natal e ao parto, tanto de instituições locais como de outros estados.

Os resultados dessa investigação, a análise dos dados e as sugestões para melhoria da qualidade da assistência pré-natal serão enviados, oportunamente, à Gerência da Unidade de Saúde onde a pesquisa foi desenvolvida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entendemos, logo após os momentos iniciais dessa investigação, que não seria possível, como era o nosso desejo, realizar nesse momento a validação científica do equipamento *Nasce Já*, através de um estudo detalhado de suas possíveis influências e ações, quando utilizada durante o trabalho de parto e no parto. O principal empecilho encontrado foi a insuficiência de tempo no Curso de Mestrado para acompanhar um número significativo de mulheres durante a assistência pré-natal e o parto.

Optamos então por avaliar a aceitação da cadeira obstétrica em um grupo, estatisticamente significativo. A análise dessa investigação parece demonstrar claramente a aceitação da *Nasce Já* pelas gestantes que participaram da pesquisa.

Mesmo tendo optado por uma abordagem quantitativa para avaliar a aceitação da *Nasce Já*, não podemos deixar de registrar que observamos uma riqueza de manifestações e comportamentos dignos de registro e de uma investigação qualitativa, onde se transcreveriam diálogos e depoimentos emocionantes de várias gestantes, que, por amor ao futuro filho(a), superaram dificuldades para conseguir o transporte que as levasse a Unidade de Saúde. Emocionou-nos também perceber que essas gestantes sentem-se apoiadas mutuamente e que, mesmo em situações difíceis, continuam estimuladas a perseverar.

Compactuamos com a idéia de que a gestante atendida de forma adequada, respeitada e valorizada como mulher e pessoa humana procura o serviço de saúde mais vezes durante a assistência pré-natal e divulga em seu convívio social as boas qualidades por ela percebidas no serviço.

Não obstante, observamos e interpretamos ser necessária maior conscientização da equipe que presta assistência ao parto sobre seus deveres e responsabilidades na humanização da assistência ao parto e das clientes sobre seus direitos.

Uma nova postura na assistência pré-natal e uma nova possibilidade de atendimento de enfermagem a ser divulgada, defendida e adotada por outros serviços que tenham compromisso com a humanização da assistência pré-natal e ao parto.

É necessário que haja a adoção de uma postura interdisciplinar no conjunto de ações, sem fracionamento da qualidade, mesmo levando-se em conta as empatias e as preferências individuais dos componentes da equipe que presta a assistência pré-natal.

Matérias e reportagens em televisões e jornais e ainda o prêmio no 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em Recife-Pe, no ano de 2000, referendaram a importância do estudo.

Constata-se que cada gestação é para a mulher uma experiência única, tanto nos aspectos ligados a eventos biológicos como aqueles de caráter emocional e social. O convívio e a assistência à gestante é também para o profissional enfermeiro uma experiência única e enriquecedora.

Consideramos ter alcançado os objetivos propostos, muito embora reconheçamos que este trabalho deva ser aprofundado em pesquisa que busque a validação da cadeira obstétrica *Nasce Já*, desde a assistência pré-natal até o trabalho de parto e o parto. Essa validação exige um estudo muito mais aprofundado, quando serão utilizados outros informações e instrumentos de controle e avaliação.

A utilização da cadeira obstétrica *Nasce Já* na assistência pré-natal superou a média de atendimentos esperados na assistência convencional, sugerindo a necessidade de repensarmos as abordagens e estratégias implementadas para a humanização da assistência pré-natal na rede pública.

Recomendamos, portanto, que seja proporcionado às gestantes um atendimento mais humanizado, fazendo que a assistência pré-natal passe a ser, além de uma forma de proteção à saúde materna e infantil, uma fonte esclarecedora de informações teóricas, de vivências e de atividades físicas, tendo como o principal exercício realizado o da cidadania.

REFERÊNCIAS

ALLAHBADIA, G. N., VAIDYA, P. R. **Why deliver in the supine position?** Aust NZ J Obstet Gynecol, 1992, 32/2, p. 104-106.

ARAÚJO, J. G *et al.*. **Manual de capacitação de parteiras tradicionais** (TBA). Fortaleza: UFC, 1984, 66p.

