

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



Dissertação

**Operacionalização da Política de Atenção ao Parto
Humanizado em Adolescentes**

Renata Cunha da Silva

Pelotas, 2011

Renata Cunha da Silva

**Operacionalização da Política de Atenção ao Parto
Humanizado em Adolescentes**

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

Orientadora: Enf^a Dr^a Marilu Correa Soares

Coorientadora: Enf^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S586o Silva, Renata Cunha da
Operacionalização da política de atenção ao parto humanizado em
adolescentes / Renata Cunha da Silva. Pelotas, 2011.
109 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de
Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. Orientação:
Marilyn Correa Soares; co-orientação: Vanda Maria da Rosa Jardim.

1. Enfermagem. 2. Saúde da mulher. 3. Parto humanizado. 4.
Adolescente. I. Título.

CDD: 618.2

Folha de Aprovação

Renata Cunha da Silva

Operacionalização da Política de Atenção ao Parto Humanizado em 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

Prof.^a Dr^a: Marilu Correa Soares

Instituição: Universidade Federal de pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a: Nalú Pereira da Costa Kerber

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a: Elaine Thumé

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a: Sonia Maria Könzgen Meincke

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Prof.^a Dr^a: Rosani Manfrin Muniz

Instituição: Universidade Federal de Pelotas

Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho às mulheres da minha vida. Jéssica, Andiana e Helena, minhas filhas, e a minha amada mãe Leni, que, apesar de não estar mais fisicamente entre nós, se mantém sempre presente em minhas lembranças.

Agradecimentos

A **Deus**, pela minha existência.

Aos meus pais **Nilson e Leni**, pelo exemplo de carinho, dedicação e amor incondicional, sempre apoiando e amparando minhas escolhas.

Às minhas filhas **Jéssica, Andiará e Helena**, razão do meu viver, por iluminaram de maneira especial os meus pensamentos, levando-me a buscar novos conhecimentos. E pela paciência em tolerar a minha ausência.

Ao meu esposo **Fábio**, pelo companheirismo que, de forma carinhosa, me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldade.

À minha Coorientadora, Professora **Vanda**, que gentilmente acolheu-me no meio do caminho, pelas contribuições esclarecedoras fornecidas a este estudo.

Às Professoras da Banca Examinadora **Nalú, Elaine, Sonia e Rosani**, pelas valiosas contribuições no enriquecimento deste estudo.

Aos **professores do PPG**, por compartilharem seus saberes de forma genuína.

À professora **Luciane**, pelo incentivo, carinho e exemplo de vida.

Aos meus **colegas da Faculdade de Enfermagem** da Universidade Federal de Pelotas, pelo encorajamento e pela confiança depositada.

Aos **colegas do mestrado** com quem compartilhei bons momentos nesta caminhada. Em especial a **Francine, Viviane e Fernanda**, pela amizade, companheirismo, força e cumplicidade nos momentos mais difíceis.

À minha querida Orientadora Professora **Marilu**, pela paciência dispensada durante nossas discussões e na elaboração desta dissertação, muito obrigada pela amizade, carinho, dedicação e entusiasmo com minhas conquistas.

Resumo

SILVA, Renata Cunha. **Operacionalização da Política de Atenção ao Parto Humanizado em Adolescentes**. 2011.109 f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2011. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde. Orientador: Marilu Correa Soares.

Passada mais de uma década da implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, observa-se que muitas instituições hospitalares ainda estão centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas. Tal situação gera um descompasso entre o que o Ministério da Saúde preconiza e o que realmente se faz na prática. Este estudo quantitativo descritivo é um subestudo da pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao parto de Adolescentes”, que objetivou conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente. Os dados foram referentes à prática dos 48 profissionais de saúde atuantes em um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. Como referencial para olhar a realidade deste estudo, utilizou-se as práticas para o parto humanizado preconizadas pelo Ministério da Saúde: 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. A análise dos dados foi realizada por intermédio do Programa Epi-Info 6.04. Os resultados evidenciaram que algumas práticas consideradas úteis ao parto normal, como o respeito à intimidade e à privacidade da parturiente, o direito de escolher o tipo de parto que quer adotar e o estímulo à amamentação não estão sendo realizadas. No que se refere às práticas claramente prejudiciais e ineficazes, o uso rotineiro da tricotomia e do enteroclisma não é mais praticado, no entanto, a infusão de soro com ocitocina, a posição de litotomia para o parto e o uso da episiotomia permanecem sendo praticados rotineiramente. Quanto às práticas de atenção ao parto normal utilizadas de modo inadequado, destacaram-se a restrição alimentar e a utilização rotineira da amniotomia. Conclui-se que as práticas realizadas na atenção ao parto em adolescentes, no hospital em estudo, ainda não

contemplam em sua totalidade a Política de Humanização ao Parto e Nascimento preconizada pelo Ministério da Saúde.

Descritores: Adolescente. Saúde da Mulher. Parto Humanizado. Enfermagem.

Abstract

SILVA, Renata Cunha. Functioning of the Policy to Humanized Childbirth Care in Adolescents. 2011. 109 f. Master's Degree dissertation – Nursing Post-Graduation Program. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2011. Concentration Area: Social Practices and Nursing and Health. Adviser: Marilu Correa Soares.

After more than a decade of the implantation of the Humanization of Prenatal and Labor Program, it is observed that many hospitals are still centered in providing interventionist actions. Such situation generates a mismatch between what the Ministry of Health preconizes and what it is really put into practice. This quantitative and descriptive paper is a substudy of the multicentric research “Humanized Care to Childbirth of Adolescents” which aimed at getting to know the care practices to childbirth developed by health professionals in the care of parturient adolescents. The data was referent to the practice of 48 health professionals working in college hospitals in the Municipality of Pelotas/RS, during November 2008 to October 2009. As a reference to see the reality of this study, it was used the practices to humanized childbirth preconized by the Ministry of Health: Care practices to normal childbirth considered useful must be stimulated; Care Practices to normal childbirth clearly harmful or inefficient and which must be eliminated; and Care Practices to normal childbirth frequently used inaccurately. The data analysis was done through the Epi-Info 6.04 Software. The results have shown that some practices considered useful to normal childbirth, such as respect to intimacy and privacy to parturient, the right to choose the type of childbirth to be adopted and breastfeed stimulation are not being performed. Regarding to practices clearly harmful and inefficient, the constant use of trichotomy and enteroclysm is no longer practiced, however, the infusion of serum with oxytocin, the lithotomy position for childbirth and use of episiotomy continue to be performed on a regular basis. Regarding to care practices in normal childbirth performed unsuitable, it can be highlighted food restriction and constant use of amniotomy. It can be concluded that the practices performed in Care to childbirth in adolescents, at the hospital studied, still do not contemplate in its totality the Policy of Humanization in Childbirth preconized by the Ministry of Health.

Descriptors: Adolescents. Woman's Health. Humanized Childbirth. Nursing.

Lista de Tabelas

Tabela 1- Práticas de atenção ao parto normal consideradas úteis Utilizadas pelos profissionais de saúde de um hospital de ensino. Pelotas/RS- Brasil. 2008-2009.....	71
Tabela 2- Práticas de atenção ao parto normal claramente prejudiciais e ineficazes utilizadas pelos profissionais de saúde de um hospital de ensino. Pelotas/RS- Brasil.2008-2009.....	72
Tabela 3- Práticas de atenção ao parto normal utilizadas de modo inadequado pelos profissionais de saúde em um hospital de ensino. Pelotas/RS- Brasil. 2008-2009.....	73

SUMÁRIO

Introdução.....	12
I Projeto de Pesquisa.....	13
II Relatório do Trabalho de Campo.....	60
III Artigo I.....	65
IV Artigo II.....	81
Apêndice.....	97
Anexos.....	99

Introdução

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 foi desenvolvido na área de concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde - Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde. É um subestudo da pesquisa multicêntrica “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico-CNPq. O mestrado foi realizado na cidade de Pelotas/RS, Brasil, tendo sido iniciado no mês de março de 2010 e concluído em setembro de 2011. Conforme o regimento do Programa, esta dissertação de mestrado é composta das seguintes partes:

I Projeto de Pesquisa: Defendido no mês de junho de 2011. Esta versão incorpora as modificações sugeridas pela banca examinadora no exame de Qualificação.

II Relatório do Trabalho de Campo: Apresenta de forma sucinta a pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Relata o caminho percorrido pela mestrandia desde a escolha do tema até a construção final dos artigos.

III Produção Científica: Artigo I: O Discurso e a Prática do Parto Humanizado em Adolescentes. Artigo de defesa que será submetido à publicação na Revista Texto e Contexto-Enfermagem, após prévia aprovação pela banca e incorporação de sugestões. **Artigo II:** A concepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado na adolescência, submetido à Revista Enfermeria Global, com aceite de publicação para outubro de 2011.

I Projeto de Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



PROJETO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PARTO HUMANIZADO
EM ADOLESCENTES**

RENATA CUNHA DA SILVA

Pelotas, 2011

RENATA CUNHA DA SILVA

**OPERACIONALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO PARTO HUMANIZADO
EM ADOLESCENTES**

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Enf^a Dr^a Marilu Correa Soares

Co-orientadora: Enf^a Dr^a Vanda Maria da Rosa Jardim

Pelotas, 2011

Banca examinadora:

Membros Efetivos

Prof^a. Dra. Marilu Correa Soares – UFPEL

Prof^a. Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – FURG

Prof^a. Dra. Elaine Thumé – UFPEL

Membros Suplentes

Prof^a. Dra. Rosani Manfrin Muniz – UFPEL

Prof^a. Dra. Sonia Maria Könzgen Meincke – UFPEL

Lista de Figuras

Figura 1- Quadro de Revisão Sistematizada.....	34
Figura 2- Quadro das Variáveis do Estudo.....	48
Figura 3- Cronograma de Desenvolvimento do Projeto de Pesquisa.....	51
Figura 4- Quadro de Recursos Materiais e Orçamento de Despesas.....	52

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

MS- Ministério da Saúde

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PHPN- Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SUS- Sistema Único de Saúde

SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos

DATASUS- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

ABRASCO- Associação Brasileira de Pós- Graduação em Saúde Coletiva

PNH- Política Nacional de Humanização

RN- Recém-Nascido

FURG- Fundação Universidade Federal do Rio Grande

UFPEL- Universidade Federal de Pelotas

CC- Centro Cirúrgico

CO- Centro Obstétrico

Sumário

1 Introdução.....	20
1.1 Justificativa.....	25
2 Objetivos.....	26
2.1 Objetivo Geral.....	26
2.2 Objetivos Específicos.....	26
3 Hipóteses.....	27
4 Revisão de Literatura.....	28
4.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil.....	28
4.2 Revisão Sistemizada.....	33
4.2.1 Estratégia de Busca da Revisão Sistemizada.....	33
4.2.2 Gravidez na Adolescência.....	41
4.2.3 Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes.....	43
5 Metodologia.....	46
5.1 Tipo de Estudo.....	46
5.2 Características do Local do Estudo.....	46
5.3 Populações Alvo e Amostra	47
5.4 Critérios de Inclusão.....	47
5.5 Instrumento de Coleta de Dados.....	47
5.6 Variáveis do Estudo.....	48
5.7 Análise dos Dados.....	50
5.8 Princípios Éticos.....	50
5.9 Divulgação dos Resultados.....	50
6 Cronograma.....	51
7 Recursos Materiais e Orçamento de Despesas.....	52
Referências.....	53

1-Introdução

A adolescência pode ser entendida como uma fase de transformações físicas, sociais e psicoemocionais que demarcam a transição entre a infância e a idade adulta. Ocorrem também alterações estruturais e funcionais no organismo, gerando um intenso desejo de autoafirmação (EISENSTEIN, 2005).

É uma etapa bem definida do processo de crescimento e desenvolvimento, cuja característica marcante é a transformação ligada aos aspectos físicos e psíquicos do ser humano. Essa transformação, denominada de puberdade, é considerada o “relógio biológico” da adolescência, marcando o início das atividades hormonais que desencadeiam um conjunto de alterações corporais, indicando que o corpo infantil começa a desaparecer, e o corpo juvenil, a emergir. Nesse sentido, a adolescência é caracterizada como o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal como também a estruturação da personalidade (EISENSTEIN, 2005; ALMEIDA, RODRIGUES, SIMÕES, 2007).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura direitos universais e integrais a crianças e adolescentes, e assinala uma ruptura em relação ao antigo Código de Menores, pois as crianças e adolescentes passam a ser considerados sujeitos com direitos que devem ser garantidos pela família, comunidade, sociedade em geral e pelo Estado. Ele descreve a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita a adolescência como a segunda década de vida, isto é, dos 10 aos 19 anos. E a Organização das Nações Unidas (ONU) considera adolescente o indivíduo com idade entre 15 e 24 anos. O Ministério da Saúde toma por base a definição da OMS (BRASIL, 1990; BRASIL, 2006).

No mundo, estima-se que haja um bilhão de pessoas vivendo a adolescência, ou seja, quase 20% da população mundial (BRASIL, 2006).

No Brasil, segundo o censo de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população adolescente correspondia a 21% da população nacional. Trata-se de um grupo com grande expressividade populacional, composto por 35.302.872 adolescentes, dos quais 50% são homens e 50% são mulheres. No censo de 2007, aproximadamente 18% da população era composta de adolescentes, além disso, 20% das crianças que nasceram em 2007 foram de mães adolescentes e, em 2008, esse percentual foi de 20%. No entanto, enquanto que houve queda na proporção de adolescentes entre 2000 e 2007, a prevalência de mães adolescentes entre 10 e 14 anos aumentou, quando comparada à faixa etária de 15 a 19 anos (BRASIL, 2000; BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009).

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS 2009, o número de adolescentes com idade entre 10 e 14 anos era de 16.489.531, e o de 15 a 19 anos era de 16.784.086, totalizando quase 34 milhões de adolescentes dos 191.481.045 de cidadãos brasileiros (BRASIL, 2009).

Em nosso meio social a chegada da puberdade é cada vez mais precoce. A antecipação desse evento pode estar associada às constantes mudanças de valores e de padrões culturais da sociedade, as quais podem interferir significativamente no comportamento dos adolescentes, instigando-os a iniciar a sua vida sexual mais precocemente (ALMEIDA, RODRIGUES, SIMÕES, 2007).

Ao associarmos a adolescência com outro evento significativo da vida da mulher, a gravidez, é necessário pontuar que essa associação acontece desde os primórdios da civilização.

O homem de Neandertal tinha uma expectativa de vida de cerca de 20 anos de idade. Vivia muito pouco e morria de várias doenças e atacado por animais ferozes. A fêmea Neandertal já era fértil aos 12 ou 13 anos de idade, e engravidava possivelmente uma vez por ano, porém a maioria de seus filhos não sobreviviam. Na Antiguidade ainda era comum as meninas se casarem com 14 ou 15 anos, e, à medida que a expectativa de vida aumentava, as mulheres foram casando mais tarde. Crianças e adolescentes hoje começam a fazer sexo com a mesma idade dos homens de Neandertal, no entanto a época era outra, eles não estudavam, e seu trabalho era apenas caçar, coletar frutos e raízes e encontrar uma boa caverna para morar (MATOS, 2010).

É sabido que as mulheres iniciavam sua vida reprodutiva muito próxima da puberdade, porém poucas ultrapassavam a segunda década de vida, devido às complicações decorrentes da gravidez e do parto. Na Idade Média, a realidade não era diferente, pois as meninas, ao primeiro sinal da menarca, eram casadas com homens com idade em torno dos 30 anos. No Brasil, no século XIX, as “sinhazinhas” também eram casadas com maridos escolhidos pelos pais e tinham como função cuidar do lar e gerar filhos, sendo o sustento da família responsabilidade dos homens (SANTOS, NOGUEIRA, 2009).

A gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico nos debates sobre saúde sexual e saúde reprodutiva e, muitas vezes, considerada uma situação de risco, um elemento desestruturador da vida dos adolescentes e fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2005; ARAUJO, 2009; DANIELI, 2010; DIAS, TEIXEIRA, 2010).

Os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos - SINASC, DATASUS, do Brasil no período de 1998 a 2005, referentes aos índices de atendimento do SUS, evidenciam o aumento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações decorrentes de gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS (BRASIL, 2006).

Um estudo realizado em 2008, no Município de Pelotas – RS, identificou que aumentaram a prevalência e o número absoluto de mães com menos de 16 anos, sendo este grupo responsável por 1% (n=65) dos nascimentos em 1982, passando para 3% (n=114) em 2004. Esses dados mostram que praticamente triplicou o percentual de mães com menos de 16 anos, no período de 1982 a 2004 (GIGANTE, et al., 2008).

Segundo essa perspectiva, Ximenes Neto, Marques, Rocha (2008), acrescentam que, quanto mais precoce a gravidez, maiores são os riscos de complicações (parto prematuro, abortamento, recém-nascido de baixo peso, desproporção céfalo-pélvica, amniorrexe prematura, anemia materna, lacerações de períneo, infecções urogenitais, trabalho de parto prolongado, entre outras), trazendo prejuízos tanto para mãe quanto para o recém-nascido.

Araújo (2009) considera que, além das complicações, existem as consequências indesejáveis da gravidez na adolescência, dentre elas: uma maior

incidência de mortalidade infantil, abandono prematuro dos estudos, instabilidade emocional, baixa escolaridade, necessidade precoce de ingressar no mercado de trabalho, o que aumenta a mão de obra não especializada e, conseqüentemente, o número de famílias que sobrevivem em situação de pobreza. Tais conseqüências representam implicações tanto para a adolescente e sua família quanto para a sociedade, a curto, médio e longo prazo.

