

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DE GESTANTES E PUÉRPERAS ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE GOIÂNIA*

Fabiane da Silva Coelho Azeredo Wille¹, Nilza Alves Marques Almeida²

Faculdade de Enfermagem/Universidade Federal de Goiás, 74605-080, Brasil

fabinurse@live.com, nilzafenufg@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Pré-Natal, Saúde da Mulher.

1 INTRODUÇÃO

“O nascimento é historicamente um evento natural”; até o início do séc. XX o parto ainda era considerado um “assunto de mulheres”, a ser vivenciado entre as mulheres. Exceto aquelas integrantes da nobreza ou das altas classes sociais, que buscavam auxílio de profissionais médicos da época, ao contrário, a maioria paria em casa, assistidas por outras mulheres (BRASIL, 2001).

No final desse século, com a evolução do conhecimento acerca do corpo feminino e dos eventos da gravidez, do parto e do puerpério, surgiu a ciência obstétrica como saber especializado. Foi nesse cenário, que se iniciou o processo histórico de gerenciamento do corpo feminino, da gravidez e do parto, consolidando-se com a institucionalização da assistência obstétrica (ALMEIDA, 2009).

Diante de uma assistência obstétrica institucionalizada amparada pela evolução técnica e científica (analgésicos e técnicas de intervenção) o parto tornou-se um evento eminentemente biológico, passível de intervenção médica, pelo entendimento da existência de limites entre o eixo normal e anormal (distócias do parto) e com a indicação de hospitalização. Com isso ocorreu a construção de uma visão de parto vaginal (normal) passível de intercorrências e relacionado ao sofrimento, assim como passível da indicação de intervenções (BRENES, 1991; CHAZAN, 2004). Uma das consequências desse processo foi a crescente

*Revisado pelo orientador.

¹ Acadêmica da Faculdade de enfermagem Universidade Federal de Goiás. Orientanda do Programa Institucional de Iniciação da UFG, modalidade PIVIC. E-mail: fabinurse@live.com

² Doutora em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. Professor Adjunto da disciplina de Enfermagem Ginecológica e Obstétrica da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Membro do Grupo de Estudo em Saúde da Mulher, Adolescente e Criança da Faculdade de Enfermagem da UFG - GESMAC. E-mail: nilzafenufg@gmail.com

intervenção para o controle do processo de parturição, seguida pelo gerenciamento do corpo feminino transformado em corpo-paciente (MARTINS, 2005).

Com isso surgiu também um incrível aumento nos índices de cesáreas, sem real indicação. Quando corretamente indicada, ou seja quando os seus benefícios superam os riscos inerentes ao procedimento, a cesárea é uma grande aliada na redução da morbimortalidade materna e perinatal. Porém quando utilizada de forma excessiva e injustificada, o efeito é justamente o contrário, aumentando os riscos maternos e perinatais e consumindo indevidamente, recursos dos sistemas de saúde (BRASIL, 2001).

Até bem pouco tempo o Brasil era considerado campeão mundial, nos índices de parto cesáreo, chegando a 30% na rede pública e ultrapassando os 90% na rede privada. Índices bem acima dos 15% recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996). Dentre os fatores que contribuíram para a elevação dos índices de cesáreas destaca-se a “cesárea a pedido”, geralmente pelo medo da dor (FAÚNDES, CECATTI, 1991). Embora a dor do parto seja uma preocupação de algumas mulheres, sua preferência pela cesariana também está relacionada à expectativa da qualidade da assistência obstétrica durante o trabalho de parto e parto normal (HOTIMSKY et al., 2002).

Com o propósito de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e de práticas intervencionistas, resgatar a prática do parto normal e garantir os direitos da mulher durante o processo de parturição foi implantado, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2004). Este preconiza a assistência obstétrica baseadas em evidências científicas, com intervenção sobre a fisiologia somente quando essa se prove mais segura e/ou efetiva que a não-intervenção.

