

O DISCURSO E A PRÁTICA DO PARTO HUMANIZADO DE ADOLESCENTES¹

Renata Cunha da Silva², Marilu Correa Soares³, Vanda Maria da Rosa Jardim⁴, Nalú Pereira da Costa Kerber⁵, Sonia Maria Könzgen Meincke⁶

¹ Artigo extraído da dissertação - Operacionalização da política de atenção ao parto humanizado em adolescentes, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), utilizando dados da Pesquisa Multicêntrica "Atenção humanizada ao parto de adolescentes", em 2011, financiada pelo CNPq, processo nº 551217/2007-3.

² Mestre em Ciências. Enfermeira da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil. E-mail: renatacunhabebe@gmail.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil. enfmari@uol.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul. Brasil. phein@uol.com.br

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Pelotas, Rio Grande do Sul. nalu@vetorial.net

⁶ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto II da Faculdade de Enfermagem da UFPel. Pelotas, Rio Grande do Sul. meinckesm@gmail.com

RESUMO: Estudo descritivo que objetivou conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente. Os dados foram extraídos da pesquisa "Atenção humanizada ao parto de adolescentes", referente ao Município de Pelotas-RS, por meio de entrevistas semiestruturadas, no período de 2008 a 2009. A população constituiu-se de profissionais de saúde do centro obstétrico de um hospital de ensino público. A análise foi sistematizada a partir do Manual Assistência ao Parto Normal, da Organização Mundial de Saúde. 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. Como práticas prejudiciais salientaram-se a posição de litotomia e o uso da ocitocina. Destacaram-se como práticas inadequadas a restrição alimentar e a utilização da amniotomia. Concluiu-se que as práticas de atenção ao parto contemplaram parcialmente a Política de Humanização do Parto e Nascimento.

DESCRIPTORES: Adolescente. Saúde da mulher. Parto humanizado. Enfermagem.

THE SPEECH AND PRACTICE OF HUMANIZING CHILDBIRTH IN ADOLESCENTS

ABSTRACT: This descriptive study aimed to identify the childbirth care practices developed by health professionals towards adolescent parturients. Data were collected from the database of the study "Humanizing childbirth care in adolescents", developed in the city of Pelotas-RS, by means of semi-structured interviews, between 2008 and 2009. The study population consisted of health workers from the obstetric center of a public teaching hospital. The analysis was systematized as per the guide Care in Normal Birth, published by the World Health Organization. Results evidenced that useful practices, such as intimacy and privacy, choice of the type of childbirth and breastfeeding encouragement are not respected. The harmful practices that stood out were the use of the lithotomy position and oxytocin. Examples of practices that are frequently developed inappropriately are food restriction and the use of amniotomy. In conclusion, childbirth care practices partially complied with the Humanizing Labor and Childbirth Policy.

DESCRIPTORS: Adolescent. Women's health. Humanizing delivery. Nursing.

EL DISCURSO Y LA PRÁCTICA DEL PARTO HUMANIZADO EN ADOLESCENTES

RESUMEN: Este estudio descriptivo objetivó conocer las prácticas de atención al parto desarrolladas por los profesionales de salud en el cuidado de la mujer adolescente. Los datos fueron extraídos del banco de datos de la investigación "Atención humanizada al Parto de Adolescentes" referente al Municipio de Pelotas-RS, por medio de entrevistas semiestructuradas 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 de un hospital de enseñanza pública. 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 para amamantar, no son respetadas; como 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. Se concluyó que las prácticas de atención al parto contempla parcialmente la Política de Humanización del Parto y Nacimiento.

DESCRIPTORES: Adolescente. 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 dessa forma de cuidado sejam um grande desafio, pois implicam em que os trabalhadores da saúde estejam preparados para atender à gestante e seus acompanhantes, respeitando os verdadeiros significados desse 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 intervenções.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.⁵⁻⁷

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

Dessa 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 de 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. Nesse 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?

O objetivo do estudo foi conhecer as práticas de atenção ao parto desenvolvidas pelos profissionais de saúde no cuidado à parturiente adolescente.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, quantitativo descritivo, que deriva da pesquisa multicêntrica intitulada "Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes", que envolveu duas universi-

dades 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).

O contexto de investigação deste estudo foi 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.

Este estudo observou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do MS.¹⁰ Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Área da Saúde da FURG, no dia 14/05/2008, com o Parecer n. 031/2008.