A gestante adolescente apresenta especificidades fisiológicas e maturidade emocional diferente das mulheres na idade adulta. Com base nessas diferenças, os trabalhadores de saúde devem reconhecer a complexidade da adolescência e diminuir os riscos envolvidos no contexto da gestação (DANIELI, 2010).

Na perspectiva de uma atenção qualificada para a gestante, a Agência Nacional de Saúde Suplementar pontua que existem dois modelos de atenção ao parto: o modelo médico ou tecnológico e o modelo natural. No modelo tecnológico o enfoque predominante do parto é o de “risco potencial”, com utilização intensiva de novas tecnologias e altas taxas de cesariana e outras intervenções. O parto é realizado em ambiente hospitalar, sendo o médico o profissional responsável pela assistência a todos os tipos de parto (baixo ou alto risco). No modelo natural, a mulher é considerada o foco das atenções, sujeito ativo do processo, sendo o parto considerado como evento fisiológico normal que segue um curso natural e as intervenções são mínimas (BRASIL, 2008).

Com vistas a atender à especificidade de cada mulher no processo de parturição, o Ministério da Saúde, em 2000, implantou um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Essa estratégia tem como finalidade o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, por intermédio do envolvimento dos estados e municípios tanto no que diz respeito ao setor público, quanto ao setor privado (BRASIL, 2000a).

Destarte, o PHPN aponta a integralidade na assistência obstétrica, assegurando os direitos da mulher nas diretrizes institucionais, reorganizando a assistência ao trabalho de parto, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, e propõe a expansão do acesso das mulheres à rede de saúde, fornecendo um atendimento de qualidade com o mínimo de procedimentos (NAGAHAMA, SANTIAGO, 2005).

A humanização compreende um conjunto de elementos e configura uma prática na qual o profissional se permite ser humano, manifestando sua sensibilidade, estabelecendo uma relação de sujeitos, tornando a atenção à saúde um ato completo, pois permite o encontro da realidade do profissional com a realidade do usuário.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas, na satisfação das usuárias e no fortalecimento da capacidade das mulheres de identificar, reconhecer e reivindicar os seus direitos na promoção do autocuidado e proteção da saúde (BRASIL, 2004).

A proposta de humanização da assistência no parto, puerpério e nascimento busca transformar os espaços destinados a receber este grupo de usuários, tornando-os mais acolhedores, incluindo a participação da família e permitindo que a mulher tenha autonomia sobre o seu corpo no momento do parto. O termo “humanizar”, voltado para o cuidado às parturientes, tem como meta melhorar as condições do atendimento à mulher, ao recém-nascido e à família, por meio de ações que promovam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade e a não violência (BUSANELLO, 2010).

A atenção adequada no momento do parto é um direito fundamental de toda adolescente e representa um fator indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem estar (DANIELI, 2010).

Contudo, acredita-se que a efetivação da atenção humanizada nos centros obstétricos depende, principalmente, da estrutura organizacional das instituições hospitalares e de uma equipe de saúde comprometida e preparada para acolher a gestante, seu companheiro e a família, neste momento ímpar da vida que é o nascimento de um novo ser.

1.1 Justificativa

A busca pelo cuidado humanizado ao parto é um tema de crescente interesse, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades desta forma de cuidado sejam um grande desafio, pois implica que os trabalhadores da saúde estejam preparados para atender a gestante e seus acompanhantes, respeitando os significados deste momento.

O presente estudo justifica-se na medida em que poderá servir de subsídio para uma reflexão sobre como a atenção ao parto em adolescentes vem sendo desenvolvida pelos profissionais de saúde no centro obstétrico, e, a partir dessa avaliação, fundamentar estratégias no sentido de construir uma proposta de realização do parto humanizado em adolescentes no centro obstétrico da pesquisa, que venha ao encontro da Política Nacional de Humanização do Parto preconizada pelo Ministério da Saúde.

Soma-se a isso o fato de que o local em estudo é um hospital de ensino, ou seja, um espaço formador de conhecimento e de profissionais na área da saúde, e que necessita adequar-se à proposta de humanização da assistência ao parto do Ministério da Saúde, transformando-se em um espaço focado em práticas que visem à promoção do parto e nascimento saudável. Essas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento.

Nesse contexto, por entender que os profissionais de saúde configuram-se como os principais mediadores na proposta de humanização do parto, nascimento e puerpério, almejo, com este estudo, dar continuidade à pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, na qual participei como entrevistadora para a coleta de dados junto aos trabalhadores de saúde. Pois acredito que profissionais esclarecidos comprometem-se com o processo de parturição de forma mais ativa e participativa, devolvendo à mulher, o papel de protagonista nesse cenário.

A relevância do presente estudo respalda-se na produção do conhecimento com base na proposta de humanização da atenção à saúde das mulheres adolescentes, buscando operacionalizar a política de humanização do parto e nascimento. Dessa forma, o estudo buscará responder a seguinte questão de pesquisa:

Que práticas têm sido desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente adolescente?

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o cuidado à parturiente adolescente em um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS.

2.2 Objetivos Específicos

Identificar a proporção das práticas de atenção ao parto consideradas úteis e que devem ser estimuladas no atendimento ao parto normal em adolescentes, segundo o Manual Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde 1996.

Identificar a proporção das práticas de atenção ao parto consideradas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas no atendimento ao parto normal em adolescentes, segundo o Manual Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde 1996.

Identificar a proporção das práticas de atenção ao parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado no atendimento ao parto normal em adolescentes, segundo o Manual Assistência ao Parto Normal da Organização Mundial de Saúde 1996.

3 Hipóteses

Parte-se do pressuposto de que a atenção às gestantes adolescentes, assim como às demais gestantes, sustenta-se no enfoque assistencial, hegemônico, biologista e medicalizador, muitas vezes marcado pela utilização de conhecimentos e técnicas científicas desnecessárias ao processo de parturição. Portanto para este estudo, elencamos as seguintes hipóteses:

- ✓ Práticas consideradas úteis ao parto humanizado, como o respeito à privacidade e intimidade das parturientes, a autonomia para escolher o tipo de parto, o direito de poder ingerir líquidos durante a permanência no Centro Obstétrico(CO), o estímulo precoce para amamentação antes da primeira hora de vida, o contato cutâneo direto e precoce entre mãe e filho após o nascimento, e o direito a receber informações sobre as formas de relaxamento para aliviar a dor, não são respeitadas na íntegra como preconiza a OMS.
- ✓ Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, como o uso rotineiro da posição de litotomia para o parto, o uso liberal e rotineiro da episiotomia e da infusão intravenosa com ocitocina antes do parto, ainda são utilizadas rotineiramente no CO do estudo.
- ✓ Práticas frequentemente utilizadas inadequadamente no atendimento ao parto, como a restrição alimentar e o uso rotineiro da amniotomia precoce no primeiro estágio do parto, são práticas realizadas pelos profissionais de saúde com uma prevalência em torno de 70%.

4 Revisão de Literatura

A revisão de literatura será composta de três partes: primeiro, uma revisão como pano de fundo da Política Nacional de Saúde; a seguir, uma revisão sistematizada efetuada de forma a conhecer a produção científica sobre o tema; e, por último, os principais resultados encontrados.

4.1 As Políticas Públicas de Saúde no Brasil

O SUS teve sua origem na metade do século passado, com a crise do modelo médico assistencial privatista hegemônico. As mudanças políticas e econômicas, juntamente com o processo de redemocratização do Brasil impulsionaram novos rumos para a saúde. Em 1970, surgiram os primeiros projetos de Medicina Comunitária e, nesse período, começaram as primeiras experiências de municipalização da saúde. Nesse cenário, nasceu o movimento pela Reforma Sanitária; surgiram então o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ambos integrados por grupos de intelectuais ligados à política de esquerda, que buscavam mudanças na forma de organização do sistema de saúde, por meio de lutas pelos direitos de cidadania, acesso e melhorias da qualidade dos serviços (BRASIL, 2007a).

A Reforma Sanitária brasileira nasceu da luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e foi estruturada por intelectuais e trabalhadores dentro das universidades e nos movimentos sindicais. Esse movimento social consolidou-se, em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, considerada o marco político e histórico mais importante da segunda metade do século passado, na construção do modo de se fazer saúde no Brasil (JUNQUEIRA, 2008).

As discussões da VIII Conferência Nacional da Saúde resultaram na formalização de propostas das mudanças baseadas no direito universal à saúde,

acesso igualitário, descentralização e ampla participação da sociedade (BRASIL, 1986).

Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado, em 1988, pela Constituição Federal Brasileira, Capítulo II, na Seção II - Saúde, artigos 196, 197, 198, 200. Estabelece a saúde como um direito universal de todo cidadão, sendo dever do Estado subsidiá-la de forma integral, em todas as esferas do governo (BRASIL, 1988).

Na década de 90 são promulgadas as Leis 8.080/90 e 8.142/90, cuja implantação tem como objetivo sustentar e reforçar as diretrizes do SUS. A Lei 8.080/90 sedimenta as orientações constitucionais do Sistema Único de Saúde. Já a Lei 8.142/90 trata da participação da comunidade na condução das questões da saúde, e também define as transferências de recursos financeiros diretamente do Fundo Nacional para o Fundo Municipal de Saúde (PAULUS, CORDONI, 2006)

A atenção à saúde preconizada pelo SUS tem como princípios a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, porém, a concretização desses princípios está comprometida pelas desigualdades sociais e composta por diversos obstáculos estruturais e políticos de nossa sociedade (SOARES, 2007).

Desse modo, as ações de descentralização exigiram e ainda exigem mudanças de várias ordens, pois não bastam instrumentos e medidas legais para que a implantação se concretize, é necessário que ocorram alterações na cultura vigente e na estrutura de funcionamento das instituições de saúde. O processo de descentralização ampliou o contato dos gestores com as realidades do país, colocando-os frente a desafios para superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, mediante a organização de uma rede de atenção à saúde e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006a).

No entanto, existem contradições entre os princípios do SUS e os atores que operam o sistema; tais contradições tendem a legitimar velhas ideias e valores ultrapassados, sendo necessário que os mesmos sejam incansavelmente debatidos, a fim de serem superados (FEUERWERKER, 2005).

Nessa linha de pensamento, Merhy (2002) aponta que o cotidiano do trabalho tem duas faces: a das normas institucionais e a das práticas autônomas de cada trabalhador. Na primeira face encontra-se a gestão, que, por intermédio dos Ministérios, traça programas e políticas de saúde centralizados, cria manuais e

padronizações de ações com pouca ou nenhuma participação direta dos trabalhadores e usuários. Já, na segunda face, temos a fragmentação do trabalho, com profissionais desmotivados, sem interesse e descomprometidos com as políticas de saúde.

Essas situações contribuem negativamente na atual conjuntura política e social do país. O SUS vem sendo operado em uma realidade na qual os atores sociais parecem despreparados para cumprir as propostas da Reforma Sanitária. Para que ocorra a consolidação efetiva do SUS, é necessário coerência com os princípios da Reforma Sanitária, não só no que diz respeito à consciência sanitária dos trabalhadores e usuários, mas também é essencial investir em mudanças na forma de organização do processo de trabalho (TESTA 1995).

Passadas mais de duas décadas da institucionalização do SUS, são notórios os inúmeros avanços no campo da saúde, dentre eles, a descentralização e a regionalização da atenção e da gestão em saúde, ampliando os níveis de equidade, integralidade, universalidade e controle social. No entanto, a fragmentação e a verticalização do processo de trabalho contribuem negativamente nas relações entre os profissionais de saúde, e destes para com os usuários, fragilizando as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Dessa forma, na busca pela construção de uma política de qualificação do SUS, o Ministério da Saúde, no ano de 2003, cria a Política Nacional de Humanização (PNH), na qual a humanização¹ é uma dimensão fundamental para operacionalizar a atenção qualificada na rede do SUS (BRASIL, 2008a).

Assim, a PNH permeia as diferentes ações e jurisdições de gestão do SUS, sustentada na indivisibilidade entre atenção, gestão e produção de saúde, e toma por objetivo produzir mudanças nas práticas de gestão e nas práticas de atenção em saúde, superando limites e experimentando novas formas de organizar os serviços (HECKERT, PASSOS, BARROS, 2009).

Com isso, torna-se necessário adotar a Humanização como política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem

¹ O Ministério da Saúde entende que a humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores, fomentada pela autonomia e protagonismo desses sujeitos (BRASIL, 2004^a).

em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do SUS, caracterizando uma construção coletiva que ultrapasse as fronteiras dos diferentes núcleos de saber e poder e considere as necessidades individuais e coletivas (BRASIL, 2004a).

Levar em consideração as necessidades, os desejos e os interesses dos diferentes atores envolvidos no campo da saúde constitui uma política de ações concretas com capacidade de transformar e garantir direitos, construindo uma rede permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se não só de olhar cada indivíduo em sua subjetividade, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização cria cinco diretrizes centrais para orientar as ações das equipes de saúde. São elas: Acolhimento, Gestão Democrática, Clínica Ampliada, Valorização do Trabalho e Garantia aos Direitos dos Usuários (BRASIL, 2000a).

O **Acolhimento** é entendido como a produção de um campo de cuidado compartilhado entre o sujeito que cuida e os que são cuidados.

A **Gestão Democrática** implica no compartilhamento de poder, de decisões orientadas por princípios éticos e políticos. Significa horizontalizar o poder, ampliar a inclusão de sujeitos na gestão e na clínica, construindo assim a corresponsabilização.

A **Clínica Ampliada** traz a proposta de um cuidado diferenciado, que vai além do biológico, incluindo dimensões sociais e subjetivas, com ações interdisciplinares, apostando no trabalho em equipe. Dessa forma, constrói-se uma relação de troca de experiência entre sujeitos, com vínculo de confiança no tempo, permitindo reconstruir relações de poder na equipe e com os usuários e sua rede sociofamiliar, ampliando processos de troca e de responsabilização mútua.

Na **Valorização do trabalho**, busca-se valorizar o trabalhador por meio da melhoria das condições de trabalho, do exercício das profissões de forma digna, com ambientes e remuneração adequados. Assegurar que as organizações de saúde não se transformem em cabides de emprego, nem em lugares em que práticas e atitudes inaceitáveis se reproduzam e se naturalizem, e produzir modos de gestão das organizações que coloquem o interesse público acima de tudo.

Outra diretriz da PNH é **Garantir os direitos dos usuários** por meio da produção ativa de saúde entre os sujeitos, sua rede sociofamiliar e os trabalhadores

de saúde, mediante a corresponsabilização no processo de produção de cuidado na atenção à saúde (FALK et al, 2006).

A humanização e a qualidade da atenção nos serviços de saúde são essenciais para a resolução dos problemas, tais como a burocratização dos serviços, falta de controle social, serviços de saúde com superlotação, falta de recursos humanos qualificados, e buscam a satisfação dos usuários, a promoção do autocuidado e a promoção da saúde. Isso significa considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade de criar espaços nos serviços de saúde para o acolhimento das pessoas, tornando legítimo o direito dos usuários à atenção integral e resolutive (PESSINI, 2003).

Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e com as condições de trabalho dos profissionais que permitirão construir novas realidades institucionais (BRASIL, 2010).

Para o alcance da humanização da atenção à saúde, alguns autores pontuam que cuidar e gerir os processos de trabalho em saúde é uma realidade a ser trabalhada por meio de arranjos e dispositivos que garantam práticas de corresponsabilização e de cogestão (BENEVIDES, PASSOS, 2005; CAMPOS, 2000).

Para Campos (2005, p.400), a humanização “depende de mudança das pessoas, da ênfase em valores ligados à defesa da vida, na possibilidade de ampliação do grau de desalienação e da transformação do trabalho em algo criativo e prazeroso”.

Entende-se que a humanização é um processo em construção, que olha o sujeito na sua subjetividade. Valorizando a troca de saberes, é uma estratégia que interfere diretamente no processo de produção de saúde, levando em consideração que os atores sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar suas realidades.

Para os profissionais de saúde, o Programa de Humanização constitui a oportunidade de resgatar o verdadeiro sentido da sua própria prática, o valor do trabalho em equipe e a busca pelo aprimoramento das relações entre profissionais de saúde e usuários, dos profissionais entre si e das instituições com a comunidade, respeitando a subjetividade presente em todo ato de assistência à saúde, tanto do usuário quanto profissionais (BACKES, 2004).

Acredita-se ser essencial investir na formação e qualificação dos trabalhadores em saúde, no sentido de sensibilizá-los a prestar um cuidado integral, com escuta, acolhimento, segurança e respeito às diferenças.

4.2 Revisão Sistematizada

A revisão sistematizada teve como foco o parto humanizado em adolescentes, utilizando-se das variáveis: “Gravidez na Adolescência” e “Atenção Humanizada ao Parto em Adolescentes”.

4.2.1 Estratégia de Busca da Revisão Sistematizada

Primeiramente, foram definidos os descritores em Ciência da Saúde-DeCS, no *site* da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Posteriormente, foram realizadas buscas nas bases de dados referenciais: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED/MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

As buscas foram realizadas nos meses de janeiro e fevereiro de 2011, sendo incluídos na revisão os trabalhos publicados nos últimos 10 anos, considerando estudos com seres humanos do sexo feminino e adolescente, nos idiomas português, inglês e espanhol, e que possuísem seu resumo disponível para leitura. Utilizaram-se os descritores: Parto, Parto Humanizado e Gravidez na Adolescência.

