

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**



**DISSERTAÇÃO**

**Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas  
adolescentes**

**Ana Paula de Lima Escobal**

Pelotas, 2012

**ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL**

Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas  
adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Gestão, Educação, Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilu Correa Soares

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2012

Dados de catalogação Internacional na fonte:  
(Bibliotecária Patrícia de Borba Pereira CRB10/1487)

E18p Escobal, Ana Paula

Práticas de humanização na perspectiva das puérperas adolescentes /  
Ana Paula Escobal; Marilu Correa Soares; Vanda Maria Jardim co-  
orientador . – Pelotas : UFPel : Faculdade de Enfermagem, 2012.

113 p.: il.

Dissertação (Mestrado) Programa de Pos Graduação em Enfermagem  
. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2012.

1. Adolescente 2. Parto Humanizado 3. Prática Assistencial  
I. Título II Soares, Marilu Correa III Jardim, Vanda Maria

CDD 610.73

## Folha de Aprovação

**Autor:** Ana Paula de Lima Escobal

**Título:** Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, para obtenção do título de Mestre em Ciências: Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde.

**Aprovado em:**

### Banca examinadora:

Profª Drª Marilu Correa Soares.....

Membro efetivo: Profª. Drª. Elaine Thumé.....

Membro efetivo: Profª. Drª. Anne Marie Weissheimer.....

Membro Suplente: Profª. Drª. Sonia Maria Konzgen Meincke.....

Membro Suplente: Profª. Drª. Nalú Pereira da Costa Kerber.....

## **Dedicatória**

A Deus, que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida, que tem me conduzido a andar por caminhos altos e que tem me guardado como a menina dos seus olhos.

“Porque assim como os céus são mais altos que a terra, também os meus caminhos mais altos do que os seus caminhos, e os meus pensamentos mais altos que os seus pensamentos”. Is 55:9

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente ao meu melhor amigo, Jesus, que com seu infinito amor me surpreende a cada dia, compartilhando da sua bondade e misericórdia comigo. Ensinando-me que todas as coisas cooperam para o bem daqueles que amam a Deus.

À minha mãe Mérez, que acreditou em mim e abriu mão de seus sonhos e suas vontades para que eu pudesse vivenciar este momento. Meu exemplo de vida, determinação, coragem, garra, amor e carinho, a pessoa a quem dedico todo o meu amor e carinho.

Ao meu pai José (em memória), que sempre esteve comigo me apoiando e me incentivando para que eu chegasse até aqui. TE AMO.

À minha irmã Renata (maninha), que sempre esteve ao meu lado partilhando das alegrias e tristezas, e que fez tudo o que esteve ao seu alcance para a realização deste sonho.

Às minhas amigas de longa data, Ariane, Raquel, Denise e Thiana, que estiveram sempre ao meu lado nesta caminhada que partilhamos desde a vitória na aprovação do vestibular, até construção deste trabalho.

Às professoras que aceitaram fazer parte da minha banca, Dr<sup>a</sup> Elaine Thumé, Dr<sup>a</sup>. Anne Marie Weissheimer, Dr<sup>a</sup>. Sonia Maria Konzgen Meincke, Dr<sup>a</sup>. Nalú Pereira da Costa Kerber, pelas valiosas contribuições que enriqueceram este estudo.

À minha orientadora, professora Marilu, por ter compartilhado do seu conhecimento, sua experiência, amizade e cumplicidade neste momento.

Às amigas Bianca, Fernanda e Julyane, pelos agradáveis momentos no decorrer do mestrado. Todo o meu carinho.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, que compartilharam seus saberes no decorrer destes dois anos e nos lapidaram de maneira primorosa.

## Resumo

ESCOBAL, Ana Paula de Lima Escobal. **Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes**. 2012. 113f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, 2012.

Estudo descritivo que objetivou conhecer quais das práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento eram identificadas por puérperas adolescentes. Os dados foram coletados da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” referente aos Municípios de Pelotas/RS e Rio Grande/RS, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. A amostra constituiu-se de 414 puérperas adolescentes que tiveram seus partos nos hospitais de ensino participantes da pesquisa. A análise foi sistematizada a partir do Manual Assistência ao Parto Normal, da Organização Mundial de Saúde, referente às práticas de atenção ao parto consideradas úteis, aquelas claramente, prejudiciais e as frequentemente utilizadas de forma inadequada. Os resultados evidenciaram que algumas práticas consideradas úteis ao parto normal, como o respeito à intimidade e privacidade, foram reconhecidas pelas puérperas adolescentes, no entanto a presença do acompanhante no parto foi vivenciada somente por algumas puérperas. No que tange às práticas de atenção ao parto normal utilizadas de modo inadequado, o estudo pontuou que 86,9% das puérperas foram submetidas à restrição hídrica e alimentar, a realização da amniotomia ocorreu para 53% e a pressão no fundo do útero em 57,1%. Quanto às práticas claramente prejudiciais e ineficazes, observou-se que o uso do enteroclistma não é mais praticado, porém, infusão de soro com ocitocina (92,8%), a posição de litotomia para o parto (98,7%) e o uso da episiotomia (89%) permanecem sendo praticados rotineiramente. Conclui-se que as práticas realizadas na atenção ao parto em adolescentes, nos hospitais em estudo, não estão contemplando em sua

totalidade a Política de Humanização ao Parto e Nascimento preconizada pelo Ministério da Saúde, visto que o parto ainda tem sido alvo de intervenções tecnológicas e medicalizadoras que desconsideram a mulher como protagonista do processo de parturição.

**Palavras-Chave:** adolescente, parto humanizado, prática assistencial.

## Sumário

<b>Apresentação .....</b>	<b>09</b>
<b>I Projeto de Pesquisa .....</b>	<b>11</b>
<b>II Relatório do Trabalho de Campo .....</b>	<b>59</b>
<b>III Artigo I: Entendimento das mães acerca da triagem néonatal: Um estudo qualitativo. Encaminhado a revista Journal of Nursing and health no período de maio de 2012, aceito aguardando publicação .....</b>	<b>64</b>
<b>IV Artigo II: Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. Encaminhado à Revista Gaúcha de enfermagem no período de março de 2011 .....</b>	<b>75</b>
<b>V Artigo III: Artigo realizado a partir dos resultados da dissertação.....</b>	<b>91</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>104</b>

## **Apresentação**

O presente estudo foi elaborado como requisito do Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas para obtenção do Título de Mestre. O projeto se desenvolveu na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde, na linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde. É um recorte da pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Conforme o regimento do programa, a presente dissertação do mestrado é composta das seguintes partes:

**I Projeto de Pesquisa:** defendido no mês de novembro de 2011. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de qualificação.

**II Relatório do Trabalho de Campo:** apresenta a pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescente, cujo o banco de dados foi utilizado para esta dissertação. Relata a trajetória percorrida pela mestranda desde a escolha do tema até a construção final do artigo

**III Artigo I:** Entendimento das mães acerca da triagem neonatal: um estudo qualitativo. Produção científica conjunta com orientador, pré-requisito do PPGEnf para defesa do mestrado. Artigo submetido a revista Journal of Nursing and Health (JONAH), aceito aguardando publicação.

**IV Artigo II. IV Artigo II:** O Centro Obstétrico cenário do cuidado a parturiente adolescente. Encaminhado à Revista Gaúcha de Enfermagem em março de 2012.

**V Artigo II.** Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes. Artigo de defesa que será submetido à publicação na Revista Texto e

Contexto Enfermagem, após prévia aprovação pela banca e incorporação das sugestões.

## **I Projeto de Pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Projeto de Dissertação

Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas  
adolescentes

**Ana Paula de Lima Escobal**

**Pelotas, 2011**

**ANA PAULA DE LIMA ESCOBAL**

Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas  
adolescentes

Projeto de Dissertação apresentado ao  
Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Pelotas, como requisito de avaliação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilu Correa Soares

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2011

## Lista de Quadros

<b>Quadro 01-</b> Estudos sobre as políticas públicas na atenção ao parto, Pelotas, 2011 .....	27
<b>Quadro 02</b> – Variáveis que fazem parte do estudo: Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes, Pelotas, 2011 .....	48
<b>Quadro03-</b> Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa.....	51
<b>Quadro 04-</b> Recursos materiais para o desenvolvimento do projeto.....	52

### **Lista de abreviaturas e siglas**

CC	Centro Cirúrgico
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CME	Central de Material e Esterilização
CO	Centro Obstétrico
CPD	Centro de Processamento de Dados
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FURG	Fundação Universidade Federal do Rio Grande
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PIDI	Programa de Internação Domiciliar
PNH	Política Nacional de Humanização
RN	Recém-Nascido
SINASC	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

## Sumário

<b>1 Introdução.....</b>	<b>18</b>
<b>1.1 Justificativa.....</b>	<b>21</b>
<b>2 Objetivos.....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>3 Hipóteses.....</b>	<b>24</b>
<b>4 Revisão de Literatura.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Estratégia de busca da revisão de Literatura.....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Evolução das políticas públicas na atenção ao parto no Brasil .....</b>	<b>37</b>
<b>4.3 Atenção ao parto no contexto mundial.....</b>	<b>41</b>
<b>5 Metodologia .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Caracterização do local de estudo.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2 População alvo e amostra .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2.1 Referentes à pesquisa multicêntrica .....</b>	<b>46</b>
<b>5.2.2 Referentes à dissertação: Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes .....</b>	<b>47</b>
<b>5.3 Análise dos dados.....</b>	<b>49</b>
<b>5.4 Princípios éticos.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5 Divulgação dos resultados.....</b>	<b>50</b>
<b>6 Cronograma.....</b>	<b>51</b>

**7 Recursos materiais e plano de despesas..... 52**

**Referências..... 53**

## **1 Introdução**

A adolescência, por si só, já é um período de mudanças e que exige adaptação daqueles que permeiam esta fase. A vivência da gravidez neste momento torna-se complexa, pois, além da adolescente estar se deparando com várias mudanças no âmbito social, comportamental e emocional, existem os temores relacionados com o momento do parto.

De acordo com os dados do Sistema de Informação sobre os Nascidos Vivos (SINASC), no período de 2000 a 2006 foi observada uma pequena redução da taxa específica de fecundidade das mulheres de 15 a 19 anos, situação não observada até o ano de 2000 (BRASIL, 2008a). No período de 2000 a 2006, 51,4% (1.512.374) dos nascidos vivos eram filhos de mães com idade até 24 anos, sendo 0,9% (27.610) de mães do grupo etário de 10 a 14 anos; 20,6% (605.270) de mães com idade de 15 a 19 anos; e 29,9% (879.493) de mães com idade de 20 a 24 anos (BRASIL, 2008). Diante desses dados, é possível observar o índice significativo de gravidez na adolescência e que as suas possíveis interferências na vida da adolescente podem ocasionar o abandono dos estudos e o adiamento de seus projetos de vida.

Esse fato foi evidenciado no estudo de Koning, Fonseca e Gomes (2008), quando analisaram e compararam as representações sociais de adolescentes primíparas acerca de “ser mãe”, antes e após o nascimento dos bebês. As adolescentes, enquanto estavam grávidas, entendiam a representação social da gravidez como o vértice prazeroso da maternidade, e ainda o fato de ser mãe ocasionava sentimentos como autonomia e respeito por parte da sociedade. Após o nascimento dos bebês, o estudo pontuou que as adolescentes apresentaram dificuldades tanto sociais como psicológicas ao assumirem o papel de mães. Além disso, as adolescentes tiveram que abandonar seus estudos e procurar um emprego, fato que interferiu na construção de seus ideais de vida.

Em consonância, o estudo realizado por Gigante, Barros e Veleda (2008) no Município de Pelotas identificou que, no ano de 1982, 65 adolescentes vivenciaram a maternidade com idade inferior a 16 anos. O mesmo estudo mostrou que, em 2004, 114 adolescentes foram mães com idade inferior aos 16 anos.

Diante dessa realidade, visualiza-se uma lacuna na produção de estudos direcionados para a atenção ao parto das adolescentes, já que é um evento que tem tomado grandes proporções. Pois, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), um em cada cinco partos no Brasil é de mãe adolescente. No ano de 2006, o percentual de recém-nascidos de mães adolescentes com idade menor que 15 anos alcançou 20,5% do total do no país (BRASIL, 2009).

O estudo de Oliveira e Madeira (2002) evidenciou que as puérperas adolescentes vivenciaram o parto de maneira humanizada, quando perceberam o comprometimento da equipe com o seu bem-estar durante o trabalho de parto. As adolescentes referiram que as massagens realizadas pelas enfermeiras no trabalho de parto, além de proporcionar alívio da dor, promoveram por meio do toque sentimentos de segurança, afeto e carinho.

Floyd (2001) descreve três modelos de cuidados de saúde que influenciam fortemente o parto, o modelo tecnocrata, o humanista e o holista. O tecnocrata é centrado na separação, no qual os fatos são compreendidos de forma isolada fora do seu contexto, e direcionado para ações padronizadas e intervencionistas no processo do parto. O modelo humanista trouxe a proposta de humanizar a tecnologia no parto; esse modelo compreendeu que era impossível tratar o corpo feminino sem considerar os aspectos psicológicos da parturiente. Já o modelo holista não reconhece divisões entre corpo, alma e espírito, nesse paradigma o momento do parto é influenciado pelo espiritual, emocional, além da energia presente no ambiente.

Com o intuito de aprimorar as condições de atendimento à mulher, ao recém-nascido e à sua família, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de 2000, o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo primordial garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000).

Anterior ao PHPN, a Organização Mundial de Saúde já havia desenvolvido um manual classificando as práticas comuns na condução do parto normal. O manual consta de ações que devem ser estimuladas no processo de parturição, bem como aquelas que devem ser eliminadas. As ações estão divididas nas categorias a seguir: Práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas; Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e que devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão; Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996).

Todavia, devido à resistência de alguns profissionais, essas ações deixam de acontecer em algumas instituições. Esse fato pode ser verificado no estudo de Busanello (2010), que aponta que, mesmo com o conhecimento dos trabalhadores acerca das práticas preconizadas para a humanização do parto, a tricotomia, por exemplo, é realizada de forma rotineira por 70% destes. Ainda 80% trabalhadores referiram que, durante o processo de parturição, as adolescentes permaneceram sem a presença do acompanhante.

No que se refere à vivência das puérperas adolescentes no processo de parturição, o estudo de McCallum e Reis (2006) constatou que as adolescentes experienciaram sentimentos de temor, dor e sofrimento por terem permanecido sozinhas nos momentos em que estiveram no centro obstétrico.

Brasil (2006), a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto é fundamental, pois auxilia a mulher a enfrentar esse processo, na medida em que fornece apoio, carinho e encorajamento.

Outra interface de extrema importância para a humanização do parto é o envolvimento da equipe de saúde. Para Dias (2006), as parturientes reconhecem melhor o acolhimento durante o processo de parturição, de acordo com a maneira como o cuidado foi realizado e explicado pelos profissionais de saúde. Com isso, percebe-se que as relações humanas na sala de parto, como o diálogo e cordialidade, são de extrema importância para o bem-estar da mulher.

Diante do exposto, acredita-se que é importante o acompanhamento do processo parturição das adolescentes por profissionais de saúde que orientem, estimulem e aconselhem as jovens gestantes, auxiliando-as e apoiando-as de acordo com suas necessidades. Nesse pensar, de igual importância está o apoio à

família, como forma de aproximação e fortalecimento das redes de cuidado às gestantes adolescentes.

### **1.1 Justificativa**

A Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) tem como finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Para tanto, é necessário resgatar o processo fisiológico do parto, olhar a mulher como ser único, com suas particularidades e singularidades, entender que ela precisa ter autonomia no seu processo de parturição (BRASIL, 2008b).

Estudos pontuam que a humanização do parto busca retomar a atenção integral centrada na mulher, em suas particularidades, direitos e vontades. A implantação da política de humanização do processo de parturição e nascimento visa substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista, cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2008; RATTNER, 2009; DINIZ, 2009).

No contexto do parto das adolescentes, torna-se fundamental que a atenção, o respeito e a dignidade estejam presentes, pois ao vivenciar o parto a adolescente se depara com sentimentos de angústia, temor e medo, e também aqueles específicos atribuídos à fase adolescente. Além disso, a inexperiência materna faz com que a puérpera necessite ser auxiliada para cuidar do filho que está sob sua responsabilidade. Diante desse quadro, o profissional de saúde tem relevante atuação, compartilhando seus conhecimentos e ajudando a adolescente a adquirir autonomia neste processo (SILVA et al., 2009).

Nessa linha de pensamento, Souza, Gaíva e Modes (2011) compreendem que, para humanizar o parto e o nascimento, os profissionais de saúde necessitam vislumbrar o processo como um momento de alegria, tratar a mãe com delicadeza, segurança e conforto, incentivar o acompanhamento do pai ou de familiares, socializando a felicidade. É preciso tornar o parto normal uma prática comum, por ser mais saudável para a mãe e o bebê, pois são regras e atitudes simples que

podem mudar radicalmente a realidade da saúde materno-infantil no Brasil e no mundo.

A justificativa deste estudo está pautada na possibilidade de servir como subsídio para reflexão sobre a forma como as parturientes adolescentes são assistidas, e também contribuir para o desenvolvimento de uma proposta de atenção ao parto em adolescentes que possa fortalecer a Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento proposta pelo Ministério da Saúde.

Diante do exposto, a questão que norteia este estudo é:

Quais das práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização no Pré-Natal e Nascimento são identificadas pelas puérperas adolescentes?

## **2 Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

Descrever as práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento identificadas pelas puérperas adolescentes.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar as puérperas adolescentes, segundo as variáveis demográficas e socioeconômicas.

Descrever as práticas de atenção ao parto consideradas úteis e que devem ser estimuladas no atendimento ao parto em adolescentes.

Descrever as práticas de atenção ao parto consideradas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas no atendimento ao parto em adolescentes.

Descrever as práticas de atenção ao parto consideradas inadequadas no atendimento ao parto em adolescentes.

### **3 Hipóteses**

Em relação às práticas de atenção dispensadas às parturientes adolescentes, elegeram-se neste estudo as seguintes hipóteses:

Estima-se que 90% das puérperas irão identificar o apoio emocional como uma prática útil.

Dentre as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado, estima-se que a restrição hídrica e alimentar será imposta a 99% das parturientes adolescentes durante o trabalho de parto.

Estima-se que em 90% dos partos a presença do acompanhante durante todo o processo de trabalho de parto e parto não seja permitida.

## 4. Revisão de Literatura

Na revisão de literatura buscou-se o enfoque nas políticas públicas e sua relação com o processo de parturição.

### 4.1 Estratégia de busca da revisão de literatura

Esta revisão de literatura buscou responder à seguinte questão norteadora: Quais as mudanças nas políticas de saúde sobre a atenção ao parto? Determinaram-se como descritores contidos em todos os campos *Políticas Públicas e Parto* ou *Public Policies e parturition*, consultados previamente no Descritores em Ciência e Saúde (DECS), sendo o operador booleano *AND* a ferramenta para o cruzamento.

Utilizaram-se a base de dados Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (*Lilacs*), *Pubmed*, e o portal *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*. A seleção dos estudos foi realizada no mês de outubro de 2011, por meio da leitura dos títulos e resumos seguida dos artigos na íntegra. A seleção foi composta por estudos que atendessem aos critérios de seleção: artigos disponíveis gratuitamente na íntegra e que contemplassem os objetivos do estudo.