Mesmo assim, alguns procedimentos reconhecidamente danosos e ineficazes continuam sendo utilizados nos serviços, como: a posição horizontal durante o parto; o uso rotineiro do enema (lavagem intestinal), da tricotomia (raspagem dos pêlos pubianos) e da episiotomia e episiorrafia; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; e os esforços expulsivos dirigidos, além do uso da manobra de Kristeller no momento da expulsão do feto (OMS, 1996; DOSSIÊ..., 2002).

É necessário que os profissionais de saúde desempenhem o papel de mediadores para a promoção de um parto saudável com participação ativa da mulher e garantia de seus direitos (BRASIL, 2000). A dinâmica assistencial necessita garantir efetividade e segurança dos procedimentos obstétricos e a qualidade do atendimento e, com isso, proporcionar uma experiência prazerosa a mulher em relação ao processo parturitivo (DOSSIÊ..., 2002). Para

tanto, os profissionais necessitam conhecer os fatores sócio-econômicos, demográficos e obstétricos das mulheres ao ser admitidas para o parto para que seja garantida a atenção adequada, efetiva e segura durante o processo de parturição.

De acordo com Gualda (1993), o processo de parturição não pode ser entendido como um evento meramente biológico, por ser constituído por períodos clínicos, com características diferenciadas, que envolvem tanto aspectos fisiológicos, como psicológicos e socioculturais. Ziegel e Granley (1985) reforçam essa afirmativa ao destacar que a evolução do trabalho de parto pode diferir de uma mulher para outra e, até, entre trabalhos de parto sucessivos de uma mesma mulher.

Diante disto, propôs-se a realização deste estudo de caracterização sócio-demográfica e obstétrica, de um grupo de mulheres atendidas em uma maternidade pública de Goiânia, com vistas a subsidiar conhecimentos para a assistência obstétrica de enfermagem.

2 OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil sócio-demográfico e obstétrico de um grupo de mulheres atendidas no serviço pré-natal e durante o parto, em uma maternidade pública de Goiânia - Goiás.

3 METODOLOGIA

Este estudo descritivo, retrospectivo e com abordagem quantitativa, consiste em um sub-projeto da pesquisa “Representações sociais da dor do parto para gestantes e puérperas atendidas em uma maternidade pública de Goiânia”. Foi realizado em uma maternidade pública do Município de Goiânia, no Estado de Goiás (GO). Na ocasião da pesquisa a maternidade-estudo dispunha de 35 leitos, distribuídos em seis enfermarias, sendo 26 leitos para obstetrícia (oito para tratamento clínico, quatro para o pré-parto e 14 para pós-parto) e nove leitos para ginecologia; assiste mulheres com gestação de baixo risco, usuárias do Sistema Único de Saúde.

Fizeram parte do estudo 48 mulheres que utilizaram os serviços da maternidade no período de março a outubro de 2007. Os pré-requisitos para participação na pesquisa foram: aceitar voluntariamente ser sujeito da pesquisa; ser primigesta com idade a partir de dezoito anos; estar cadastrada no programa de pré-natal de baixo risco, com assiduidade às consultas

desde o primeiro trimestre de gestação; apresentar exames clínicos e laboratoriais indicando a normalidade da gestação; e estar com 36 semanas de gestação ou mais. Os critérios pré-estabelecidos tiveram como objetivo garantir a inclusão de gestantes com perfil obstétrico favorável para o parto normal.

Para iniciar o trabalho de campo, foram cumpridas todas as exigências éticas e legais para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconiza a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1998). A coleta de dados foi iniciada após consentimento da instituição do estudo, a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (CEP/HC/UFG) - protocolo n. 104/2006 e a concordância de participação voluntária das mulheres, pelo preenchimento e assinatura do TCLE.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semi-estruturado em duas etapas, sendo a primeira no período pré-natal e a segunda no pós-parto hospitalar. Durante o primeiro contato com a gestante, esta era convidada a participar voluntariamente da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e, diante do aceite, era iniciada a coleta de dados, antes ou depois da consulta de pré-natal ou em outra data e horário pactuado com ela. Nesse encontro, eram colhidos os dados referentes às características socioeconômicas, demográficas e obstétricas do período pré-natal. Posteriormente, a pesquisadora mantinha um contato semanal com as participantes, por telefone, a fim de acompanhar a evolução da gestação e identificar a ocorrência do parto normal.

