

O NASCER DE CÓCORAS

*Eliane Ferreira Neiros**

RESUMO: Relata a observação de gestantes que deram a luz na posição acocorada, em uma casa de saúde em Curitiba, Paraná, bem como aponta os fatores físicos e emocionais envolvidos naqueles partos. Objetiva a divulgação, em primeiro lugar, da posição acocorada como uma outra forma para o nascimento.

I. INTRODUÇÃO

A intensidade de intervenção do homem na natureza vem crescendo assustadoramente. Cada vez mais sistematizamos fórmulas de mercantilizar os serviços de saúde, criando novas necessidades capitalizáveis. A ciência passou a ditar conceitos de bem-estar e mecanismos para mantê-los. Entretanto nem sempre esses conceitos satisfazem a todas as pessoas de uma mesma forma.

A interferência que os profissionais de saúde fazem no parto é um exemplo disso. Em nome da segurança e do controvertido conceito de saúde, vendemos serviços que invadem a privacidade e/ou lesam a integridade dos "pacientes".

PACIORNIK¹, da cidade de Curitiba, que vem desenvolvendo há vários anos estudos acerca do parto de cócoras, nos diz: "Para a índia ter parto de cócoras, nada mais natural. Ela vive de cócoras, está treinada, acostumada, preparada. Para as civilizadas, as coisas mudam. A maioria não aceitava, achava ridícula e vexatória a posição."

"A mulher deitada para fazer o filho nascer tem que empurrá-lo para cima, para o alto. São 3 a 4kg que têm de passar por canal estreitado em curva para cima. Na posição agachada estará empurrando 3 a 4kg numa descida. A força da gravidade não só puxa o feto como lhe acres-

* Graduada pela Escola de Enfermagem da UFRGS em 1981.

centa, ainda, todo o peso das vísceras abdominais móveis (intestinos) que ajudam a impulsionar o neném para o lado de cá. "Observamos que perto de 30% dos partos de primíparas, as rupturas perineais não se dão".

Em outro artigo, PACIORNIK² salienta como vantagens para o feto a menor incidência de encefalopatias e pneumopatias, assim como a criação de uma forte interação materno-fetal.

Para LINS² a posição de litotomia é artificial e incômoda para a maioria das parturientes e tem efeitos nocivos para a oxigenação do bebê. O mesmo informa que: "Os parâmetros usuais demonstram que os bebês de parto vertical nascem com melhor vitalidade. As aferições do pH, pCO₂ no sangue de artéria umbilical, feitas por Caldeyro Barcia e colaboradores, mostram melhores níveis do que aqueles considerados até agora normais por todos os autores, para os partos em decúbito.

Já NEME² acredita que a posição ginecológica em mesas cirúrgicas clássicas, com tronco elevado pelo menos 45° em relação à horizontal, "além de elegante é cômoda para a parturiente e o médico-assistente, permitindo-lhe proceder, quando indicado, a episiotomia, e impedindo o despreendimento súbito da apresentação. Acredita, também, que a posição de cócoras é "retrocesso que não satisfaz as condições atuais da fisiopatologia do parto em ambiente hospitalar".

AYUB² é favorável ao parto verticalizado e totalmente contrário à posição horizontal para parir. O parto vertical pode ser com a parturiente sentada, de pé, de joelho ou de cócoras. "A posição vertical melhora a eficácia dos esforços e encurta o parto. É muito sintomático que a mulher que não consegue atinar com a maneira correta de executar o puxo, ao ser colocada de cócoras passa a fazê-lo com perfeição. "Porém, ele pergunta: "Como querer que, com tudo diferente da Índia, exatamente na hora de parir ela seja igual?" Sugere ainda o autor que é preciso compatibilizar as vantagens do parto vertical com as dificuldades das civilizadas, adotam a posição vertical que for mais cômoda para aquela determinada mulher, para ele, poucas as que preferem a posição de cócoras.

Quanto às condições de mãe e feto no pós-parto, PACIORNIK² vem desenvolvendo um trabalho desde o final de 1980. Uma equipe de neuropediatria programou acompanhar, durante 5 anos, o desenvolvimento de crianças nascidas de parto de cócoras. E ainda, informa que "pesquisa anterior coletou dados que sugerem que nessas crianças será menor a incidência de disritmia e epilepsia."

MACHADO³ destaca a atitude da parturiente frente à situação de trabalho de parto e período expulsivo. Colocando a pesquisa da escola uruguaia de Barcia e colaboradores, ele reforça a importância de um trabalho de parto ativo, em que a parturiente é convidada a deambular, aumentando a perfusão cardíaca das câmaras vilositárias, diminuindo o período de dilatação e o próprio parto, além de melhora considerável do psiquismo nas mulheres que deambulam com maior tolerabilidade às dores que a distensão de diversos segmentos útero-cérvico-vaginais promove.