Na base de dados *Lilacs* foram encontrados, após o cruzamento dos descritores, 21 publicações, das quais cinco artigos contemplaram o objetivo deste estudo e os demais pontuavam aspectos relacionados à participação da equipe no processo de parturição. Na base de dados *Pubmed*, após o cruzamento dos descritores, foram encontradas 81 publicações, das quais 21 eram de livre acesso e, destas, seis contemplaram o objetivo deste estudo.

No Portal *Scielo*, com o cruzamento dos descritores identificaram-se quatro artigos, porém já haviam sido obtidos na base de dados *lilacs*.

Também foi realizada a busca de estudos no Banco Brasileiro de Teses e Dissertações, onde foram encontradas três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado.

Após a leitura na íntegra dos nove trabalhos selecionados e com a busca das referências de cada um, 11 novos trabalhos foram selecionados para o presente estudo.

Ao final da etapa de seleção de estudos, foram considerados relevantes para a temática do projeto 20 artigos, três dissertações de mestrado e uma tese de doutorado.

Os resultados estão apresentados no quadro a seguir:

**Quadro 01 – Estudos sobre as políticas públicas na atenção ao parto, Pelotas 2011.**

<b>Identificação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Resultados</b>
<b>(01)</b> Revista Saúde e sociedade. 2008; 17(8):107-119.	Brasil	Políticas de Saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil	Santos ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RSD	Identificar as principais legislações que fundamentaram a formulação para as políticas públicas materno-infantis no Brasil a partir da década de 80.	Qualitativa e quantitativa	A implantação das políticas públicas na década de 80 contribuiu para a consolidação de diversos programas de leis e saúde voltados para a atenção ao parto, mas ainda imperam os altos índices de mortalidade materna.
<b>(02)</b> Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 651-657.	Brasil	A institucionalização médica do parto no Brasil	Nagahama EEI, Santiago, SM	Descrever as estratégias de implantação da hegemonia institucional sobre o corpo feminino, exercidas através das políticas de saúde e das práticas de atenção médica.	Qualitativa	O processo de hospitalização do parto foi fundamental para a apropriação do saber nesta área e para o desenvolvimento do saber médico, culminando com o estabelecimento da medicalização do corpo feminino.
<b>(03)</b> Revista Texto e Contexto Enfermagem. 2005; 14(4): 585-593.	Brasil	História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança	Silva LR, Christoffel MM, Souza KV	Refletir a partir da década de 80 até o primeiro quinquênio do século XXI as conquistas e as perspectivas em termos de políticas públicas e sociais que aconteceram no campo da obstetrícia e da neonatologia no Brasil.	Qualitativa	Necessidade de desenvolver ações no campo político, na formação de profissionais, visando à diminuição nos paradoxos que cercam as práticas de saúde.

<b>Identificação</b>	<b>País</b>	<b>Título</b>	<b>Autor</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Resultados</b>
<b>(04)</b> Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro.1998;14;(1):25-32.	Brasil	PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil	Osis, MJMD.	Refletir sobre o significado do PAISM para a abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.	Qualitativa	O PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. A adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta.
<b>(05)</b> Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009; 11(2): 424-428.	Brasil	Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde	Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB.	Analisar, epistemologicamente, os pressupostos da promoção da saúde da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e os pressupostos da promoção da saúde apresentados nas cartas resultantes das conferências sobre promoção da saúde.	Qualitativa.	A PNAISM apresenta-se de forma inovadora ao contemplar aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde, a fim de minimizar iniquidades existentes na saúde da mulher, atendendo grupos até então alijados da sociedade e áreas antes pouco assistidas.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
<b>(06)</b> Dissertação mestrado em enfermagem (UFRGS), 2004.	Brasil	Resgate das parteiras leigas: a humanização ao parto	Vieira, MR	Objetivo: conhecer as práticas de três parteiras leigas e que atuaram nas décadas de 60, 70,80. E ainda realizar uma reflexão sobre as práticas que podem contribuir para a humanização do parto e nascimento das instituições hospitalares.	Qualitativa	Os resultados mostraram que as práticas realizadas pelas parteiras leigas que atuaram nas décadas de 60 e 80 estão em consonância com as praticas preconizadas pela política de humanização ao parto. E ainda o estudo revelou que, no contexto atual, as práticas não contempladas pela política de humanização ao parto são observadas em instituições hospitalares.
<b>(07)</b> Tese de Doutorado em Enfermagem (UFRGS). 2005.	Brasil	A ordem da educação do parto na educação da vida	Riffel, MJ.	Descrever como se articulam os saberes sobre a “humanização” para compor políticas de educação para o parto.	Qualitativa	Ao normatizar as práticas nominando-as de “humanizadoras, o governo utiliza-se de “evidências científicas”, estabelece a “verdade” da humanização, localiza e indica inércias, pontos fracos e linhas de força que se deslocam e permitem que tais evidências possam ser substituídas, modificadas, dissolvidas, negadas, afirmadas ou mesmo destruídas.
<b>(08)</b> Rev. Enfer. UERJ. 2011; 19 (2): 218-223.	Brasil	Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde.	Busanello, J.; Kerber, N.P.C.; Lunardi Filho, W.D.; Lunardi, V.L.; Mendonza-Sassi, R.A.; Azambuja, E.P.	Analisar diferenças e semelhanças na concepção do que seja uma assistência ideal às adolescentes em um centro obstétrico, de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores de um hospital universitário do Sul do Brasil.	Qualitativa	Evidencia-se que a concepção dos trabalhadores sobre a assistência ideal ao parto se coaduna com o ideário de atenção humanizada, no entanto alguns aspectos importantes ainda precisam ser incorporados.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
<b>(09)</b> Dissertação de mestrado em enfermagem USP, 2011.	Brasil	Transformações ao modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980	Leister N.	Compreender as transformações no modelo de assistência ao parto a partir das experiências de mulheres que deram à luz no Estado de São Paulo nas décadas de 1940 a 1980.	Qualitativa	Os resultados indicaram uma demarcação geracional e temporal nos anos de 1970. A experiência obstétrica das mulheres da 1ª geração ocorreu no contexto de transição do modelo assistencial. As mulheres da segunda geração a partir da década de 80 experienciaram a consolidação de um modelo hospitalocêntrico. A década de 80 representa um modelo de inflexão dos elementos que compõem o modelo assistencial, com incremento da tecnologia e das intervenções obstétricas.
<b>(10)</b> Dissertação de mestrado USP, 2007.	Brasil	Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiências e percepções de um grupo de mulheres em um hospital escola	Wei, CY.	Explorar as experiências que as mulheres usuárias de um hospital de ensino, tiveram por ocasião de sua internação para o parto, comparando com uma internação anterior para o parto em um período superior a 5 anos.	Quantitativa e qualitativa	Os resultados permitiram vislumbrar que algumas mudanças, como: acompanhamento no parto, a ingestão de líquidos no trabalho de parto e a diminuição no uso do enterocisma, foram inseridas no panorama da assistência com a implantação de práticas assistenciais voltadas à humanização.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
(11) Caderno Saúde Pública, 2004; 20(5):1281-1289.	Brasil	O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil, resultados iniciais	Serruya, SJ, Cecatti, JG, Lago, TG.	Avaliar preliminarmente os indicadores gerados no PHPN do MS para o Brasil em dois anos (2001 e 2002).	Quantitativa	O estudo apontou que, desde sua instituição em junho de 2000, até dezembro de 2002, 3.983 municípios aderiram, e 71% destes (3.183) registraram procedimentos no âmbito do programa, constituindo um banco de dados com 720.871 mulheres. Cerca de 20% das mulheres realizaram seis ou mais consultas de pré-natal, e cerca da metade delas realizou também a consulta puerperal e os exames obrigatórios em 2002, e 41% das mulheres foram imunizadas com a vacina antitetânica. A realização de exames para a detecção de HIV foi o dobro em relação à sífilis, nos dois anos em análise.
(12) Revista. esc, enf, usp. 2004:43(1):87-94.	Brasil	Variáveis que influenciam na manutenção do aleitamento materno exclusivo	Narchi, N Z, Fernandes, R AQ, Dias L. A, Novais, DH.	Verificar se a amamentação exclusiva (AE) nos primeiros seis meses de vida é pelas variáveis: contato precoce, permanência no alojamento conjunto e tipo de parto.	Quantitativa	Os resultados evidenciaram que as variáveis, alojamento conjunto, tipo de hospital e tipo de parto, interferiram na manutenção do AE, mas o mesmo não ocorreu com o contato precoce.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
(13) Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 669-705.	Brasil	Desafios na implementação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto	Dias MAB, Domingues RMSM	Discutir as dificuldades de implantação de um novo modelo da assistência ao parto de baixo risco na estrutura hospitalar e na sistematização de um campo de trabalho da enfermeira obstétrica.	Qualitativa	Identificaram-se como dificuldades o domínio exclusivo da categoria médica e os choques entre as diferentes formas de cuidar entre enfermeiras e médicos.
(14) Rev Esc Enferm USP 2002; 36(2): 133-40.	Brasil	Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes	Oliveira, ZMLP; Madeira AMF.	Compreender o que significa para as adolescentes passarem pelo parto dito humanizado.	Qualitativa	O estudo possibilitou compreender que algumas técnicas, como o toque vaginal e o posicionamento na cadeira de cócoras, quando não explicadas previamente, constituíram uma agressão para as adolescentes, contribuindo para que o parto não fosse vivenciado de forma humanizada. Já a presença do companheiro, ou de alguém que possa aliviar seus medos e suas tensões contribui, também, para que o parto seja um momento de deleite e de prazer.
(15) Cad. Saúde Pública. 2006; 22(7).	Brasil	Re-significado a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil	McCallum, C; Reis, A. P.	Examinar o parto em uma maternidade pública de Salvador/Bahia, com base na perspectiva de mulheres jovens.	Qualitativa	Compreende-se que os significados culturais são inseparáveis das sensações físicas. Sendo assim, a reintrodução dos significados do parentesco, da família representada na cena do parto, constitui uma ação decisiva no campo da humanização do parto em Salvador.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
(16) Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(1):62-70.	Brasil	Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias	Gonçalves R, Aguiar CA, Merigui MAB, Jesus MCP.	Conhecer a vivência da mulher, durante o trabalho de parto e parto, no contexto de uma Casa de Parto, e os motivos que a levaram a optar por esta instituição.	Qualitativa	Os resultados evidenciaram que as mulheres que escolheram a Casa de Parto tiveram experiências positivas como: a presença do acompanhante e o acolhimento por parte dos profissionais no processo de parturição.
(17) PloS Med 2010 Jan 25;8(1):	África	The influence of distance and level of care on delivery place in rural Zambia: a study of linked national data in a geographic information system(.)	Gabrysch S, Cousens S, Cox J, Campbell OM.	O objetivo deste estudo era quantificar os efeitos da distância e o nível de cuidados sobre o uso pelas mulheres das unidades de saúde para o parto na Zâmbia rural, e comparar seu impacto sobre a população com a de outros determinantes importantes.	Quantitativo	Os resultados apontaram que a falta de acesso geográfico aos cuidados obstétricos de emergência era um fator fundamental que explica por que os partos nas zonas rurais da Zâmbia ainda ocorrem em casa, sem cuidados especializados. Enfrentar as barreiras geográficas é fundamental para aumentar o uso de serviço e reduzir a mortalidade materna e perinatal.
(18) Touro Órgão Mundial de Saúde. 2007 Oct; 85 (10) :745-54.		Huge poor–rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries	Tanja AJ Houweling , Carine Ronsmans , Oona MR Campbell , Anton E Kunst	Descrever as desigualdades na atenção ao parto e os cuidados pré-natais para 45 países em desenvolvimento, a fim de compreender as desigualdades observadas na assistência ao parto.	Quantitativo	Reduzir as desigualdades entre pobres e ricos na assistência ao parto profissional é essencial para atingir os ODM para a saúde materna. São necessários mais estudos sobre como chegar a grupos socioeconômicos mais baixos, e sobre como as intervenções eficazes poderão ser expandidas para toda a população nacional de contextos diferentes.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
(19) Am J Public Health. agosto 2004; 94 (8) :1312-20	Suécia	The Decline in Maternal Mortality in Sweden The Role of Community Midwifery	Hogberg,UIF	O objetivo desta revisão foi descrever a intervenção sueca contra a mortalidade materna nos séculos 18 e 19 e quanto ao declínio da mortalidade materna nos países ocidentais no século 20.	Revisão Sistematizada	Os resultados apontaram que o declínio da mortalidade está relacionado com a tecnologia médica aliada ao trabalho com as parteiras.
(20) CMAJ. 2002 05 de fevereiro, 166 (3): 315-323.	Canadá	Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician	Jansen, A. P.; Lee, S.K.; Ryan, E.M.; et al.	O objetivo foi avaliar a segurança do parto domiciliar, comparando os resultados perinatais dos partos domiciliares planejados assistidos por parteiras regulamentadas com os partos hospitalares.	Quantitativo	Os resultados apontaram que o parto domiciliar planejado atendido por uma parteira registrada foi associado com taxas muito baixas e comparáveis de morte perinatal e as taxas reduzidas de intervenções obstétricas e outros resultados perinatais adversos, em comparação com o parto hospitalar planejado com a presença de uma parteira ou médico.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
(21) Pregnancy and Childbirth 2010;10(25)	Japão	Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan	Behuruzi R, Marie H, Fraser, W.	Os objetivos deste estudo foram explorar a experiência japonesa da prática do parto em diferentes configurações de nascimento onde a humanização do parto foi implementada como um objetivo institucional, e também para explorar os obstáculos e os facilitadores encontrados em tal prática.	Quantitativo	Os resultados mostram que a cultura, os valores, as crenças e os pontos de vista das mulheres, tanto de participantes como de obstetras, em relação ao nascer, são fortes fatores facilitadores para a humanização do parto. Enquanto que, na maioria dos países desenvolvidos, suportar um parto doloroso é considerado uma ideia ultrapassada na presença de analgésicos, a dor do parto ainda não é vista como inútil no Japão, mas um processo fisiológico que produz algo de valor inestimável para a mãe e o bebê.
(22) Postgrad Med J 2003;79:168–173	Reino Unido	Holistic obstetrics: the origins of “natural childbirth” in Britain	Postgrad Med J 2003;79:168–173	Explorar o complexo conjunto de crenças e práticas, examinando as ideias de alguns pioneiros britânicos sobre o parto natural.	Qualitativo	A partir das ideias expostas no artigo, conclui-se que na Grã-Bretanha o parto natural surgiu em resposta a intenso intervencionismo obstétrico na vida da mulher. O parto natural traz a proposta de oferecer uma abordagem holística para o parto.

Identificação	País	Título	Autor	Objetivo	Abordagem	Resultados
<b>(23)</b> Borghi J, Ensor T, Neupane BD, Tiwari S .	África	Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal	Trop Med Int Saúde 2006 Feb; 11 (2) :228-37	O objetivo do estudo é medir os custos e a disposição financeira para pagar por serviços de cuidados com o parto em oito distritos do Nepal.	Quantitativo	O custo médio para uma família de um parto em casa variou de 410 (RS \$ 5,43) (com um amigo ou parente assistir) a 879 (RS \$ 11,63) (com um profissional de saúde). Quando os custos de encargos adicionais e de transporte foram adicionados, o valor total pago ultrapassou 5300 RS (US \$ 70). Para uma cesariana o custo total do agregado familiar era mais do que 11 400 (RS \$ 150). O preço precisa ser mais transparente, e as isenções de pagamento nas instalações públicas devem ser mais bem financiadas, se quisermos superar barreiras tanto à oferta
<b>24)</b> An. Fac. med. v.69 n.2 Lima jun. 2008	Peru	Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura¿	Ventura W, Figueroa NL.	Descrever por meio de uma revisão de literatura a respeito dos benefícios e os danos causados pela amniotomia. a	Revisão Sistematizad	Os resultados mostram que a realização da amniotomia, rotineiramente contribui para o aumento de partos disfuncionais e com apgar inferior a sete.

Ao final da revisão da literatura despontaram os principais achados acadêmicos em relação às Políticas Públicas de Atenção ao Parto. No entanto, para melhor fundamentar a discussão dos dados optou-se por utilizar, também, os protocolos do Ministério da Saúde e outros estudos.

#### **4.2 Evolução das políticas na atenção ao parto no Brasil**

Segundo Bruggemann, Osis e Parpinelli (2007), o parto é uma experiência histórica. A arte de parir ocorria no domicílio da mulher, onde a mesma geralmente era acompanhada por uma parteira de sua confiança. Esse cenário desvelava-se em um ambiente caloroso no seio familiar, no qual a mulher expressava livremente seus sentimentos e anseios.

As mulheres eram acompanhadas por parteiras desde o início da gravidez, que aconselhavam em relação aos hábitos de vida e às modificações da gestação, e realizavam manobras como a palpação do abdome gravídico a fim de identificar a posição fetal. No momento do parto, eram as mulheres que escolhiam a posição anatômica em que queriam parir e os familiares participavam junto à parturiente neste processo (VIEIRA, 2004).

Com a institucionalização do parto, em meados do século XX, a cena do parto foi transferida para o ambiente hospitalar. Estabeleceram-se as práticas cirúrgicas, como a episiotomia, o fórcepe profilático, e assim substituiu-se a figura feminina da parteira pela figura masculina do médico (SODRÉ; LACERDA, 2007).

No Brasil as primeiras preocupações com a saúde materno-infantil deram-se durante a transição do Estado Novo até o Regime Militar. Em 1940, foi implantado o Departamento Nacional da Criança, o qual objetivava a normatização do atendimento à criança e o combate à mortalidade infantil (BRASIL, 2011). Nesse contexto, percebe-se que a saúde da mulher começa a ser questionada, pois o governo passa a entender que o nascimento de crianças saudáveis está diretamente ligado à saúde reprodutiva materna.

Sendo assim, em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno-Infantil, que ampliou o olhar para a saúde da mulher e tem como meta reduzir a morbidade e a mortalidade da mulher e da criança. Visualizam-se nesse período as primeiras mudanças em relação às políticas do parto. O desenvolvimento do conhecimento cirúrgico e tecnológico ocasionou aproximação da medicina, deslocando para o médico a responsabilidade do processo de parto (BRASIL, 1975).

De acordo com Nagahama e Santiago (2005), o objetivo das políticas até o fim da década de 70 era de que as mulheres tivessem seus filhos com boas condições de saúde, por essa razão a assistência à saúde da mulher restringia-se à questão reprodutiva.

O estudo realizado por Leister (2011) traz os depoimentos de 20 mulheres que tiveram seus partos nas décadas de 40 a 80. As mulheres que realizaram seus partos na primeira geração, ou seja, de 1940 a 1960, tiveram seus filhos no ambiente domiciliar, referiram ser uma experiência boa, lembravam-se dos cuidados da parteira principalmente no puerpério. Já as mulheres da segunda geração, de 1960 a 1980, que realizaram seus partos em hospitais, referiram ter vivenciado durante a internação sentimentos como medo, angústia e solidão, principalmente pelo temor de permanecerem isoladas, e ainda por perceberem rispidez por parte dos profissionais.

O salto na história das políticas públicas voltadas para a atenção à saúde da mulher aconteceu na década de 80, que se caracterizou como um período de transição democrática, com a organização dos diversos movimentos sociais que reivindicavam mudanças na saúde da população.

Esse período foi marcado por alterações significativas em relação ao processo de parturição. Nesse período a saúde da mulher passa a ser contemplada integralmente (BRASIL 1980).