Com a ocorrência do parto era realizada, pela pesquisadora, uma visita hospitalar às puérperas participantes e acessado os prontuários para coleta de dados referentes à admissão, as condições obstétricas e a evolução do trabalho de parto e o processo do parto.

Os dados dos 48 questionários foram compilados e analisados pelo programa *Epi Info* versão 3.5.1. A revisão bibliográfica que fundamentou a discussão dos dados foi feita através de pesquisa sistemática nas bases de dados Scielo, Lilacs e Medline.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 48 mulheres, a idade materna média foi 22,45 anos; sendo que a idade mínima foi 18 anos e a máxima, 31, pertencendo assim, ao grupo considerado de menor risco obstétrico (NEME, 2000; REZENDE, MONTENEGRO, 2008). Esses autores esclarecem que, embora a idade biológica ideal para se instalar a primeira gestação seja entre

18 e 20 anos, por ser considerado o período de pleno desenvolvimento fisiológico e anatômico da mulher, em função do desenvolvimento somático e psicológico de cada uma e dos aspectos preventivos que devem presidir a assistência obstétrica, essa idade foi estendida. Assim, os limites fisiológicos para se ter a primeira gestação passaram a ser 16 (primigesta precoce) e 35 anos (primigesta tardia), idades consideradas de maior frequência de riscos obstétricos.

Quanto à escolaridade foi relatado que 6 possuíam ensino fundamental completo e 7 incompleto, 24 possuíam ensino médio completo e 7 incompleto, 3 possuíam ensino superior incompleto e 1 completo.

De acordo com Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), a escolaridade materna exerce forte influência em diversos aspectos do ciclo gravídico-puerperal. Eles afirmam que a baixa escolaridade materna é um fator que pré-predis põe a mãe e o recém-nascido ao aparecimento de situações potencialmente de risco. No estudo realizado por estes autores, as gestantes com menos de oito anos de escolaridade apresentaram chance 1,5 maior de terem recém-nascidos com baixo peso na gestação, talvez pelo fato deste grupo ter apresentado também um menor ganho de peso na gestação e um início mais tardio do pré-natal, tendo conseqüentemente um menor número de consultas. Observou-se ainda que a baixa escolaridade, normalmente associada a uma menor condição social, implica ainda em menor acesso aos serviços de puericultura, contribuindo assim para o incremento das estatísticas de morbi-mortalidade infantil.

O grau de escolaridade de ensino médio entre completo e incompleto apresentado pela maioria (31) dessas participantes pode ter constituído um fator favorável para a compreensão e o aproveitamento das orientações disponibilizadas no serviço pré-natal, assim como de prevenção de riscos e complicações obstétricas.

As participantes relataram renda familiar variando de 1 a 4 salários mínimos, sendo que a média foi de 2 salários. Entre elas, dez residiam em moradia cedida, dezesseis em moradia própria e as demais (21), em moradia alugada. Embora os dados sociodemográficos das participantes apontassem condições favoráveis para a manutenção da saúde, no que se refere à renda familiar, elas se enquadraram na população de baixa renda.

Em relação a ocupação, as participantes relataram as seguintes atividades de trabalho: auxiliar de cozinha, auxiliar de serviços gerais, cabeleireira (2), caixa (2), decoradora de eventos, do lar (13), doméstica (4), encarregada de administração e produtos, estudante (11), fabricante de calçados, manicure, operadora de caixa, operadora de máquinas,

revendedora Avon/bordadeira, salgadeira, secretária (2), vendedora (3), veterinária. Entre estas, 6 encontravam-se desempregadas; 18 realizavam atividade de trabalho remunerado, sendo 13 com emprego formal. As demais (11) não realizavam atividade de trabalho fora de casa e tinham ocupação com o estudo escolar formal. Além da ocupação relatada por cada participante, todas realizavam também atividades domésticas diárias em suas residências.