Durante o processo de busca foram identificados 755 documentos com as palavras-chave supracitadas, sendo 317 artigos na LILACS e 438 artigos na PUBMED/MEDLINE. Destes, 63 apresentaram resumos compatíveis com a temática do projeto. Após a leitura na íntegra dos 63 trabalhos selecionados e da busca das referências de cada um, novos trabalhos foram selecionados para o presente estudo. Além desses, ainda foram realizadas buscas na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, sendo incluídos também capítulos de livros, dissertações e teses relacionadas ao tema. Ao final da etapa de leitura e após a eliminação de duplicações, foram considerados relevantes à temática do projeto nove artigos, uma dissertação de mestrado e uma tese de doutorado.

Os principais resultados encontrados estão dispostos no quadro a seguir:

Título/ Autor/Periódico	País	Delineamento (n)	Principais resultados
Parto humanizado: uma realidade na casa de parto?/ Barros, W. L. L.; Costa, E.; Boeckmann, L. M. M.; et al./ Rev Enferm UFPE on line. 2011 jan./fev.; 5(1): 67-74	Brasil	Estudo descritivo exploratório Abordagem qualitativa n= 10	Estudo realizado na Casa de Parto de São Sebastião do Distrito Federal, que objetivou conhecer a percepção das puérperas sobre a assistência desenvolvida. A Casa de Partos prestou uma assistência diferenciada por respeitar os direitos da mulher. Permitia que escolhessem a pessoa em quem confiavam para acompanhar seu parto, elas tinham liberdade para movimentar-se, andar, tomar banho de chuveiro, realizavam manobras de relaxamento para alívio da dor, assumiam a posição que lhes fosse mais confortável no leito ou fora dele, era permitido ingerir líquidos, havia fundo musical e elas amamentaram seus filhos nos primeiros 30 minutos após o parto.
Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan/ Behruzi, R.; Marie, H.; Fraser, W.; et al./ BMC Pregnancy and Childbirth 2010, 10:25	Japão	Estudo descritivo Abordagem Qualitativa n= 44	Estudo realizado no Japão, que objetivou explorar a experiência japonesa da prática do parto em diferentes configurações de nascimento. As instituições japonesas de parto tinham como missão instaurar a melhoria dos cuidados e o parto humanizado. As principais barreiras identificadas na assistência ao parto humanizado foram as regras e estratégias institucionais, que restringiam a presença de um companheiro de nascimento. Os principais facilitadores foram as próprias mulheres, através de seus valores culturais e crenças em um parto natural, e as estratégias institucionais destinadas a evitar intervenções médicas desnecessárias.
As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um hospital universitário do extremo sul do Brasil/ Busanello, Josefine Dissertação	Brasil	Estudo multicêntrico quanti-qualitativo n=23	Estudo realizado no Município do Rio Grande/RS, que buscou analisar as práticas desenvolvidas na assistência ao parto de adolescentes a partir do relato dos profissionais de saúde. Apresentou práticas consideradas úteis ao parto normal, como: 71% de acompanhamento adequado ao pré-natal; 70% respeitavam a privacidade e intimidade da parturiente; 83% acreditavam ser boa a relação da equipe de saúde com as parturientes e familiares, 83% estimulavam as técnicas de relaxamento; 91% referiram dar orientações acerca do parto; 91% incentivavam o contato precoce da mãe-bebê; e 96% incentivavam a amamentação na primeira hora de vida. No entanto,

Mestrado FURG, 2010			evidenciou-se que os registros das condições maternas e neonatais não estavam sendo plenamente realizados. Além disso, foi constatado que, para 96% dos trabalhadores de saúde as mulheres não podiam opinar sobre o tipo de parto que desejavam e 83% dos participantes negava à parturiente o direito a ter acompanhante. No que se refere às práticas prejudiciais, os trabalhadores relataram serem padronizadas a tricotomia, a episiotomia, a posição de litotomia e a utilização de dispositivos invasivos. Já, com relação às práticas freqüentemente utilizadas de forma inadequada despontavam em 78% a restrição alimentar e hídrica e em 74% a realização da amniotomia de rotina.
Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil/ Nagahama, E.E.I.; Santiago, S.M. /Acta Paul Enferm 2008; 21(4): 609-15.	Brasil	Estudo Transversal Abordagem Quantitativa n= 569	O estudo buscou identificar os fatores associados à qualidade da atenção e possíveis predisponentes de iniquidades no cuidado ao parto, a partir das características sociodemográficas e obstétricas de mulheres atendidas em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde no Município de Maringá-Paraná. Na classificação geral, 53% das mulheres tiveram atendimento considerado regular, 29% bom, 17% insatisfatório e 1,0% excelente. Registrou-se que, quanto mais jovem a parturiente, melhor a qualidade da assistência recebida. Dentre as variáveis sociodemográficas, a idade foi a única que apresentou associação estatisticamente significativa com o tipo de parto ($p<0,0001$). Foi encontrada frequência maior da ocorrência do parto vaginal entre parturientes adolescentes (32%), quando comparado ao grupo de mulheres que tinham mais de 35 anos de idade (3%). Parturientes sem história de cesárea anterior foram as que receberam com maior frequência (49%) entre dois e quatro métodos não farmacológicos de alívio da dor; e 61% receberam líquidos via oral no trabalho de parto. As multíparas com antecedentes de partos vaginais (4 a 5 partos) também receberam líquidos por via oral, com maior frequência.
Atención humanizada del			Estudo realizado em um hospital público de Fortaleza-CE, que objetivou analisar a atenção ao parto, no olhar das parturientes adolescentes, na perspectiva da

parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad?/ Sampaio, A. A.; Silva, A. R. V.; Moura, E. R. F./VER CHIL OBSTET GINECOL 2008; 73(3): 185 – 191.	Brasil	Estudo Exploratório descritivo Abordagem Qualitativa n= 30	humanização. O estudo demonstrou que a maioria (77%) das entrevistadas tinha entre 17 e 19 anos; apenas 7% haviam concluído o ensino médio; e a maioria das entrevistadas não sabia diferenciar a categoria profissional dos profissionais que lhe prestavam o cuidado. Apenas 40% das entrevistadas receberam informações sobre o parto. Com relação à posição adotada para o parto, 63% adotaram a posição horizontal, 33% a posição de semicócoras e 3% a posição lateral; 63% referiram ter recebido alguma forma de relaxamento para aliviar a dor; 90% das parturientes tiveram contato precoce com seus recém-nascidos, no entanto, apenas 33% foram estimuladas a amamentar seus filhos na primeira hora de vida.
Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública/ Dias, Marcos Augusto Bastos/ Tese de Doutorado - IFF/ FIOCRUZ 2006	Brasil	Pesquisa Etnográfica Abordagem Qualitativa n= 40	Estudo realizado em uma maternidade da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que objetivou analisar as bases conceituais da proposta de humanização, as representações que os profissionais e as mulheres parturientes constroem sobre esta questão e os limites à humanização. Os resultados apontaram que a atenção ao parto e nascimento, na maternidade estudada, seguia predominantemente o modelo médico tecnocrático, utilizando rotinas de assistência que são contraindicadas pelas pesquisas baseadas em evidências científicas, tendo como consequência a negação de vários direitos das mulheres, dentre eles o direito a terem um acompanhante de sua escolha no momento do parto. Os principais sentidos atribuídos pelos profissionais à humanização da assistência estavam relacionados à oferta de acolhimento para diminuir o sofrimento, uma boa relação profissional-paciente e a darem informações sobre o trabalho de parto e os cuidados a serem realizados, embora esses elementos ainda não estivessem incorporados à sua rotina de assistência.
Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um	Brasil	Estudo de caso n= 43	Estudo realizado em um hospital filantrópico de grande porte do Estado de Santa Catarina, que é referência regional para gestantes de alto risco, e em 2000 recebeu o título de Hospital Amigo da Criança. Objetivou analisar a aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado. Na percepção dos

hospital de Santa Catarina/ Reis, A.E.; Patrício, Z. M. / Ciência & Saúde Coletiva 10(sup):221-230, 2005.			profissionais da equipe de saúde, o parto humanizado envolvia relacionamento e comunicação interpessoal e deveria ser dispensada uma atenção individualizada à mulher, respeitando seu padrão cultural e sentimentos. Apesar dos profissionais apontarem a presença do acompanhante como fator importante na consolidação da atenção ao parto humanizado, os profissionais não permitiam a presença do acompanhante em todos os plantões. Outro fator passível de destaque é que o recém-nascido não recebia os primeiros cuidados do médico pediatra, e sim dos profissionais de enfermagem. Das 11 crianças observadas apenas três foram apresentadas às mães logo após o nascimento, embora, depois, todas tenham sido levadas até às mães para amamentação. Algumas práticas desestimuladas pelo Ministério da Saúde ainda estavam sendo praticadas rotineiramente no local do estudo, dentre elas: indução à tricotomia; lavagem intestinal; imobilização; posição horizontal durante o trabalho de parto; utilização do soro com o objetivo de puncionar a veia, para facilitar a posterior administração de medicamentos; administração de ocitocina para acelerar o trabalho de parto; uso da manobra de <i>Kristeller</i> (pressão no fundo do útero durante o trabalho de parto); o uso rotineiro da episiotomia; não sendo oferecido líquidos à parturiente desde o momento de sua chegada até a alta. As parturientes demonstram desconhecer a proposta de humanização do parto preconizada pelo Ministério da saúde, no entanto ao serem questionadas sobre o que acharam da assistência recebida, avaliaram como boa.
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.;	Canadá	Estudo de Coorte Abordagem qualitativa (parto domiciliar n= 862; parto hospitalar	Estudo de coorte prospectivo realizado no Canadá, que objetivou avaliar a segurança do parto domiciliar, comparando os resultados perinatais dos partos domiciliares planejados assistidos por parteiras regulamentadas com os partos hospitalares. Foram comparados os resultados de 862 partos domiciliares planejados assistidos por parteiras com os de partos hospitalares, prevista a participação de quaisquer parteiras (n = 571) ou médicos (n = 743). As mulheres no grupo de parto domiciliar planejado

et al./ CMAJ. 2002 05 de fevereiro, 166 (3): 315-323.		realizado por parteiras n= 571; parto hospitalar realizado por médicos n= 743)	assistido foram menos propensas a analgesia epidural, ao parto ser induzido, a terem aceleração do parto com o uso de ocitocina e a serem submetidas a episiotomia, quando comparadas às outras duas coortes. A taxa de cesariana para os partos realizados em casa por parteiras regulamentadas foi de 6%, enquanto que, na coorte dos partos realizados por médicos, essa taxa foi de 18%.
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/ Nagahama, E.E.I.; Santiago, S.M./ Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro,24(8):1859-1868,ago, 2008	Brasil	Estudo exploratório-descriptivo Abordagem qualitativa n= 569	Estudo realizado em dois hospitais vinculados ao SUS no Município de Maringá-Paraná, que objetivou identificar os obstáculos e os aspectos facilitadores para implantação do cuidado humanizado. Identificaram-se como obstáculos para implantação do cuidado humanizado: o desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento; a atitude de resignação das mulheres e de seus familiares; a falta de orientação e preparo do acompanhante; a relação assimétrica entre profissional de saúde e parturiente; a insuficiência e negação da informação; as más condições estruturais; o despreparo da equipe para acolher o acompanhante; a participação incipiente da equipe multiprofissional na assistência; a prática institucional e profissional, que não incorporou integralmente ao cuidado obstétrico a ideia do parto como evento familiar e direito reprodutivo. Por outro lado, a adesão da equipe de enfermagem aos métodos não farmacológicos de alívio da dor, a presença da doula no hospital, a permissão do acompanhante no trabalho de parto para a maioria das mulheres, o apoio verbal e não verbal dos profissionais de saúde, o acolhimento da parturiente e a atuação do profissional anestesiista constituíram aspectos positivos que contribuíram para a humanização do cuidado.
Indicadores Sociais de Grávidas Adolescentes: Estudo Caso-Controlle/	Brasil	Estudo caso-controle Abordagem quantitativa	Estudo que objetivou analisar a existência de indicadores sociais que interferem no número e tipo de parto entre adolescentes e adultas. Ocorreram 43.253 partos no período avaliado, sendo 7.134 (17%) de adolescentes e 36.119 (83%) de adultas. Observou-se aumento de 26% no número de partos nas adolescentes no decorrer dos

Michelazzo,D.; Yazlle,M.E.H.D.; Mendes, M.C.; et al./ RBGO - v. 26, nº 8, 2004		n= 43.253	anos. A proporção de partos de adolescentes aumentou significativamente na categoria SUS, no período. A proporção de internações de adolescentes pelo SUS foi significativamente superior à de adultas. Apenas 14% das adolescentes tinham inserção na população economicamente ativa, comparado com 35% das adultas. Apenas 7% das adolescentes eram estudantes, ao passo que 79% eram “do lar” ou sem ocupação remunerada. Houve aumento da proporção de parto vaginal entre adolescentes, quando comparadas às mulheres adultas, enquanto que a proporção de cesáreas permaneceu estável e maior entre as adultas.
Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes/ Matello,J.; Torgal, M.; Viana, R.; et al./ Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(12):620-5	Portugal	Estudo Retrospectivo Abordagem quantitativa N= 10.656	Estudo que objetivou comparar o parto e o seguimento de gravidez entre grávidas adolescentes e adultas. O estudo envolveu um total de 10.656 partos, com 7% de gravidezes antes dos 20 anos e 1% antes dos 16 anos. Das parturientes do grupo A, 65% tiveram partos eutócicos, já os grupos B e C tiveram 79% de partos eutócicos. Os grupos B e C tiveram um índice menor de parto cesáreo 11% comparado ao do grupo A que foi de 21%. Com relação à necessidade de indução do parto com prostaglandinas, foi verificada em 27% do grupo A e 17% nos grupos B e C. As adolescentes tiveram maior taxa de episiotomia (64%) do que as outras mulheres (60%), e cabe ressaltar que todas as mulheres que tiveram parto vaginal sofreram episiotomia.

Figura1- Quadro de Revisão Sistematizada

Ao final da revisão sistematizada, despontaram os principais achados em relação à implementação da Política de Humanização do Parto e Nascimento.

Estudos identificaram que as regras institucionais que restringem a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto estão entre as principais barreiras encontradas para a implantação do parto humanizado (REIS, PATRÍCIO, 2005; DIAS, 2006; BEHRUZI, MARIE, FRAZER, et al, 2010, BUSANELLO, 2010).

No que se referem às práticas consideradas úteis ao parto normal, estudos apontam que algumas práticas, como o acompanhamento adequado ao pré-natal, respeito à privacidade e intimidade da parturiente, uma boa relação da equipe com a parturiente e seus familiares, orientação sobre técnicas de relaxamento, orientações sobre o parto e o incentivo à amamentação na primeira hora de vida, estão sendo desenvolvidas em determinadas instituições de saúde (SAMPAIO, SILVA, MOURA, 2008; BUSANELLO, 2010; BARROS, COSTA, BOECKMANN, 2011).

No entanto, estudos confirmam que ainda existem instituições que seguem o modelo médico tecnocrático, utilizando rotinas de assistência que são contraindicadas pelas pesquisas baseadas em evidências científicas, tendo como consequência a negação de vários direitos das parturientes; dentre eles, destacam-se a padronização de técnicas como: o uso rotineiro da tricotomia, episiotomia, posição de litotomia na realização do parto, utilização de dispositivos invasivos para facilitar a administração de medicamentos, uso da ocitocina com o objetivo de acelerar o parto, restrição alimentar e hídrica e a realização da amniotomia de rotina, entre outras (JANSEN, LEE, RYAN, et al, 2002; REIS, PATRÍCIO, 2005; DIAS, 2006; SAMPAIO, SILVA, MOURA, 2008; MATELLO, TORGAL, VIANA, et al, 2008; BUSANELLO, 2010).

O estudo de Nagahama e Santiago (2008) identificou ainda como obstáculos para a implantação do cuidado humanizado: o desconhecimento das parturientes e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento, a falta de orientação e preparo do acompanhante, a relação assimétrica entre os profissionais de saúde e a parturiente, as más condições estruturais e a participação incipiente da equipe, que não incorporou integralmente ao cuidado obstétrico a ideia do parto como evento familiar e direito reprodutivo.

4.2.2 Gravidez na Adolescência

A adolescência é um período da vida caracterizado por um complexo processo de desenvolvimento biológico, psicológico e social, marcado por um rápido crescimento e desenvolvimento do corpo, da mente e das relações sociais. Além disso, o desenvolvimento do autoconhecimento e o crescimento físico dão origem a sentimentos de autoestima, de pensamento crítico, maior senso de independência e os impulsos sexuais tornam-se mais efetivos. Entretanto, esse processo não se dá sempre da mesma forma, ele varia conforme a história de vida de cada um, levando em consideração o meio socioeconômico no qual o adolescente está inserido (GAMA, SZWARCOWALD, LEAL, 2002).

Destarte, não apenas o conceito de adolescência pode mudar ao longo do tempo, como também podem coexistir diferentes modos de vivenciar essa fase da vida; assim, a adolescência não é somente um período de transição entre a infância e a idade adulta, ela representa ingressar em um mundo desconhecido (DADOORIAN, 2000).

Essa etapa da vida, no entanto, também é caracterizada por maior exposição aos riscos. A curiosidade natural de saber sobre todas as coisas que a vida tem a oferecer levam o jovem, às vezes, à experimentação de tudo o que se apresenta como novo (MAGALHÃES, 2007).

Com a intensificação do movimento de liberação sexual a partir da década de 60, o início das relações sexuais se tornou cada vez mais precoce, no entanto, o debate acerca da sexualidade dentro das famílias e das escolas não aconteceu na mesma velocidade e, conseqüentemente, pode-se perceber o aumento da frequência da gravidez na adolescência (GAMA, SZWARCOWALD, LEAL, 2002; DIAS, TEIXEIRA, 2010).