Nessa conjuntura, o movimento feminista, no final da década de 70, traz a proposta de rompimento com o serviço de saúde até então ofertado às mulheres, pois a mulher era vista de forma reducionista e fragmentada, com ações voltadas somente para o ciclo gravídico-puerperal (FREITAS et al. 2009).

O movimento feminista, então, propõe incorporar à saúde da mulher outras questões, como gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Dessa forma, o movimento das mulheres em associação com os profissionais de saúde deu origem às diretrizes do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (OSIS, 1998).

Nesse cenário, o PAISM foi criado pelo Ministério da Saúde em 1983, com o objetivo de atender à mulher de forma integral, respeitando suas necessidades e particularidades. As áreas de atuação desse programa dividem-se em grupos baseados nas diferentes situações da vida das mulheres, a saber: assistência gravídico-puerperal; assistência ao abortamento; assistência à concepção e

anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST/AIDS, assistência à mulher vítima de violência (BRASIL, 1983).

O referido programa foi um marco nas políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, pois de certa forma rompeu com as propostas políticas da época, adotando o conceito de saúde integral. Buscou ampliar a visão sobre a mulher e assim atendê-la em todas as etapas de vida, englobando inclusive segmentos que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde (SILVA, CHRISTOFFEL, SOUZA, 2005).

O final da década de 80 foi o início de transformações significativas que ocorreram na reorientação do modelo assistencial médico-privatista vigente. As políticas públicas geradas no seio da sociedade pelos movimentos sociais nesse período contribuíram para a consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil (SANTOS et al., 2007).

Ao longo dos anos 80 e mais intensamente na década de 90, se fortaleceram as discussões sobre o modelo do parto vigente no país, que estava alicerçado em ações intervencionistas e medicalizadoras (BRASIL, 1993).

A partir de então, medidas corajosas começaram a ser tomadas, e um exemplo disso foi a criação do sistema de alojamento conjunto por meio da Portaria MS/GM15 nº 1016, de 1993, que objetivou maior aproximação dos laços entre a mãe e o recém-nascido. Nessa proposta, mãe e filho permaneceriam no mesmo ambiente as 24 horas do dia. Esse sistema trouxe diversos benefícios, dentre eles: a motivação e a estimulação ao aleitamento materno, a melhoria das condições para o trabalho de orientação realizado pela enfermagem, o treinamento materno por meio da demonstração prática dos cuidados com o bebê, a aproximação entre a mãe a criança e os demais membros da família, e a diminuição do risco de infecção hospitalar (BRASIL, 1993).

O estudo de Narchi et al. (2009) comprovou que as mulheres que permaneceram junto a seus bebês no alojamento conjunto apresentaram 35 vezes mais chance de manter a amamentação exclusiva até os seis meses do que aquelas que permaneceram isoladas de seus filhos durante o momento da internação.

Na busca pelo resgate do parto como um evento fisiológico para a mulher e devido aos elevados índices de cesarianas realizadas no país, o governo lançou

mão de medidas que objetivavam a valorização ao parto normal, dentre elas: o aumento da remuneração de 160% do parto vaginal, o pagamento de analgesia do parto, com a finalidade de diminuir as altas taxas de cesarianas (BRASIL, 1998).

Frente às inquietações sobre a forma tecnológica e mecanicista com que o parto vem sendo abordado, e na perspectiva do parto como um evento natural, com o mínimo de intervenções, surgem os primeiros ideais sobre a humanização do parto.

É importante ressaltar que a denominação “humanização” foi adotada somente no ano de 2000, quando foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000. O programa tem como prioridade promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério da mãe e de seu filho. Para tanto, torna-se necessário que a equipe de saúde desenvolva ações de acolhimento à gestante, seus familiares e ao recém-nascido, priorizando a formação de vínculos saudáveis. Além disso, o programa propõe o rompimento com práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a mulher nem ao recém-nascido (BRASIL, 2000).

Com a finalidade de incentivar a adesão ao PHPN, o Ministério da Saúde repassa aos municípios e às unidades hospitalares que realizarem o parto um incentivo financeiro, como forma de estímulo para o adequado acompanhamento pré-natal e garantia de referência efetiva para o parto (BRASIL, 2000)

A humanização do parto busca retomar a atenção integral centrada na mulher, de forma a substituir as intervenções médicas e o uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista, cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina (NAGHAAMA; SANTIAGO, 2008).

Concomitante a isso, surge um sistema informatizado, o SISPRENATAL, que teve como finalidade acompanhar as gestantes inseridas no PHPN do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse programa está definido o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, redução das altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal, subsidiando municípios, estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas (BRASIL, 2000).

O estudo de Wey (2007) analisou as experiências no parto de 35 mulheres, comparando uma internação anterior para o parto, com outra internação com no mínimo um intervalo superior cinco anos. Os resultados possibilitaram vislumbrar que o panorama da assistência apresentou melhora, com a implantação de práticas assistenciais voltadas à humanização, bem como o impacto positivo que essas mudanças causaram nas usuárias.

Outro fator que contribuiu de forma significativa para a humanização do parto foi a aprovação da Lei 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito de ter um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005).

Sabe-se que no momento do parto as mulheres vivenciam sentimentos como medo, temor e angústia, e esses fatos justificam a importância da presença do acompanhante de confiança da parturiente durante o processo de parturição. Porém em algumas instituições as mulheres ainda permanecem sozinhas na sala de parto, fato identificado no estudo de Meccalum e Reis (2006), realizado com adolescentes primigestas, que referiram ter experimentado durante o trabalho de parto e parto momentos de solidão, por terem permanecido sozinhas.

Portanto, ao abordar as mudanças das políticas públicas em relação ao parto, pode-se considerar que avanços foram conquistados ao longo destes 70 anos. No entanto, torna-se necessário percorrer um vasto caminho na busca pela humanização do parto, pois, nos estudos que permeiam esta temática, o parto ainda continua alvo de ações padronizadas, intervenções tecnológicas e medicalizadoras que desconsideram a mulher como protagonista do processo de parturição. Por isso, ainda existe a necessidade de estudos e da efetiva implantação de todas as políticas públicas direcionadas à mudança de paradigma.

### **4.3 Atenção ao parto no contexto mundial**

O parto é considerado um divisor na vida da mulher, carregado de significados construídos e reconstruídos a partir da singularidade e cultura da parturiente (DIAS, DESLANDES, 2006; BRUGEMAN, OSIS, PARPINELLI, 2007).

No contexto mundial, a institucionalização do parto está relacionada com o término da Segunda Guerra Mundial, pois os governos da época perceberam a necessidade de diminuir as altas taxas de mortalidade materna e infantil. A partir de

então, no Brasil e no mundo a parturiente passa a ser afastada de seus familiares no processo de parturição, permanecendo isolada em uma sala de pré-parto com pouca ou nenhuma privacidade (DAL MOLLIN, 2005).

Com o decorrer da história, o parto tornou-se um evento hospitalocêntrico, promovido por intensa medicalização e rotinas cirúrgicas, afastando a parteira da arte de partejar, bem como o domínio da parturiente durante esse processo (BRASIL, 2008b).

De acordo com Cortes (2010), os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento ainda apresentam altos índices de mortalidade materna e neonatal. Essa problemática está atrelada a uma série de fatores, tais como, o contexto social em que a mulher e sua família se encontram, o planejamento familiar, bem como a atenção dispensada à parturiente pela equipe de saúde.

Esses fatores podem ser constatados em um estudo desenvolvido por Gabrysch et al. (2010) na zona rural da Zâmbia, que relaciona os elevados níveis da mortalidade materna e neonatal com a falta de acesso geográfico e à carência de profissionais qualificados para atender às possíveis emergências obstétricas.

Já o estudo de Houweling et al. (2007) identificou as desigualdades na assistência à maternidade nos países em desenvolvimento. Evidenciou que as disparidades na assistência ao parto foram maiores do que para o pré-natal. Uma combinação dos fatores de oferta, de demanda e da natureza do serviço explica essas diferenças, visto que a heterogeneidade de fatores é susceptível de variar entre os países. Em alguns, a acessibilidade e disponibilidade apresentaram-se mais relevantes.

Nas repúblicas africanas, em Malawi e Senegal, por exemplo, os partos assistidos por profissionais entre os pobres do meio urbano, foram em maior número do que entre os ricos que residiam na zona rural, mostrando que a disponibilidade e acessibilidade nas zonas rurais é uma problemática. Todavia, em Benin, Madagascar e no Paquistão, partos assistidos por profissional entre os de desprovidos urbanos foram em tão baixo número quanto entre os carentes rurais, sugerindo que outros fatores, tais como custos, falta de profissionais e fatores socioculturais estivessem associados (HOUWELING et al, 2007).

Por outro lado, percebe-se que a atenção ao parto em países desenvolvidos, como no caso do Japão, tem procurado alcançar outros objetivos, como a desmedicalização do parto e a diminuição das intervenções desnecessárias, pois, ao

contrário dos países em desenvolvimento, apresenta um grande número de profissionais qualificados e instituições para assistir as parturientes no processo de parturição. Nesta realidade, as instituições têm como missão instaurar a melhoria dos cuidados, da atenção às parturientes, como o diálogo, a presença do acompanhante durante o processo de parturição e a diminuição de intervenções médicas desnecessárias (BEHRUZI et al., 2010).

As preocupações com as práticas prejudiciais ao parto tem sido alvo de discussões na América Latina. No Peru um estudo que objetivou conhecer os benefícios e malefícios da amniotomia de rotina, evidenciou que essa prática, quando realizada rotineiramente traz malefícios para a parturiente e o bebê, devendo ser realizada somente com justificativa clínica. (VENTURA E FIGUEROA, 2008).

Achados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado na Argentina, que comparou a realização da episiotomia entre nulíparas e primíparas, e identificou que essa prática vinha sendo realizada de forma indiscriminada nos hospitais participantes da pesquisa. (CRAVCHIK, MUNOZ, BORTMAN, 1998)

Nesse sentido, na atenção ao parto, observa-se um movimento em busca da atenção centrada na mulher, em suas particularidades, direitos e vontades. O propósito é substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista, cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina (NAGAHAMA E SANTIAGO, 2008)

Em consonância, estudo realizado no Canadá objetivou avaliar a segurança do parto domiciliar, comparando os resultados perinatais dos partos domiciliares planejados assistidos por parteiras regulamentadas com os partos hospitalares. Os resultados demonstram que as mulheres que vivenciaram o parto domiciliar planejado assistido foram menos propensas à analgesia epidural, ao parto ser induzido, a terem aceleração do parto com o uso de ocitocina e a serem submetidas a episiotomia, em relação às mulheres que tiveram seus partos em instituições hospitalares (JANSEN, 2002)

No que tange às modificações da atenção ao parto, observa-se que, mesmo sendo um país em desenvolvimento, o Brasil se equipara aos países desenvolvidos quando apresenta políticas para atender a mulher no processo de pré-natal parto e nascimento (BRASIL, 2008). Contudo, alguns estudos mostram que as ações ainda

são centradas medicalização e nas intervenções desnecessárias no processo de parturição, comprometendo a proposta de atenção integral e autonomia da mulher no processo de parturição (CARVALHO et al., 2010; SANTOS, SHIMO, 2008; BUSANELLO 2011; NAGAHAMA e SANTIAGO, 2005).

É fato que as mudanças das políticas públicas vêm ocorrendo lentamente nos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Os países subdesenvolvidos sofrem com o baixo número de profissionais de saúde e de instituições para a assistência ao parto. Estudos de Gabrysch, S et al. (2011) e Houweling (2007) apontam que a mortalidade materna e neonatal está relacionada com a falta de médicos em áreas de difícil acesso em países de baixa renda. Já os países desenvolvidos e em desenvolvimento têm buscado implantar, mesmo com resistência de alguns profissionais, a humanização do pré-natal e nascimento, com o objetivo de tornar o parto menos intervencionista, possibilitando à mulher ser o personagem principal deste evento.

## 5. Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, o qual se deriva da pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”<sup>1</sup>.

Segundo Polit, Beck, Hungler (2004, p.29), a pesquisa quantitativa traz a informação numérica coletada pelo pesquisador, que resulta de mensuração formal e que é analisada com procedimentos estatísticos.

Para Bonita (2010), os estudos descritivos apresentam como finalidade descrever o estado de saúde de uma comunidade a partir de dados coletados rotineiramente, por meio de dados secundários, ou diretamente, através de questionários específicos. Os estudos puramente descritivos não têm a pretensão de analisar possíveis associações entre exposições e efeitos.

A escolha deste estudo por uma abordagem quantitativa descritiva pauta-se na proposta de descrever práticas utilizadas no parto das adolescentes conforme a Política de Humanização do Parto e Nascimento.

---

<sup>1</sup> Pesquisa multicêntrica “Atenção humanizada ao Parto de adolescentes” contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq, Processo nº 551217/2007-3. A coordenação geral da pesquisa foi da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a coordenação local em Pelotas estava vinculada à Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os sujeitos foram as puérperas adolescentes que tiveram seus partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) nos centros obstétricos (COs) dos hospitais do estudo, familiares ou acompanhantes das adolescentes que estiveram presentes durante o processo de parturição, trabalhadores atuantes nos COs e os gestores das instituições envolvidas. A coleta de dados foi realizada, de forma ininterrupta, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009 (KERBER,2007).

## **5.1 Caracterização do local do estudo**

O presente estudo teve como contexto de investigação os Centros Obstétricos dos hospitais de ensino dos municípios de Pelotas e Rio Grande, no Estado do Rio Grande do Sul.

O Hospital Escola do Município de Pelotas é uma instituição pública, que faz parte da rede de serviços que integra o SUS, tendo como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão. Está vinculado à universidade pública e constitui-se campo de estágio para a Graduação, Pós-Graduação e Residência de vários cursos na área da saúde.

O Hospital Universitário de Rio Grande é um hospital público, que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o SUS. Tem como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão. É vinculado à universidade pública, constituindo-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

## **5.2 População alvo e amostra**

Puérperas adolescentes com idade entre 10 e 19 anos, que tiveram seus partos nos Centros Obstétricos de dois hospitais de ensino da Região Sul do Brasil. Perfazendo uma amostra de 414 puérperas adolescentes.

### **5.2.1 Referentes à pesquisa multicêntrica**

A pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” contou com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, conforme Processo nº 551217/2007-3. A coordenação geral da pesquisa é da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), e a coordenação local em Pelotas, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Os sujeitos foram as puérperas adolescentes que tiveram seus partos realizados pelo SUS nos Centros Obstétricos (COs) dos hospitais do estudo, familiares ou acompanhantes das adolescentes que estiveram presentes durante o processo de parturição, trabalhadores atuantes nos COs e os gestores das instituições envolvidas.

Anteriormente ao início da coleta de dados, realizou-se um estudo piloto, com 10 adolescentes, para testagem dos instrumentos e verificação de possíveis adaptações.

Foram selecionadas cinco entrevistadoras em cada município, que participaram de um curso de capacitação teórico e prático de dois dias.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2008 a novembro de 2009, de forma ininterrupta. As entrevistadoras obedeciam a uma escala de visitas diárias as maternidades todos os dias, faziam busca no livro de registro dos partos e no prontuário para levantamento dos dados clínicos do processo de parto. Na identificação de uma puérpera adolescente, procediam à formalização e convite para participação na pesquisa.

A entrevista foi realizada com as adolescente após 24 horas de vivência do puerpério. A decisão de realizar a entrevista neste momento justifica-se em função de a adolescente já ter vivenciado os momentos de maior ansiedade e cansaço motivados pelo trabalho de parto. As entrevistas foram desenvolvidas por meio da aplicação de um instrumento com questões abertas e fechadas, com duração média de 30 minutos a uma hora. As entrevistas foram desenvolvidas por meio da aplicação de um instrumento com questões abertas e fechadas com duração média de trinta minutos à uma hora e realizadas para uma sala anexa ao posto de enfermagem.

### **5.2.2 Referentes à dissertação: Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes**

Para a presente dissertação, os dados foram extraídos do banco de dados da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” referente aos municípios de Pelotas e Rio Grande, alusivo ao instrumento com questões fechadas de 1 a 11 aplicado às puérperas, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009 (ANEXO B). Do instrumento aplicado às puérperas, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009 (ANEXO B), utilizou-se as questões fechadas (1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11).

As variáveis utilizadas neste estudo foram extraídas do instrumento da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” Kerber (2007) e encontram-se dispostas no quadro a seguir:

**Quadro 02 – Variáveis que fazem parte do estudo: Práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes, Pelotas, 2011.**

**- Variáveis Sociodemográficas relacionadas ao perfil da puérpera adolescente**

Variável	Definição	Tipo de Variável
Idade	Anos Completos	Categoria Numérica Discreta
Cor ou raça	Branca Parda/Morena Preta	Categoria Nominal
Anos com aprovação escolar	Anos completos	Categoria Numérica Discreta
Com quem mora	Mãe e/ou pai com marido/companheiro; Mãe e/ou pai sem marido/companheiro; Só com o companheiro; Com o companheiro e sua família; Outro.	Categoria Nominal
Escolaridade do chefe da família	Analfabeto/primário incompleto; Primário incompleto completo/ginasial; Ginasial Incompleto completo/colegial; Colegial incompleto completo/superior; Superior Completo.	Categoria Nominal
Município em que reside		Categoria Nominal

**Variáveis Socioeconômicas relacionadas ao perfil da puérpera adolescente**

Variável	Definição	Tipo de Variável
Renda Mensal	Em salário mínimo vigente	Categoria numérica contínua
O que tem e quantos em uso em sua casa	Televisão em cores; Rádio; Banheiro; Automóvel; Empregada mensalista; Aspirador de pó; Máquina de lavar; Videocassete ou DVD; Geladeira; Freezer	Categoria Numérica e Contínua
Número de pessoas que residem em casa?		Categoria Numérica Contínua

**Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

Variável	Escala	Tipo de Variável
Foi feita sua depilação no CO?	Sim Não	Catagórica Dicotômica
Foi feita lavagem intestinal no CO?	Sim Não	Catagórica Dicotômica
Colocaram soro em você enquanto estava no CO?	Sim Não	Catagórica Dicotômica
Em que posição você teve o parto?	Na mesa de parto (litotomia) Outras	Catagórica Nominal

### Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado

Variável	Escala	Tipo de Variável
Você se alimentou ou ingeriu alguma coisa durante a sua permanência no CO?	Sim Não	Categoria Dicotômica
Sua bolsa das águas foi rompida por algum profissional? no CO?	Sim Não	Categórica Dicotômica
No período expulsivo, você teve ajuda de algum profissional pressionando o seu útero?	Sim Não	Categórica Dicotômica

### Práticas no parto normal demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

Variável	Escala	Tipo de Variável
Você teve algum acompanhamento de familiares ou amigos no CO?	Sim Não	Categórica Dicotômica
Você recebeu alguma instrução sobre as formas de relaxamento a serem utilizadas na sala de pré-parto?	Sim Não	Categórica Dicotômica
Você tomou banho ou realizou alguma medida de higiene no CO?	Sim Não	Categórica Dicotômica
Você recebeu orientações sobre o parto, como seria e como ajudar nesse momento?	Sim Não	Categórica Dicotômica
Você acha que privacidade e intimidade foram respeitadas durante o tempo em que permaneceu no CO?	Sim Não	Categórica Dicotômica

## 5.3 Análise dos dados

Os dados coletados foram digitados no Software Epi Info (versão 6.04), sob forma de dupla entrada, para análise da consistência interna. Realizou-se a estatística descritiva por meio de frequências simples e, para as variáveis referentes ao perfil das puérperas adolescentes, foi empregada a estatística descritiva com a distribuição de proporções, médias, desvios.