ARTAL, R. e BUCHENMYER, P. J. **Exercise during pregnancy and postpartum.** Contemporary OB/GYN. 1995 (may) 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração:** Janine Schimer *et al.* Secretaria de Políticas de Saúde – SPS. 3. ed. Brasília: 2000. 66 p.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. **Legislação.** Rio de Janeiro, 2000.

_____. **Gestação de alto risco.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: 2000. 164 p.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, **Relatório de conferência nacional sobre organização de serviços para maternidade segura à luz da humanização.** Agosto 1998.

_____. **Urgências maternas: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna.** Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher. Brasília: 2000.

_____. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Guia para prestação de serviços em saúde reprodutiva.** Programa Viva Mulher. 1. ed. Ceará: 1998.

BALASKAS, J. **Parto ativo: guia prático para o parto natural.** Tradução: Adailton Salvatore Meia. Ground, 1993.

BARROSO, M. G. T. Trabalho em equipe: uma vivência multiprofissional. In: VARELA, Z.M. de V.; SILVA, R.M. da; BARROSO, M.g.T. **Dimensões do cotidiano: violência doméstica, saúde da mulher e desempenho no trabalho.** Pós-graduação/DENF/UFC. Fortaleza: 1998. parte III, cap. 1, p.103-110.

BHARDWAJ, N. *et al.* **Randomised controlled trial on modified squatting position of delivery.** Indian J Maternal and Child Health 1995;6(2):33-39.

CHEN, S., AISAKA, K., MORI, H. *et al.* **Effects of sitting position on uterine activity during labor.** Obstet. Ginecol. V. 69, n. 1, p. 67-73, jan. 1987.

CHINN, P. L., **Caring: Theory & Practice.** In GARCIA, T. R., PLAGLIUCA, L.M.F. A Construção do Conhecimento em Enfermagem: Coletânea de Trabalhos. Fortaleza: René, 1998.

CREMA, R. Paradigma do cuidar numa sociedade em transformação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM: **cuidar – ação terapêutica da enfermagem**, 50., 1998. Salvador – BA, Anais...Salvador – BA: ABEn – BA, 1999.p.39-48.

CROWLEY, P *et al.* **Delivery in a birth chair: a randomized controlled trial.** Br J Obstet Gynecol, 1991, 98: p. 667-674.

FLYNN, A.M., KELLY, J., LYNCH, P.F. **Ambulation in labour.** Br Med J 1978; 2:591-593.

GARDOSI, J., SYLVESTER, S., LYNCH, C. B. **Alternative positions in the second stage of labour, a randomized controlled trial.** Br J Obstet. Gynecol. 1989a: p.1290-1296.

HYPPOLITO, S. A. **Assistência médica ao parto normal – estudo comparativo do parto assistido na posição vertical e horizontal, 1997.** 91 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: 1997.

IBGE – **Anuário estatístico do Ceará, 1991 e Censo de 1996** (Estimativa para 1999).

JONHSTON, R. A. SIDALL, R. S. **Is the usual method of preparing patients for delivery beneficial or necessary?** Am J Obstet Gynaecol 1987; 94:753-757.

JOVAISAS, E. *et al.* **LAV/HTLV III In: 20 weekes fetus.** Lancet, v. 2; p.11-29, 1983.

KAWAST, B. E. **Building a community – based maternity program.** Int J Gynecol Obstet, 1995; 48 (Suppl): S67-S82.

KLAUS, M. H. *et al.* **Effects of social support during parturition on maternal and infant morbidity.** Br Med J 1986; 585- 587.

LAURENT, R. *et al.* **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2000 16(1): p. 23-30.

LIDDELL, H. S., FISHER, P. R. **The birthing chair in the second stage of labour.** Aus NZ J Obstet Gynaecol, 1985; 25:56-68.

LIMA, M. A. D. S. **Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem.** Rev. Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.17, n.2, jul. 1996.

MACMANUS, T. J., CALDER, A. A. **Upright posture and efficiency of labour.** Lancet 1978; 1:72-74.

MAIA, A. R. C. **Elementos e dimensões do cuidado na perspectiva de clientes ambulatoriais.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, . v. 7, n. 2, p. 133-150, mai./ago. 1998.