Idêntico argumento foi orientador de trabalho realizado no Hospital Maternidade Carmela Dutra, apresentado pela enfermeira Vilma P. Menezes no XXXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem, tomando como ponto base o pré-parto dinâmico.

MACHADO³ sugere: . . . "a menos que exista imperiosa necessidade para manobra ou ações médicas, não é aconselhável qualquer interferência durante o período de dilatação. . . "Deve-se acompanhar o trabalho parturitivo com atenção voltada para a mãe e para o feto, humanizando, cada vez mais, a parturiação. . . "

ILLICH⁴ critica: "Numa sociedade superindustrializada a esse ponto, as pessoas são condicionadas a obter as coisas e não a fazê-las. O que querem é ser educadas, transportadas, cuidadas ou guiadas, ao contrário de aprenderem, deslocarem-se, curarem e encontrarem seu, próprio caminho. O que pode ser fornecido ou consumido toma o lugar do que pode ser feito. Ainda: "As pessoas passam a reconhecer esse novo direito dos profissionais da saúde de intervir em sua vida em nome de sua própria saúde."

Sobre a intervenção nesse acontecimento natural, PACIORNIK² diz: "Se não houver interferência estranha, em mais de 90% dos casos o parto é normal e espontâneo, dispensando toda e qualquer ajuda ativa. A supervisão médica é necessária para detectar, prevenir e intervir nos casos em que possa surgir alguma anormalidade (menos de 10%)".

O objetivo desse relato é divulgar a posição acocorada como opção no período expulsivo, assim como, através de uma amostra de 20 parturientes, comentar os aspectos físicos, psíquicos e emocionais, de tal postura, validade e riscos para mãe e filho.

2. MATERIAL E MÉTODO

A observação e coleta de dados realizou-se em uma maternidade de Curitiba, Paraná, que presta atendimento a pacientes previdenciários e particulares, provenientes da capital, interior ou de outros Estados.

A amostragem constituiu-se de 20 parturientes que puderam ser acompanhadas no pré, trans e pós-parto.

No acompanhamento na sala de pré-parto e parto observou-se as atitudes da mãe, parteiras e médicos, anotando-se as particularidades de cada situação (utilização de medicamentos, reações físicas e emocionais, condições de binômio mãe/filho, etc.).

As puérperas foram entrevistadas 24h no pós-parto, sendo que o instrumento levantou dados de identificação, história obstétrica e gestação, hábitos de saúde e percepções das puérperas quando à gravidez, parto, período expulsivo, contato mãe/filho. Realizaram-se exames físicos sumários a puérperas e recém-nascido.

3. RESULTADOS

-- Dados de Identificação

A idade da amostra variou dos 16 aos 38 anos, sendo a idade média em torno dos 20 anos. A maioria tinha 2º grau completo ou 1º grau incompleto, era casada, e trabalhava em atividades domésticas, recepção, costura, escritório, serviços burocráticos, enfermagem. A renda média familiar era de 30.000,00 da época (dez./81). A origem das clientes era igual em termos de capital e interior, sendo 25% provenientes de outros Estados que não o Paraná.

-- História Obstétrica e Gestação

Quanto à história obstétrica, 40% era primigesta sendo que das multíparas, 50% tinha experiência anterior com o parto de cócoras, e nesses, dois casos de rotura perineal e um relato de fratura de clavículas do RN ao nascimento.

A gestação foi investigada sob vários aspectos. A idade gestacional foi determinada na faixa entre 37 e 43 semanas. As gestações planejadas foram tantas quanto as não planejadas e o aumento de peso gestacional oscilou entre 6kg e 22kg.

Somente uma grávida informou não ter feito o mínimo de uma visita por trimestre, ao pré-natalista. As visitas ao obstetra deram-se nos postos de Inamps, Secretarias de Saúde ou consultório particular. Da amostragem, 75% não se preparou para o parto acocorada pois, apesar de muitas terem realizado pré-natal na clínica, não seguiram as orientações prestadas. Não houve intercorrências patológicas nas gestações a não ser alguns casos de infecção urinária e a maioria das grávidas não fez uso de medicação de qualquer espécie.

A respeito da percepção sobre o parto e a informação familiar recebida há vários tipos de manifestações. A maioria recebeu informações através das mães de que o parto era um momento ruim de difícil, horrível, que doía muito. Uma minoria tinha informação científica, através do colégio ou médico, e entendia o parto como acontecimento natural e até que era fácil.