A natureza do trabalho em si e o trabalho da mulher em particular, segundo Hilfinger Messias et al. (1997), estão continuamente se transformando, em decorrência das mudanças relacionadas à maternidade, à estrutura familiar, ao casamento e ao divórcio, como também da urbanização, dos avanços tecnológicos e da globalização da economia.

Tornquist (2003) destaca que as expectativas das mulheres em relação ao parto diferem entre os diferentes estratos sociais. Para o grupo de melhor estrato social é participar do processo, ter controle sobre o mesmo e ser menos submetida à intervenção de tecnologias durante a assistência. Para as mais pobres, o trabalho de parto está associado a uma dor e sofrimento que pode ser amenizado rapidamente com a ajuda da intervenção dos profissionais. Entretanto, para ambos os grupos, as mulheres demonstraram preocupação com sua segurança e do bebê.

Entre as participantes, 34 relataram estar vivendo com o companheiro, sendo 20 em união formal (estado civil de casada) e as outras 14 em união consensual. As demais participantes (14) eram solteiras. A maioria delas apresentou uma situação conjugal favorável à evolução da gravidez, tendo em vista o apoio e a participação do companheiro na promoção de sua segurança psicoafetiva e socioeconômica. De outro modo, uma situação conjugal insegura poderia constituir um fator de risco para a gravidez (BRASIL, 2005).

Quanto a prática religiosa, sete relataram não ser praticantes e quarenta relataram participar ativamente. Vinte participantes relataram ser adeptas da religião evangélica, sendo 1 adventista e 1 pentecostal, vinte e cinco da religião católica e as demais (3) de nenhuma denominação religiosa.

Quanto ao número de consultas de pré-natal, a média relatada foi de 6, 25 consultas. Sendo que três participantes relataram quatro consultas, três relataram cinco consultas, 26 relataram seis consultas, 11 relataram sete consultas e cinco relataram oito consultas. A maioria das gestantes (46) referiu gestação saudável sem ocorrência de complicações e/ou intercorrências, uma queixou-se de hiperêmese gravídica e outra referiu ocorrência de cólica renal.

No estudo realizado por Haidar, Oliveira e Nascimento (2001), no registro de declaração de nascidos vivos de uma cidade do estado de São Paulo, foi identificado que as gestantes com maior instrução apresentaram chance duas vezes maior de efetuar mais de seis consultas no pré-natal. No presente estudo, a frequência das participantes às consultas de pré-natal também sugere uma associação com sua escolaridade, pelo fato de terem iniciado mais cedo o acompanhamento pré-natal, o que provavelmente favoreceu o reconhecimento de sua importância para a gestação.

Em relação ao uso de medicamentos durante a gestação, vinte referiram uso de Sulfato ferroso, treze de Ácido Fólico, três referiram uso de Dramin, duas usaram Buscopam e dez participantes referiram uso de Vitaminas.

Nenhuma das participantes referiu consumo de álcool durante a gestação, porém duas referiram ser tabagistas.

Não foram referidos antecedentes cirúrgicos e apenas uma participante referiu como antecedente a hanseníase. Algumas participantes referiram vivência prévia de algum tipo de dor intensa fora da gestação. A cólica menstrual foi citada por treze participantes, cólica renal por duas, dor gástrica por uma e enxaqueca por uma.

Em relação à prática de atividade física na gravidez três participantes referiram realizar caminhadas. Quanto ao preparo específico para o parto, quatro referiram ter participado de grupo de gestantes em Unidades de Saúde do setor de suas residências, onde receberam algumas informações acerca da gravidez, parto e puerpério.

Todos os dados obstétricos obtidos com as participantes no período pré-natal foram cotejados com os registros médicos do cartão da gestante e, nos casos em que faltava clareza ou a gestante apresentava dúvida, também era conferido no prontuário de atendimento pré-natal.

Para a caracterização do perfil obstétrico das participantes na ocorrência da admissão na maternidade, durante o trabalho de parto e no parto, os dados foram buscados nos registros dos prontuários no dia correspondente à alta hospitalar.