MATI, J. K. G. *et al.* **The Nairobi birth survey.** In: **Labour and delivery.** J Obst East Cent Afr 1983; 2:47-56.

MATURANA, H. R. **Ciência e cotidiano: ontologia das explicações científicas.** In: NATZLAWICK, P.; KRIEG, P. (Org.) **O olhar do observador: contribuições para a construção do conhecimento construtivista.** São Paulo: PSI II, 1995, p.163-198.

MORONHA, D. T., MONTGOMERY, M. **Psicoprofilaxia do parto: uma nova proposta.** In Tocoginecologia Psicossomática. São Paulo: Almed, 1993.

ODENT, M. **A cientificação do amor.** (Tradutor Talia Gevaerd de Souza). São Paulo: Terceira Margem, 2000.

PASSOS, M. R. L. **Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST.** 4. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1995.

PINOTTI, J. A. Female, Ano IV, n.2. Rio de Janeiro: Diagraphc, p.5-7, 2000.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da Pesquisa em enfermagem,** 3 ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995.

PROJETO LUZ. **Manual do parto humanizado.** 2. ed. Equipe de colaboração: Equipe técnica do Projeto Luz. Fortaleza, 2000. 38 p.

ROMMEY, C., GORDON, H. **Is your enema really necessary?** Br Med J 1981, 282:1269-1271.

SELIGMANN – In: VIREHOW & HIRSCH. **Jahresbericht über Leistungen und fortschiziffe in de Gesamten Medizin.** XIII Jahrgang, Bericht für das Jahr 1878. Berlin: 1879, 1:377.

STEWART, P., SPIBY, H. **A randomized study of siting position for delivery using gned obstetric chair.** Br. J. Obstet. Gynecol., v.96, n.3, p.327-333. mar., 1989.

VIETTA, E. P. **Importância do marco referencial e conceitual dentro de um modelo de formação e prática profissional.** Seminário Nacional O Perfil e a Competência do Enfermeiro. I Anais...Brasília, 1987.

WILLIAMS, R. M., THORN, M.H., STUDD, J.W.W. **A study of the benefits and accetability of ambulation in spontaneous labor.** Br J Obstet Gynecol. 1980; 87: 122-126.

APÊNDICES

CONSENTIMENTO INFORMADO

Concordo em participar do estudo do novo modelo de assistência pré-natal com a utilização da *Nasce já* (cadeira obstétrica para estimulação pélvica) e compreendo os objetivos desta pesquisa de validação do equipamento, sendo que também me foi explicado o que é esperado de mim como participante. Entendo que poderei ter minhas imagens e entrevistas utilizadas pelo pesquisador na elaboração e apresentação da pesquisa. Estou ciente de que posso me retirar do estudo segundo minha própria vontade e/ou conveniência e que as informações por mim fornecidas e registradas são de caráter confidencial.

Concordo também que os resultados do estudo poderão ser publicados, mas o sigilo de minha identidade será garantido.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Participante