As clientes se manifestaram assim quanto às suas gestações: tranquila, correu bem; "curtiu" a gravidez; se achava esquisita; sentindo-se deformada, mas feliz; muito nervosa, gravidez como um incômodo, muito próxima da anterior; se achava feia, roupas não serviam; faceira mas com dificuldade de executar as tarefas; gostava de estar grávida mas não se achava atraente.

— Observações na Sala de Parto

Dos partos observados, 75% foram assistidos por parteiras e o tempo do trabalho de parto, tendo-se como ponto de partida a chegada das parturientes à sala de pré-parto, oscilou entre 3 e 10 horas de duração. Em 75% dos casos houve rotura espontânea da bolsa d'água, sendo o máximo de tempo de bolsa rota, 11 horas. Dois casos de hemorragia importante ocorreram, e houve 8 casos de rotura perineal, sendo 3 classificados como de 2º grau.

Observou-se que as pacientes são estimuladas pelas parteiras ou médicos a deambular, mesmo estando com a bolsa d'água rota, e acocorar-se durante a contração. De forma geral, responderam bem aos estímulos, muitas informando que as dores aliviavam durante o acocoramento.

A participação do marido da parturiente sempre foi permitida quando o mesmo apresentava interesse em fazê-lo, o que foi observado em apenas dois casos.

Durante o trabalho de parto geralmente não se fez uso de medicamentos e, quando utilizados, foram soro com ocitócinos, antieméticos, tranqüilizantes e relaxantes musculares. Alguns médicos faziam administrar preparados homeopáticos orais para dor e estímulo ao trabalho de parto.

Os exames de toque eram realizados com máximo de espasmo entre si e quando completava-se a dilatação as parturientes eram convidadas a sentar na cadeira (especialmente desenhada pelo Dr. Paciornik). Ao início dos "puxos" solicitava-se às mães a assumir a posição acocorada, o que acontecia sem problemas, apesar de algumas insistirem que não o conseguiriam. Algumas multíparas espontaneamente assumiam a posição: No período expulsivo poucas necessitavam de mais sugestão para realizar uma força continuada, porque a maioria agia independentemente, com determinação. Mesmo as primigestas sabiam como atuar.

Cabia à equipe que assistia às gestantes estimular-lhes quando necessário, tranqüilizá-las em suas dúvidas e intervir nas alterações que ocorressem.

Após o delivramento de conceito, a atitude materna sempre era emocionada, muitas vezes acompanhada de choro. A parturiente observava e examinava o RN, tocava seu tronco e cabeça explorava seus membros, muitas, sem o estímulo de quem assistia, trazia o RN até o colo e ou peito. As primigestas, geralmente, perguntavam se podiam ou deviam tomar tal atitude, se dizendo desajeitadas. O seio era oferecido e, em 90% dos casos, bem aceito pelo nenê.

Mãe e RN iam se conhecendo. No colo, calor materno, o nenê não chorava, ficava sossegado, procurando abrir os olhos e o fazia se houvesse pouca luz.

As dequitações se davam espontaneamente e só após era seccionado o cordão umbilical. A mãe recebia campos para envolver o RN. Era realizada inspeção no períneo e placenta, feito os preparos necessários, e conforme as condições maternas, numa média de 2 horas pós-parto, a parturiente levantava-se e seguia caminhando para o quarto, enquanto o RN era encaminhado ao berçário.

Dos casos observados, duas das puérperas tiveram que ir para o quarto de maca: em um o RN teve mais de 4kg de peso, foi um trabalho de parto prolongado e a mãe teve rotura de 2º grau com hemorragia intensa; em outro, a paciente tinha elevado grau de anemia e apresentou lipotímia importante após o período expulsivo.

Quando questionadas a respeito de seu sentimento em relação à posição para o nascimento, as puérperas responderam: é a melhor; sentia que tinha que acocorar quando vinham as dores fortes; é a posição mais fácil; posição prática; a conveniente pois se preparou para tal; boa; ótima; acha que nessa hora qualquer posição serve; contrações aliviadas na cadeira, com mais vontade de fazer força; melhor do que deitada; posição facilitou; era a posição do nenê nascer; fácil para si e para o nenê; meio desconfortável por causa da dor nas nádegas e ânus; é mais adequada.

Em relação ao contato imediato mãe/filho, informaram: muito bom; pode ver o nascimento; pode "curtir" mais o nenê; preferia descansar nos primeiros momentos; teve vontade de ficar com o nenê o tempo todo; maravilhoso; já fomos nos conhecendo; não dá para se separar depois de esperar nove meses.