A gravidez na adolescência, embora possa ser desejada de forma consciente ou inconsciente, na maioria das vezes não é planejada e geralmente está relacionada a fatores socioculturais e econômicos (BOUZAS, MIRANDA, 2004; SABROZA et al., 2004; XIMENES NETO et al., 2007).

No entanto Dadoorian (2003), ao analisar um grupo de adolescentes de classes populares, observou que ser mulher, para essas meninas, é ser mãe. Ter um filho, para elas, é um rito de passagem da infância para a idade adulta, é quando elas passam a ser reconhecidas como mulheres para a sociedade; além disso,

muitas apresentaram carência afetiva da família e viam no filho o presente que iria sanar essa carência.

Segundo Dias (2006), a gestação é mais do que um fenômeno biológico para a mulher e, para muitas, define o papel da mulher na sociedade. Sendo que a maternidade é o melhor trabalho que uma mulher pode realizar.

O preconceito social em relação à concepção é um fator que influencia diretamente nas taxas de gestação precoce, pois o uso de contraceptivos pelos adolescentes seria a confissão de uma vida sexual ativa. Além disso, a instabilidade emocional dos jovens tende a levar ao abandono do uso de métodos anticoncepcionais, também justificado pela ausência de um parceiro fixo e de uma vida sexual freqüente. Outros fatores que podem influenciar na precocidade da gravidez na adolescência são a dificuldade de acesso e utilização dos métodos contraceptivos, a informação tardia e mal veiculada, e o amadurecimento sexual mais precoce (DAMIANI, 2003; SABROZA et al. 2004).

A grande maioria dos adolescentes é pouco informada a respeito de sexualidade e reprodução, porém, muitos profissionais de saúde parecem acreditar que, deixando de dar aos jovens informações sobre sexualidade e contracepção, estariam evitando o início precoce da vida sexual. Na realidade, quando a educação sexual é fornecida de forma clara e objetiva, proporciona ao adolescente condições de escolher o momento mais apropriado para o início da vida sexual segura e saudável (MANO, GOUVEIA, SCHALL, 2009).

A gravidez na adolescência é um problema importante de saúde pública que atinge tanto países em desenvolvimento quanto países desenvolvidos, sendo considerada um grande “problema social”, que ocorre em diferentes classes sociais e em vários níveis socioeconômicos (DADOORIAN, 2000; SABROZA et al. 2004; AQUINO et al.,2006; CHALEN et al.,2007; XIMENES NETO, MARQUES, ROCHA, 2008).

A maternidade precoce é considerada uma situação de risco tanto para a mãe como para seu filho. As complicações da gravidez, parto e puerpério estão entre as dez principais causas de óbito das adolescentes do Brasil, sendo a sexta causa entre as adolescentes de 15 a 19 anos (DADOORIAN, 2003; DIAS, TEIXEIRA, 2010).

Para Dias e Teixeira (2010), todos os anos, pelo menos sessenta mil adolescentes morrem em decorrência de complicações na gravidez e no parto, no

mundo todo. Além disso, bebês nascidos de mães jovens são mais propensos a apresentar baixo peso e a morrer de desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida.

A gravidez na adolescência tem sido tema de inúmeros debates na área da saúde pública, adquirindo, sem dúvida, mais visibilidade social; porém tanto a gestante como a puérpera adolescente merecem atenção especial, sendo importante que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para compreender a adolescente nas suas singularidades, respeitando sua origem, sua cultura e suas escolhas, prestando uma assistência qualificada, individualizada e mais humana, que é o direito do todo cidadão (DAMIANE, 2003).

4.2.3 Atenção Humanizada ao Parto em Adolescentes

O parto é uma experiência milenar. Na Antiguidade as mulheres tinham seus filhos no conforto do lar, acompanhadas por parteiras que, de forma amigável e carinhosas, respeitavam o processo natural da parturição, e muitas vezes os próprios maridos auxiliavam suas mulheres neste momento ímpar que é a chegada de um novo ser. No século XX, o parto passou para o cenário hospitalar, amparado no modelo biomédico, centrado nas intervenções e intensa medicalização, cenário em que os anseios e os ritmos naturais da parturiente deixaram de ser respeitados (SODRÉ, LACERDA, 2007).

Tal situação é um agravante para a saúde pública, pois práticas iguais a essas ainda perduram em muitas maternidades do país. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) tende a tratar todos os partos e nascimentos como se fossem de risco, e que tanto a mãe como a criança poderiam ser prejudicados com o uso de práticas inapropriadas e desnecessárias. A OMS publicou, em 1996, o *Manual Assistência ao Parto Normal: um guia prático*, como referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Esse manual discute as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, e classifica as mesmas em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; e práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais danos que benefício (Anexo A) (OMS, 1996).

Humanizar a assistência é reunir competência técnica e científica aos preceitos éticos, respeitando a individualidade do ser humano. O planejamento da assistência deve sempre valorizar o ser humano, atendendo às suas especificidades e necessidades. Assim, as circunstâncias que envolvem cada ser em particular necessitam ser respeitadas e as ações de saúde precisam estar voltadas para a interação entre os sujeitos (DINIZ, 2005; SANTOS, MARASCHIN, CALDEIRA, 2007).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, no intuito de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, melhorar a cobertura e a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, e buscando potencializar as ações já instituídas na área de atenção a gestante, cria, em 1º de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), e incorpora o manual de assistência ao parto normal preconizado pela OMS (BRASIL, 2001).

Para que o PHPN efetive suas propostas de atenção à saúde, é necessário que aconteça uma reestruturação dos hospitais, tanto no que diz respeito à área física, como na compra de equipamentos; no entanto, também é indispensável que haja uma mudança nas atitudes dos profissionais de saúde, que necessitam estar preparados para acolher a gestante, respeitando os significados deste momento tão especial; e as mulheres também necessitam tomar o comando de suas vidas, transformando-se em sujeitos ativos no seu processo singular de gestar e parir (BRASIL, 2000).

No preparo adequado da gestante para o parto, é fundamental que as ações comecem durante o pré-natal. Os profissionais necessitam estar qualificados para fornecer informações sobre o processo de parturição, as técnicas de relaxamento que ela poderá utilizar, orientações com relação ao aleitamento materno e cuidados com recém-nascido (RN); e, se possível, proporcionar à gestante uma visita à maternidade, para que ela possa familiarizar-se com o local (SEIBERT, GOMES, VARGENS, 2008).

A humanização no cuidado às adolescentes gestantes relaciona a oferta de atendimento de qualidade, incorporando atitudes voltadas para a subjetividade, com base nas necessidades individuais da gestante/parturiente, compreendendo suas dimensões humanas, reconhecendo a gestante adolescente como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (DINIZ, 2005; SANTOS, MARASCHIN, CALDEIRA, 2007).

As instituições hospitalares ainda estão centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas. A qualidade da atenção necessita mais do que a resolução de problemas ou uso de tecnologias, exige atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar a atenção em saúde como direito do ser humano, melhorando o grau de informação das parturientes em relação às suas condições de saúde e aumentando sua autonomia, a fim de que façam escolhas adequadas no momento do parto (BRASIL, 2004).

Dessa forma, um cuidado mais efetivo significa disponibilizar ações e serviços baseados nas necessidades das parturientes, ao contrário do que se observa nas instituições de saúde, onde as necessidades das instituições e/ou dos profissionais se sobrepõem às necessidades das usuárias dos serviços da saúde.

Entende-se que a humanização do cuidado à mulher no pré-parto, parto e puerpério é um processo que inclui desde a adaptação da estrutura física e equipamentos dos hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBSs), até uma mudança de postura dos profissionais de saúde e das mulheres.

É importante que os profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e formuladores de políticas articulem formas de promover as mudanças necessárias neste cenário de atenção ao parto. É preciso atentar para que a resistência às mudanças não passa apenas por questões técnicas, envolve também as expectativas, as preferências e, muitas vezes, as conveniências dos trabalhadores de saúde e das usuárias do sistema. A estrutura física dos serviços, o acesso ao hospital, as questões relacionadas ao financiamento do sistema de saúde, o aspecto cultural da população também são pontos a serem considerados para implantação de mudanças no cenário de assistência à mulher no processo de parturição (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, 2002).

5 Metodologia

5.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, o qual deriva da pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”².

Os estudos quantitativos centrados na objetividade, geralmente influenciados pelo positivismo, possuem uma forma de apresentação numérica dos resultados, e normalmente tendem a mostrar os dados de forma clara e explícita, tendo maior poder de generalização dos achados científicos (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Pereira (2008), os estudos descritivos têm como finalidade informar sobre a frequência e a distribuição de um evento em uma determinada população, em termos quantitativos. Esses estudos podem ser usados para identificar grupos de risco ou para sugerir explicações para as variações de frequência, servindo de base para a continuidade de pesquisas sobre o assunto.

5.2 Caracterização do Local do Estudo

O presente estudo terá como contexto de investigação o Centro Obstétrico de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS. 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 a uma universidade pública e constitui-se

² Pesquisa multicêntrica “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 é da Doutora Nalú Pereira da Costa Kerber, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e com a coordenação local em Pelotas da Doutora Marilu Correa Soares, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). A pesquisa envolveu duas universidades públicas no Estado do Rio Grande do Sul: a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no Município do Rio Grande, e a 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. A coleta de dados foi realizada, de forma ininterrupta, no período de novembro de 2008 à outubro de 2009.

como campo de estágio para a graduação, pós-graduação e residência de vários cursos na área da saúde.

O referido hospital é referência em prematuros de extremo baixo peso e em Partos de alto risco. De acordo com o Relatório Anual de Atividades da Fundação de Apoio Universitário, ocorreram nesse hospital, no ano de 2008, 836 partos; destes, 390 foram partos normais, 443 partos cesáreo e 3 partos instrumentais (RELATÓRIO ANUAL DE ATIVIDADES FAU, 2008).

A maternidade do hospital situa-se no andar térreo, comunicando-se diretamente com o Centro Cirúrgico. Sua área física é composta de uma sala de exame, uma sala de pré-parto com dois leitos e banheiro, uma sala de partos, uma sala de atendimento ao RN, um lavabo, um expurgo, 12 leitos de internação obstétrica e seis leitos de internação ginecológica, além de um leito de isolamento clínico. Atuam 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 é de 24 horas, realizado por sete médicos residentes e 10 médicos preceptores.

5.3 População Alvo e Amostra

Profissionais de saúde efetivos atuantes no Centro Obstétrico de um hospital de ensino do Município de Pelotas-RS, entre eles: sete enfermeiros, 12 técnicos em enfermagem, 10 auxiliares em enfermagem, sete médicos residentes e 10 médicos preceptores, perfazendo uma amostra de 48 trabalhadores.

5.4 Critérios de Inclusão

Ser profissional de saúde efetivo no Centro Obstétrico do estudo.

5.5 Instrumento da Coleta de Dados

Os dados serão extraídos do banco de dados da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” referente ao município de Pelotas-RS, alusivo ao instrumento aplicado aos profissionais de saúde, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009 (Anexo B).

5.6 Variáveis do Estudo

As variáveis utilizadas neste estudo foram extraídas do instrumento aplicado aos profissionais de saúde do CO do Município de Pelotas/RS da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” (KERBER, 2007). As mesmas encontram-se dispostas no quadro a seguir:

Práticas de Atenção ao parto consideradas úteis e que devem ser estimuladas no atendimento ao parto normal		
Variável	Escala	Tipo de Variável
Você acha que a privacidade e intimidade das parturientes são respeitadas durante o tempo em que permanecem no CO?	Sim Não Às vezes	Categórica Nominal
A parturiente pode ter algum acompanhamento de familiares ou amigos no CO?	Sim Não Não sei	Categórica Nominal
É costume fornecer orientações sobre o parto , no CO, e sobre como a parturiente pode ajudar nesse momento?	Sim Não Às vezes	Categórica Nominal
É feita alguma orientação sobre formas de relaxamento às parturientes?	Sim Quais? Não	Categórica Nominal
A parturiente pode escolher o tipo de parto que quer adotar?	Sim Não Às vezes Não sei	Categórica Nominal
É realizada alguma medida de higiene no CO?	Sim Não Às vezes Não sei	Categórica Nominal
É costume do serviço dar o bebê para a mãe assim que ele nasce?	Sim Não	Categórica Nominal
O bebê é colocado para mamar no CO?	Sim Não	Categórica Nominal

Quantos minutos após o nascimento o bebê é colocado para mamar?	Zero 10 30 60	Categórica Ordinal
Como você considera que é a relação da equipe com as parturientes e seus familiares?	Ruim Regular Boa Muito Boa Ótima	Categórica Ordinal
Práticas de atenção consideradas claramente prejudiciais e ineficazes e que devem ser eliminadas no atendimento ao parto normal		
O enterocлизма é realizado de rotina no CO?	Sim Não Não sei NSA	Categórica Nominal
A tricotomia é feita de rotina no CO?	Sim Não Não sei	Categórica Nominal
É colocada infusão de soro com ocitocina nas parturientes no CO?	Sim Não Não sei	Categórica Nominal
Em que posição é realizado, rotineiramente, o parto?	Litotomia Cócoras Outras	Categórica Nominal
A episiotomia é realizada rotineiramente, no parto?	Sim Não	Categórica Nominal
Práticas de atenção frequentemente utilizadas de modo inadequado no atendimento ao parto normal		
A parturiente pode se alimentar ou ingerir alguma coisa durante sua permanência no CO?	Sim Não Às vezes Não sei	Categórica Nominal
É rotina realizar amniotomia no CO?	Sim Não Não sei	Categórica Nominal

Figura 2- Quadro das Variáveis do estudo

5.7 Análises dos Dados

Os dados coletados nas entrevistas serão revisados e duplamente digitados por diferentes digitadores; sendo posteriormente comparados e corrigidos. A análise dos dados será realizada por meio do Programa Epi-Info 6.04.

5.8 Princípios Éticos

Este estudo observou a Resolução 196/96³ 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 (Apêndice A).

Para manter o anonimato dos profissionais de saúde envolvidos na pesquisa, os mesmos foram identificados através da categoria profissional acrescida do número de ordem da entrevista. Ex. (Enfermeira-01); (Preceptor-01); (Residente-01); (Técnico em Enfermagem-01) e (Auxiliar em Enfermagem-01).

5.9 Divulgações 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.

³ Resolução nº 196/96: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Essa Resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado(BRASIL,1996).

6 Cronograma

Período Atividades	2010				2011			
	1º Semestre		2º Semestre		1º Semestre		2º Semestre	
Definição do tema			X	X				
Revisão de literatura	X	X	X	X	X	X	X	X
Elaboração do projeto			X	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

Figura 3- Cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa

7 Recursos Materiais e Orçamento de Despesas

Material	Quantidade	Custo Unitário R\$	Custo Total R\$
Borracha	02	1,50	3,0
Caneta	04	2,00	8,00
Lápis	02	1,00	2,00
Pendrive	01	60,00	60,00
Papel A4 (pacote 500 folhas)	05	16,00	80,00
Cartucho p/ impressora	04	17,00	68,00
Encadernação para qualificação	06	14,00	84,00
Cd	06	1,50	9,00
Encadernação final	06	25,00	150,00
Revisão de Português	03	1,50(pag.)	450,00
Revisão em Espanhol	02	25,00	50,00
Revisão em Inglês	02	25,00	50,00
Total de Despesas			1014,00

Figura 4- Quadro de Recursos Materiais e Orçamento de Despesas.

Referências⁴

ALMEIDA, I.S.; RODRIGUES, D.; SIMÕES, S.M.F.O. adolescer...um vir a ser. **Rev. Adolescência & Saúde**, V.4, n.3, p.24-28.2007.

AQUINO, E.M.L.; ALMEIDA, M.C.; ARAÚJO, M.J. et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: HEILBORN, M.L; et al.(Org.) **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006.p.309-360.

ARAÚJO, E.C. Gravidez na adolescência: uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas ao exercício da sexualidade da adolescência. 2009. Disponível em : <<http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/gravidez-na-adolescencia-uma-das-ocorrencias-mais-preocupantes-relacionadas-ao-exercicio-da-sexualidade-da-adolescencia-1346198.html>>. Acesso em 07 de abril de 2011.

BACKES, D.S. **A construção de um espaço diálogo-reflexivo com vistas à humanização do ambiente hospitalar**. 2004. 180f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fundação Universidade do Rio Grande, Rio Grande.

BARROS, W.L.L.; COSTA, E.; BOECKMANN, L.M.M. et al. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto? **Rev enferm UFPE [on line]**. jan./fev. v.5, n.1, p.67-74. 2011. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/archive>>. Acesso em: 22 de março de 2011.

BEHRUZI, R.; MARIE, H.; FRASER, W. et al. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. **BMC Pregnancy and Childbirth [on line]**, v.10, n. 25, p. 2-18. 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/61/>>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

⁴ Este projeto de pesquisa obedeceu as normas do Manual para Teses, Dissertações e Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas, 2006.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A.T. Gravidez na Adolescência. **Rev. Adolescência & Saúde**. V. 1, n. 1, p.27-30. 2004.

BRASIL. Ministério Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**; 1986 mar. 17-21; Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.

_____. **Lei n.º 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jul. p. 13563.1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Brasília. 1996. Disponível em: <http://www.hub.unb.br/ensino/pesquisa_cns.pdf> Acesso em: 07 de outubro de 2010.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. IBGE. Censo 2000. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/default_censo_2000.shtm> Acesso em: 15 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento** / Ministério da saúde, Secretaria executiva - Brasília: Ministério da saúde. 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher: **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 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. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde. Brasília. 2004 a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=390>. Acesso em: 11 de dezembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. – Brasília: Ministério da Saúde, 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2005

_____. 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. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 399/GM**, de 22 de fevereiro de 2006 a.