USO DA CADEIRA OBSTÉTRICA NASCE JÁ: UM INVENTO DA ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

DOS GERAIS	Não preencher
questionário: _____ Nº do prontuário _____	Quest _____
Idade do paciente: _____	Bairro _____
Município: _____ Bairro: _____	Dianas ___/___/___
Data de nascimento: ___/___/___ Utilizará o nasce já: 1.Sim() 2.Não()	Nasceja _____
Letramento: Série: _____ Grau: _____ (0 - analfabeto, 9 - Ignorado)	Serie ___ grau ___
Meio de transporte: 1.A pé() 2.Ônibus/Topic() 3.Carro próprio() 4.Trem() 5.Outro()	Transporte _____
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	Dtmens ___/___/___
Data da última menstruação: ___/___/___ Data provável do parto: ___/___/___	Dpp ___/___/___
Parto pré-natal com quantas semanas de gravidez: _____	Inipnsem _____
Paridade: Para: _____ RN(-2500gr): 1.Sim() 2.Não() RN(+4000gr): 1.Sim() 2.Não()	Gesta ___ Para ___
Partos: _____ Nº filhos vivos: _____ Estatura: _____ Cm Peso _____ Kg	Rn25 ___ Rn40 ___
	Aborto ___ vivos ___
	Est ___ Peso _____
DOS GERAIS	
Parto anterior no CSAM: 1.Sim() 2.Não()	Pnacsam _____
Indicação para exercícios: 1.Sim() 2.Não()	Ciexerc _____
Parto anterior: 1.Cesariana() 2. Fórceps() 3. Normal() 4. Episiotomia()	Partoant _____
Operatório qual o motivo: 1.Escolha pessoal() 2.Sugestão de amigo() 3.Sugestão médica() 4.Indicação médica() 5.Desconhece o motivo() 6.Outro motivo()	Motoper _____
Quê quer assistir aos vídeos: 1.Sim() 2.Não()	Videos _____
Participou exercícios regulares na gestação: 1.Sim() 2.Não()	Pratexerc _____
Local: exerc1 _____, exerc2 _____, exerc3 _____	
Local: 1.Academia() 2.Casa() 3.Posto() 4.Outro(). Se outro: _____	Pratonde _____
Conhecimento do risco do parto operatório para a mãe e para a criança: () 2.Não(). Quais: Risco1 _____ Risco2 _____	Conrisco _____
Quê orientação anterior sobre parto operatório: 1.Sim() 2.Não()	Orpopper _____
Quê orientação anterior sobre parto normal: 1.Sim() 2.Não()	Orpnorm _____
Conhece posições para o parto: 1.Sim() 2.Não()	Posip _____
Medo de parto natural: 1.Sim() 2.Não(). Se sim por que? 1: _____ Medo2: _____ Medo3: _____	Medopnat _____
Quê orientação que o companheiro acompanhasse o pré-natal: 1.Sim() 2.Não()	Comppn _____
Quê orientação que o companheiro acompanhasse o parto: 1.Sim() 2.Não()	Compp _____
Quê orientação de realizar exercícios na cadeira nasce já: 1.Sim() 2.Não()	Exnasceja _____
Quê orientação de? _____	
Partos de sua mãe foram: 1.Normais() 2.Operatórios() 3.Ambos() 4.Não sabe()	Pmae _____

TAÇÃO DA CADEIRA OBSTÉTRICA NASCE JÁ: UM INVENTO DA ENFERMAGEM PARA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

DOS SOBRE A UTILIZAÇÃO DA CADEIRA

contra indicação para utilização da nasce já: 1.Sim() 2.Não()

ação da cadeira, número de vezes: 1.Sim() 2.Não()

mento da pressão arterial após o uso da cadeira: 1.Sim() 2.Não()

cas de mal estar após o uso da cadeira: 1.Sim() 2.Não()

aria de ter utilizado mais vezes: 1.Sim() 2.Não()

ntidade foi suficiente: 1.Sim() 2.Não()

que não deveria ter usado: 1.Sim() 2.Não()

orto____(de 1 a 10)

dade de manuseio____(de 1 a 10)

estar ao usar____(de 1 a 10)

estar após o uso____(de 1 a 10)

iação ao mal estar físico____(de 1 a 10)

lita que a cadeira possa vir a ter alguma influência benéfica para você: 1.Sim() 2.Não()

lita que a cadeira teve alguma influência benéfica para seu parto 1.Sim() 2.Não()

lita que a cadeira teve alguma influência benéfica para seu filho: 1.Sim() 2.Não()

مندaria para outras mulheres: 1.Sim() 2.Não()

ma nova gravidez procuraria utilizá-la novamente: 1.Sim() 2.Não()

ação sobre os exercícios:____(de 1 a 10)

ação sobre as ações educativas:____(de 1 a 10)

DOS SOBRE A EQUIPE DE PROFISSIONAIS

ssistência pré-natal

nte o acompanhamento pré-natal a equipe que lhe prestou atendimento foi:

itante atenciosa() 2. Poderia ter sido mais atenciosa() 3. Desatenciosa()

Cinasceja____

Nutilcad____

Aumpacad____

Queixacad____

Maisvx____

Quansuf____

Naocad____

Conforto____

Manuse____

Bemuso____

Bempos____

Malfisi____

Benevc____

Benetp____

Benefil____

Recomen____

Utilnova____

Avexerc____

Avaceduc____

Atequipe____