A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho, de forma individualizada, no período de novembro de 2008 a outubro de 2009, utilizando-se de entrevistas semiestruturadas, agendadas previamente de acordo com a disponibilidade de cada profissional.

As variáveis utilizadas foram: privacidade e intimidade, acompanhamento, orientações sobre o parto, orientações sobre as formas de relaxamento, tipo de parto, medidas de higiene, contato precoce mãe/bebê, estímulo à amamentação, se o bebê mama na primeira hora de vida, relação da equipe com a parturiente e seus familiares, uso rotineiro do enteroclisma, 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. Tomou-se por base o Manual Assistência ao Parto Normal da OMS, incorporado pelo Ministério da Saúde no PHPN.¹⁻²

Os dados coletados foram revisados e duplamente digitados por diferentes digitadores; sendo posteriormente comparados e corrigidos. As etapas da análise dos dados foram feitas por intermédio do Programa Epi-Info 6.04, utilizando-se análise descritiva com cálculo das 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, 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 Centro Obstétrico 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/formas 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 a 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, 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 Centro Obstétrico 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 pelos 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 foi realizada por 58% dos profissionais no CO do estudo.

A tabela 3 apresenta o resultado da proporção das práticas de atenção ao parto normal frequentemente utilizadas de modo inadequado, 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 Centro Obstétrico 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 em 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 as práticas institucionais e profissionais 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 se pode constatar nos achados referentes a uma maternidade do Rio de Janeiro-RJ, onde a atenção ao parto e nascimento seguia predominantemente o modelo médico tecnocrático, tendo como consequência à negação de vários direitos das mulheres, dentre eles o direito a ter um acompanhante de sua escolha no momento do parto.¹³ Achados semelhantes foram encontrados no estudo de Rio Grande-RS, no qual 83% dos profissionais referiram negar à parturiente o direito a ter um acompanhante de sua escolha.¹¹

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 hospital em 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.^{11-13,15}

De acordo com a maioria dos profissionais de saúde deste estudo, as parturientes receberam orientações sobre o parto. Esse resultado apresenta similaridade quando comparado ao estudo realizado no Município do Rio Grande-RS, 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 maioria dos profissionais de saúde relatou orientar as parturientes e, basicamente quanto às técnicas de respiração. Na

Casa de Parto 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 Rio Grande-RS, 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,¹⁹ neste estudo as medidas de higiene e conforto foram estimuladas durante o trabalho de parto e parto. De forma semelhante, no estudo do Rio Grande-RS, 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 pela totalidade dos profissionais do hospital em 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 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-RS,

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-CE, 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 enteroclima não foi mencionado pelos profissionais de saúde entrevistados. Entretanto, o estudo de Santa Catarina 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 Rio Grande-RS, 70% dos profissionais de saúde mencionaram a utilização da prática rotineiramente.¹¹ Já em Santa Catarina, os profissionais relataram que utilizavam 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 realizado no Canadá, 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 a 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-RJ, foi observado que a 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-CE, a posição de litotomia para o parto foi adotada em 63% dos casos, enquanto que 33% adotaram a posição de semicócoras e 3%, a posição lateral.¹⁶

A OMS e o MS, 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.¹⁸ 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

Um estudo 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 as 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, identificou-se que não existe ainda um consenso. No estudo transversal de Maringá-PR, 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 a parturiente a ingesta de líquidos durante o processo de parturição.¹⁷ No contraponto, o estudo realizado em Santa Catarina 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 pelos profissionais de Rio Grande-RS.¹¹

Estudo realizado no Rio de Janeiro-RJ observou alta proporção de aminiotomias 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 de 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 alerta no sentido de construir uma proposta de atenção ao parto humanizado de 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. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: guia prático. Genebra (SW): OMS; 1996.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF): MS; 2000.
3. Nagahama EEL, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc 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 Jul-Set; 10(3):627-37.
6. Santos DR, Maraschin MS, Caldeira S. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. *Ciênc Cuid Saúde*. 2007 Out-Dez; 6(4):479-85.
7. Mouta RJO, Progiante 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 Estratégicas. 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 Ago; 24 (2):161-8.
10. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução No 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

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 EEL, 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 Ago; 24 (8):1859-68.
13. Dias MAB. Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas 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 Mai [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 Mai-Jun; 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 Fev [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 Dez; 30(12):620-5
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 Ago; 39(4):646-54.