_____. Ministério da Saúde. **Gravidez**. Brasília, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1> Acesso em: 10 de outubro de 2010.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007 a.

_____. Ministério da Saúde. **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro: ANS, p.158. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Departamento de Informática do SUS. Sistema de Informações de Nascidos Vivos – SINASC, 2008b. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinascp/cnv/nv>>. Acesso em: 18 de Outubro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Departamento de Informática do SUS. População residente conforme a faixa etária no ano de 2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 19 de outubro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 242 p. 2010

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.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para a análise e co-gestão de coletivos: a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec. 2000.225p.

_____. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic, Saúde, Educ.** v.9, n.17, p.389-406. 2005.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S.S.; FERRI, C.P. et al.. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p. 177-186. 2007.

DADOORIAN, D. **Pronta para voar, um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Editora Rocco. 2000. 177p.

_____. Gravidez na Adolescência: Um Novo Olhar. **Rev. Psicologia Ciência e Profissão**. V.21, n.3, p.84-91. 2003.

DAMIANI, F.E. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? **Rev. Gaúcha Enfermagem**. Porto Alegre-RS. v.24, n.2, p.161-8. Ago.2003.

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde**. 2010. 113f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria /RS.

DIAS, M.A.B. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e praticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. 283f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança). Departamento de ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ. Rio de Janeiro.

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. Acessado em: 14 do maio de 2010.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Ciências e Saúde Coletiva**. v.10, n. 3, p. 627-637. 2005.

EISENSTEIN, E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Rev. Adolescência & Saúde**. v. 2,n. 2, p. 6-7. 2005.

FALK, M.L.R; RAMOS, M.Z; SALGUEIRO,J.B; GOBBI, A. Contextualizando a Política Nacional de Humanização: A Experiência de um Hospital Universitário. **Boletim de saúde**. Porto Alegre. v. 20, n.2. Jul/dez. 2006.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n. 1, p.153-161, jan-fev, 2002.

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.

GIUSTI, C.L.L.; GOMES, Z.M.F.; OLIVEIRA, A.A.; ZIBETTI, C. D.D. Teses, dissertações e trabalhos acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2006. Disponível em: WWW.ufpel.tche.br/prg/sisbi . Acesso em 01 de novembro de 2010.

HECKERT, A.L.C.; PASSOS, E. BARROS, M.E. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. **Interface (Botucatu) [online]**. v.13, supl. 1, p. 493-502. 2009.

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/>>. Acesso em: 10 de março de 2010.

JUNQUEIRA, V. Controle social do Sistema Único de Saúde: alguns pontos para reflexão. In: BOTAZZO, C.; OLIVEIRA, M.A.(Org.) **Atenção básica no Sistema Único de Saúde: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal**. São Paulo. Páginas & Letras Editora e Gráfica. p.155-163. 2008.

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

MAGALHÃES, R. Gravidez Recorrente Na Adolescência: O Caso De Uma Maternidade Pública. **Rev. Adolescência & Saúde**. V. 4, n 1, p. 23-32, 2007.

MANO, S. M. F.; GOUVEIA, F. C.; SCHALL, V. T. Amor e Sexo: Mitos, Verdades e Fantasias: Jovens Avaliam Potencial de Material Multimídia Educativo em Saúde. **Rev. Ciência & Educação**. v. 15, n. 3, p. 647-658, 2009.

MATELLO, J.; TORGAL, M.; VIANA, R., et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. **Rev. Bras Ginecol Obstet**. v. 30, n.12, p.620-625, 2008.

MATOS, L. R. Sociedade erotizada. *Rev. Cristã de Espiritismo*. 2010. Disponível em: http://www.rcespiritismo.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=734&Itemid=25. Acesso em: 27 de junho de 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec. 3ª Ed. 2002. 145p.

MICHELAZZO, D.; YAZLLE, M.E.H.D.; MENDES, M.C. et al.1, Indicadores Sociais de Grávidas Adolescentes: Estudo Caso-Control. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 26, n.8, p.633-639, 2004.

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: 09 de outubro de 2010.

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**, Rio de Janeiro. v.24, n.8, p.1859-1868. 2008.

_____. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. **Rev. Acta Paul Enferm.** v. 21, n.4, p.609-615. 2008 a.

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.

PAULUS J.A; CORDONI J.L. Políticas Públicas de Saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.1, p.13-19, dez.2006.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 12º Reimpressão 2008. 596p.

PESSINI, L.; PEREIRA, L.L.; ZAHER, V.L. et al. Humanização em saúde: O resgate do ser com competência científica. **Rev. O Mundo da Saúde**. São Paulo. v. 27, n.2, p.203-205. 2003.

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

Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. A humanização do parto: que história é esta? **Dossiê Humanização do Parto**. São Paulo, 2002. p.13-21. Disponível em: <WWW.redesaude.org.br>. Acesso em: 26 de janeiro de 2011.

REIS,A.E.;PATRÍCIO,Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Rev Ciência & Saúde Coletiva**. V.10, sup, p. 221-230.2005.

Relatório Anual de Atividades Fundação de Apoio Universitário-2008. Disponível em: WWW.ufpel.edu.br/download.php?arg=/doc_admin/relatorio_fau_2008.pdf . Acesso em: 10 de junho de 2011.

SABROZA, A.R. LEAL M.C.; GAMA, S.G. N.; COSTA, J.V. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil-1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**. n.1, p.111-120. 2004.

SAMPAIO, A.A.;SILVA,A.R.V.;MOURA,E.R.F. Atención humanizada del parto de adolescentes: norma, deseo o realidad? **Rev Chil Obstet Ginecol**. v.73, n.3, p.185-191. 2008.

SANTOS, D.R., MARASCHIN. M.S., CALDEIRA, S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. **Rev. Cienc Cuid Saúde**. v. 6, n.4, p.479-485. 2007.

SANTOS, C.A. C; NOGUEIRA, K.T. Gravidez na adolescência: falta de informação? **Rev. Adolescência & Saúde**. V.6, n.1, p. 48-56. 2009.

SEIBERT SL, GOMES ML, VARGENS OMC. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. Esc Anna Nery. **Rev. Enferm.** v. 12, n.4, p. 758-64. dez. 2008.

SOARES, M.C. A integralidade na saúde da mulher: possibilidades de atenção à mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde. 2007. 209 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

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

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco. 2ª ed.1995. 295 p.

XIMENES NETO, F.R.G.; DIAS, M.S.A.; ROCHA, J. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília. v. 60, n.3, p.279-285. 2007.

XIMENES NETO, F.R.G. MARQUES, M.S. ROCHA, J. – Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. **Rev. Enfermeria Global**. n.12, fev. 2008.

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 **Operacionalização da Política de Atenção ao Parto Humanizado em Adolescentes**.

O mestrado teve início no mês de março do ano 2010. No primeiro momento, o estudo teria uma abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer a concepção dos profissionais a respeito do parto humanizado em adolescentes. No entanto ao olhar para os dados encontrados, foi possível perceber que estes seriam mais impactantes se abordados quantitativamente, pois existe uma grande diferença entre o que se pensa sobre o tema e o que realmente se faz na prática. Após a definição da abordagem a ser seguida, foi construído o projeto de pesquisa que orientou este estudo, que foi aprovado no exame de qualificação no dia 08 de junho de 2011. Não obstante as alterações ocorridas, o cronograma de desenvolvimento do projeto de pesquisa foi contemplado na íntegra.

Os dados utilizados para realização do estudo 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 é da Doutora Nalú Pereira da Costa Kerber, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), com a coordenação local em Pelotas da Doutora Marilu Correa Soares, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). É um estudo multicêntrico envolvendo duas universidades públicas no Estado do Rio Grande do Sul: a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e a Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

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, totalizando um ano ininterrupto de coleta de dados. 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 CO 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 Centros Obstétricos envolvidos.

Para este estudo foi utilizado o banco de dados da macropesquisa referente aos profissionais de saúde do Município de Pelotas/RS, por isso as informações relatadas a partir de agora serão alusivas somente a este contexto.

O estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: “Que práticas têm sido desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o cuidado humanizado à parturiente adolescente?”.

O objetivo geral foi o de Conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o cuidado à parturiente adolescente em um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS.

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo. Segundo Pereira (2008), os estudos descritivos têm como finalidade informar sobre a frequência e a distribuição de um evento em uma determinada população, em termos quantitativos. Esses estudos podem ser usados para identificar grupos de risco ou para sugerir explicações para as variações de frequência, servindo de base para a continuidade de pesquisas sobre o assunto.

O contexto de investigação do presente estudo foi o Centro Obstétrico de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS. Este 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 a uma universidade pública e constitui-se como campo de estágio para a graduação, pós-graduação e residência de vários cursos na área da saúde. O referido hospital é referência em prematuros de extremo baixo peso e em partos de alto risco.

A amostra foi composta pelos 48 profissionais de saúde efetivos atuantes no CO, entre eles: sete enfermeiros, 12 técnicos em enfermagem, 12 auxiliares em enfermagem, sete médicos residentes e 10 médicos preceptores. O critério de

inclusão no estudo foi ser profissional de saúde efetivo no Centro Obstétrico do estudo.

O banco de dados da macropesquisa foi formado pelos dados procedentes das entrevistas semiestruturadas realizadas com os profissionais de saúde atuantes no CO em um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. As entrevistas semiestruturadas foram elaboradas com base nas recomendações para o parto normal da OMS, nas seguintes categorias: 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 os profissionais de saúde (Anexo B) utilizaram-se as seguintes variáveis: privacidade e intimidade da parturiente; a parturiente pode ter acompanhamento de familiares ou amigos no CO; é costume fornecer orientações sobre o parto; é feita alguma orientação sobre as formas de relaxamento às parturientes; a parturiente pode escolher o tipo de parto que quer adotar; é realizada alguma medidas de higiene; é costume o serviço dar o bebê para mãe assim que ele nasce; o bebê é colocado para mamar no CO; quantos minutos após o nascimento o bebê é colocado para mamar; como é considerada a relação da equipe com a parturiente e seus familiares; o enteroclisma é realizado de rotina no CO; a tricotomia é realizada de rotina no CO; é colocado soro com ocitocina nas parturientes no CO; em que posição é realizado rotineiramente o parto; a episiotomia é realizada rotineiramente no parto; a parturiente pode se alimentar ou ingerir alguma coisa durante sua permanência no CO; e é rotina realizar amniotomia no CO.

As entrevistas com os profissionais de saúde foram realizadas pela autora deste estudo, no próprio CO. Apenas uma das entrevistas foi realizada no Centro Cirúrgico, devido à dificuldade de encontrar um horário disponível na agenda do preceptor. As entrevistas foram agendadas previamente de acordo com a escala de serviço de cada profissional. Em um primeiro momento, foi revelada a proposta da pesquisa; no segundo momento, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e no terceiro momento foram realizadas as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas. Os dados coletados foram

revisados e duplamente digitados em ordem inversa, por diferentes digitadores; posteriormente foram comparados e corrigidos. Todas as etapas da análise foram realizadas utilizando o Programa Epi-Info 6.04.

Como forma de mostrar os achados desta investigação, os resultados e discussões encontram-se no formato de dois artigos.

Artigo I: “O discurso e a prática do parto humanizado em adolescentes”, que foi elaborado de acordo com as normas do periódico científico Texto e Contexto Enfermagem e responde ao objetivo geral e aos objetivos específicos deste estudo.

Artigo II: “A concepção dos profissionais de saúde sobre o parto humanizado na adolescência”, que foi construído em parceria com a disciplina do mestrado Pesquisa Qualitativa em Saúde, coordenada pela professora Rosani Manfrin Muniz, com intuito de conhecer o que os profissionais de saúde consideram uma assistência ideal no CO. O artigo foi elaborado de acordo com as normas do periódico Revista Enfermeria Global, com aceite de publicação para outubro de 2011(Anexo D).

III Artigo I

O Discurso e a Prática do Parto Humanizado em Adolescentes

The Speech and the Practice of Humanized Childbirth in Adolescents

El Discurso y la Práctica del Parto Humanizado en Adolescentes

Renata Cunha da Silva¹, Marilu Correa Soares², Vanda Maria da Rosa Jardim³.

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Enfermeira da Faculdade de Enfermagem da UFPEL. Pelotas-RS, Brasil. E-mail: renatacunhabebe@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta II da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas-RS, Brasil. E-mail: enfmaril@uol.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta III da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Pelotas-RS, Brasil. E-mail: phein@uol.com.br

Correspondência: Renata Cunha da Silva, Rua: Pinto Martins, 697/202, CEP- 96020-350, Centro, Pelotas, RS, Brasil. E-mail: renatacunhabebe@gmail.com

RESUMO: Estudo descritivo objetivou conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente. Os dados foram extraídos do banco de dados da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes” referente ao Município de Pelotas/RS, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009. A população alvo constituiu-se dos profissionais de saúde atuantes no Centro Obstétrico. 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 práticas úteis, como a intimidade e a privacidade, escolha do tipo de parto e o estímulo à amamentação, não são respeitadas. Das práticas prejudiciais, salientaram-se a posição de litotomia e o uso da ocitocina. Quanto às práticas inadequadas, destacaram-se a restrição alimentar e a utilização da amniotomia.

DESCRIPTORES: Adolescente. Saúde da Mulher. Parto Humanizado. Enfermagem.

ABSTRACT: The aim of this descriptive study was to know the care practices to childbirth developed by health professionals in the care to childbirth of adolescents. The data was collected from the research database “Humanized Care to childbirth of Adolescents” from the Municipality of Pelotas/RS, from November 2008 to October 2009. The target population of

this study was composed of health workers of the Obstetric Center. The analysis was systematized from the Assistance Manual to Normal Childbirth, of the World Health Organization, regarding to practices of care to childbirth considered useful, those clearly harmful and the ones frequently used inaccurately. The results have shown that useful practices, such as intimacy and privacy, type of childbirth choice and breastfeed stimulation, are not respected. From harmful practices, it is highlighted the lithotomy position and the use of oxytocin. Regarding to unsuitable practices, it is highlighted food restriction and use of amniotomy.

DESCRIPTORS: Adolescents, Woman's Health, Humanized Childbirth. Nursing

RESUMEN: Este estudio descriptivo objetivó conocer las prácticas de atención al parto desarrolladas por los profesionales de salud en el cuidado a la parturiente adolescente. Los datos fueron extraídos del banco de datos de la investigación “Atención humanizada al Parto de Adolescentes” referente al Municipio de Pelotas/RS, en el período de noviembre de 2008 a octubre de 2009. La población meta se constituyó de los profesionales de salud actuantes en el Centro Obstétrico. El análisis fue sistematizado a partir del Manual Asistencia al Parto Normal, de la Organización Mundial de la Salud, referente a las prácticas de atención al parto consideradas útiles, aquellas claramente perjudiciales y las frecuentemente utilizadas de forma inadecuada. Los resultados evidenciaron que prácticas útiles, como la intimidad y la privacidad, opción por el tipo de parto y el estímulo a amamantar, no son respetadas. De las prácticas perjudiciales, se destacaron la posición de litotomía y el uso de la ocitocina. Cuanto a las prácticas inadecuadas, se destacaron la restricción alimentar y la utilización de la amniotomía.

DESCRIPTORES: Adolescentes. Salud de la Mujer. Parto Humanizado. Enfermería.

INTRODUÇÃO

A busca pelo cuidado humanizado ao parto é um tema de crescente interesse, ainda que os sentidos, conteúdos e finalidades desta forma de cuidado sejam um grande desafio, pois implicam em que os trabalhadores da saúde estejam preparados para atender a gestante e seus acompanhantes, respeitando os verdadeiros significados deste momento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), no intuito de minimizar as práticas inapropriadas e desnecessárias ao parto, publicou, em 1996, o Manual Assistência ao Parto Normal: um guia prático, como referência para a implantação do parto humanizado nos serviços de saúde. Esse manual indica as práticas obstétricas vigentes e recomendadas, com base em evidências científicas, e classifica-as em quatro categorias: práticas claramente úteis e que carecem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que precisam ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que necessitam ser usadas com precaução; e práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais danos que benefício.¹

Com vistas a atender à especificidade de cada mulher no processo de parturição, e baseado nas recomendações da OMS, o Ministério da Saúde (MS), em 2000, implantou um amplo processo de humanização da assistência obstétrica por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Essa estratégia tem como finalidade o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, com o envolvimento dos estados e municípios tanto no que diz respeito ao setor público, quanto ao setor privado.²

Assim, o PHPN aponta a integralidade na assistência obstétrica, assegurando os direitos da mulher nas diretrizes institucionais, reorganiza a assistência ao trabalho de parto, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, e propõe a expansão do acesso das mulheres à rede de saúde, fornecendo um atendimento de qualidade com o mínimo de procedimento.³⁻⁴

Humanizar a assistência é reunir competência técnica e científica aos preceitos éticos, respeitando a individualidade do ser humano. O planejamento da assistência precisa valorizar o ser humano, atendendo às suas especificidades e necessidades. Assim, as circunstâncias que envolvem cada ser em particular precisam ser respeitadas e as ações de saúde voltadas para a interação entre os sujeitos.⁵⁻⁶⁻⁷

As instituições hospitalares ainda estão centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas, nas quais a qualidade da atenção necessita mais do que resolução de problemas ou uso de tecnologias, exige atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar a atenção em saúde como direito do ser humano. É preciso melhorar o grau de informação das parturientes em relação às suas condições de saúde e aumentar sua autonomia a fim de que façam escolhas adequadas no seu processo de parturição.⁸

Desta forma, o cuidado mais efetivo significa disponibilizar ações e serviços baseados nas singularidades das parturientes, ao contrário do que se observa nas instituições de saúde, onde as necessidades das instituições e/ou dos profissionais se sobrepõem às necessidades das usuárias dos serviços da saúde.