## 5.6 Princípios Éticos

Este estudo observou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata sobre a pesquisa envolvendo seres humanos.

O projeto da pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da FURG para apreciação, sendo aprovado no dia 14/05/2008, com o Parecer nº 031/2008 (Anexo C).

A utilização dos dados para este projeto foi autorizada pela coordenação geral da pesquisa (Anexo D).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todas as participantes. As adolescentes com idade inferior a 18 anos tiveram o TCLE assinado pelos pais ou responsáveis (ANEXO E).

Para manter o anonimato das puérperas adolescentes, as mesmas foram identificadas pelas iniciais do nome acrescidas da idade.

## **5.7 Divulgação dos resultados**

Os resultados deste estudo serão divulgados por meio da elaboração de um artigo científico, que será apresentado juntamente com um relatório para a conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem. Outros artigos científicos serão publicados e encaminhados a periódicos indexados da área da enfermagem e áreas afins. Os resultados também serão apresentados ao serviço no qual os dados foram coletados, bem como em eventos científicos relacionados ao tema.

## 6 Cronograma

**Quadro 03- Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa**

Período	2011			2012			
	1º	2º		1º	2º		
Atividades	Semestre	Semestre		Semestre	Semestre		
Definição do tema	X	X	X				
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto		X	X				
Qualificação do projeto				X			
Limpeza dos dados				X	X		
Análise dos dados				X	X	X	
Elaboração da dissertação				X	X	X	
Apresentação da dissertação							X
Elaboração de artigos	X	X	X	X	X	X	X

## 7 Recursos materiais e plano de despesas

Quadro 04- Recursos materiais para o desenvolvimento da dissertação

<b>Material</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo Unitário</b> <b>R\$</b>	<b>Custo Total</b> <b>R\$</b>
Borracha	02	1,60	3,20
Caneta	06	2,00	12,00
Lápis	03	1,00	3,00
<i>Pendrive</i>	01	60,00	60,00
Papel A4 (pacote 500 folhas)	05	18,00	90,00
Cartucho p/ impressora	04	17,00	68,00
Encadernação para qualificação	06	15,00	90,00
CD	06	1,50	9,00
Encadernação final	06	25,00	150,00
Revisão de Português	03	1,50(pág.)	450,00
Revisão em Espanhol	02	25,00	50,00
Revisão em Inglês	02	25,00	50,00
<b>TOTAL</b>			<b>1035,20</b>

Obs.: As despesas para a realização desta pesquisa serão custeados pela autora.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Proteção Materno-Infantil. **Programa de Saúde Materno-Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde. 1975.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Assistência Integral a Saúde da Mulher**. Brasília: A. Coordenação; 1980.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**. 1983.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - **Sistema de alojamento conjunto através da Portaria MS/GM15 nº 1016 de 1993**.

Disponível em: <http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/40.pdf>. Acesso em 09/08/2011.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Brasília. 1996. Disponível em: <[http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa\\_cns.pdf](http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf)>. Acesso em: 06 setembro. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento** de 01 de junho de 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ministério da saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe**, 2005. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto)> Acesso em 22/0/2010.

\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde- CODEPPS. São Paulo: SMS, 2006. 328p.

\_\_\_\_Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 56p. 2006

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **A gravidez na adolescência está em queda**, 2007. Disponível <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=3372](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=3372)> Acesso em 20/08/2011.

\_\_\_\_Ministério da Saúde. DATASUS. **Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC**, 2008a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em: 18 de Outubro de 2011.

\_\_\_\_Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas**. Agência nacional de saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2008b, p.141

\_\_\_\_ Ministério da Saúde. **Indicadores sócio demográficos e de saúde no Brasil**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. 2009. Disponível:[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009) Acesso em: 15/11/2011.

\_\_\_\_Ministério da Saúde. **Gestões e Gestores de Políticas Públicas de atenção a a saúde da criança: 70 anos de história**. 2011. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)> Acesso em: 10/11/2011.

BEHRUZI, R.; MARIE, H.; FRASER, W. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **Pregnancy and Childbirth**. v.10, n. 25. 2010.

BORGHI, J; ENSOR, T; NEUPANE, B. D.; TIWARI, S. Financial implications of skilled attendance at delivery in Nepal. **Trop Med Int Saúde**; v.11, n.2, p. 228-37. 2006

BONITA, R; BEAGLEHOLE, R; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia Básica**. Editora Santos. 2<sup>a</sup>ed. 2010.

BRUGGEMANN, O. M.; OSIS, M. J. D.; PARPINELLI, M. A. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. **Rev. Saúde Pública online**. Rio de Janeiro, v.41, n.1, p. 44-52, nov. 2007.

BUSANELLO, J. **As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um hospital universitário do extremo sul do Brasil**. 2010. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade Federal de Rio Grande. Rio Grande.

BUSANELLO, J.; KERBER, N.P.C.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; MENDONZA- SASSI, R.A.; AZAMBUJA, E.P. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev. Enfer. UERJ.** v.19, n.2, p.218-223. 2011.

CRAVCHIK S, MUÑOZ DM , BORTMAN M . Indications for episiotomy at public maternity clinics in Nequén, Argentina. **Rev Panam Salud Publica.** v.4,n.1p.26-31.1998

DAL MOLLIN, S.; R. **O EXERCÍCIO DA ATIVIDADE DA ENFERMEIRA OBSTETRA: análise do discurso médico no Sul do Rio Grande do Sul.** 2008. 128f. Dissertação mestrado. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. UFRGS.

DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto: Conceitos Lógicas e Práticas no cotidiano de uma maternidade pública.** 2006 p. 280. Tese (Doutorado). Instituto Fernandes Figueira/ FIOCRUZ Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. 699-705. 2005.

DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia,** v.20, n.45, p.123-131.2010. Disponível em: [www.scielo.br/paideia](http://www.scielo.br/paideia). Acessado em: 14 do outubro de 2011.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. O. Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família. **Esc. Anna Nery [online].** v.10, n.1, p. 121-125. 2006

FLOYD, RD. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. **Journal of Gynecology and Obstetrics.** v.75; n.1, pp. S5-S23. 2001.

FREITAS, G.L; VASCONCELOS; C.T.M.; MOURA E.R.F.; PINHEIRO A.K.B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.11; n.2, p. 424-428. 2009.

GABRYSCH, S; COUSENS, S; COX, J; CAMPBELL, OM. The influence of distance and level of care on delivery place in rural Zambia: a study of linked national data in a geographic information system. **PlosMed.** V.8., n. 1. 2011.

GIGANTE, D.P; BARROS,F.C.; VELEDA, R. et al. Maternidade e paternidade na coorte de nascimentos de 1982 a 2004-5, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública.** v. 42, supl.2, p. 42-50, 2008.

HOGBERG,UIF. The Decline in Maternal Mortality in Sweden The Role of Community Midwifery. **Am J Public Health.** v.94, n.8, p.1312-20. 2004.

GONÇALVES, H.; KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. **Rev. de Antropologia**. São Paulo, v.49, n.2, p.625-643. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ra/v49n2/04.pdf>> Acesso em: 05 de novembro de 2011.

JANSEN, P.A.; LEE,S.K.; RYAN,E.M. et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. **CMAJ**. , v.166, n.3, p. 315-323.2002. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/2688/>>.

KERBER, N.P.C. Projeto de Pesquisa. **Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes**. Pesquisa financiada pelo CNPq Processo Nº 551217/2007-3, 2007.

KONING, A.B; FONCECA, A.D.; GOMES, V. L. O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre ser mãe. **Rev. Eletrônica de enfermagem**. v.10, n.2, p. 405-413, 2008.

LEISTER N. **Transformações ao modelo assistencial ao parto: história oral de mulheres que deram a luz nas décadas de 1940 a1980**. BRASIL. 2011 (Dissertação mestrado em enfermagem) USP.

MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública online**. Rio de Janeiro, v. 22, n.7, p.1483-1491. 2006.

MOSCUCCI, O. Holistic obstetrics: the origins of “natural childbirth” in Britain. *Postgrad Med J*. v.79, p.168–173. 2003

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Paraná, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>> Acesso em: 02 de outubro de 2011

NAGAHAMA, E. E. I. ; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao sistema único de saúde em município da região Sul do Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p.1859-1868. 2008.

NARCHI, N. Z.; FERNANDES, R. A. Q.; DIAS L. A.; NOVAIS, D.H. Variáveis que influenciam na amamentação do aleitamento materno exclusivo. **Rev. Esc, Enf, USP**. V.43, n.1, p. 87-94. 2009.

OLIVEIRA, N. R. Maternidade de adolescentes de periferias sociais e urbanas: algumas análises à luz da Psicologia. **Rev. bras. crescimento desenvolvimento humano**. São Paulo v.15 n.1, p.69-77, abril, 2005.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, Gravidez e Maternidade: a percepção de si e a

relação com o trabalho. **Revista. Saúde social.** São Paulo. v.17, n.4, p.93-102. 2008.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo, v.36, n.2, p. 133-140, junho. 2002

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: guia prático.** Genebra. 1996.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Pública.** V.14, n.1 p.25-32. 1998.

POLIT, D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Porto Alegre: Artmed. 5ª ed. 2004. 488p.

QUEIROZ, M.V.O.; RIBEIRO, E. M. V.; PENNAFORT, V. P. F. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Rev.Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v.19, n.2, p. 291-9. 2010

RANGEL, D., L., O.; QUEIROZ, A., B., A. A representação social as adolescentes sobre a gravidez nesta etapa da vida. **Rev. Enferm. Esc Anna Nery.** v.12 n.4 p.780-8. 2008.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos. **Interface Comunicação Saúde e Educação,** São Paulo, v.13 n.1 p. 595-602. 2009

RIFFEL, M. J. **A ordem da educação do parto na educação da vida.** 238f 2005 (Tese Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós Graduação (UFRGS).

SANTOS, E.T.S.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M; LIMA, R.S.D. Políticas de Saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Revista Saúde e sociedade.** V.17; n.8, p.107-119. 2008

SANTOS, JO; SHIMO AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem.** v. 12, n.4, p. 645-650. 2008.

SERRUYA, S. j.; CECATTI, J .G.; LAGO, T. G. O programa de humanização do pré natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil, resultados iniciais. **Caderno Saúde Pública.** v.20,n.5, p.1281-1289.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; SOUZA, K. V. Histórias conquistas e perspectivas no cuidado a mulher e a criança. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v.14, n. 4, p.585-93, out/dez.2005.

SILVA, L. A.; NAKANO, A. M. S.; GOMES, F. A.; STAFANELLO, J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o

bebê. **Texto e contexto enfermagem**. Florianópolis, v.18, n.1, p.48-56. Jan-mar. 2009.

SODRE, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Rev. Esc. Enfermagem USP**. São Paulo, v.41, n.1, p. 82-89, mar.2007.

SOUZA, T.G; GAÍVA, M.A.M; MODES, P.S.S.A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Revista Gaúcha Enfermagem**. v. 32, n.3, p. 479-86. 2011

TANJA, AJ; HOUWELING, CR ; OONA MR; CAMPBELL; ANTON; KUNST. Huge poor–rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries .**Touro Órgão Mundial de Saúde**. v. 85, n.10, p.745-54. 2007.

VENTURA, W; FIGUEROA, NL. ¿Es útil la amniotomía de rutina en el trabajo de parto de inicio espontáneo? Una revisión de la literatura. An. Fac. med. v.69 n.2 Lima jun. 2008

VIEIRA, MR. **Resgate das parteiras leigas: a humanização ao parto**. 79f. 2004. Dissertação (mestrado em enfermagem) Programa de Pós Graduação em Enfermagem. (UFRGS).

WEI, C.Y. **Ações humanizadoras na assistência ao parto: experiências e percepções de um grupo de mulheres em um hospital escola**.191p (Dissertação mestrado Enfermagem). USP.

WHO. **World Healthy Horganization Definitions**. 2004. Disponível em: <<http://www.who.int/reproductivehealth/en/>> Acesso em 06/09/2011.

## **II Relatório do trabalho de campo**

## **Relatório do trabalho de campo**

O presente relatório foi elaborado como requisito parcial para conclusão do Mestrado Acadêmico em Enfermagem desenvolvido pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, e corresponde ao estudo sobre Práticas de Humanização no Parto na Perspectiva das Puérperas Adolescentes.

O mestrado teve início no mês de março do ano de 2011, e o projeto de pesquisa que orientou este estudo foi aprovado no exame de qualificação no dia 06 de março de 2012.

Os dados utilizados para realização da dissertação são provenientes do banco de dados da pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes, com financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, Processo nº 551217/2007-3. A coordenação geral da pesquisa foi da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), e a coordenação local em Pelotas, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A população da pesquisa foi composta por quatro grupos. A amostra do primeiro grupo constituiu-se de todas as adolescentes que tiveram seus partos nos hospitais universitários envolvidos no estudo no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. O segundo grupo foi composto por um dos familiares ou acompanhantes das adolescentes entrevistadas, aquele que se caracterizou como o mais presente, no mesmo espaço.

de tempo. Compondo o terceiro grupo esteve o universo dos profissionais de saúde atuantes no Centro Obstétrico das instituições hospitalares envolvidas, como enfermeiros, técnicos em enfermagem, auxiliares em enfermagem, médicos preceptores e médicos residentes. Do quarto grupo fizeram parte os diretores dos hospitais e os gestores dos COs.

Cabe ressaltar a minha participação na pesquisa Atenção ao Parto de Adolescentes como entrevistadora, aplicando os questionários às puérperas adolescentes no hospital-escola de Pelotas, durante os dois anos da pesquisa. Essa experiência me possibilitou a compreender como esse universo das adolescentes vivencia o processo de Parturição. Ainda surgiu o interesse de identificar se as práticas de atenção ao parto preconizadas pela Organização Mundial de Saúde foram identificadas pelas puérperas adolescentes.

Para este estudo foi utilizado o banco de dados da macropesquisa referente às puérperas adolescentes dos Municípios de Pelotas/RS e Rio Grande/RS, e o instrumento foi composto por questões relacionadas ao perfil das puérperas e questões específicas sob os números 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 e 11, aplicadas às puérperas (ANEXO B).

O estudo intitulado Práticas de Humanização no Parto na perspectiva das Puérperas Adolescentes buscou responder à seguinte questão de pesquisa: Quais das práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento são identificadas pelas puérperas adolescentes?

Para Bonita (2010) os estudos descritivos apresentam como finalidade descrever o estado de saúde de uma comunidade a partir de dados coletados rotineiramente[,] por meio de dados secundários, ou diretamente, através de questionários específicos. Os estudos puramente descritivos não têm a pretensão de analisar possíveis associações entre exposições e efeitos.

O contexto de investigação desta dissertação foram os centros obstétricos de dois hospitais de ensino da cidade de Pelotas/RS e Rio Grande/RS. Essas instituições são públicas e fazem parte da rede de serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão. Os hospitais deste estudo estão vinculados a duas universidades públicas e se constituem em campo de estágio para a graduação, pós-graduação e residência de vários cursos na área da saúde.

A maternidade do Hospital Escola de Pelotas situava-se no andar térreo, comunicando-se diretamente com o Centro Cirúrgico. Sua área física era composta de uma sala de exame, uma sala de pré-parto com dois leitos e banheiro, uma sala de partos, uma sala de atendimentos ao RN, um lavabo, um expurgo, 12 leitos de internação obstétrica e seis leitos de internação ginecológica, além de um leito de isolamento clínico. Atuavam neste local de trabalho dois enfermeiros e seis técnicos/auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho diurno, e um enfermeiro e quatro técnicos/auxiliares de enfermagem em cada turno de trabalho noturno[,] em uma escala 12/60 horas; o plantão médico era de 24 horas, realizado por sete médicos residentes e 10 médicos preceptores.

O Hospital Universitário de Rio Grande é um hospital público, que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o SUS. Tem como finalidades o ensino, a pesquisa e a extensão. É vinculado à universidade pública, constituindo-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde. O centro obstétrico do hospital universitário Miguel Riet Corrêa Junior funcionava desde o ano de 1992, localizava-se no andar térreo desse hospital, ao lado do centro cirúrgico. Sua área física era composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para recepção do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para os funcionários.

O banco de dados da macropesquisa foi formado pelos dados procedentes dos questionários aplicados às puérperas adolescentes que tiveram seus partos nos hospitais participantes da pesquisa no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. Eles foram elaborados com base nas recomendações para o parto normal da OMS e as categorias que constituem as orientações são: práticas de atenção ao parto normal consideradas úteis e que devem ser estimuladas, práticas de atenção ao parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, e práticas de atenção ao parto normal frequentemente utilizadas de forma inadequada do Manual Assistência ao Parto Normal da OMS (ANEXO A).

Do instrumento reservado à entrevista semiestruturada com as puérperas (ANEXO B), utilizaram-se as seguintes variáveis: privacidade e intimidade, acompanhamento, orientações sobre o parto, orientações sobre as formas de relaxamento, tipo de parto, medidas de higiene, relação da equipe com a parturiente e seus familiares, enteroclistima, tricotomia, uso de ocitocina, posição do parto, episiotomia, ingesta alimentar e amniotomia.

Os dados coletados foram digitados no Software Epi Info (versão 6.04), sob forma de dupla entrada, para análise da consistência interna. Realizou-se a estatística descritiva por meio de frequências simples e, para as variáveis referentes ao perfil das puérperas adolescentes, foi empregada a estatística descritiva, com a distribuição de proporções, médias, desvios.

**III Artigo I:**

**Entendimento das mães acerca da triagem néonatal: um estudo qualitativo.  
Encaminhado a revista Journal of Nursing and health no período de maio de  
2012, aceito aguardando publicação.**

## Entendimento das Mães acerca da triagem neonatal: um estudo qualitativo

Mothers' understanding about neonatal screening: a qualitative study

El entendimiento de las madres acerca del control neonatal: un estudio cualitativo

Andressa Costa AL-ALAM<sup>1</sup>, Marilu Correa SOARES<sup>2</sup>, Sonia Maria Konzgën MEINCKE<sup>3</sup>, Alitéia Santiago DILÉLIO<sup>4</sup>, Ana Paula de Lima ESCOBAL<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Faculdade Anhanguera Educacional Pelotas. Enfermeira Assistencial e Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva do HSPB-Pelotas-RS. Email: andressa\_alam@yahoo.com.br. Endereço: Padre Anchieta, 4715, Bl L, Apto. 201. Centro. Pelotas-RS. CEP 96015420. Telefone: (53)91752398

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pelo Programa de Pós-Graduação Materno-Infantil e Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Professora Adjunta II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Orientadora do trabalho de conclusão de Curso. E-mail: enfmari@uol.com.br

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Adjunta II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: meincke@terra.com.br.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutoranda em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas. E-mail: aliteia@gmail.com.