No momento da admissão, todas as participantes referiram encontrar-se no período de termo, com idade gestacional variando entre 37 e 42 semanas de gestação, com uma frequência maior no período de 38 a 40 semanas (n=38). É considerada gestação a termo aquela compreendida entre 37 semanas completas e 42 semanas incompletas, a partir do primeiro dia da última menstruação, sendo o período favorável para a ocorrência do parto (NEME, 2000; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Nas faixas de 38 e 39 semanas, observou-se uma prevalência de partos normais (57,1%), porém ainda com um alto índice de intervenções já que todos foram realizados com episiotomia e a taxa de induções com evolução para PN nesta faixa (38 a 39s) foi de 18,75%.

De acordo com os registros em prontuário e relato das mulheres à admissão hospitalar, das 48 participantes, 35 (72,9%) estavam em fase latente, ou seja, pródomos de trabalho de parto; 11 (22,9%) estavam em fase ativa; e duas (4,2%) encontrava-se no período expulsivo.

O trabalho de parto pode ser didaticamente dividido em 3 fases – latente ou inicial, ativa e transição – que se diferenciam pela velocidade da cérvico-dilatação. A fase inicial (0 a 4 cm de dilatação) ou *preparatória*, corresponde à mais longa de todo o processo chegando a 2/3 do tempo de todo o trabalho de parto, podendo durar de horas a dias. Nesta fase recomenda-se conduta expectante e os ocitócicos devem ser evitados, pelo risco de aumento na incidência de cesárea, decorrente do colo uterino desfavorável (BURROUGHS, 1995; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Ao final do processo gestacional, a gestante pode apresentar um quadro denominado falso trabalho de parto, caracterizado por atividade uterina aumentada, permanecendo, entretanto, um padrão de contrações descoordenadas sem dilatação do colo uterino. Isto gera ansiedade e expectativa na gestante quanto ao parto, sendo um dos principais motivos que a leva a procurar o hospital. Por isso, o profissional de saúde deve estar atento, a fim de se evitar uma admissão precoce, intervenções desnecessárias e estresse familiar. Nas fases mais iniciais do trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre verdadeiro e falso trabalho de parto com uma avaliação isolada, sendo necessário reavaliar a gestante 1 a 2 horas após o primeiro exame para confirmar o diagnóstico (BRASIL, 2001).

A fase ativa (4 a 8cm) ou de *dilatação propriamente dita*, também chamada de fase rápida, corresponde a aproximadamente 1/3 do trabalho de parto e apresenta velocidade média de dilatação de 1cm/h. É nesta fase que deveria ocorrer a internação da parturiente e consequente abertura do partograma, porém cada caso deve ser avaliado individualmente levando em consideração fatores como dificuldades de acesso e pacientes que tenham um potencial aumentado de apresentar complicações durante o trabalho de parto (ex: idade gestacional superior a 41 semanas, cesárea anterior, amniorrexe prematura e/ou patologias clínicas de grau leve). Já a fase de transição corresponde ao período final do trabalho de parto caracterizada pela dilatação entre 8 e 10, o padrão da contração uterina aumenta ainda mais,

para promover a etapa final de descida do feto pela pelve, e a parturiente começa a sentir os puxos. Os puxos são contrações involuntárias impelidas pela pressão do polo cefálico na região vulvoperineal, que provocam na parturiente a sensação e a vontade de fazer força e facilitam a expulsão do feto ou o processo de nascimento propriamente dito. Nessa fase, a dor é mais intensa devido à potência das contrações, necessárias à expulsão do feto (BURROUGHS, 1995; ALMEIDA, 2001; REZENDE, MONTENEGRO, 2008).

Das mulheres admitidas em fase latente 37,1 % (13) foram submetidas a indução de Trabalho de Parto, índice semelhante ao encontrado entre àquelas admitidas já em fase ativa: 36,4% (4). Entre as mulheres admitidas em fase de transição e período expulsivo não houve induções, já que uma delas foi admitida com bolsa rota e apresentando líquido francamente meconial, sendo por este motivo, encaminhada de imediato à cesariana, e a outra foi admitida já em pleno período expulsivo.