A gravidez na adolescência tem sido tema de inúmeros debates na área da saúde pública, dando maior visibilidade social a este grupo específico no processo de parturição. Tanto a gestante como a puérpera adolescente merecem atenção especial, dessa forma, é importante que os profissionais de saúde tenham sensibilidade para compreender a adolescente nas suas singularidades, respeitando sua origem, sua cultura e suas escolhas, prestando uma assistência qualificada, individualizada e mais humana, que é um direito do todo cidadão, e reconhecendo a gestante adolescente como sujeito ativo no processo de produção de saúde.⁵⁻⁶⁻⁹

A relevância do presente estudo respalda-se na produção do conhecimento com base na proposta de humanização da atenção à saúde das mulheres adolescentes, buscando conhecer as diferenças entre o que o Ministério da Saúde recomenda e o que, efetivamente, se faz na prática. Neste contexto, este estudo buscou responder a seguinte questão de pesquisa: Que práticas têm sido desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o cuidado humanizado à parturiente adolescente?

OBJETIVO

Conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo que deriva da pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”^{5.10}.

¹ Pesquisa multicêntrica “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 é da Doutora Nalú Pereira da Costa Kerber, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e a coordenação local em Pelotas da Doutora Marilu Correa Soares, da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). A pesquisa envolveu duas universidades públicas no Estado do Rio Grande do Sul: a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), no Município do Rio Grande, e a 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 Centros Obstétricos 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, através de entrevistas semiestruturadas.

Teve como contexto de investigação o Centro Obstétrico (CO) de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS, referência em prematuros de extremo baixo peso e em partos de alto risco.

A população alvo foi composta por 48 profissionais de saúde efetivos atuantes no CO, sendo: sete enfermeiros, 12 técnicos em enfermagem, 12 auxiliares em enfermagem, sete médicos residentes e 10 médicos preceptores. Os dados foram extraídos do instrumento aplicado aos trabalhadores de saúde, 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. E foi aprovado pelo Comitê de Ética Em Pesquisa da Área da Saúde da FURG no dia 14/05/2008, com o Parecer nº 031/2008.

As variáveis utilizadas foram: privacidade e intimidade, acompanhamento, orientações sobre o parto, orientação sobre as formas de relaxamento, tipo de parto, medidas de higiene, contato precoce da mãe/bebê, estímulo à amamentação, se bebê mama na primeira hora de vida, relação da equipe com a parturiente e seus familiares, uso rotineiro do enterocisma, uso rotineiro da tricotomia, uso de ocitocina, posição do parto, uso rotineiro da episiotomia, ingesta alimentar e amniotomia. Como referencial para olhar a realidade deste estudo, as variáveis foram agrupadas em: 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 baseadas no Manual Assistência ao parto Normal da OMS (1996), incorporado pelo Ministério da Saúde no PHPN (2000).¹⁻²

Os dados coletados foram revisados e duplamente digitados por diferentes digitadores; sendo posteriormente comparados e corrigidos. Todas as etapas da análise dos dados foram feitas por intermédio do Programa Epi-Info 6.04.

Na análise foi realizada a descrição da amostra estudada e calculadas as proporções para as variáveis categóricas. A discussão dos resultados ancorou-se na Política de Humanização do Parto e Nascimento.

RESULTADOS

Dos 48 profissionais de saúde, 25% eram do sexo masculino e 75% do sexo feminino, assim constituídos: 15% de enfermeiros, 25% de auxiliares em enfermagem, 25% de técnicos em enfermagem, 15% de médicos residentes e 20,8% de médicos preceptores.

A Tabela 1 apresenta a proporção das práticas de atenção ao parto normal consideradas úteis e que devem ser estimuladas (OMS, 1996), segundo o relato dos profissionais de saúde do CO do estudo.

Tabela 1- Práticas de atenção ao parto normal consideradas úteis utilizadas pelos profissionais de saúde do CO de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS, Brasil, novembro de 2008 a outubro de 2009

Variável	N(48)	%
Privacidade e Intimidade		
Sim	19	39,6
Não	8	16,6
Às vezes	21	43,8
Acompanhamento		
Sim	47	97,9
Não sei	1	2,1
Relação da equipe/ parturiente e familiar		
Regular/Boa	31	64,6
Muito Boa/Ótima	17	35,4
Orientações sobre o parto		
Sim	42	87,5
Às vezes	6	12,5
Orientações/ forma de relaxamento		
Sim	32	66,7
Não	16	33,3
Escolha do tipo de parto		
Não	46	95,8
Às vezes	2	4,2
Medidas de higiene		
Sim	41	85,4
Não	1	2,1
Às vezes	6	12,5
Contato mãe/filho		
Sim	25	52,1
Não	23	47,9
Estímulo à amamentação		
Sim	15	31,2
Não	33	68,8
O bebê mama na primeira hora de vida		
0 a 60 minutos	48	100,0

Em relação ao respeito à privacidade e intimidade das parturientes, a maioria dos profissionais (44%) respondeu que a privacidade e intimidade são respeitadas às vezes, durante o trabalho de parto e parto. O direito a ter um acompanhante foi referido por 98% dos profissionais de saúde e 65% consideraram a relação da equipe com a parturiente e seus familiares como regular ou boa. A maioria dos profissionais (67%) referiu orientar a parturiente sobre o parto e sobre as formas de relaxamento para o alívio da dor. Para 96% dos

profissionais a parturiente não pode opinar sobre o tipo de parto que deseja. Quanto às medidas de higiene e conforto, 85% dos profissionais relataram que essas medidas eram realizadas no CO. Quando questionados sobre o contato precoce da mãe com o bebê, a metade dos profissionais (52%) identificou que esse contato acontecia, porém 69% dos profissionais disseram que não estimulavam a amamentação, mesmo assim todos os profissionais referiram que o bebê era amamentado na primeira hora de vida.

Na Tabela 2 estão os resultados da proporção das práticas de atenção ao parto normal claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas (OMS, 1996), de acordo com os profissionais de saúde do CO do estudo.

Tabela 2 – Práticas de atenção ao parto normal claramente prejudiciais e ineficazes utilizadas pelos profissionais de saúde do CO de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS, Brasil, novembro de 2008 a outubro de 2009

Variável	N(48)	%
Uso do Enteroclisma		
Não	48	100,0
Uso da Tricotomia		
Sim	1	2,1
Não	47	97,9
Infusão de Soro com Ocitocina		
Sim	44	91,7
Não	4	8,3
Posição do Parto		
Litotomia	48	100,0
Uso rotineiro da Episiotomia		
Sim	28	58,3
Não	20	41,7

Não foi referida a utilização do enteroclisma por nenhum dos profissionais entrevistados. Quanto à tricotomia, apenas um dos profissionais citou ainda utilizar a técnica de rotina. Em relação ao uso de infusão de soro com ocitocina, 92% dos profissionais referiram sua utilização e 100% dos profissionais mencionaram a utilização da posição de litotomia no parto. A episiotomia era realizada rotineiramente no CO do estudo (58%).

A Tabela 3 apresenta o resultado da proporção das práticas de atenção ao parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado (OMS, 1996), segundo os profissionais de saúde do CO do estudo.

Tabela 3 - Práticas de atenção ao parto normal utilizadas de modo inadequado pelos profissionais de saúde do CO de um hospital de ensino do Município de Pelotas/RS, Brasil, novembro de 2008 a outubro de 2009

Variável	N(48)	%
Alimentação		
Sim	14	29,2
Não	12	25,0
Às vezes	22	45,8
Amniotomia de Rotina		
Sim	37	77,1
Não/Não sei	11	22,9

Para 46% dos profissionais, as parturientes às vezes podem alimentar-se e a maioria (77%) referiu que era utilizada a amniotomia rotineiramente no CO do estudo.

DISCUSSÃO

Os achados desta investigação permitiram conhecer as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde no CO do hospital do estudo. O respeito à **privacidade e intimidade** da parturiente é uma prática considerada útil e que carece ser estimulada, no entanto, ela era respeitada às vezes pelos profissionais. Em um estudo semelhante realizado no Município de Rio Grande-RS, aproximadamente 70% dos profissionais mencionaram respeitar a privacidade e intimidade da parturiente adolescente.¹¹

Outros estudos brasileiros destacam como obstáculos encontrados na garantia do direito à privacidade e intimidade da parturiente a relação autoritária e assimétrica entre os profissionais de saúde e as parturientes, as más condições estruturais e a prática institucional e profissional que não incorporaram integralmente ao cuidado obstétrico a ideia do parto como evento familiar e direito reprodutivo.⁴⁻¹²

Em algumas instituições de saúde o direito a ter um **acompanhante** durante o trabalho de parto e parto ainda é negado, como podemos constatar nos achados de Dias (2006), referentes a uma maternidade do Rio de Janeiro onde a atenção ao parto e nascimento seguia predominantemente o modelo médico tecnocrático, tendo como consequência a negação de vários direitos das mulheres, dentre eles o direito a ter um acompanhante de sua escolha no momento do parto. Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Busanello (2010), no qual 83% dos profissionais referiram negar à parturiente o direito a ter um acompanhante de sua escolha.¹¹⁻¹³

As instituições de saúde japonesas que tinham por missão instaurar a melhoria dos cuidados ao parto encontraram como principal barreira para a assistência ao parto humanizado as regras e estratégias institucionais, que restringem a presença de um

acompanhante no nascimento. Das nove instituições de saúde estudadas, apenas três permitiam a presença de um acompanhante do trabalho de parto e parto.¹⁴

Ao contrário dessas instituições, no CO do estudo os profissionais de saúde garantiram à parturiente o direito a ter um acompanhante de sua escolha.

Considerando as relações interpessoais, dois terços dos profissionais caracterizaram a **relação da equipe com a parturiente e seus familiares** como sendo regular ou boa. Outros estudos também apontam essa relação como sendo, na sua maioria, regular ou boa.¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁵

De acordo com a maior parte dos profissionais de saúde deste estudo, as parturientes receberam **orientações sobre o parto**. Esse resultado apresenta similaridade quando comparado ao estudo realizado por Busanello (2010) no Município do Rio Grande, em que 91% dos profissionais de saúde referiram dar orientações acerca do parto às parturientes adolescentes.¹¹

Visto sob outro aspecto, estudo realizado em dois hospitais vinculados ao SUS, no Município de Maringá/PR, identificou a insuficiência e negação de informações sobre o parto como sendo um dos obstáculos para a implantação do parto humanizado.¹² Entretanto, ao se avaliar a perspectiva da parturiente, o estudo realizado em um hospital público de Fortaleza-CE encontrou proporções menores, com 40% das parturientes adolescentes referindo receber informações sobre o parto.¹⁶

Quanto às **técnicas de relaxamento** para o alívio da dor, neste estudo a maior parte dos profissionais de saúde relatou orientar as parturientes e basicamente foi quanto às técnicas de respiração. Na Casa de Partos de São Sebastião, do Distrito Federal, a parturiente tem liberdade para movimentar-se, deambular, tomar banho de chuveiro e recebe orientações sobre métodos não farmacológicos de alívio à dor.¹⁷ No estudo realizado com parturientes adolescentes em Fortaleza/CE, essa perspectiva é semelhante, com 63% das parturientes entrevistadas mencionando ter recebido alguma orientação sobre as formas de relaxamento para aliviar a dor.¹⁶

Essas prerrogativas foram também encontradas no estudo em Maringá-PR, com 67% das entrevistadas indicando que receberam pelo menos um dos métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto, sendo que os métodos mais utilizados foram o banho de chuveiro e os exercícios respiratórios.¹²

Para a maioria dos profissionais, as parturientes não podiam opinar **sobre o tipo de parto** que desejavam adotar. Igualmente, no estudo de Busanello (2010), para 96% dos trabalhadores de saúde as mulheres não puderam opinar sobre o tipo de parto que desejavam.¹¹

Na perspectiva de identificar as preferências das gestantes quanto ao tipo de parto que desejavam ter, estudo com gestantes primigestas de um município paulista observou que 75% das gestantes preferiam o parto normal, 15% cesariana e 10% ainda não tinham escolhido o tipo de parto. O principal motivo dessa escolha foi a rápida recuperação (62%), seguida pela consideração de ser um tipo de parto mais saudável para a mãe e para o bebê.¹⁸

Assim como recomenda o Ministério da Saúde, neste estudo as medidas de **higiene e conforto** foram estimuladas durante o trabalho de parto e parto.¹⁹ De forma semelhante, no estudo de Busanello (2010) 87% dos trabalhadores também ressaltaram que essa prática era desenvolvida.¹¹

No que se refere às práticas envolvendo mãe/filho, este estudo identificou que a prática de **amamentação do bebê durante a primeira hora de vida** era obedecida na íntegra pela instituição do estudo, no entanto, o **contato precoce** mãe/bebê nem sempre foi incitado e a maior parte dos profissionais não estimulava a parturiente a amamentar seu filho.

Não distante disso, o estudo realizado em Santa Catarina por Reis e Patrício (2005) mostra que a maioria das crianças não foi apresentada às mães logo após o nascimento, porém, após os primeiros cuidados, todos os bebês foram levados até suas mães para serem amamentados.¹⁵ Já, no hospital do Rio Grande, a maioria dos profissionais estimulava o contato precoce da mãe com o bebê e incentivava a amamentação na primeira hora de vida.¹¹ Resultados semelhantes foram encontrados em Fortaleza, em que 33% das parturientes adolescentes foram estimuladas a amamentar seus filhos na primeira hora de vida.¹⁶

Considerando as práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, este estudo revelou que o uso do **enteroclisma** não foi mencionado por nenhum dos profissionais de saúde entrevistados. Entretanto, o estudo de Reis e Patrício (2005) mostra que essa prática ainda era realizada rotineiramente em algumas instituições de saúde.¹⁵

Quanto à **tricotomia**, neste estudo apenas um dos profissionais citou utilizar a técnica de forma rotineira. No entanto essa prática ainda está presente no cotidiano de algumas instituições, conforme o estudo de Busanello (2010), em que 70% dos profissionais de saúde mencionaram a utilização da prática rotineiramente.¹¹ Já Reis e Patrício (2005) relataram que os profissionais utilizavam as práticas que inibem a segurança e o bem estar da parturiente, dentre elas, a tricotomia.¹⁵

Em relação à infusão de soro com **ocitocina**, este estudo apontou que a prática era utilizada na maioria das vezes pelos profissionais de saúde. No estudo de Jansen, Lee e Ryan (2002), as mulheres da coorte do parto domiciliar planejado assistido foram menos

propensas a terem a aceleração do parto com o uso de ocitocina, quando comparadas à coorte do parto hospitalar.²⁰ Outro estudo, realizado em Portugal, comparou o uso de prostaglandinas na indução do parto conforme faixa etária, e encontrou que 27% das mulheres com mais de 20 anos utilizaram indutor do parto, enquanto que nos grupos menores de 20 anos e menores de 16 anos a proporção de utilização foi de 17%.²¹

Este estudo identificou que a **posição** de litotomia para o parto era utilizada em todos os partos normais. Em estudo de caso-controle realizado com uma maternidade pública e uma maternidade conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Município do Rio de Janeiro, foi observado que posição de litotomia era rotineiramente adotada para o parto vaginal nas duas maternidades; o índice na maternidade pública foi de 98% e na maternidade conveniada de 99%.²²

Na perspectiva das parturientes de Fortaleza, a posição de litotomia para o parto foi adotada em 63% dos casos, enquanto que 33% adotaram a posição de semi-cócoras e 3% a posição lateral.¹⁶

A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde, baseados nas evidências científicas, recomendam o uso restrito da episiotomia e classificam seu uso rotineiro e liberal como uma prática claramente prejudicial, que deve ser desestimulada, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos.¹⁹ Esta pesquisa apontou que a **episiotomia** era realizada rotineiramente pela maioria dos profissionais de saúde, e resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos.¹¹⁻¹⁵

O estudo de Jansen, Lee, Ryan et al, (2002), realizado no Canadá, mostrou que as mulheres do grupo de parto domiciliar planejado assistido foram menos propensas a serem submetidas à episiotomia.²⁰ No estudo realizado em Portugal, constatou-se que a episiotomia era uma prática realizada de rotina, uma vez que, das mulheres entrevistadas, todas que tiveram parto vaginal sofreram episiotomia.²¹

Dentre as práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado no parto normal, a **ingesta hídrica e alimentar** nem sempre era permitida no CO do estudo. Ao compararmos o resultado dessa variável com outros estudos, identificamos que não existe ainda um consenso. No estudo transversal de Nagahama, Santiago (2008), as parturientes sem história de cesárea anterior e as multíparas com antecedentes de parto vaginal receberam com maior frequência líquidos via oral no trabalho de parto.¹² Na casa de parto de São Sebastião, do Distrito Federal, era permitida à parturiente a ingestão de líquidos durante o processo de parturição.¹⁷ No contraponto, o estudo realizado por Reis e Patrício (2005) mostra que não era oferecido líquido à parturiente durante o trabalho de parto e parto.¹⁵

Em relação ao uso da **amniotomia**, este estudo apontou que apenas um quarto dos profissionais de saúde não utilizou essa prática. Resultados semelhantes são referenciados por Busanello (2010).¹¹

Estudo realizado no Rio de Janeiro observou alta proporção de amniotomias realizadas precocemente (com sete cm ou menos de dilatação). A amniotomia foi mais utilizada na maternidade conveniada do que na maternidade pública, e também mais frequente no grupo de parto vaginal do que no grupo de cesárea. Essa prática foi realizada em mais de um terço das mulheres que fizeram parto vaginal nas duas maternidades.²²

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Passada mais de uma década da implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, observa-se que muitas instituições hospitalares ainda estão centradas no atendimento pautado em ações intervencionistas. Portanto, é fundamental combater o descompasso entre o discurso e prática no cotidiano da atenção à adolescente no processo de parturição, minimizando a distância entre o recomendado pelo Ministério da Saúde e o que, efetivamente, se faz nos cenários de atenção ao parto.