<sup>5</sup>Enfermeira. Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira Assistencial do Hospital Universitário São Francisco de Paula - Pelotas-RS. Email: aescobal@bol.com.br

Monografia: Triagem neonatal: conhecimento das puérperas 2008. Apresentado a Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

## Resumo

**Objetivo:** O presente estudo teve por objetivo identificar o conhecimento das mães puérperas sobre a triagem neonatal. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa de caráter exploratório, desenvolvido em uma unidade ambulatorial de especialidades de uma cidade no interior do Rio Grande do Sul. A coleta dos dados ocorreu no mês de maio de 2008, utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada. Participaram do estudo sete puérperas primíparas. **Resultados e Discussão:** Após a discussão e análise os dados foram agrupados obtendo-se como resultado o seguinte tema; Entendimento das mães acerca da triagem neonatal. **Considerações Finais:** Conclui-se este estudo esperando sensibilizar os profissionais de saúde, principalmente os de enfermagem, quanto à importância de seu papel na educação em saúde visando à prevenção de doenças que, quando diagnosticadas a tempo, podem retardar ou mesmo eliminar seqüelas irreversíveis para os recém natos.

**Descritores:** Triagem neonatal; Enfermagem; Pré - natal.

## Abstract

**Goal:** The present study had as objective to identify the postnatal mothers' knowledge about neonatal screening. **Materials and Methods:** This is a study with a qualitative approach with exploratory type conducted in an outpatient specialty unit of a city in Rio Grande do Sul. Data collection occurred in May 2008; it was used the semi-structured interview as a tool. Seven primipara postnatal mothers have participated in the study. **Results and Discussion:** In order to organize the results, thematic analysis was used. After discussion and data analysis, it was found out that mothers' understanding about newborn screening is a reflection of the informations that they have received about the test. They have demonstrated a superficial knowledge about the need of doing the test as well as the diseases that the test detects. **Final Considerations:** We have found out the importance of awareness in health professionals, especially nurses, about their role in health education aimed at prevention of diseases that, when diagnosed in time, may delay or even eliminate irreversible consequences for newborns. **Descriptors:** Neonatal screening. Nursing. Prenatal.

## Resumen

**Objetivo:** El presente estudio tuvo como objetivo identificar los conocimientos de las madres puérperas acerca del tamisaje neonatal. **Materiales y Métodos:** Se trata de un estudio con un abordaje cualitativo y carácter exploratorio, realizado en un ambulatorio de especialidades de una ciudad de Río Grande do Sul. Los participantes del estudio fueron siete madres puérperas primíparas. Los participantes del estudio fueron siete madres puérperas primíparas. **Resultados y Discusión:** Para la organización de los resultados fue utilizado el análisis temático. Después de la discusión y análisis de datos, se comprobó que la comprensión de las madres acerca del control neonatal es un reflejo de las informaciones recibidas sobre la prueba.

Elas han demostrado un conocimiento superficial sobre la necesidad de tomar el examen, así como sobre las enfermedades que la prueba detecta. **Consideraciones Finales:** Señalase la importancia de sensibilizar a los profesionales de la salud, especialmente aquellos de la enfermería, sobre su papel en la educación para la salud dirigida a la prevención de enfermedades que, cuando se diagnostica a tiempo, puede retrasar o incluso eliminar las consecuencias irreversibles para los recién nacidos. **Descriptores:** Tamisaje neonatal. Enfermería. Prenatal.

## INTRODUÇÃO

A triagem neonatal conhecida popularmente como teste-do-pezinho é um dos vários programas de triagem empregado para diagnóstico precoce de doenças genéticas e infecciosas<sup>1</sup>.

Essa prática possibilita um rastreamento específico na população na faixa etária de 0 a 30 dias de vida. O termo triagem tem origem do vocábulo francês *triage* que significa seleção, separação de um grupo e, em saúde pública, define a ação primária dos programas destinados à detecção de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias<sup>2</sup>.

A ação preventiva de diversas doenças pode ser realizada através da triagem neonatal, conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal. A investigação dessas doenças, assintomáticas no período neonatal, sejam congênitas ou infecciosas, possibilita não apenas intervir no curso das doenças, mas também, permite o tratamento precoce específico, diminuindo ou eliminando as seqüelas de cada doença<sup>3</sup>.

O Teste-do-pezinho é apenas um teste de triagem, ou seja, um resultado alterado não implica em diagnóstico definitivo de qualquer uma das doenças necessitando de exames confirmatórios. Diante do exposto, mostra-se necessário que os profissionais de saúde estejam habilitados e qualificados a orientar os pais quanto à importância do teste para a prevenção e, principalmente, o diagnóstico precoce das doenças, com a finalidade de promover a saúde do neonato. Sendo parte do processo sabe-se que as gestantes devem ser orientadas, ao final de sua gestação, sobre a importância do teste-do-pezinho e procurar um posto de coleta ou um laboratório indicado pelo pediatra dentro do período estabelecido pelo programa<sup>3</sup>.

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), criado em 2001, busca a cobertura de 100% dos recém-nascidos vivos do país para o teste-do-pezinho. No Rio Grande do Sul (RS), o teste é realizado para a triagem de três patologias: a Fenilcetonúria (PKU), o Hipotireoidismo Congênito (HC) e as hemoglobinopatias. Em outros Estados, dependendo do credenciamento é

possível a triagem também da Fibrose cística (FC)<sup>2</sup>.

Observa-se que os profissionais de saúde têm papel fundamental para com o PNTN, pois, são os responsáveis pelo atendimento e fornecem as informações sobre a saúde dos neonatos. Portanto, a Enfermagem tem participação diferenciada no programa, pois quem interage essencialmente com a clientela alvo é esse profissional, uma vez que atua informando sobre a realização do exame e encaminhando para as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) inclusive por ocasião da alta hospitalar da maternidade<sup>4</sup>.

## **OBJETIVO**

O presente artigo tem por objetivo identificar o entendimento das mães puérperas acerca da triagem neonatal em um ambulatório de especialidades de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo caracteriza-se por uma abordagem qualitativa de caráter exploratório, realizado em um ambulatório de especialidades de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul, no segundo semestre de 2008.

Os sujeitos deste estudo foram sete mulheres no período puerperal, que estavam com seus filhos para realização do teste do pezinho, no referido ambulatório.

Com o intuito de garantir o anonimato dos sujeitos, as puérperas foram identificadas por nomes próprios de sua livre escolha, acrescidos de sua idade. Ex: Maria-45.

Os preceitos éticos foram baseados na Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Santa casa de Misericórdia de Pelotas sendo aprovada pelo Parecer 004/2008 - Ata 65/2008.

Para a realização do estudo foi feito um convite às puérperas primíparas explicando os objetivos do estudo, princípios éticos assim como a liberdade de desistir do mesmo em qualquer momento. Com a concordância das puérperas em participar do estudo, foi fornecido o Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados através de uma entrevista semiestruturada gravadas. Os dados foram analisados

conforme análise temática proposta por Minayo<sup>5</sup>.

## RESULTADOS

Para melhor entendimento do estudo apresenta-se a seguir as puérperas primíparas que participaram deste estudo.

**DEBORA**, 25 anos, natural de Pelotas, casada, ensino médio completo, renda de 3 salários mínimos, do lar; RN com 9 dias;

**JOANA**, 22 anos, natural de Pelotas, solteira, ensino médio completo, renda de dois salários mínimos, do lar, RN com 4 dias de vida;

**EMILY**, 19 anos, natural de Pelotas, solteira, ensino superior incompleto, renda de três a cinco salários mínimos, estudante, RN com 18 dias de vida;

**TAÍS**, 22 anos, mora em Pelotas, mas é natural de Bagé, casada, ensino médio completo, do lar, renda de dois salários mínimos, RN com 29 dias de vida;

**SUÉLEN**, 22 anos, natural de Pelotas, solteira, ensino fundamental completo, renda de um salário mínimo, do lar; RN com 8 dias de vida;

**MARIANA**, 29 anos, natural de Pedro Osório, solteira, ensino superior incompleto, renda de cinco salários mínimos, funcionária pública; RN com 4 dias de vida;

**TAINÁ**, 25 anos, natural de Pelotas, solteira, superior completo, renda de três salários mínimos, Pedagoga; RN com 11 dias de vida.

Ser mãe é algo muito especial na vida de uma mulher. Vinculado a isso vêm suas crenças, seus valores, seus medos e suas inseguranças.

O entendimento das mães acerca da triagem neonatal é, sem dúvida, reflexo das informações que receberam acerca do teste. A análise dos dados permitiu ter uma noção da dimensão dessa desinformação, o que pode ser comprovado nas falas abaixo.

*“Não, eu não sei, na verdade eu só sei que detecta várias doenças embora o certo eu não sei” (Débora-25).*

*“Falaram assim, nada certinho, não sei; eu sei que é para detectar algumas doenças na criança” (Joana-22).*

*“Hereditárias, não sei; creio que seja isso... para detectar alguma doença. Eu sei que eles vão coletar o*

*sangue para ver se tem alguma doença” (Tainá-25).*

A partir desses depoimentos constata-se a insipiência do conhecimento das mães a respeito da triagem neonatal, demonstraram um conhecimento superficial quanto à necessidade de fazer o teste, bem como fornecer informações sobre as doenças que o teste detecta. Conforme verificado nas falas a seguir:

“Não tenho idéia, não sei para que serve sinceramente” (Emily-19).

“Para saber se a criança vai ter alguma doença, eu acho, é o que eu acho, se ela vai ter algum problema que tu podes saber através do teste-do-pezinho” (Taís-22).

“Depois que ela nasceu que a pediatra falou, mas eu que perguntei onde podia fazer, não explicou nada!” (Joana-22).

“Não, não lembro, eu vi numa reportagem, mas não estou bem a par que ignorância” (Mariana-29).

As puérperas relataram não saber quais as doenças preveníveis com o teste-do-pezinho, nem o que elas podem acarretar para a saúde dos neonatos.

No entanto, percebe-se que possuem um breve conhecimento quanto à técnica da coleta:

“Eu sei que eles vão coletar o sangue para ver se tem alguma doença acredito que seja com uma agulha, um aparelhinho, sei lá, depois passa por um processo” (Tainá-25).

“Eles fazem uma rodinha do tamanho de uma moeda que é o suficiente, uma coisa assim, a fundo eu não sei” (Taís-22).

“É no pé, no calcanhar, tira umas gotinhas de sangue, duas no calcanhar” (Mariana-29).

Observa-se nas falas a seguir a importância de explicações mais detalhadas quanto à importância da realização do teste.

“Disseram para fazer o mais breve possível e só falaram isso, para fazer em uma semana, mas não explicaram nada” (Joana-22).

“Disseram que tinha que fazer daqui a uma semana e que era obrigatório fazer, porque era para saúde dele, mas não me explicaram” (Suélen-22).

Visualiza-se através dos depoimentos das mulheres que as poucas

e breves informações que receberam foram fornecidas na maternidade. Os profissionais apontados por elas como informantes foram algum membro da equipe de enfermagem ou o pediatra. Todas disseram que foram orientadas a trazer seu bebê, porém não lhes foi explicado o motivo pelo qual deveriam fazê-lo especificamente, evidenciado nos relatos a seguir:

*“Foi à enfermeira que estava lá entregando as carteirinhas [...] disseram lá no hospital que a partir de segunda eu tinha que fazer o teste-do-pezinho” (Débora-25).*

*“A pediatra lá no hospital mesmo disse que tem que fazer o teste-do-pezinho, depois de tantos dias” (Emily-19).*

*“Foram às moças que vacinaram ele, na perna e no braço, acho que eram da enfermagem” (Suélen-22).*

Sendo assim, observa-se que os profissionais da saúde se restringem nas informações fornecidas às mães quanto ao teste do pezinho, tornando o entendimento dessas limitado.

## DISCUSSÃO

Sabe-se que as mães primíparas enfocam suas preocupações principalmente

quanto aos cuidados relacionados ao cotidiano do neonato tais como a amamentação, os cuidados com a higiene, bem como a adaptação do bebê a sua nova condição. Entretanto, alguns cuidados igualmente relevantes podem não ser desconsiderados por essas, dentre eles os relacionados à triagem neonatal.

O teste-do-pezinho, nome popular para a triagem neonatal, é um exame realizado a partir de gotas de sangue colhidas do calcanhar do recém-nascido a fim de detectar patologias cobertas pelo Plano Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). O exame, conforme o Manual de Normas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem Neonatal (SBTN, 2007), a partir das 48 horas após o nascimento do RN; a puérpera e familiares deverão ser encaminhados à UBS mais próximo de sua residência para a realização.

Nessa perspectiva, acredita-se que o momento ideal para a mãe receber as informações sobre a triagem neonatal é durante a gestação, compreendendo que esse papel cabe aos estabelecimentos de saúde.<sup>2</sup> Os profissionais de saúde precisam estar conscientes quanto à importância de

fornecer informações concisas sobre o teste, como estratégia de incentivo para a realização deste.

No decorrer do pré-natal a mulher deverá ser consistentemente orientada, em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal através da realização de ações educativas, pois a gestante tem direito de receber informações sobre a importância da triagem neonatal e a procurar a UBS na primeira semana de vida do neonato<sup>6-3</sup>.

O profissional de saúde, durante o pré-natal, é responsável pela orientação a respeito do exame. A gestante deve ser informada sobre quais as doenças triadas pelo programa, como e quando o teste deverá ser realizado e sobre o procedimento a ser tomado caso encontre um resultado positivo.

Assim, observa-se, neste estudo que as mães demonstraram interesse em saber mais informações sobre o teste: o motivo do teste, como é feito, explicitar mais quais doenças podem ser detectadas pelo teste. Percebe-se que os profissionais de saúde se restringem ao máximo quando vão informar a mãe sobre o teste. Pode ser desconhecimento do profissional sobre as doenças ou o

pré-julgamento de que as mulheres não vão entender como o processo acontece.

Vários trabalhos sobre a importância do pré-natal ou, especificamente, sobre as ações educativas no pré-natal, mostram em seus resultados que, mesmo tendo realizado as consultas, as gestantes demonstram insatisfação com relação às orientações sobre parto, puerpério e cuidados com os recém-nascidos<sup>6</sup>.

Outro dado interessante do estudo diz respeito ao tempo para a coleta, pois, segundo informações colhidas no ambulatório, muitos exames foram encaminhados num intervalo fora do preconizado. Isto é um fator de preocupação, uma vez que a coleta fora do prazo preconizado pelo Ministério de Saúde compromete severamente a qualidade dos resultados e pode inviabilizar as medidas preventivas das doenças de cobertura da triagem neonatal.

Estudo realizado em Unidades Básicas no Rio Grande do Sul com equipes de enfermagem constatou que a coleta do teste-do-pezinho entre o 3º e 7º dias de vida não era uma constante, dentre os fatores para o atraso encontrava-se a falha na comunicação no

pré-natal.<sup>6</sup> O presente estudo está em consonância com o anteriormente citado, pois também aponta a falha na comunicação dos profissionais de saúde para com as mães.

Evidenciou-se que a falha na comunicação encontrada nos discursos das participantes do estudo poderia configurar um fator de comprometimento a atenção à saúde da mulher bem como do neonato. Compreendendo que se as mulheres não receberem orientação adequada poderão não identificar a relevância de realizarem o exame.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

A triagem neonatal é um tema de importância inquestionável. No presente estudo as mães puérperas realmente não possuem o conhecimento da relevância do exame teste-do-pezinho para o futuro de seus filhos. Acrescente-se a esse quadro a constatação de que os profissionais de saúde parecem desinformados quanto à necessidade de explicação sobre o PNTN às gestantes e futuras mães. Entende-se que o pré-natal é o momento ideal para a compreensão, reflexão e aprendizado da gestante sobre os cuidados neonatais e, principalmente, orientações acerca de

condutas de prevenção dos agravos tanto à mulher quanto à criança.

Nesta linha de pensamento, acredita-se que investimentos devem ser realizados visando à preservação e a manutenção da saúde do binômio mãe-filho. Dessa forma, os profissionais de saúde necessitam desenvolver ações que abranjam os aspectos emocional, social e educacional da mulher a fim de que ela possa receber o recém nato com propriedade e conhecimento.

Nesse estudo comprovou-se que todas as puérperas entrevistadas haviam feito o acompanhamento pré-natal com profissional de saúde médico, porém as orientações sobre o PNTN, não lhes foi repassada. Elas não conseguiram identificar quais as doenças triadas com o programa nem mesmo como o programa de triagem funciona.

Apesar de toda essa desinformação, as puérperas demonstraram interesse em saber mais sobre o teste e reconheceram a superficialidade do seu conhecimento acerca da triagem neonatal.

De modo particular as puérperas vivem diversas emoções durante o período puerperal que as deixam sobrecarregadas. Às vezes, esquecem

uma orientação dada na maternidade que, entre outras informações, parece ser menos importante, pois não foi enfatizada da forma que deveria. Por isso, a importância fornecer as informações no pré-natal, pois, nesse período a mulher está mais atenta e tem condições de assimilar melhor as orientações.

Os profissionais de saúde precisam tomar consciência de que é imprescindível a identificação e acompanhamento das crianças triadas o mais precocemente possível, cabe-lhes o papel de orientar e reforçar que a triagem neonatal seja realizada na primeira semana de vida do bebê para garantir a qualidade de vida de todas as crianças, em especial, daquelas acometidas pelo agravo.

## REFERÊNCIAS

1. Souza CFM de, Schwartz IV, Giugliani R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. Ciência e saúde coletiva. 2002; 7 (1). Disponível em [www.portalsopape.com.br/artigos/triagem\\_rinaria.pdf](http://www.portalsopape.com.br/artigos/triagem_rinaria.pdf)
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de normas técnicas e rotinas operacionais do programa nacional de triagem neonatal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. - 2. ed. ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 128 p.: il. color. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. Marton MBGS, Lacerda MR. "Teste do Pezinho" por que coletar na alta hospitalar. Revista Eletronica de Enfermagem. 2003 [acesso em: 15 set 2007]; 4(2): 60-64. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.
4. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva. 2007 12(2) :477-486.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Hucutec Abrasco. Rio de Janeiro. 2007. p.269.
6. Goldbeck AS. A triagem neonatal (Teste do Pezinho) na rede de atenção básica em saúde do Rio Grande do Sul. Slide 1. COREN RS, [atualizado dez 2006 [acesso em: 15 mar 2008] Disponível em: [http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/agenda/teste\\_pezinho.ppt/](http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/agenda/teste_pezinho.ppt/)

**IV Artigo II:**

**Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição.**

**Encaminhado à Revista Gaúcha de enfermagem no período de março de 2011 .**

# **EXPERIÊNCIAS DAS PUÉRPERAS ADOLESCENTES NO PROCESSO DE PARTURIÇÃO**

## **RESUMO**

Este estudo teve por objetivo conhecer as experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. De abordagem qualitativa e caráter descritivo, trata-se de um recorte dos dados da pesquisa multicêntrica Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Fizeram parte do estudo dez adolescentes que tiveram seus partos no hospital participante da pesquisa no período que compreendeu entre novembro de 2008 a novembro de 2009. As participantes foram selecionadas no banco de dados da pesquisa multicêntrica. Para análise, os dados foram agrupados em consonância com Minayo<sup>(6)</sup> obtendo-se como resultado dois temas: percepções das puérperas sobre o cuidado recebido no centro obstétrico e os profissionais de saúde no processo de parturição. Constatou-se que as puérperas adolescentes que por perceberem o comprometimento da equipe e julgarem que aquele cuidado fora o ideal, experimentaram o processo de parturição de mais forma prazerosa.