Entre as gestantes admitidas em fase latente o sucesso da indução foi de 46,15%, ou seja, menos da metade que receberam indução evoluíram para parto normal, tendo sido as demais submetidas a cesariana. Ao passo que entre as gestantes admitidas já em fase ativa o sucesso da indução foi de 100%, ou seja, todas que receberam indução evoluíram para parto normal.

Soma-se a isso o fato de que entre as mulheres admitidas em fase ativa não houve registros de presença de líquido amniótico meconial. Vale ressaltar ainda que no grupo de mulheres admitidas precocemente houve maior registro de complicações do que naquelas internadas já em trabalho de parto ativo. Dos 3 bebês que apresentaram líquido meconial, 2 situavam-se neste grupo e todas as gestantes cujos neonatos apresentaram índice de Apgar no 1º minuto ≤ 7 foram admitidas precocemente (fase latente do TP). Porém, é importante salientar que aparentemente o baixo índice de Apgar no 1º minuto não está relacionado à presença de líquido meconial já que os 3 neonatos que nasceram nessas condições apresentaram índice de Apgar 1' ≥ 8 .

A maioria das participantes não teve a oportunidade de compartilhar a vivência do parto e/ou de ter o apoio de um acompanhante (pessoa de sua escolha ou o companheiro) durante o processo de parturição.

Em relação ao desfecho do parto das 48 participantes, 25 (52,1%) foram submetidas à cesariana e 23 (47,9%) evoluíram para parto normal. Dentre as participantes que tiveram parto normal não houve relato de intercorrências obstétricas, sendo que 22 foram

submetidas à episiotomia, 10 submetidas à indução durante o trabalho de parto e apenas uma teve parto normal espontâneo.

Ao confrontarmos o tipo de parto com os resultados perinatais, observa-se que todos os bebês nascidos de parto normal apresentaram índice de Apgar no 1º minuto ≥ 8 enquanto que naqueles nascidos via cesariana 32% apresentaram índice de Apgar no 1º minuto ≤ 7 . Outro ponto a ser observado é que dentre as mulheres submetidas à indução do trabalho de parto(17); 41,2%(7) foram submetidas a cesariana.

Segundo a classificação obstétrica dos tipos de parto de Rezende e Montenegro (2008), a maioria das participantes teve um parto *dirigido*, ou seja, com intervenção ativa do obstetra (episiotomia e/ou indução obstétrica), com o objetivo de encurtar ou acelerar o processo parturitivo. Uma participante teve parto *espontâneo*, ou seja, aquele que se inicia com um trabalho de parto espontâneo, evolui e termina sem interferência assistencial ativa.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) o parto normal é definido como aquele de início espontâneo, baixo risco no trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo, até o nascimento. O nascimento ocorre espontaneamente, com feto em posição cefálica, entre 37 e 42 semanas completas de gestação.

A cesárea surgiu originalmente como um último recurso para salvar a vida da mãe e/ou da criança na ocorrência de complicações durante a gravidez e o parto; porém o que se observa nas últimas décadas foi o aumento progressivo e sem reais justificativas de seu uso em todo o mundo. Como qualquer outro procedimento cirúrgico, a cesárea não é isenta de riscos e seu uso banalizado e abusivo, não só não trás benefícios ao binômio mãe-filho, como também incrementa os índices de morbimortalidade materna e infantil, quando comparada ao parto vaginal. Em termos éticos a escolha de qualquer procedimento deve ser baseada no balanço entre riscos e benefícios (FAUNDES, CECATTI, 1991).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1996) a taxa máxima aceitável de cesáreas em qualquer região é de 15% e apesar do uso iatrogênico de cesáreas ser mais frequentemente atribuído a instituições privadas e população de maior renda (BARBOSA et al, 2003), no presente estudo, conforme já citado anteriormente foi observada a incidência de 52,1% de cesareanas, número este muito acima do recomendado pela OMS.