Em relação à sua participação no período expulsivo, expressaram: ótimo participar; achou sua participação e a do marido boas; achou que sozinha não conseguiria; gostou de ser responsável pelo nascimento; sentiu-se responsável pela vida do nenê; achou fácil; ajudou bastante; acha que colaborou; ficou muito cansada mas deu tudo o que podia para o nenê nascer; se achou cooperativa e responsável; poderia ter colaborado mais.

Em termos de hábitos e saúde, a população consultada não apresentava, em 85% dos casos, distúrbios quanto a sono, alimentação e hidratação, e eliminações. Cinco entrevistadas eram fumantes e 45% informou não praticar exercícios nem tão pouco efetuar caminhadas diárias de no mínimo 1 quilômetro.

Ao exame físico sumário as puérperas apresentavam em 85% dos casos, mucosas coradas, sinais vitais estáveis, útero contraído, lóquios em quantidade regular, massas engurgitadas e com colostro, e 60% com períneos íntegros sem edema. A emotividade das mães observadas apresentava-se bastante positiva, sendo dois casos de apatia ou depressão, o mesmo acontecendo para a relação mãe/filho.

Os recém-nascidos observados tinham peso que oscilava entre 2.000g a 4.000g, sendo a média de 3.000g. O apgar dado aos RN foi, em 60% dos casos, nove, sendo o mais baixo de sete em um só caso. Em duas oportunidades, forneceu-se oxigênio aos RN logo após o nascimento, por um período de 30 minutos. Vinte e quatro horas após

o nascimento, as crianças apresentavam bom tônus muscular, reflexos presentes e fortes, e nenhuma anormalidade aparente. Não houve casos de fraturas nos recém-nascidos.

Os recém-nascidos sempre receberam alta com as mães, e elas aconteceram em 10% dos casos com 15h pós-parto, em 80%, na faixa de 24h à 40h e em 10%, no período de 48h. Estes últimos 10% coincidem com um caso de rotura perineal e um caso de bolsa rota por 11h no pré-parto.

4. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Do exposto temos que a população pesquisada não se caracterizou como de gestantes de alto risco, na maioria eram multíparas, inclusive 30% tinham experiência anterior com o parto de cócoras e 95% da população fez no mínimo três consultas pré-natais. Estes fatores facilitadores provavelmente diminuiriam o aparecimento de complicações, aumentando o controle sobre a gravidez.

É interessante notar que 75% da população estudada não se preparou para o parto de cócoras e respondeu muito bem aos estímulos de deambulação e acocoramento. Portanto, o treino da posição parece não ser o fator mais importante para ter-se bons resultados no parto acorado.

A percentagem de roturas perineais é alta (40%) e não é rotina da clínica a realização de episiotomia, por questão de filosofia das equipes médicas.

Os recém-nascidos caracterizaram-se dentro dos parâmetros de normalidade, fora os dois casos que requereram oxigênio.

O contato mãe/filho deu-se imediatamente e de forma muito afetiva. A criança podia permanecer com a mãe, receber seu seio, usufruir da relação que sucede. Tais são vantagens tanto do parto acorado quanto em outra posição, desde que se preconize a interação materno-infantil. O parto de cócoras enfatiza esse contato porque a mãe assume uma posição ativa, é sujeito e não objeto de nascimento do seu filho, o que indica toda a sua responsabilidade no ato.

A percepção em relação à posição de cócoras foi expressa, pela maioria da população estudada como favorável, tanto fisiologicamente quanto emocionalmente.

O parto de cócoras existe como uma opção entre nós, com menos ou tantos riscos como os outros partos. Como agentes de saúde não

só devemos conhecê-lo como dar liberdade às gestantes na escolha de sua melhor posição, nunca esquecendo que esse acontecimento pertence aos pais de recém-nascido e não à equipe que lhes presta assistência.

SUMMARY: This is about the observations of pregnant women who gave birth in the squatting position in a hospital in Curitiba, Paraná, pointing out also the physical and emotional factors involved in those deliverances.

It has as its first objective to make the squatting position known as another form for childbirth.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PACIORNIK, Moysés. *Parto de cócoras: aprenda a nascer com os índios*. São Paulo, Brasiliense, 1979.
2. AYUB, Antonio Celso; NEME, Bussâmara; LINS, Fernando Estellita; PACIORNIK, Moysés. O parto de cócoras: um inquérito. *Feminina*. Rio de Janeiro, 10(1):8-15, jan. 1982.
3. MACHADO, Domingos F. Assistência ao parto — período de dilatação. *Femina*. Rio de Janeiro, 10(1):28-35, jan. 1982.
4. ILLICH, Ivan. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1975.

Endereço do Autor: Eliane Ferreira Neiros

Author's Address: Vicente da Fontoura, nº 909, ap. 205
90.000 PORTO ALEGRE, RS.