**Descritores:** parto humanizado, gravidez na adolescência, adolescente

## **ABSTRACT**

*This study had as objective to know the adolescent puerperae experiences in the parturition process. It had a qualitative approach and descriptive type, and it was a data clipping from the multicenter research "Humanized Attention for Adolescent Parturition". The study participants were ten adolescent puerperae that had their parturitions at the hospital participating in the research from November 2008 to November 2009, which were selected in the database of the multicenter research. For analysis, the data were grouped in accordance with Minayo (2010), and it was obtained two themes as a result: Puerperase perceptions on the obstetrical care received in the center and Health professionals in the process of*

*parturition. It was evidenced that adolescent puerperae that have received the care they deemed ideal and have perceived the commitment of the team, have experienced the parturition process in a pleasurable way.*

**Descriptors:** *Humanized parturition; Adolescent pregnancy; Adolescent*

**Título:** *Obstetric center: scenario of the adolescent parturient care.*

## **RESUMEN**

*Este estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias de las puérperas adolescentes en el proceso de parturición. Enfoque cualitativo y descriptivo, es un recorte de los datos de la pesquisa multicéntrica, Atención Humanizada a el Parto de Adolescentes. Fueron participantes del estudio diez puérperas adolescentes que tenían sus partos en el hospital participante en la pesquisa entre noviembre de 2008 a noviembre de 2009, que fueron seleccionadas en la base de datos de la pesquisa multicéntrica. Para el análisis, los datos se agruparon de acuerdo con Minayo (2010), obteniéndose como resultado dos temas: La percepción de las puérperas acerca de la atención recibida en el centro obstétrico y Los profesionales de la salud en el proceso de parturición. Constatose que las puérperas adolescentes que recibieron la atención que consideraban ideal y que percibirán el compromiso del equipo, experimentarán el proceso de parturición de manera más placentera.*

**Descriptoros:** *Parto humanizado; Gravidéz en la adolescencia; Adolescente*

**Título:** *El centro obstétrico: cenario de la atención a la parturiente adolescente*

## INTRODUÇÃO

A maternidade figura no contexto de vida da maioria das mulheres, assim, refletir sobre esta ocorrência em fases precoces da vida possibilitará entender como este evento é interpretado e como influencia suas vidas e o processo de amadurecimento.

A adolescente, ao vivenciar a maternidade, depara-se com todas as alterações atribuídas ao ciclo gravídico-puerperal e também com aquelas que são atribuídas à fase da adolescência<sup>(1)</sup>.

Na vida da mulher, compreende-se que o parto é um episódio carregado de significados construídos e reconstruídos durante o período gestacional a partir da singularidade e cultura da parturiente<sup>(2)</sup>.

O cuidado no contexto do processo de parturição não está atrelado somente ao alívio da dor do parto, mas a todas as ações que são realizadas pela equipe responsável, em benefício do bem estar da parturiente e do nascimento de seu filho<sup>(3)</sup>.

O parto necessita ser vivenciado como uma experiência humana e não apenas biológica, na qual a mulher precisa ser a protagonista, tendo oportunidade de expressar suas emoções, medos e anseios. A equipe de saúde necessita oferecer subsídios emocionais e técnicos à parturiente para que esse momento possa ser de crescimento e realização para a mulher e para a sua família<sup>(4)</sup>.

Entende-se que, para a humanização do processo de parto e nascimento é necessário contemplar a mulher de forma integral, ou seja, abrangendo os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, pois, acredita-se que a mulher, ao escolher uma instituição para o nascimento de seu filho, geralmente busca, além de uma boa evolução do parto, atenção e cuidado dos profissionais de saúde.

Para humanizar é preciso sensibilização, responsabilidade e comprometimento dos profissionais de saúde com a mãe, a criança e os familiares. Assim, o profissional de saúde preparado para satisfazer as necessidades da parturiente, seja no âmbito fisiológico, emocional ou espiritual, aumenta a possibilidade da mulher ser sujeito ativo no seu processo de trabalho de parto e parto<sup>(5)</sup>.

O processo de parturição é um momento no qual a mulher encontra-se sensível e fragilizada. Esta condição se torna mais acentuada quando a parturiente é adolescente. Diante disso, este estudo teve como objetivo conhecer as experiências das puérperas adolescentes no centro obstétrico.

## **METODOLOGIA**

Este estudo se caracteriza por uma abordagem qualitativa descritiva. É um recorte da pesquisa multicêntrica Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes desenvolvida em dois hospitais de ensino do sul do Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa foram dez puérperas adolescentes com idade entre 10 a 19 anos selecionadas no banco de dados.

O local da coleta de dados do presente estudo foi a unidade obstétrica de um hospital de ensino de pequeno porte de uma cidade do sul do Rio Grande do Sul que atende exclusivamente usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de novembro de 2008 a novembro de 2009.

As entrevistas, com duração média de trinta minutos, foram realizadas, após 24 horas de vivência do puerpério e desenvolvidas por meio da aplicação de um instrumento com questões abertas que discorriam sobre os cuidados recebidos pela puérpera adolescente e a participação da equipe durante o processo de parturição.

Os dados foram analisados e organizados conforme os passos sugeridos por Minayo<sup>(6)</sup>. Desta forma emergiram dois temas: percepções das puérperas sobre o cuidado recebido no Centro Obstétrico e Atuação dos profissionais de saúde no processo de parturição

Em observância à Resolução 196/96, a pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes, foi submetida à apreciação do Comitê de Ética da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande e aprovada sob Parecer Nº 031/2008. A fim de garantir o anonimato às puérperas adolescentes foram identificadas pelas iniciais do nome e sobrenome acrescidos da idade. Para as adolescentes menores de dezoito anos solicitou-se autorização dos pais ou responsáveis para a participação do estudo.

## **Resultados e Discussão**

Para melhor compreensão dos resultados apresentamos as puérperas adolescentes que participaram deste estudo as quais foram identificadas pelas iniciais do nome e sobrenome seguidas da idade.

### **C.C.G.- 17**

Cor branca, estudou oito anos com aprovação escolar, reside com os pais sem o companheiro, realizou parto cesáreo, não realizou consulta de pré natal.

**D.V.P-18** Cor branca, estudou oito anos com aprovação escolar, reside com o companheiro, realizou parto vaginal, realizou seis consultas de pré natal.

### **M.L.P.L-17**

Cor parda/morena, estudou quatro anos com aprovação escolar, reside com o companheiro, realizou parto cesáreo, realizou nove consultas de pré natal.

**E.C.F.A-18**

Cor branca, estudou sete anos com aprovação escolar, reside com o companheiro e sua família, realizou parto vaginal, realizou dez consultas de pré natal.

**R.S.M -16**

Cor branca, estudou cinco anos com aprovação escolar, reside com seus pais sem companheiro, realizou parto vaginal, realizou três consultas de pré natal.

**N.C.S-14**

Cor parda/morena, estudou cinco anos com aprovação escolar, reside com os pais sem companheiro, realizou parto vaginal, realizou quatro consultas de pré natal.

**J.D.F- 19**

Cor branca, estudou oito com aprovação escolar, reside com sua família sem o companheiro, realizou parto cesárea, realizou uma consulta de pré natal.

**N.G.B.-17**

Cor branca, estudou oito anos com aprovação escolar, reside com os pais sem companheiro, parto vaginal, realizou dez consultas de pré natal .

**J.J.G.- 18**

Cor preta, estudou sete anos com aprovação escolar, reside com o companheiro e sua família, realizou parto cesáreo, realizou dez consultas de pré natal.

**J.E.S-18**

Cor preta, estudou doze anos com aprovação de escolar, reside com o companheiro, realizou parto vaginal, realizou doze consultas de pré natal.

**DISCUSSÃO****Percepções das puérperas sobre o cuidado recebido no Centro Obstétrico**

A palavra cuidado é definida como desvelo, cautela, prudência, diligência e zelo<sup>(7)</sup>.

Na enfermagem o cuidado pode ser compreendido como uma forma mais completa, integralizadora, considerando o ser cuidado de maneira única, singular e irrepetível. <sup>(8)</sup>

O cuidado, no contexto do processo de parturição não está atrelado somente ao alívio da dor do parto, mas à todas as ações que são realizadas pela equipe em benefício do bem estar da parturiente e do nascimento de seu filho <sup>(3)</sup>.

Durante as entrevistas, as puérperas adolescentes expuseram seus sentimentos em relação à forma como foram atendidas na vivência do processo de trabalho de parto e parto e referenciaram que gestos como a atenção, o desvelo, a escuta por parte dos profissionais e a presença de um acompanhante foram essenciais para o cuidado qualificado nos momentos em que uma parturiente permaneceu no centro obstétrico (CO). As puérperas adolescentes referiram terem recebido o cuidado que julgavam como ideal, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

*Eu não sei por que para mim foi tudo muito bom. Acho que tem que ter bastante cuidado. (N.C.S.-14)*

Ao refletir sobre as falas (E.C.F.A-18) e (N.C.S.-14) se constata que a assistência ideal e de qualidade é entendida como atenção e cuidado durante o processo de parturição.

A parturiente sente-se acolhida e cuidada a partir do momento em que é ouvida, tem suas dúvidas esclarecidas e também quando participa com os profissionais a respeito dos procedimentos a serem realizados no seu parto <sup>(9)</sup>.

Entende-se que o cuidado é uma maneira subjetiva de dar suporte a parturiente na trajetória do parto e assim possibilitar que a mesma vivencie de forma positiva esse período pois, quando presente tal comportamento, permite-se à mulher e aos familiares uma vivência mais prazerosa dessa etapa da vida.

O parto em algumas situações se traduz em um momento no qual a mulher sente-se e ou demonstra-se sensível, fragilizada e temerosa, necessitando de um cuidado diferenciado, por isso, a equipe precisa estar atenta e disposta a oferecer uma atenção qualificada.

As colocações reforçam esta linha de pensamento com as entrevistadas, relatando o que consideram como cuidado ideal para o período em que a parturiente permanece na maternidade.

*Acho que tem que ter atenção e cuidado. (R.S.M.-16)*

*Hum me pegou agora. Acho que tem que ser bem tratada, só isso eu acho. (N.G.B-17)*

*Acho que tem que ter atenção. (J.D.F.-19)*

As mulheres usam a palavra "atenção" quando percebem que os profissionais, além de desempenharem suas funções estabelecidas pela instituição, manifestam interesse em estabelecer um diálogo com as mesmas. A partir do momento em que se sentem acolhidas pelos profissionais, as mulheres ficam a vontade para pedir ajuda e realizar questionamentos<sup>(10)</sup>.

Entretanto, o contraponto do apontado por R.S.M.-16, N.G.B.-16 e J.D.F.-19 pode ser observado quando analisa-se a experiência de C.C.G.-17 com o processo de parturição: verifica-se que a mesma não foi ouvida pela equipe e nem esclarecida sobre os procedimentos a serem realizados no seu parto.

*Eu acho que eles são médicos e tudo, mas acho que eles têm que ouvir a opinião dos outros. Como no meu caso que um médico me examinou e disse que eu não precisaria ir para a cesárea e o outro chegou e me mandou para a cirurgia (C.C.G.-17).*

Frente a esse acontecimento percebe-se que a parturiente desenvolveu um sentimento negativo em relação à equipe e esse fato poderá contribuir para que em uma futura gestação esta mulher não escolha esta instituição.

A gestante busca um serviço de comprometimento e que lhe proporcione segurança no nascimento de seu filho (a). Sendo assim, no momento em que a mesma percebe a falta de prioridade da equipe na formação do vínculo, aumenta o risco de desistência ou de menor frequência de acompanhamento nas futuras gestações<sup>(11)</sup>.

Este fato acentua-se na experiência de duas puérperas (*D.V.P-18*) e (*M.L.P.L-17*), que apontaram como cuidado ideal a presença dos profissionais durante o trabalho de parto, o que pode ser verificado nas suas falas:

*A participação da equipe no meu parto foi zero. Porque se não eu não tinha ganhado meu filho sozinha (D.V.P-18).*

*Eles virem mais frequente aqui. Eles não vinham quase. Deixavam a gente de plantão louca de dor (M.L.P.L-17).*

A participação da equipe é imprescindível nos momentos em que as parturientes permanecem no CO, pois a mulher que percebe ser assistida pelos profissionais sente-se segura e amparada no momento do seu parto.

Para o alcance da maternidade segura é importante a formação de um elo entre os profissionais da saúde e a parturiente a fim de se atingir a humanização do parto, da mesma forma, é interessante que as mulheres sejam conhecedoras de seus direitos, bem como de seus corpos, para que se tornem sujeitos ativos no processo de parturição<sup>(12)</sup>.

Outro fator que contribui significativamente para uma boa evolução do trabalho de parto e do parto é a participação do familiar nos momentos em que a mulher permanece no CO, pois quando ela conta com a companhia de uma pessoa de sua confiança sente-se mais segura e confortável no processo de parturição.

Esse fato foi referido por apenas uma das puérperas adolescentes (*J.E.S-18*), que afirmou ser um cuidado de qualidade a presença de acompanhante.

*Deixar um familiar teu junto na hora do parto (J.E.S-18).*

A inserção do acompanhante escolhido pela parturiente durante o trabalho de parto e o parto contribui significativamente para a evolução do processo de nascimento do bebê. Percebe-se que a futura mãe sente-se mais fortalecida e tranquila com a presença do acompanhante que também colabora para o encorajamento e conforto da mulher<sup>(13)</sup>.

A presença do pai durante o processo de parturição é de extrema importância, pois no momento em que ele participa do nascimento do filho, observa-se um maior benefício sobre resultados materno, perinatal e na satisfação da mulher com a experiência do nascimento. Além disso, esse fato, de certa forma, contribui para resgatar e reforçar a integração do casal<sup>(14)</sup>.

Sabe-se que o parto antigamente acontecia no domicílio da mulher em um ambiente caloroso na presença de seus familiares. E entendemos que para um cuidado humanizado torna-se necessário resgatar a presença do acompanhante no CO.

Portanto, acredita-se que para uma atenção integral com a mulher no ciclo gravídico puerperal se faz necessário oferecer além subsídios tecnológicos durante esse período, torna-se de extrema importância oferecer à mulher e sua família um cuidado humanizado, ancorado em políticas e movimentos que atendam as suas necessidades individuais, atentando para suas emoções, sentimentos, anseios e cultura, valorizando a mulher no processo de gestar e parir como sujeito de sua vida e de suas escolhas.

### **Atuação dos profissionais de saúde no processo de parturição**

O trabalho em equipe requer a busca de soluções, por parte dos profissionais, para acolher as necessidades dos indivíduos e ainda propor novos métodos que incluam a participação dos mesmos. Essas mudanças irão contribuir para maior comprometimento da equipe com o cliente, afastando o modelo médico tradicional, e assim colaborando para a construção de uma nova realidade<sup>(15)</sup>.

É imprescindível que o trabalhador de saúde obtenha múltiplos conhecimentos para atender as necessidades dos clientes e as diferentes situações que se apresentam nos serviços de saúde. O trabalho em equipe proporciona que o indivíduo possa ser visualizado em sua

horizontalidade, o que é impossível de se alcançar quando se trabalha sozinho diante de um sujeito singular repleto de vivências<sup>(16)</sup>.

Acredita-se que a equipe de saúde precisa estar preparada para atender as necessidades e anseios que a parturiente apresentará no decorrer do processo de parturição. Neste sentido, o trabalho coletivo no acolhimento à gestante ganha destaque por favorecer a construção de transformação do cuidado.

As puérperas adolescentes R.SM-16 e M.L.P.L-17 ao serem questionadas quanto ao papel dos profissionais de saúde em seu trabalho de parto e parto, pontuaram que a influência dos profissionais foi um aspecto positivo.

*Ajudou, porque foram rápidos, já que eu cheguei ganhando (R.S.M-16).*

*Ajudou para que o meu parto fosse rápido (M.L.P.L-17).*

Para as entrevistadas J.E.S-18, J.J.G-18 e E.C.F.A-18 os profissionais colaboraram oferecendo um suporte emocional para acalmá-las.

*Influenciou, porque ocorreu tudo bem, eu estava muito nervosa e me acalmaram. (J.E.S-18)*

*Esse especialista que eu te falei que me ajudou, perguntando se eu estava nervosa e se eu estava sentindo alguma dor, alguma coisa. Isso me acalmou e me deixou menos nervosa também (J.J.G-18).*

*Sempre ajuda né? Me ajudou a ficar mais calma (E.C.F.A-18).*

Durante o trabalho de parto e parto as mulheres muitas vezes vivenciaram ou referenciaram angústia, medo, sofrimento e dor são muitas vezes vivenciados durante o trabalho de parto e o parto. Quando a parturiente é adolescente esses fatores se intensificam com aqueles atribuídos a fase, que é marcada por inúmeras transformações físicas, sociais e psíquicas havendo, muitas vezes, a necessidade de enfrentamento e de superação diante das situações que são atribuídas<sup>(17)</sup>.

Dessa forma, compreende-se que a participação da equipe durante o processo de parturição é de suma importância, pois o acolhimento nesse período da vida das mulheres oferece maior tranquilidade e segurança e auxiliam a mulher na superação das intervenções e procedimentos, por vezes desconfortáveis. O que pode ser evidenciado na fala de J.D.F –18.

*Ah! Ajudou bastante, eles me deram atenção e foram legais comigo e tudo, só não gostei dos toques, muitos seguidos (J.D.F- 18).*

Durante a trajetória do nascimento comumente a parturiente está muito mais fragilizada do que o filho, necessitando de cuidados especiais. Com isso, ela espera que o profissional a acolha e a auxilie a superar as dificuldades que surgirão em virtude das novas demandas da maternagem<sup>(18)</sup>.

A alocação de N.C.S-14 complementa o citado anteriormente visto que a adolescência por si só já é um período de muitas transformações. A púbere, nesse período, necessita de orientações sobre o parto e os cuidados com o bebê para vivenciar melhor essa nova etapa e, para tanto, a equipe precisa estar sensibilizada a acolher mãe e filho.

*Elas falaram como iria ser para mim, explicaram e demonstraram tudo, e isso ajudou para que fosse bem tranquilo (N.C.S-14).*

No atendimento à parturiente as questões que transcendem ao biológico precisam fazer parte da assistência, pois são demandas significativas e que possuem repercussões para as mulheres<sup>(19)</sup>.

Dispor atenção qualificada às puérperas adolescentes é compreender que as mesmas são sujeitos singulares, com vivências particulares e únicas. É entender que cuidar desse universo requer a construção de um conhecimento aprimorado, muito mais do que ações uniformizadas. A garantia do cuidado necessário em cada caso se por meio de uma equipe de

saúde formada por trabalhadores que, seguramente, são atores ativos do processo de cuidado proporcionado às puérperas adolescentes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Evidenciou-se diante dos relatos das puérperas adolescentes que o centro obstétrico para a maioria das participantes apresenta-se como um cenário que despertou sentimentos positivos na vivência do processo de parturição. No entendimento das parturientes, para acontecer o cuidado é necessário atenção, desvelo e consideração em relação a seus temores e angústias, sendo que a maior parte das puérperas adolescentes relatou ter recebido os cuidados que julgavam ideais.

No que tange à participação dos profissionais de saúde no processo de parturição, o estudo revelou que houve influência significativa da equipe, característica evidenciada na maioria das falas das adolescentes, ao apontarem que a equipe forneceu, além das ações medicamentosas, um suporte emocional importante para mantê-las calmas durante o trabalho de parto e o parto.

Assim, aponta-se que a participação da equipe é essencial nos momentos em que a parturiente permanece no CO. Isto porque a adolescente se sente segura e amparada. No entanto, o estudo demonstrou que para uma puérpera adolescente que não recebeu participação dos profissionais em seu parto, gerou-se um sentimento de desapontamento da mesma em relação à equipe.