Quanto às condições dos recém-nascidos 7 (14,9%) apresentaram índice de Apgar no 1º minuto ≤ 7 e 42 (85,1%) apresentaram índice de Apgar no 1º minuto ≥ 8 . A média apresentada foi de 8,15 no 1º minuto e 9,47 no 5º minuto. Quanto ao peso ao nascer a média foi de 3,214 kg variando entre o mínimo de 2,075 e o máximo de 4,270 kg. A partir desses

parâmetros os recém-nascidos foram classificados como normais quanto ao boletim APGAR e ao peso.

5 CONCLUSÃO

De modo geral, as características sociodemográficas e obstétricas das participantes apontaram condições favoráveis para o desenvolvimento de uma gestação normal, de baixo risco para a saúde materna e fetal, essa afirmação foi reforçada pelos bons resultados perinatais de Apgar e Peso ao Nascer.

Porém, mesmo com um perfil gestacional de baixo risco, identificou-se que houve uma grande quantidade de intervenções sobre um processo parturitivo, o que se confirma pelas taxas de induções, episiotomias e cesarianas; indo dessa forma na contramão do que a Organização Mundial de Saúde preconiza para assistência à gestação e partos de baixo risco.

Do ponto de vista de apoio psicoafetivo, para a maioria das participantes, não foi garantida a possibilidade de compartilhar a vivência do parto e/ou de ter o apoio de um acompanhante durante o processo de parturição. A presença do acompanhante, em especial do pai da criança ou pessoa significativa do contexto de vida da parturiente é um dos aspectos mais importantes para a promoção da humanização da assistência obstétrica, além de ser uma prática baseada em evidências.

6 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N.A.M. **Efeitos da aplicação de um método psicoprofilático, durante o processo de parturição, sobre a dor, a ansiedade e a liberação do hormônio adrenocorticotrófico.** Dissertação. Goiânia (GO): Instituto de Ciências Biológicas da Universidade Federal de Goiás, 2001.

ALMEIDA, N. A. M. **A dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do sistema único de saúde.** Tese. Brasília (DF): Programa de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Brasília, 2000.

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p.1611-1620, nov-dez, 2003. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n6/a06v19n6.pdf>> [Acesso em 15 de junho de 2011].

BRASIL. Ministério da Saúde. 2004: **Ano da Mulher**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. Disponível em:<http://dtr2001.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/2004_anodamulher.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher** - Brasília (DF): Ministério da Saúde: 2001.

BRENES, A. C. História da parturição no Brasil, século XIX. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro Apr./June 1999, 1.7(2).

CHAZAN, K. L. **A história da obstetrícia e a patologização da gravidez**. Disponível em: <<http://www.uff.br/ichf/anpuhrio/Anais/2004/Simposios%20Tematicos/Lilian%20Krakowski%20Chazan.doc>> [Acesso em: 10 de junho de 2011].

COSTA, R. G. **Concepções sobre Maternidade entre Mulheres que Buscam Tratamento para Esterilização**. Dissertação. Campinas: Departamento de Antropologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. 1995.

FAÚNDES, A.; CECATTI, J. G. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, consequências e propostas de ação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 150-173, jun. 1991.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. São Paulo, 288p. Tese. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 1993.

Haidar, F.H.; OLIVEIRA, U.F.; NASCIMENTO, L.F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 17(4):1025-29, jul-ago, 2001.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BÓGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestante, usuárias do SUS,

acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1303-1311, set/out, 2002.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

MARTINS, A.P.V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v.13, n.3, p. 645-665, set-dez, 2005.

NEME, B. (Org.). **Obstetrícia básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p. 70-102.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao Parto Normal: Um Guia Prático**. Genebra – Suíça. Grupo Técnico de Tradução: Ministério da Saúde, Brasil. 1996.

REZENDE RJ, MONTENEGRO CAB. **Obstetrícia Fundamental**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2008.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, suppl. 2, S419-427, 2003.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.