Neste estudo foi possível averiguar que diversas práticas consideradas úteis ao parto humanizado, como o direito a ter um acompanhante, orientar sobre o parto, orientar sobre as formas de relaxamento para alívio da dor, uma boa relação da equipe com a parturiente e seus familiares, receber medidas de higiene e conforto, e o bebê mamar na primeira hora de vida, estavam sendo desenvolvidas no CO do estudo. No entanto, evidenciou-se que práticas claramente prejudiciais ou ineficazes, como o uso rotineiro da posição de litotomia para o parto, a infusão de soro com ocitocina e o uso da episiotomia de rotina, ainda eram utilizadas. Com relação às práticas frequentemente utilizadas inadequadamente no atendimento ao parto, despontam a restrição alimentar e o uso rotineiro da amniotomia.

Os achados deste estudo referentes à amamentação do bebê apontaram um contraponto, uma vez que a maioria dos profissionais não estimulava a amamentação. No entanto a totalidade deles respondeu que o bebê era amamentado na primeira hora de vida. Assim, com o intuito de desvelar essa lacuna, sugere-se que novos estudos com profissionais de saúde envolvidos com a atenção à adolescente grávida sejam realizados. Nessa perspectiva, aponta-se que as práticas realizadas na atenção ao parto de adolescentes, no hospital em estudo, ainda não contemplam em sua totalidade a Política de Humanização do Parto e Nascimento preconizada pelo Ministério da Saúde.

Para que ocorram mudanças na assistência ao parto em adolescentes, acredita-se

imprescindível rever a forma de organização das práticas obstétricas nas maternidades brasileiras. Não basta criar programas e instituir políticas de saúde, é fundamental que as instituições formadoras, em especial as de medicina e enfermagem, revejam o papel do profissional de saúde na atenção ao parto e nascimento e realizem adaptações no processo de formação, garantindo uma assistência humanizada orientada pelos direitos aos usuários e baseada em evidências. Neste cenário de formação profissional, acredita-se que a enfermagem tenha um papel essencial na mudança das práticas de atenção ao parto, pois o enfermeiro que tem uma formação humanista e solidária poderá servir de articulador na operacionalização da Política de Humanização do Parto e Nascimento.

Os resultados aqui pontuados podem contribuir como estratégia no sentido de construir uma proposta de atenção ao parto humanizado em adolescentes, transformando o local do estudo em um espaço focado em práticas que visem à promoção do parto e nascimento saudável, respeitando o processo fisiológico, a dinâmica de cada nascimento e devolvendo na mulher o papel de protagonista no processo de parturição.

REFERÊNCIAS

1. 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.
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de saúde. Programa Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): MS; 2000.
3. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2005 [acesso 2010 Out 09]; 10 (3): 651-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>
4. Sodré TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. *Texto Contexto Enferm.* 2010 Jul-Set; 19 (3): 452-60.
5. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2005; 10 (3): 627-37.
6. Santos DR, Maraschin MS, Caldeira S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. *Ciênc Cuid Saúde.* 2007; 6 (4): 479-85.
7. Mouta RJO, Proganti JM. Estratégias de luta das enfermeiras da maternidade Leila Diniz para implantação de um modelo humanizado de Assistência ao parto. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Out-Dez; 18 (4): 731-40.
8. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à saúde, Departamento de Ações

Programáticas Estratégias. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2004.

9. Damiane FE. Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir? *Rev. Gaúcha Enfermagem*. 2003; 24 (2): 161-68.

10. Kerber NPC. Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Pesquisa financiada pelo CNPq Processo nº 551217/2007-3, 2007.

11. Busanello J. As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um hospital universitário do extremo sul do Brasil. [Dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2010.

12. 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.

13. Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e praticas no cotidiano de uma maternidade pública. [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Departamento de ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança; 2006.

14. Behruzi R, Marie H, Fraser W, Lise G, Masako L, Chizuru M. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2010 [acesso 2011 Fev 03]; 10 (25): 2-18. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/25>

15. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005 Set-Dez; 10 (sup1): 221-30.

16. Sampaio AA, Silva ARV, Moura ERF. Atención humanizada del parto de adolescentes: norma, deseo o realidad?. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2008; 73 (3): 185-91.

17. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, Reis PED, Leon CGRMP, Funghetto SS. Parto humanizado: uma realidade na casa de parto?. *Rev enferm UFPE* [online]. 2011 Jan-Fev [acesso 2011 Mar.22]; 5 (1): 67-74. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/archive>

18. Melchiori LE, Maia ACB, Bredariolli RN, Hory RI. Preferência de Gestantes pelo Parto Normal ou Cesariano. *Interação em Psicologia*. 2009 Jan-Jun; 13 (1): 13-23.

19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): MS; 2001.

20. Jansen PA, Lee SK, Ryan EM, Duncan E, Farquharson F, Donlim P, et al. Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician. *CMAJ*. [online]. 2002[acesso 2010 Mar.10]; 166 (3): 315-23. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/2688/>

21. Matello J, Torgal M, Viana R, Martins L, Maia M, Casal E, et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. Rev. Bras Ginecol Obstet. 2008; 30 (12): 620-25.
22. D' Orse E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, et. al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública. 2005; 39 (4): 646-54.

IV Artigo II

A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O PARTO HUMANIZADO NA ADOLESCÊNCIA

LA CONCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE EL PARTO HUMANIZADO EN LA ADOLESCENCIA

THE CONCEPTION OF HEALTH WORKERS ABOUT HUMANIZED CHILDBIRTH IN ADOLESCENCE

SILVA, RC * SOARES, MC** MUNIZ, RM*** ANDRADE, FP****, TORRES, AAP*****, GOMES, V*****

*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). E-mail: renatacunhabebe@gmail.com Fone: (53) 9982-1652
Endereço: Rua Gomes Carneiro, 1 – Faculdade de Enfermagem – UFPel. Brasil.

Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFPel. Brasil. * Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da UFPel. Brasil. **** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel. ***** Enfermeira do Departamento de Enfermagem da UFPel. ***** Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPel.

RESUMO: Este estudo tem como objetivo conhecer a concepção dos profissionais de saúde de um centro obstétrico do sul do Brasil sobre o parto humanizado de adolescentes. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, estando vinculado à pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, desenvolvida no centro obstétrico de um hospital de ensino do sul do Brasil. Os sujeitos do estudo foram dez trabalhadores da saúde efetivos do centro obstétrico da referida instituição. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturadas, entre 01 de novembro de 2008 a 31 outubro de 2009. Para este recorte da pesquisa utilizou-se especificamente a questão 17. Como resultado da análise e organização dos achados nos depoimentos dos

sujeitos foram destacadas duas temáticas: a ambiência como espaço de cuidado e as tecnologias leves como ferramentas para a humanização da atenção à parturiente adolescente. A investigação apontou que a atenção humanizada ao parto de adolescentes necessita mais do que resolução de problemas ou uso de tecnologias duras e leve-duras, exige atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para o fortalecimento do vínculo entre profissionais, usuárias, família e comunidade.

Palavras-chave: Parto Humanizado; Saúde da Mulher; Adolescente; Profissional de Saúde.

RESUMEN: Este estudio tiene como objetivo conocer la concepción de los profesionales de salud de un centro obstétrico del sur del Brasil sobre el parto humanizado de adolescentes. Se trata de un estudio descriptivo y exploratorio con abordaje cualitativo, estando vinculado a la investigación multicéntrica llamada “Atención Humanizada al Parto de adolescentes” desarrollada en el centro obstétrico de un hospital de enseñanza del sur del Brasil. Los sujetos del estudio fueron diez trabajadores de la salud efectivos del centro obstétrico de la referida institución. Los datos fueron colectados a partir de entrevistas semiestructuradas, entre 01 de noviembre de 2008 a 31 de octubre de 2009. Para este recorte de la investigación se utilizó específicamente la pregunta 17. Como resultado del análisis y organización de las respuestas en las entrevistas de los sujetos fueron destacados dos temáticas: el ambiente como espacio de cuidado y las tecnologías leves como herramientas para la humanización de la atención a la parturiente adolescente. La investigación destacó que la atención humanizada al parto de adolescentes necesita más que resolución de problemas o uso de tecnologías duras y leves-duras, exige actitudes y comportamientos de los trabajadores de la salud para que contribuyan en el fortalecimiento del vínculo entre profesionales, usuarias, familia y comunidad.

Palabras clave: Parto Humanizado; Salud de la Mujer; Adolescente; Personal de Salud.

ABSTRACT: The aim of this study is to know the concept of health professionals of an obstetric unit in the southern region of Brazil about humanized childbirth of adolescents. It is a descriptive and explanatory study with qualitative approach which is linked to multicentric research called “Childbirth Humanized Care in Adolescents” developed in the obstetric unit of a college hospital in the south of Brazil. The subjects of this study were ten health workers of the obstetric unit of the mentioned institution. The data was collected through semi-structured interviews, from November 01st, 2008 to October 31st, 2009. For this research cut it was used the question 17. Two themes were highlighted as result of analysis and organization of the findings in the subjects interviewed: ambience as care space and light technologies as tools for humanization of attention in parturient adolescent. The investigation has indicated that the humanizing attention to adolescents needs more than problem solving or use of hard technologies, it requires attitudes and behaviors of health workers who contribute for the strengthening of the link among professionals, users, family and community.

Keywords: Humanizing Delivery; Women’s Health; Adolescent; Health Personnel.

Introdução

A adolescência pode ser entendida como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta que dá continuidade ao processo dinâmico iniciado com o nascimento, ocorrendo transformações físicas, sociais e psicoemocionais. Ocorrem, também, alterações estruturais e funcionais no organismo, gerando um intenso desejo de auto-afirmação⁽¹⁾. Este período da

vida caracteriza-se como o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade⁽²⁾.

A associação da adolescência com outro evento significativo da vida da mulher, a gravidez, acontece desde os primórdios da civilização. As mulheres iniciavam sua vida reprodutora muito próxima da puberdade, porém poucas ultrapassavam a segunda década de vida devido às complicações decorrentes da gravidez e do parto⁽³⁾. Na Idade Média, a realidade não era diferente, pois as meninas ao primeiro sinal da menarca eram casadas com homens com idade em torno dos 30 anos. No Brasil, no século passado, as “sinhazinhas” igualmente eram casadas com homens escolhidos pelos pais e tinham como função gerar filhos para seus maridos⁽⁴⁾.

Desta forma, observa-se que a gravidez na adolescência tem sido um tema polêmico e controverso nos debates sobre saúde sexual e reprodutiva, muitas vezes considerada uma situação de risco e um elemento desestruturador da vida dos adolescentes e fator determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho⁽⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁾.

Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em 2009, o número de adolescentes com idade entre 10 a 14 anos era de 16.489.531 e de 15 a 19 anos de 16.784.086, totalizando quase 34 milhões de adolescentes dos 191.481.045 cidadãos brasileiros⁽⁹⁾.

Deve-se considerar que a gestante adolescente apresenta especificidades fisiológicas e maturidade emocional diferente das mulheres na idade adulta. Baseados nessas diferenças, os trabalhadores de saúde que prestam assistência a esse grupo devem reconhecer a complexidade de suas vidas, conhecer os riscos envolvidos no contexto da gestação e valorizar o verdadeiro significado da gravidez⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva, destaca-se a Política Nacional de Humanização (PNH) que permeia as diferentes ações e jurisdições de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sustentada na indivisibilidade entre atenção, gestão e produção de saúde. A PNH objetiva produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção em saúde, superando limites e experimentando novas formas de organizar os serviços⁽¹¹⁾.

Igualmente, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) propôs um processo de humanização da assistência obstétrica com implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esta estratégia teve como finalidade o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, através do envolvimento dos Estados e Municípios tanto no que diz respeito ao setor público quanto ao setor privado⁽¹²⁾.

Levando em consideração a contextualização exposta, vale ressaltar que na atualidade a prática profissional de atenção às gestantes, em especial neste estudo às adolescentes, muitas vezes, sustenta-se no enfoque assistencial cartesiano. Logo, tal afirmativa justifica a relevância da presente pesquisa que está voltada para conhecer a concepção dos profissionais de saúde de um centro obstétrico (CO) do sul do Brasil sobre o parto humanizado de adolescentes.

Material e Método

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, vinculado à pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”⁶, desenvolvida no centro obstétrico de um hospital de ensino do sul do Brasil.

⁶ Pesquisa multicêntrica “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 é da Prof^a Dr^a Nalú Pereira da Costa Kerber da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e coordenação local em Pelotas/RS da Prof^a Dr^a Marilu Correa Soares da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). A pesquisa envolveu duas universidades no estado do Rio Grande do Sul: a FURG, no município de Rio Grande e a UFPel, em Pelotas.

Os dados utilizados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas, realizadas com os trabalhadores da saúde efetivos do centro obstétrico, no período de 01 de novembro de 2008 a 31 outubro de 2009. Os sujeitos do estudo foram sete enfermeiros, doze técnicos em enfermagem, doze auxiliares em enfermagem, sete médicos residentes e dez médicos preceptores, totalizando 48 trabalhadores de saúde. No entanto, para o recorte da macro-pesquisa foram selecionados aleatoriamente dois representantes de cada categoria profissional, totalizando dez trabalhadores de saúde.

Para este trabalho foi utilizada especificamente a questão 17 do instrumento: **“O que você considera que é uma assistência ideal em um Centro Obstétrico? Justifique”**. Posteriormente, procedeu-se à organização dos dados e à análise temática⁽¹³⁾.

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional do Ministério da Saúde⁽¹⁴⁾, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

O projeto da pesquisa Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande (FURG) sob o Parecer nº 031/2008. Além disso, foi autorizada a utilização dos dados da pesquisa pela Coordenadora Geral Dr^a Nalú Pereira da Costa Kerber.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por todos os participantes, garantindo o anonimato e o direito de não participar ou retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa. Para manter o anonimato os sujeitos da pesquisa foram identificados pela categoria profissional. Ex.: Enfermeiro; Técnico em Enfermagem; Auxiliar em Enfermagem; Preceptor e Residente, acrescidos do número 1 e 2.

Resultados e Discussão

O Ministério da Saúde editou, em 2001, o manual *Parto, Aborto e Puerpério-Assistência Humanizada à Mulher*⁽¹⁵⁾, que defende uma nova perspectiva de atenção em que

os cuidados prestados devem ser efetivamente benéficos, evitando-se as intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e a autonomia das mulheres.

A proposta de humanização da assistência no puerpério e nascimento busca transformar os espaços destinados a este grupo de usuários, tornando-os mais acolhedores, incluindo a participação da família e permitindo que a mulher tenha autonomia sobre o seu corpo no momento do parto⁽¹⁶⁾.

A humanização da assistência necessita ser entendida como um atendimento de qualidade articulado aos avanços tecnológicos, com acolhimento e melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Como resultado da análise e organização dos achados nos depoimentos dos sujeitos, foram destacadas duas temáticas: a ambiência como espaço de cuidado e as tecnologias leves como ferramentas para a humanização da atenção.

A ambiência como espaço de cuidado

A ambiência refere-se ao espaço físico, sendo incluído o espaço social, profissional e de relações interpessoais e segue fundamentalmente três eixos: o espaço que proporciona a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho, o espaço voltado para a privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos incluindo os elementos do ambiente que interatuam com o homem (cor, som, luz, cheiro, morfologia) garantindo confortabilidade aos trabalhadores, usuários e sua rede social e o espaço como ferramenta facilitadora do trabalho, contribuindo assim para a otimização de recursos e a obtenção de um atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo⁽¹⁷⁾.

A humanização da assistência ao parto envolve diversos aspectos que incluem desde a adequação da estrutura física da rede hospitalar até uma mudança de postura e atitudes dos profissionais de saúde⁽¹⁸⁾. Contudo isso envolve uma mudança na cultura, transformando o

espaço hospitalar em um ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas da assistência.

Frente ao exposto, evidencia-se que a utilização do termo humanizar voltado para o cuidado às parturientes tem como meta melhorar as condições do atendimento à mulher, ao recém-nascido e à família, através de ações que promovam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade e a não violência⁽¹⁹⁾.

Percebe-se nas falas abaixo que os profissionais do CO em estudo corroboram com os autores acima ao considerarem que para uma assistência ideal ao parto são necessários uma estrutura hospitalar adequada, um ambiente que atenda as necessidades das parturientes e uma equipe capacitada para prestar uma assistência qualificada.

“Considero assistência ideal no CO, parto humanizado com ambiente adequado para tal procedimento e equipe capacitada tecnicamente.”
(Enfermeira 1)

“Ser respeitada a privacidade da parturiente, proporcionar um ambiente confortável, no geral é isso.” (Médico Residente 2)

“A paciente tenha um atendimento mais privado, pré-parto individual, mais direcionado para as prioridades da paciente que é o parto humanizado, acho que falta o treinamento da equipe para que isso aconteça.” (Médico Preceptor 1)

As falas dos sujeitos acima vão ao encontro dos achados da PHPN sobre a ambiência, pois defendem a existência de elementos que quando utilizados com equilíbrio e harmonia atuam como modificadores e qualificadores do ambiente, criando espaços acolhedores que contribuem significativamente no processo de produção de saúde⁽¹⁷⁾.