Sabe-se que no momento do parto a mulher sente-se fragilizada e necessita do auxílio da equipe não apenas no alívio da dor, mas também de ações que a fortaleçam como: medidas de conforto, carinho, atenção, encorajamento, entre outros. Uma equipe capacitada e com a

prática de ações que estimulem a formação do vínculo exerce influência positiva nesse momento ímpar da vida das mulheres.

O estudo apresentou algumas limitações, dentre elas o fato das participantes serem adolescentes e, talvez por esta razão, em algumas situações, as mesmas não desejassem expor suas vivências fato que colaborou para que suas respostas a respeito dos questionamentos fossem sucintas.

Ao finalizar este estudo, constatou-se que as puérperas adolescentes que receberam o cuidado que julgavam adequado e que perceberam o comprometimento da equipe, experienciaram o processo de parturição de forma mais prazerosa, o que reforça a importância da equipe estar capacitada para atender as necessidades individuais da mulher e de sua família, bem como esclarecer sobre seus direitos enquanto parturientes.

## **REFERÊNCIAS**

1 Silva LA, Nakano A MS, Gomes FA, Stafannelo J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Revista Texto e contexto enfermagem*. 2009;18(1):48-56.

2 Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12): 2647-2655.

3 Sescato AC, Souza SSRK, Wall ML. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Orientações da equipe enfermagem. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2008; 13(4):585-590.

4 Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos ponderações sobre políticas públicas. *Revista Interface Comunicação saúde educação*. 2009; 13(1): 759-68.

5 Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Caderno Saúde Pública [online]*. 2008; 24(8):1859-1868.

6 Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec: 2010

- 7Ferreira, AB. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Curitiba: Positivo. 2006.
- 8 Waldow, VR, Borges RF. Cuidar e humanizar : Relações e significados . Acta paul. enferm. [online].2011; 24:(3):414-418.
- 9 Priszjulnik G, Maia AC. Parto Humanizado: Influencias no segmento saúde. O mundo da Saúde. 2009; 33(1):80-88.
- 10 Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira, K AP. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação das puérperas. Rev. Texto Contexto Enfermagem. 2007; 16(3):479-87.
- 11 Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Revista Saúde Pública.2009; 43:(1):98-104.
- 12 Griboski RA, Guilhem, D. Mulheres e profissionais da saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Revista Texto e Contexto Enfermagem. 2006; 15(1):107-14.
- 13 Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Revista Saúde Pública [online].2007; 41 (1): 44-52.
- 14 Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. Revista gaúcha de Enfermagem. 2007; 28 (4): 497-504.
- 15 Villa EA, Aranha AVS. A formação dos profissionais da saúde e a pedagogia inscrita no trabalho do Programa de Saúde da Família. Texto contexto - enfermagem [Online]. 2009;18 (4):680-687.
- 16 Andrade PR, Ribeiro CA, Silva, C.V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. Rev. Bras. Enferm. Brasília. 2006;59(6):30-35.
- 17 Ceccin R.Boletim Integralidade em Saúde. Citado em 10 de março de 2010. Disponível: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=548&sid=20>
- 18 Granato TMM, Vaisberg TMJA. Maternidade e colapso: consultas terapêuticas na gestação e pós-parto. Paideia. 2009; 19(44):395-401
- 19 Vargens OMS; Progiantti JM, Silveira ACF. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. Revista Escola Enfermagem USP.2008;42(2):339-46.

**V - Artigo III - Artigo realizado apartir dos resultados da dissertação.**

## **As práticas de humanização no parto na perspectiva das puérperas adolescentes**

### **Resumo**

Estudo descritivo que objetivou descrever as práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento identificadas pelas puérperas adolescentes. Os dados foram extraídos do banco de dados da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” realizada nos municípios de Pelotas/RS e Rio Grande/RS, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. A amostra constituiu-se de 414 puérperas adolescentes que tiveram seus partos nos hospitais de ensino participantes da pesquisa. A análise foi sistematizada a partir do Manual Assistência ao Parto Normal, da Organização Mundial de Saúde, referente às práticas de atenção ao parto consideradas úteis, aquelas claramente prejudiciais e as frequentemente utilizadas de forma inadequada. Os resultados evidenciaram que as práticas realizadas na atenção ao parto de adolescentes nos centros obstétricos em estudo ainda não contemplam em sua totalidade a política de humanização do parto e nascimento, visto que o parto ainda tem sido alvo de intervenções tecnológicas e medicalizadoras que desconsideram a mulher como protagonista do processo de parturição.

### **Introdução**

A adolescência por si só, já é um período de mudanças e que exige adaptação daqueles que vivenciam a fase adolescente. A vivência da maternidade nesta fase torna-se mais complexa, pois, além da adolescente estar se deparando com alterações no âmbito social, comportamental e emocional, existe ainda os temores relacionados com o momento do parto.

Nas últimas décadas, o parto tem sido alvo de muitas discussões, principalmente no que se refere à medicalização deste processo e, ainda, à forma passiva como mulher tem vivenciado este momento, pois na maioria das vezes suas vontades não são levadas em consideração, prevalecendo as dos profissionais<sup>1,2,3</sup>. Na tentativa de restringir as intervenções desnecessárias na atenção ao parto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu um manual em 1996 classificando as práticas comuns na condução do parto normal. O manual consta de ações que devem ser estimuladas no processo de parturição, bem como aquelas que devem ser eliminadas. As ações estão divididas nas categorias: Práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas; Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que

novas pesquisas esclareçam a questão; Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequadas <sup>4</sup>.

Ainda, na busca pelo resgate do parto como um processo fisiológico e natural foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria/GM nº 569, de 1º de junho de /2000, o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivos primordiais garantir a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania <sup>5</sup>.

Estudos pontuam que a humanização do parto busca retomar a atenção integral centrada na mulher, em suas particularidades, direitos e vontades. A implantação da política de humanização do processo de parturição e nascimento visa substituir o modelo hegemônico focalizado nas intervenções médicas e no uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista, cujo foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina <sup>1,2,3</sup>.

No contexto do parto das adolescentes esses ideais precisam estar presentes, pois, ao vivenciar este evento, a adolescente se depara com sentimentos de angústia, temor e medo, além daqueles específicos atribuídos à fase adolescente. Além disso, a inexperiência materna faz com que a puérpera adolescente necessite ser capacitada para cuidar do filho dependente e frágil, que está agora sob sua responsabilidade. Diante desse quadro, o profissional de saúde tem relevante atuação, compartilhando seus conhecimentos e ajudando a adolescente a adquirir autonomia neste processo <sup>6</sup>.

A justificativa deste estudo está pautada na possibilidade de servir como subsídio para reflexão sobre a forma como as puérperas adolescentes são assistidas, e também contribuir no desenvolvimento de uma proposta de atenção ao parto em adolescentes que possa fortalecer a Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento proposta pelo Ministério da Saúde. Soma-se á lacuna na produção de estudos direcionados para a atenção ao parto das adolescentes, já que os estudos que abarcam a gestação na adolescência estão voltados para os problemas biopsicossociais advindos da maternidade precoce.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi descrever as práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento identificadas pelas puérperas adolescentes.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, sendo um recorte da pesquisa multicêntrica Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes<sup>7</sup>. Teve como contexto de investigação dois centros obstétricos de hospitais de ensino dos municípios de Pelotas/RS e Rio Grande/RS.

A amostra foi composta por 414 puérperas adolescentes que tiveram seus partos nos referidos hospitais no período de novembro de 2008 a outubro de 2009.

Este estudo observou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da FURG com o Parecer 031/2008.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado por todas as participantes, as adolescentes com idade inferior a 18 anos, tiveram o TCLE assinado pelos pais ou responsáveis.

As variáveis deste estudo estão baseadas no Manual de Assistência ao Parto Normal da OMS e incorporado pelo Ministério da Saúde. A privacidade e intimidade, acompanhamento, orientações sobre o parto, orientação sobre as formas de relaxamento, medidas de higiene, são consideradas práticas úteis e que devem ser estimuladas no parto normal. O enteroclistima, a tricotomia, episiotomia, uso de ocitocina, posição do parto são práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas. A posição do parto, a restrição hídrica e ou alimentar e a aminiotomia, estão dentre as Práticas de atenção ao parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado.

Os dados coletados foram digitados no Software Epi Info (versão 6.04), sob forma de dupla entrada, para análise da consistência interna. Realizou-se a estatística descritiva por meio de frequências simples e para as variáveis referentes ao perfil das puérperas adolescentes foi empregado a estatística descritiva com a distribuição de proporções, médias e desvios.

## **Resultados**

A amostra deste estudo compõe-se de 414 puérperas adolescentes. Em relação à idade 05 (1,2) das puérperas adolescentes estavam na faixa etária de 09 a 13 anos, 105 (25,4%) tinham idades entre 14 a 16 anos e 304 (73,5%) idade entre 17 a 19 anos. A média de idade das puérperas adolescentes foi de 17,3 anos com desvio padrão de (1,5). Em relação a cor da pele, auto-referida, observou-se a cor da pele branca em 244 (58,9%) das puérperas adolescentes, seguido da cor parda ou morena em 120 (29%) e da cor preta 50 (13,9%).

Quanto ao nível de escolaridade, 217 (52,1%) das puérperas adolescentes não concluíram o ensino fundamental, 80 (19,3%) com ensino fundamental completo, 102 (24,7%) não completaram o ensino médio e 15 (3,4%) concluíram o ensino médio.

Em relação com quem a puérpera adolescente morava, 54 (38%) residiam com o companheiro, 107 (25,9%) residiam com o companheiro e suas famílias, 93 (22,5%) das entrevistadas não residiam com o companheiro, 54 (13%) referiram residir com outras pessoas. A Tabela 1 apresenta a proporção das práticas de atenção ao parto normal consideradas úteis, Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que devem ser eliminadas na Assistência ao parto normal e Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao Parto normal segundo a OMS<sup>4</sup>.

**Tabela 1 – Práticas identificadas por puerperas adolescentes na assistência ao parto em dois COs da Região Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, novembro de 2008 a novembro de 2009.**

Práticas Claramente Úteis e que devem ser encorajadas na Assistência ao Parto.		
Variável	N(414)	
	N	%
Respeito á Privacidade e Intimidade		
Sim	357	86,2
Acompanhante		
Sim	126	30,4
Orientações sobre o parto		
Sim	239	57,7
*Banho/Medidas de Higiene		
Sim	199	48,3
Instruções sobre as formas de relaxamento		
Sim	254	61,4
Práticas Claramente Prejudiciais ou Ineficazes e que devem ser eliminadas na Assistência ao Parto.		
Enteroclisma		
Sim	414	100
*Tricotomia		
Sim	93	22,6
Infusão de soro com ocitocina		
Sim	384	92,8
**Posição do Parto		
**Litotomia	223	98,7
**Episiotomia	195	89
Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao Parto		
*Ingesta hídrica/Alimentar		
Sim	54	13,1
**Pressão no Fundo Uterino		
Sim	128	57,1
*Amniotomia		
	214	53

\* O N total varia entre as variáveis em razão do número de ignorados.

\* Variáveis aplicadas somente as puérperas que tiveram parto normal

Em relação às práticas claramente uteis na atenção ao parto normal, observou-se que 86,2% das puérperas adolescentes sentiram que sua intimidade e privacidade foram respeitadas. A participação de um acompanhante durante o processo de parturição esteve presente em 48,3% dos partos. No que se refere às orientações recebidas sobre o parto, 57,7% das puérperas disseram que foram orientadas e mais da metade 61,4% recebeu instruções sobre as formas de relaxamento no pré-parto. No que tange à realização de alguma medida de higiene no centro obstétrico, 48,3% referiram ter realizado alguma medida de higiene durante o processo de parturição.

Quanto às práticas de atenção ao parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, o estudo apontou que para a maior parte 98,7% das puérperas adolescentes a posição no parto foi a de litotomia, 92,8% das parturientes foram submetidas a infusão de ocitocina durante o trabalho de parto. O uso rotineiro da episiotomia mostrou-se presente na população estudada, quando 80,3% das entrevistadas mencionaram que sofreram essa prática em seus partos. A tricotomia foi realizada em 22,6% dos partos. A prática do enteroclisma não foi mencionada pelas puérperas adolescentes.

No que tange as práticas de atenção ao parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado pelos profissionais de saúde nos hospitais do estudo, a restrição hídrica e alimentar esteve presente para 86,9% das puérperas, mais da metade 70,3% das entrevistadas relatou que sua bolsa das águas foi rompida por um profissional de saúde e a pressão no fundo do útero foi referida por 56,8% da amostra.

## **Discussão**

O cuidado, no contexto do processo de parturição, não está atrelado somente ao alívio da dor do parto, mas sim a todas as ações que são realizadas pela equipe em benefício do bem-estar da parturiente e do nascimento de seu filho<sup>9</sup>. O respeito à privacidade parturiente é uma das práticas preconizadas para humanização do pré-natal e nascimento<sup>10</sup>. No presente estudo, mais de três quartos 86,2%, das puérperas adolescentes relataram que sua privacidade foi respeitada durante sua permanência no centro obstétrico, diante deste dado observou-se que a maioria das parturientes vivenciou o processo de parturição de acordo com o preconizado pela OMS. O contraponto pode ser verificado no estudo realizado com trabalhadores de saúde, em que 60,4% referiram que as parturientes não tiveram sua privacidade e intimidade respeitadas. Os mesmos atribuem esse fato à estrutura física inadequada da maternidade em estudo<sup>11</sup>.

Em relação a presença do acompanhante durante o processo de parturição, de acordo com a Lei 11.108, aprovada em 7 de abril de 2005, à toda mulher é assegurado o direito de ter um acompanhante de sua escolha nos momentos em que permanecer no CO<sup>12</sup>.

A inserção do acompanhante escolhido pela parturiente contribui significativamente para a evolução do parto, pois a futura mãe sente-se mais fortalecida e tranquila com a presença do acompanhante, o que também colabora para o encorajamento e conforto da mulher<sup>13, 14, 15</sup>.

Às puérperas deste estudo em sua maioria, não foram oportunizadas a experienciar o parto acompanhadas, essa situação colaborou para que as adolescentes vivenciassem sentimentos de temor durante o parto. Estudo semelhante, realizado com adolescentes primigestas em uma maternidade em Salvador-BA, evidenciou que as mesmas vivenciaram durante o trabalho de parto e parto momentos de medo e solidão, pelo fato de permanecerem sozinhas<sup>16</sup>. Já a experiência de 105 puérperas internadas, com vivência anterior de parto sem acompanhante e vivência corrente de parto com acompanhante, evidenciou que 99% das parturientes prefeririam permanecer acompanhadas durante o parto. A presença do acompanhante, além de transmitir apoio emocional, também proporcionou apoio físico por meio da realização de massagens e no auxílio aos exercícios respiratórios e pélvicos<sup>17</sup>. Fato que vai ao encontro da pesquisa desenvolvida com puérperas que permaneceram acompanhadas durante o parto em um centro obstétrico no Estado de Ceará. As puérperas atribuíram à vivência como positiva, pois dividiram com o acompanhante suas angústias e temores, além disso, a presença do acompanhante proporcionou confiança e segurança<sup>18</sup>.

Para a humanização do parto é necessário que os profissionais compreendam que o trabalho em equipe é importante neste processo, as orientações sobre o parto e as formas de relaxamento são fatores que promovem o vínculo da parturiente com a equipe. Para tanto, é necessário visualizar mãe e filho como atores fundamentais do evento do nascimento<sup>19</sup>.

Ao discutir as práticas incorporadas e desenvolvidas por enfermeiras desde a implantação do modelo humanizado de assistência ao parto em uma maternidade no Rio de Janeiro, foi constatado que o recurso do banho de aspersão ou a realização de alguma medida de higiene, quando utilizados no pré-parto, proporcionaram relaxamento a parturiente<sup>20</sup>. Outro estudo realizado em Natal/RN apontou que a aplicação do banho de chuveiro aos 8 e 9 cm de dilatação do colo uterino apresentou diferença significativa ( $p=0,000$ ) no alívio da dor das parturientes do estudo<sup>21</sup>. Nesta pesquisa este benefício foi ofertado para 48,3% das participantes.

As orientações sobre o parto e as instruções sobre as formas de relaxamento, são recursos que auxiliam positivamente nos momentos em que a parturiente permanece no Centro Obstétrico. Porém 57,7% das puérperas deste estudo não foram esclarecidas sobre estes métodos. Desta forma foi possível identificar que algumas parturientes deixaram de experimentar o parto de forma mais tranquila e agradável.

A realização da massagem terapêutica tem sido um recurso bastante utilizado por enfermeiras no trabalho de parto, esta prática proporciona a parturiente, conforto, fortalecimento do vínculo com a enfermeira, além de diminuir a sensação dolorosa no trabalho de parto<sup>(22)</sup>. Em consonância a isso estudo realizado em Fortaleza com parturientes adolescentes mostrou que a massagem, a deambulação e movimentação dos quadris contribuíram para alívio da dor<sup>23</sup>. Em outra pesquisa, com objetivo conhecer o que as parturientes adolescentes entendiam como assistência ideal no parto, apontou que as mesmas sentiram-se acolhidas a partir do momento que perceberam atenção e orientações dos profissionais frente às suas queixas e anseios<sup>(24)</sup>.

Cabe ressaltar que a formação de um vínculo efetivo entre a parturiente adolescente e a equipe de saúde é fundamental para o processo de humanização, caracterizada pelo diálogo, empatia, conhecimento e respeito mútuos<sup>25</sup>.

A humanização do atendimento à parturiente implica em programar ações que propiciem a promoção do parto e nascimento saudáveis. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento; as intervenções precisam ser cautelosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis<sup>5</sup>.

Observou-se que algumas práticas consideradas claramente prejudiciais na atenção ao parto normal foram realizadas nas instituições pesquisadas. A episiotomia foi sugerida para auxiliar os partos vaginais complicados, porém com o passar do tempo tornou-se um dos procedimentos mais rotineiros em obstetrícia<sup>27</sup>. Pesquisa realizada no Estado de Minas Gerais para identificar a participação da mulher na decisão quanto a prática da episiotomia no parto identificou que 83% das puérperas responderam que não receberam qualquer tipo de informação em relação à intervenção durante seu processo de parturição<sup>28</sup>. Em algumas situações a realização dessa prática está relacionada com os benefícios direcionados aos profissionais. Tal fato foi apontado em uma pesquisa realizada com médicos e enfermeiras obstétricas em que, para 64,6% dos entrevistados, as justificativas referidas para escolha da episiotomia estavam relacionadas às vantagens, tais como, a influência do aprendizado durante a formação acadêmica (25,9%), mais adotada rotineiramente (19,4%), facilidade na

sutura (12,9%) e maior experiência (6,4%)<sup>29</sup>. Em consonância com os estudos apresentados, nesta pesquisa também se evidenciou que 89% das parturientes foram submetidas a esta prática.

Outra prática contraindicada pela OMS é a realização do enteroclisma. Uma abordagem realizada com profissionais de um Centro Obstétrico na cidade de Rio Grande apontou que, apenas 4,3% dos profissionais realizaram essa prática e justificaram que ela acelera o trabalho de parto e promove o esvaziamento intestinal quando a mulher está constipada<sup>30</sup>. Neste estudo, observou-se diminuição na utilização desta prática, pois nenhuma das mulheres referiu ter realizado este procedimento anterior ao parto, pode-se perceber que as instituições têm atuado de acordo com o preconizado pela OMS.

O uso rotineiro da posição da litotomia no parto, também é considerado prejudicial para a parturiente. De acordo com OMS, a parturiente tem o direito de ser esclarecida sobre as diferentes posições para o parto e optar pela posição que julgar mais confortável<sup>4</sup>. No entanto, para 98,7% das puérperas deste estudo, a posição do parto foi a de litotomia. Resultado semelhante foi observado em pesquisa com trabalhadores de saúde, na qual 100% mencionaram a escolha da posição de litotomia no parto<sup>11</sup>.

O uso indiscriminado da ocitocina, além de interferir no curso natural do parto e na movimentação da parturiente, está relacionado a uma experiência mais dolorosa durante o trabalho de parto<sup>(4)</sup>. Porém observou-se que a infusão de soro com ocitocina foi utilizada em 92,8% das participantes desta pesquisa. Em uma maternidade localizada em Natal/RN, verificou-se que em 85% das parturientes foi administrada alguma medicação durante a fase ativa do trabalho de parto, sendo a mais utilizada a ocitocina em (81%), seguida da escopolamina (5%), e apenas 15% não receberam qualquer medicação durante o período de investigação. O uso da ocitocina pode ser substituído por ações não farmacológicas como massagens, banho e deambulação, pois as participantes referiram diminuição da dor a medida que aumentava a dilatação do colo do útero<sup>(21)</sup>.

A restrição hídrica e alimentar está dentre as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na atenção ao parto normal, segundo o Ministério da Saúde podem ser oferecidos líquidos durante o trabalho de parto e parto em doses moderadas. Nesta pesquisa apenas 13,1% das parturientes tiveram a oportunidade de ingerir algum tipo de líquido no pré-parto. Realidade oposta foi encontrada em uma instituição localizada no Estado de Santa Catarina, em que a ingestão de líquidos foi liberada em pequenas quantidades para as parturientes consideradas de baixo risco<sup>31</sup>.

A OMS classifica a pressão no fundo uterino no período expulsivo como uma prática que não tem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que deve ser utilizada com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão<sup>4</sup>

A análise das práticas de atenção ao parto em duas maternidades localizadas no Rio de Janeiro evidenciou que a manobra de Kristeller foi utilizada em mais da metade das parturientes entrevistadas, além disso, essa prática aumenta o desconforto materno, podendo provocar danos ao útero, períneo e ao feto<sup>32</sup>. Achados semelhante observou-se neste estudo para 57,1% das puérperas adolescentes.

Já a amniotomia de rotina foi utilizada em 53% da amostra estudada. Embora existam evidências de que esta técnica utilizada de maneira precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer, como alterações plásticas sobre o polo cefálico (bossa serossanguínea), risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for à duração do trabalho de parto, com membranas rotas<sup>33</sup>.

Mesmo com todas essas possíveis complicações, a realização da amniotomia foi referida por mais de um terço de mulheres que tiveram seus partos em maternidades conveniadas e da rede Sistema Único de Saúde, e ainda prevaleceu a alta proporção de amniotomias realizadas precocemente, com 7 cm ou menos de dilatação<sup>31</sup>. Nesse sentido, o Ministério da Saúde<sup>32</sup> recomenda que a rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições em que sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distócias funcionais.

## **Conclusão**

Diante do objetivo de descrever as práticas para humanização do parto preconizadas pela Política de Humanização do Parto e Nascimento identificadas pelas puérperas adolescentes, evidenciou-se que nos centros obstétricos participantes do estudo algumas das práticas de atenção ao parto, como o respeito à intimidade e à privacidade, foram referidas pelas puérperas adolescentes. No entanto as orientações sobre as formas de relaxamento e a presença do acompanhante não foram vivenciadas pela maioria das puérperas adolescentes.

Por outro lado, o estudo pontuou que algumas práticas desconsideradas pela proposta de humanização do parto e nascimento fazem parte das rotinas das instituições pesquisadas. A implantação da proposta de humanização ao parto e nascimento tem sido um processo lento e gradativo, pois exige mudança e sensibilização dos profissionais, visto que o parto ainda tem sido alvo de intervenções tecnológicas e medicalizadoras que desconsideram a mulher como protagonista do processo de parturição.

Portanto, olhar para a puérpera adolescente como sujeito singular, com vivências particulares e únicas, é compreender que cuidar desse universo requer a construção de um saber aprimorado, muito mais do que ações padronizadas. A garantia do cuidado necessário em cada caso se dá por meio de uma equipe de saúde qualificada e motivada a desenvolver ações em que, seguramente, trabalhadores e parturientes são atores ativos do processo.

Assim, a importância de conhecer as práticas de atenção às parturientes e a maneira como elas vêm sendo efetivadas, no cotidiano das instituições, para a produção do cuidado, são de relevância para a consolidação de práticas de saúde pautadas na humanização na busca da melhoria do cuidado à saúde dispensado às mulheres no processo de parturição.

### **Referências:**

- 1- Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao sistema único de saúde em município da região Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008;24(8):1859-68.
- 2- Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos ponderações sobre políticas públicas. *Revista Interface Comunicação saúde educação*. 2009; 13(1): 759-68.
- 3- Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Interface*. 2009; 3(1): 595-02.
- 4- Organização Mundial Da Saúde (OMS). Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: guia prático. Genebra. 1996. [citado em: 16 de julho 2012]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0403/pdf/IS23\(4\)108.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)108.pdf).
- 5- Brasil Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento de 01 de junho de 2000. [citado em 14 de julho 2012]. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf).
- 6- Silva LA, Nakano MAS, Gomes FA, Stafanello J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto e contexto enfermagem*. 2009; 18(1): p.48-56.
- 7- Kerber NPC. Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Pesquisa financiada pelo CNPq Processo Nº 551217/2007-3, 2007.
- 8- Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré- Natal e Nascimento. Brasil, 2002.
- 9- Sescato AC, Souza SSRK, Wall ML. Os cuidados não- farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: Orientações da equipe enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(4): 585-590.
- 10- Ministério da Saúde. O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: Cenários e perspectivas. Agência nacional de saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2008,

p.141. [Citado em 18 julho] Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo\\_atencao\\_obstetrica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modelo_atencao_obstetrica.pdf).

11- Silva, RC. O discurso do Ministério da Saúde a Prática do Parto Humanizado em Adolescentes. [Dissertação] Pelotas (RS) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas; 2011.

12- Ministério da Saúde. Acompanhante no parto traz mais segurança para a mãe, 2005. [citado em 20 de julho 2012]. Disponível em:  
<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto).

13 Bruggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Revista Saúde Pública online. 2007; 41 (1): 44-52.

14- Nakano A MS, Silva LA, Beleza, ACS, Stefanello J, Gomes FA. O suporte durante o processo de parturição: A visão do acompanhante. Acta Paulista Enfermagem. São Paulo.2007; 20 (2):131-7.

15 Tomeleri KR, Pieri FM, Violin MR, Serafim D, Marcon SS. "Eu vi meu filho nascer": vivência dos pais na sala de parto. Revista gaúcha de Enfermagem. 2007; 28 (4): 497-504.

16 McCallum, C.; Reis, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública online. Rio de Janeiro, 22 (7):1483-1491. 2006.

17 Teles LMR, Pitombeira HCS, Oliveira AS, Freitas LV, Moura ERF, Damasceno AKC. Parto com acompanhante e sem acompanhante: Cogitare Enferm. 2010 Out/Dez; 15(4):688-94.

18- Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF, Galiza FT, Monteiro LC. O acompanhante no momento do trabalho de parto e parto: percepção de puérperas. Cogitare Enferm. 2011 Abr/Jun; 16(2):247-53.

19 Marque FC, Dias INV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. Esc Anna Nery R Enferm 2006 dez; 10 (3): 439 - 47.

20 Porfírio AB, Progianti JM, Souza DOM. As práticas humanizadas desenvolvidas por enfermeiras obstétricas na assistência ao parto hospitalar. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(2):331-6.

21- Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. Rev. esc. enferm USP; 2009: 43(2).

22- Silveira IP, Campos ACS, Fernandes AFC. O contato terapêutico durante o trabalho de parto: Fonte de bem estar em relaxamento. Revista RENE. Fortaleza; 2002; 3(1):67-72.

23- Sampaio AA, Silva ARV, Moura ERF. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿Norma, deseo o realidad? Rev chil obstet ginecol. 2008; 73(3).

- 24- Enderle CF, Kerber NPC, Susin LRO, Gonçalves BG. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. *Rev Esc Enferm USP*.2012; 46(2):287-94.
- 25- Machado NXS, Praça NS. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev. Esc. Enfermagem, São Paulo*. 2006; 40(2):274-279
- 26- Busanello J, Kerber NPC, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Mendonza-Sassi RA, Azambuja EP. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. *Rev. enferm. UERJ*. 2011;19(2):218-23.
- 27- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Ministério da saúde, 2004.
- 28- Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 dez; 12 (4): 645-50.
- 29- Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39(3):288-95.
- 30- Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Costa MMG, Gonçalves B G, Quadros VF. Práticas prejudiciais ao parto: relato dos trabalhadores de saúde do sul do Brasil. *Rev. Rene*, 2010; 11:92-98.
- 31 Reis AE, Patrício ZM. As aplicações das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o Parto Humanizado de um hospital de Santa Catarina. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(sup): 221-230.
- 32 d'Ors E, Chor D, Giffin V, Tuesta AA, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*. 2005;39(4): 646-54.
- 33- Ministério da Saúde, 2001. Parto, Aborto e Puérpério. Assistência Humanizada à mulher. Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABENFO. Brasília, DF.

## **Anexos**

**ANEXO – A****RECOMENDAÇÃO PARA O PARTO NORMAL - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)****1. Práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas**

- 1.1 – Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
- 1.2 – Avaliações de risco durante o pré – natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
- 1.3 – Monitoramento do bem – estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
- 1.4 – Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
- 1.5 – Respeito à escolha da mulher sobre o local de parto.
- 1.6 – Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
- 1.7 – Respeito ao direito da mulher a privacidade no local do parto.
- 1.8 – Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- 1.9 – Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
- 1.10 – Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
- 1.11 - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- 1.12 – Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpitação abdominal.
- 1.13 – Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
- 1.14 – Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
- 1.15 – Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- 1.16 – Estímulo a posição não supinas durante o trabalho de parto.
- 1.17 – Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
- 1.18 – Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós – parto.
- 1.19 – Condições estéreis ao cortar o cordão.
- 1.20 – Prevenção da hipotermia do bebê.
- 1.21 – Prevenção da hemorragia neonatal com o uso de vitamina K.
- 1.22 – Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.
- 1.23 – Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.
- 1.24 – Alojamento conjunto.
- 1.25 – Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.
- 1.26 – Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.
- 1.27 – Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

**2. Práticas no parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.**

- 2.1 – Uso rotineiro do enema.

- 2.2 – Uso rotineiro da tricotomia.
- 2.3 – Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.
- 2.4 – Cateterização venosa profilática de rotina.
- 2.5 – Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
- 2.6 – Exame retal.
- 2.7 – Uso de pelvimetria por raios-X.
- 2.8 – Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.
- 2.9 – Uso rotineiro da posição de litotomia.
- 2.10 – Esforços de usos prolongados e dirigidos (manobra de Valsava) durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.11 – Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.
- 2.12 – Uso de comprimidos orais de ergometria no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.
- 2.13 – Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.
- 2.14 – Lavagem uterina rotineira após o parto.
- 2.15 – Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.
- 2.16 – Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.
- 2.17 – Toques vaginais frequentes e por mais de um examinador.
- 2.18 – Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.
- 2.19 – Prática liberal de cesariana.
- 2.20 – Aspiração nasofaríngea de rotina no recém- nascidos normais.
- 2.21 – Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

### **3. Práticas no parto normal em que não existem evidências para apoiar sua recomendação e devem ser utilizadas com cautela até que novas pesquisas esclareçam a questão.**

- 3.1 – Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto ervas, imersão em água e estimulação de nervos.
- 3.2 - Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.
- 3.3 – Manobras relacionadas à proteção ao períneo do pólo cefálico no momento do parto.
- 3.4 – Manipulação ativa do feto no momento do parto.
- 3.5 – Clampeamento precoce do cordão umbilical.
- 3.6 – Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

### **4. Práticas no parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequadas.**

- 4.1 – Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.
- 4.2 – Controle da dor por agentes sistêmicos.
- 4.3 – Controle da dor por analgesia peridural.
- 4.4 – Monitoramento eletrônico fetal.
- 4.5 – Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.
- 4.6 – Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.
- 4.7 – Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.
- 4.8 – Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.

- 4.9 – Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
- 4.10 – Cateterização da bexiga.
- 4.11 – Estimulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.
- 4.12 – Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.
- 4.13 – Parto operatório.
- 4.14 – Exploração manual do útero após o parto.

## ANEXO B

## Instrumento da Adolescente

Nome da adolescente: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade onde mora: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

Questionário nº: \_\_\_\_\_ Instituição hospitalar: \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS E FAMILIARES:**

2. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_

3. Cor da pele: (1) branca (2) parda/morena (3) preta

4. Quantos anos você estudou com aprovação na escola? \_\_\_\_\_

5. Você mora com quem? (1) mãe e/ou pai com marido/companheiro

(2) mãe e/ou pai sem marido/companheiro

(3) só com o companheiro

(4) com o companheiro e sua família

(5) outro: \_\_\_\_\_

6. Qual é a renda mensal da família? \_\_\_\_\_ (em salário mínimo)

7. Quantas pessoas moram na casa? \_\_\_\_\_

8. Renda *per capita*: \_\_\_\_\_ (calcular depois, não perguntar) (incluir RN)

9. Você planejou essa gravidez? (1) sim (2) não

**PARA CLASSIFICAÇÃO DE CLASSE ECONÔMICA:**

O que você tem e quantos em uso na sua casa?

Itens	Quantidades de				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

10. Qual é o grau de instrução do chefe de família: (0) analfabeto/primário incompleto

(1) primário completo/ginasial incompleto

(2) ginasial completo/colegial incompleto

(3) colegial completo/superior incompleto

(5) superior completo

11. Total de pontos para calcular classe econômica: \_\_\_\_\_ (não perguntar, calcular depois):

(1)A1:30-34 (2)A2:25-29 (3)B1:21-24 (4)B2:17-20 (5)C:11-16 (6)D:6-10 (7)E:0-

**Dados Específicos:**

1. Você acha que sua privacidade e intimidade foram respeitadas durante o tempo em que permaneceu no CO?  
 sim  não  em parte
2. Você recebeu alguma instrução sobre formas de relaxamento a serem utilizadas na sala de pré-parto?  
 sim  não
3. O tipo de parto que você teve foi o que queria adotar?  
 sim  não
4. Em que posição você teve o parto?  
 na mesa de parto – litotomia  cócoras  na cama  outra
5. No período expulsivo, você teve ajuda de algum profissional pressionando o seu útero?
6. Foi feita episiotomia no momento de seu parto?  
 sim  não  não sei
7. Você teve algum acompanhamento de familiares ou amigos no CO?  
 sim  não
5. Foi feita sua depilação no CO?  
 sim  não
6. Foi feita lavagem intestinal no CO?  
 sim  não
7. Você se alimentou ou ingeriu alguma coisa durante sua permanência no CO?  
 sim  não
8. Você tomou banho ou realizou alguma medida de higiene no CO?  
 sim  não  não sei
9. Sua bolsa das águas foi rompida por algum profissional no CO?  
 sim  não  não sei
10. Você realizou consultas de pré-natal?  
 sim  não
11. Colocaram soro em você enquanto esteve no CO?  
 sim  não

**ANEXO C - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa****CEPAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

Universidade Federal do Rio Grande - FURG  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação - PROPESP  
3º andar do Hospital Universitário, Rua visconde de Paranaguá n.º 102 - Campus Saúde  
Caixa Postal 474 - Rio Grande - RS - CEP: 96201-900  
Telefone: 3233 0235 / 3233 6736 - Fax: 3233 6822 (PROPESP)  
E-Mail: [cepas@furg.br](mailto:cepas@furg.br) Homepage: <http://www.cepas.furg.br>

---

**PARECER Nº 031/2008**

PROCESSO Nº 23116.001158/2008-61

CEPAS Nº 14/2008

TÍTULO DO PROJETO: "Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes"

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Nalú Pereira da Costa Kerber

**PARECER DO CEPAS:**

Após a análise do seu projeto por este Comitê, considerando a realização dos ajustes solicitados, o mesmo foi APROVADO.

Segundo normas da CONEP devem ser enviados relatório de acompanhamento aos Comitês de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório parcial: jan/2009 e jan/2010.

Data de envio do relatório final: jjan/2011.

Rio Grande, RS, 14/05/2008.

  
Alexandra M. S. de Freitas  
Coordenadora do CEPAS

**ANEXO D – Carta com a autorização para utilizar os dados da pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER

**DECLARAÇÃO**

Eu, Nalú Pereira da Costa Kerber, autorizo a aluna ANA PAULA ESCOBAR, orientanda da Professora Marilu Correa Soares, a utilizar os dados da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes, em seu trabalho **“Avaliação da atenção ao parto em adolescentes na perspectiva da Política de Humanização do Parto e Nascimento”**”.

Prof. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber

Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher

**ANEXO E - Termo de consentimento livre e esclarecido para as adolescentes****UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE -FURG  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
GRUPO DE PESQUISA VIVER MULHER****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ADOLESCENTES**

Vimos por meio deste, convidá-la a participar do projeto de pesquisa que se chama “Assistência humanizada ao parto de adolescentes”. O projeto tem como objetivo analisar o conhecimento de adolescentes que tiveram seus bebês, sobre como aconteceu seu trabalho de parto, parto e pós-parto.

Você de forma voluntária (após assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) nos dará algumas informações que serão coletadas por meio de uma entrevista que será feita com você. Procuraremos também informações que serão retiradas do seu prontuário médico (pasta onde o médico e a enfermagem registram os acontecimentos e os medicamentos que aconteceram durante seu trabalho de parto).

Você não terá nenhum benefício direto ao participar da pesquisa, porém, com as suas informações iremos construir trabalhos científicos que possivelmente ajudarão as pessoas que trabalham com adolescentes nos Centros Obstétricos a entender melhor como proceder no atendimento às gestantes, principalmente as adolescentes e, até estabelecer rotinas de procedimentos nos Hospitais com relação ao tema.

A princípio, responder à entrevista não lhe trará nenhum mal, entretanto, você poderá lembrar de momentos, vivências desagradáveis que podem lhe trazer algum desconforto ou ansiedade mental.

Você não receberá nenhum dinheiro ou prêmio para participar da pesquisa, no entanto, caso se recuse a participar dela pode fazê-lo a qualquer momento e terá garantias totais de seguir com o seu atendimento com todo o cuidado necessário.

Os pesquisadores garantem que manterão segredo sobre a sua identidade tanto quando fizerem a entrevista com você, quanto quando publicarem os resultados. A entrevista será feita em local reservado e, se achares necessário, longe de quaisquer outras pessoas.

As entrevistas serão gravadas, e os dados da pesquisa ficarão com o pesquisador por um período de dois anos ao final dos quais serão queimados, isto é, destruídos.

Estamos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida, sendo que os dados coletados estarão sob nossa inteira responsabilidade.

Portanto, concordo em participar do estudo.

Rio Grande, de de .

\_\_\_\_\_  
Adolescente participante da pesquisa.  
(assentimento)

Responsável pela pesquisa:  
Prof. Dra. Nalú Pereira da Costa  
Kerber  
Telefone: (53) 32338855

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) responsável