A PHPN aponta a integralidade na assistência obstétrica, assegurando os direitos da mulher nas diretrizes institucionais, reorganiza a assistência ao trabalho de parto vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério e propõe a expansão do acesso das mulheres à rede de saúde fornecendo um atendimento de qualidade com o mínimo de procedimentos⁽²⁰⁾.

Muitas vezes as práticas realizadas pelos profissionais de saúde como o uso abusivo da medicalização com o objetivo de acelerar o parto, as intervenções potencialmente

iatrogênicas, a prática rotineira de cesarianas, a falta de privacidade e o desrespeito à autonomia da parturiente, não coadunam com as diretrizes preconizadas pelo PHPN⁽²¹⁾.

Tal realidade exige mudanças profundas no sentido de qualificar o cuidado às parturientes, adotando práticas baseadas nos princípios da humanização propostos pelo Ministério da Saúde.

Outro aspecto importante a ser ressaltado na ambiência é o fato de que os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar um atendimento individualizado, voltado para as reais necessidades das parturientes durante todo o processo de parturição. Entretanto ainda existe uma grande diferença no modo de pensar e fazer saúde nas diferentes categorias profissionais.

A qualidade da atenção deve superar o enfoqueologista e medicalizador hegemônico ainda vigente nos serviços de saúde, portanto é necessário adotar o conceito de saúde integral focado em práticas que visem à promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da mortalidade materna e perinatal. Estas práticas incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, utilizando-se os recursos disponíveis criteriosamente⁽¹²⁾.

Verifica-se que nas falas anteriores os profissionais de nível superior consideraram a ambiência como aspecto essencial para que se tenha uma assistência adequada ao parto humanizado, já os profissionais de nível fundamental e médio priorizam o acolhimento da parturiente, conforme se observa nas falas a seguir:

“Assistência ideal no meu ponto de vista seria ao internar na maternidade, ser recebida por uma equipe de enfermagem capacitada, onde seriam prestados todos os esclarecimentos [...] ajuda para todos os momentos, para que estes sejam prazerosos.” (Auxiliar em Enfermagem 1)

“Ah, tem tanta coisa que a gente podia fazer para melhorar, às vezes por falta de tempo ou falta de recurso [...]. Os exames também demoram muito para sair o resultado, por isso o RN não mama no CO. Os médicos às vezes se atrapalham também quando elas chegam ganhando, se esquecem que tem o teste rápido.” (Técnica em enfermagem 1)

Deste modo, acredita-se que a efetivação da atenção humanizada nos centros obstétricos depende principalmente de uma reestruturação das instituições hospitalares tanto no que tange à área física e compra de equipamentos, quanto às atitudes dos profissionais de saúde⁽¹²⁻¹⁷⁾.

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres de identificar, reconhecer e reivindicar os seus direitos na promoção do autocuidado e proteção da saúde⁽²²⁾.

Tecnologias leves como ferramentas para humanização da atenção

Partindo da conjectura de que o trabalho humano só é transitável através das tecnologias que ele produz, torna-se imprescindível refletir sobre a contribuição das tecnologias do trabalho para a efetivação das mudanças na práxis de atenção à saúde.

Instituir tecnologias no trabalho em saúde está além de adquirir máquinas e equipamentos, busca produzir saberes que orientem as ações humanas e satisfaçam as necessidades dos usuários. Estas tecnologias são classificadas em: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves⁽²³⁾.

As tecnologias duras são aquelas relacionadas às máquinas, equipamentos e estrutura organizacional utilizadas para auxiliar a mão de obra dos profissionais como, por exemplo, a utilização do termômetro na verificação da temperatura do usuário. Já as tecnologias leve-duras são os saberes que atuam no processo de trabalho como a clínica e a cirurgia, entre outras⁽²⁴⁾.

Por sua vez, as tecnologias leves são as intervenções que qualquer profissional de saúde produz com o usuário, em ato, é um encontro no qual duas pessoas atuam uma sobre a outra no exato momento em que é executado⁽²⁴⁾.

A humanização do atendimento como tecnologia leve para Merry et al. (2006) é uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizado⁽²⁵⁾.

A atenção humanizada à mulher no momento do parto é um direito fundamental de todas, inclusive das adolescentes, e representa um fator indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar⁽¹⁹⁾.

Assim, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres de identificar, reconhecer e reivindicar os seus direitos na promoção do autocuidado e proteção da saúde⁽²⁶⁾.

Neste sentido, os profissionais de saúde treinados e capacitados para o atendimento ao parto de forma humanizada, são capazes de reconhecer que a parturiente tem autonomia no seu processo de parturição, respeitando assim suas escolhas de com quem e como quer parir.

“Considero assistência ideal no CO, aquele atendimento que respeite os direitos da parturiente e seus familiares e onde a equipe tenha conhecimento desses direitos e ponha-os em prática.” (Enfermeira 1)

“O ideal seria a paciente escolher o tipo de parto, poder escolher como quer ganhar o filho e ter um bom atendimento da equipe.” (Técnico em Enfermagem 2)

“É a assistência “particularizada” para cada paciente, pré-natal bem orientado, tanto na parte de manobras como nas orientações médicas, é basicamente isso.” (Médico Residente 1)

“Ah, tem tanta coisa que a gente podia fazer para melhorar [...], nós poderíamos ficar mais tempo com elas, explicar mais tudo o que vai acontecer para ela ficar mais tranquila.” (Técnica em Enfermagem 1)

Percebe-se nas falas dos profissionais que eles reconhecem os caminhos para prestar uma assistência mais humanizada, no entanto foi possível observar que no CO estudado a maioria dos profissionais ainda mantém a assistência pautada no modelo hegemônico

biomédico, onde o médico é o detentor do poder e muitas vezes desconsidera os direitos da parturiente adolescente.

A humanização na assistência às adolescentes gestantes está diretamente relacionada à oferta de atendimento de qualidade, incorporando atitudes voltadas para a subjetividade, baseada nas necessidades individuais da gestante/parturiente⁽²¹⁾.

Para o adequado preparo da gestante para o parto é fundamental que as ações comecem durante o pré-natal. Os profissionais carecem estar qualificados para fornecer informações sobre o processo de parturição, as técnicas de relaxamento que ela poderá utilizar, orientações com relação ao aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido (RN) e se possível proporcionar à gestante uma visita à maternidade para que ela possa familiarizar-se com o local⁽²⁷⁾.

Os profissionais de enfermagem defendem a ideia de que a assistência humanizada ao parto deve estar pautada na qualidade das informações prestadas à parturiente, uma vez que a gestante precisa ser acompanhada em todos os momentos sendo orientada sobre o que irá acontecer em todas as etapas do parto.

“Considero assistência ideal no CO, aquele atendimento que respeite os direitos da parturiente e seus familiares [...]. Acompanhamento antes, durante e pós-parto; aleitamento imediato; técnicas de relaxamento; opinar quanto ao seu parto.” (Enfermeiro1)

“Assistência ideal é quando a usuária é informada sobre os procedimentos e pode interagir.” (Auxiliar de Enfermagem 2)

“Assistência ideal no meu ponto de vista [...] seria prestar todos os esclarecimentos a respeito do trabalho de parto, durante e após este, sobre amamentação, sobre sangramento e cólicas e higiene e saúde, como cuidar seu RN nas primeiras horas, ajuda para todos os momentos, para que estes sejam prazerosos.” (Auxiliar em enfermagem 1)

O PHPN preconiza que a parturiente tem o direito de ser orientada sobre o parto e as formas de relaxamento para aliviar a dor como: massagem, banho, deambulação, cuidados de higiene e conforto, além disso, deve receber informações sobre o aleitamento

materno. Todavia para que essas orientações surtam efeito elas devem ser prestadas às parturientes desde o pré-natal, para que as mães possam ser protagonistas de suas vidas, racionalizando suas escolhas de forma segura e prazerosa⁽²⁷⁾.

Outro aspecto relacionado aos direitos da parturiente que guarda relação direta com as tecnologias leves está garantido na lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005, na qual todas as gestantes brasileiras têm o direito a ter um acompanhante de sua livre escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Contudo, ainda existem serviços de saúde que não respeitam essa lei⁽²⁸⁾.

Os sujeitos deste estudo apontam que a presença de um acompanhante no parto traz benefícios tanto para a família como para a equipe que assiste ao parto.

“Deixar um familiar junto para elas ficarem mais calmas, às vezes nem é o familiar, pode ser uma amiga; explicar mais tudo o que vai acontecer para ela ficar mais tranquila.” (Técnica em enfermagem 1)

“Parto evoluído em partograma para poder ter acompanhamento adequado, permitir que uma pessoa fique com a paciente, desde que ajude e passe tranqüilidade.” (Médico Preceptor 2)

“A permanência de um acompanhante escolhido por ela, estar com seu filho o tempo inteiro após seu nascimento e somado a isso uma assistência médica e de enfermagem de qualidade.” (Enfermeira 2)

“Assistência ideal é [...] ter a companhia do familiar que escolher independente da vontade dos médicos na hora do parto.” (Auxiliar de Enfermagem 2)

Considera-se que a presença de um acompanhante durante o processo de parturição é uma prática extremamente útil no parto normal, pois além de deixar a parturiente mais tranquila e segura, permite a participação e o envolvimento da família no processo. No entanto, apesar deste direito estar garantido, nem sempre o acompanhante recebe orientações necessárias para poder contribuir de forma efetiva neste processo.

Conclusão

Este estudo possibilitou entender que a efetivação da atenção humanizada nos centros obstétricos depende principalmente da estrutura organizacional das instituições hospitalares e de uma equipe de saúde comprometida e preparada para acolher a gestante adolescente, seu companheiro e a família neste momento ímpar da vida que é o nascimento de um novo ser.

Na prática cotidiana do centro obstétrico de estudo evidenciou-se que a presença do acompanhante é permitida pelos profissionais de saúde, no entanto, os acompanhantes não recebem orientações sobre como podem colaborar no desenrolar do processo de parturição para que este se torne um momento prazeroso e agradável para a adolescente.

Constatou-se que, apesar dos profissionais de saúde conhecerem a proposta de atenção humanizada ao parto preconizada pelo Ministério da Saúde, ainda mantêm uma assistência hegemônica, pautada em ações intervencionistas, muitas vezes desconsiderando os direitos das parturientes, tornando-as meras espectadoras de seus próprios partos.

Esta investigação aponta que a qualidade da atenção à parturiente adolescente necessita mais do que resolução de problemas ou uso de tecnologias duras e leve-duras, exige atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar a atenção em saúde como direito do ser humano, ou seja, o uso das tecnologias leves no fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde, usuárias, famílias e comunidade.

Referências

1. Eisenstein E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Rev. Adolescência & Saúde*. 2008; 2 (2): 6-7.
2. Almeida IS, Rodrigues D, Simões SMF. O adolescer... um vir a ser. *Rev. Adolescência & Saúde*. 2007; 4(3): 24-28.
3. Magalhães R. Gravidez recorrente na adolescência: o caso de uma maternidade pública. *Rev. Adolescência & Saúde*. 2007; 4(1): 23-32.
4. Santos CAC, Nogueira KT. Gravidez na adolescência: falta de informação? *Rev. Adolescência & Saúde*. 2009; 6(1): 48-56.
5. Sabroza AR, et al. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil- 1999-2001. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; Rio de Janeiro, 20(supl.1):11-120.

6. Aquino EML, et al. Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In: Heilborn ML, et al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006. p. 310-316.
7. Chalem E, et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2007; Rio de Janeiro, 23(1): 177-186.
8. Ximenes Neto FRG, Marques MS, Rocha J. Problemas vivenciados pelas adolescentes durante a gestação. Rev. Enfermeria Global. 2008; 7(12): 1-11.
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. População residente conforme a faixa etária no ano de 2009. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/pop>>. Acesso em: 12 de março de 2011.
10. Danieli GL. Adolescentes grávidas: percepções e educação em saúde. [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2010.
11. Heckert ALC, Passos E, Barros ME. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. 2009; 13 (supl. 1): 493-502.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva - Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: [s.e]; 1996.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de saúde da Mulher: Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.
16. Kerber NPC. Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes. Pesquisa financiada pelo CNPq Processo Nº 551217/2007-3, 2007.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: ambiência / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
18. Dias MAB, Domingues, RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 669-705.
19. Busanello J. As Práticas Humanizadas no Atendimento ao Parto de Adolescentes: Análise do Trabalho Desenvolvido em um Hospital Universitário do Extremo Sul do Brasil. [dissertação]. Rio Grande (RS): Universidade Federal de Rio Grande. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fundação; 2010.
20. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva. 2005; 10 (3):651-657.
21. Barros WLL, Costa E, Boeckmann LMM, et.al. Humanizing Delivery: a reality in a birth center? Rev enferm UFPE on line. 2011 jan./fev.;5(1):67-74.
22. Brasil. 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.
23. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
24. Martins JJ, Albuquerque GL. A Utilização de Tecnologias Relacionais como Estratégia para Humanização do Processo de Trabalho em Saúde. Ciência, Cuidado e Saúde. 2007; 6(3):351-356.

25. Merhy EE, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 113-150.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. 242 p. 2010.
27. Seibert SL, Gomes ML, Vargens OMC. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem. 2008; 12(4): 758-764.
28. Brüggemann OM, Osis MJD, Parpinelli MA. Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhidos pela mulher. Revista Saúde Pública. 2007; 41(1): 1-9.

V Apêndice

Apêndice - A

Carta Autorização para uso dos dados



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

Rio Grande, 07 de fevereiro de 2011.

Eu, Nalú Pereira da Costa Kerber, coordenadora da pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, autorizo a mestranda RENATA CUNHA DA SILVA, orientanda da Prof^ª Dr^ª Marilu Correa Soares, a utilizar os dados referentes à pesquisa realizada em Pelotas, para sua dissertação de mestrado.

Atenciosamente

Prof.ª Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber

Coordenadora da pesquisa

VI 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 freqüentes 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 freqüentemente 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 freqüentes, 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 DE COLETAS DADOS TRABALHADORES DO CENTRO
OBSTETRICO**

Identificação: (iniciais):_____

Sexo: ()feminino () masculino

Categoria funcional:

() médico () enfermeiro () auxiliar de enfermagem () técnico de enfermagem () residente () preceptor de medicina

1. Você acha que a privacidade e intimidade das parturientes são respeitadas durante o tempo em que permanecem no CO?

() sim () não () às vezes

Explique de que forma?

2. Como você considera que é a relação da equipe com as parturientes e seus familiares?

()ótima ()muito boa () boa ()regular () ruim

3. A tricotomia é feita de rotina no CO?

()sim ()não

Justifique?

Se a resposta positiva, a parturiente é questionada a esse respeito?

4. O enterocлизма é realizado de rotina no CO?

() sim () não

Justifique?

Se a resposta positiva, a parturiente é questionada a esse respeito?

5. A parturiente pode se alimentar ou ingerir alguma coisa durante sua permanência no CO?

☐ sim ☐ não ☐ às vezes

6. É realizada alguma medida de higiene no CO?

☐ sim ☐ não ☐ às vezes

7. Em que posição é realizada, rotineiramente, o parto?

☐ litotomia ☐ cócoras ☐ outra_____

8. É rotina realizar amniotomia no CO?

☐ sim ☐ não

9. A parturiente pode escolher o tipo de parto que quer adotar?

☐ sim ☐ não ☐ às vezes

10. A parturiente pode ter algum acompanhamento de familiares ou amigos no CO?

☐ sim ☐ não

11. É feita alguma orientação sobre formas de relaxamento às parturientes?

☐ sim ☐ não

Se a resposta afirmativa, quais?

12. É costume fornecer orientações sobre o parto, no CO, como a parturiente pode ajudar nesse momento?

☐ sim ☐ não ☐ às vezes

13. A episiotomia é realizada rotineiramente, no parto?

☐ sim ☐ não

Justifique?

Se a resposta positiva, a parturiente opina sobre isso?

14. É colocado infusão de soro com ocitocina nas parturientes no CO?

()sim ()não

15. É costume do serviço dar o bebê para mãe assim que ele nasce?

()sim ()não

16. O bebê é colocado para mamar?

()sim ()não

Se a resposta positiva, quanto tempo depois do nascimento?

17. O que você considera que é uma assistência ideal em um CO?
Justifique:

Entrevistador:_____Data:_____

Pelotas, de de 2008.

Trabalhador

Contato da equipe: Marilu Correa Soares. Rua General Osório
858/202. Fone: (53)32786475.e-mail enfmari@uol.com.br

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 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 de aceite Artículo II



M^a José López Montesinos, editora/directora de la Revista Electrónica
 "Enfermería Global" (<http://www.um.es/eglobal>), patrocinada por el
 Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia (España), con
 ISSN nº 1695-6141

HACE CONSTAR

Que D/Dña

**SILVA, RC; SOARES, MC; MUNIZ, RM; ANDRADE, FP;
 TORRES, AAP; GOMES, V.**

son autores del artículo

**"A CONCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O
 PARTO HUMANIZADO NA ADOLESCÊNCIA"**

aceptado para próxima publicación en la revista "Enfermería Global".

Murcia, 17 de junio de 2011

Prof^a. Dra. M^a José López Montesinos

Editora/Directora de la Revista "Enfermería Global"