



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Cleci de Fátima Enderle

**ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES:
UM ESTUDO SOB A ÓTICA DOS SUJEITOS**

Dissertação para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde

Rio Grande

Novembro, 2010

**ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES: UM ESTUDO SOB
A ÓTICA DOS SUJEITOS**

por

Cleci de Fátima Enderle

Dissertação submetida ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde como parte dos
requisitos necessários para a obtenção do Título de

Mestre em Ciências da Saúde

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lulie Rosane Odeh Susin

Comissão de Avaliação:

Prof^a. Dr^a. Lulie Rosane Odeh Susin
Presidente (Universidade Federal do Rio Grande)

Prof^a. Dr^a. Suzanne Jacob Serruya
(MS/CLAP-Centro Latino-americano de Perinatologia)

Prof^a. Dr^a. Carla Vitola Gonçalves
(Universidade Federal do Rio Grande)

Prof. Dr. Linjie Zhang
Suplente (Universidade Federal do Rio Grande)

Rio Grande
Novembro 2010

E565a Enderle, Cleci de Fátima

Atenção humanizada ao parto de adolescentes: um estudo sob a ótica de sujeitos / Cleci de Fátima Enderle. – 2010. 96 f.

Orientadora: Lulie Rosane Odeh Susin

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2010.

1. Medicina 2. Gravidez na adolescência 3. Humanização da assistência. 4. Parto humanizado. I. Título. II. Susin, Lulie Rosane Odeh.

CDU: 618.2-053.6

DEDICATÓRIA

*À Vida, pela oportunidade de estar aqui.
À minha família, que soube compreender
minha ausência.*

*Ao Walter, Isadora e Henrique, pela paciência,
carinho, compreensão e amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dr^ª Nalú Pereira da Costa Kerber, que acreditou em meu crescimento profissional, pelo incentivo em dar início ao projeto de mestrado, que com sua paciência e sabedoria soube compreender minhas dificuldades, juntas chegamos ao final, e vencedoras! Muito obrigada!

À Prof^ª Dr^ª Lúlie Rosane Odeh Susin, que aceitou o desafio de ser minha orientadora, pelo carinho e paciência durante toda essa caminhada, muito obrigada!

A todos os integrantes do grupo de pesquisa, pela valiosa contribuição com o banco de dados, do qual se originou esse estudo.

À Coordenação de Enfermagem do Hospital Universitário e os colegas, que compreenderam minha ausência dos plantões, muito obrigada!

A todas as mulheres que gentilmente aceitaram participar desta pesquisa.

À banca examinadora deste estudo e, todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande, pelas contribuições nesta conquista acadêmica.

À Universidade Federal do Rio Grande, presente em meu caminhar desde a graduação, e agora nessa nova etapa da minha vida profissional.

RESUMO

Introdução: O Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, fundamentado no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal. Desenvolver esse programa voltado às adolescentes, com necessidades tão específicas, em um momento tão singular de suas vidas, é fundamental para melhorar a qualidade do atendimento ao momento da parturição.

Objetivo: Conhecer a percepção, o conhecimento sobre parto humanizado e seus direitos, e analisar as condutas relacionadas ao parto de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Metodologia: O presente trabalho é um recorte de um estudo transversal multicêntrico que investigou a assistência ao parto de adolescentes, com abordagem quanti-qualitativa, realizado entre junho de 2008 e outubro de 2009, através de entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas. Foi criado um banco de dados no programa EPI-INFO 6.0 e, para análise dos dados, utilizado o pacote STATA, versão 9.0.

Resultados: A média de idade foi de 17,4 anos, a maioria de cor branca e da classe econômica C. Quase 39% das adolescentes viviam só com o companheiro. O atendimento ideal associou-se significativamente à boa/ótima relação da equipe, ao respeito à privacidade e intimidade e à instrução sobre formas de relaxamento. O trabalho da equipe, influenciando positivamente o parto, associou-se significativamente à boa/ótima relação da equipe, à instrução sobre formas de relaxamento e ao parto vaginal.

Conclusão: É necessário adequar a assistência às recomendações de humanização do parto preconizadas pelo Ministério da Saúde, aumentando a atenção, o estar perto, o diálogo e a participação da adolescente na tomada das decisões. O parto vaginal, o respeito à intimidade e privacidade, o bom relacionamento da equipe são fatores que mostraram ser de extrema relevância para essas adolescentes.

Palavras-chave: Adolescente; parto humanizado; gravidez na adolescência; parto normal; humanização da assistência.

ABSTRACT

Introduction: The Ministry of Health established in June 2000, the Program for Humanization of Pre-Natal and Birth, based on the right to humanization of obstetric and neonatal care. Developing this program aimed at teenagers, with such specific, so unique in a moment of their lives, is fundamental to improving the quality of care at the time of parturition.

Objective: Know the perception and knowledge of humanized childbirth and their rights, and analyze the management of delivery in accordance with the recommendations of the World Health Organization and the Ministry of Health.

Methodology: This study is a snip of a multicentric study investigating the delivery care of adolescents with quanti-qualitative approach, conducted in July 2008 to October 2009 through structured interviews recorded and transcribed. Created a database in EPI-INFO 6.0, and for data analysis, using the package STATA, version 9.0.

Results: The mean age was 17.4 years, mostly white in color and economic class C. Almost 39% of adolescents lived alone with their partner. The ideal treatment was significantly associated with good / great team relationship, respect for privacy and intimacy and instruction on how to relax. The team's work positively influencing birth was significantly associated with good / great team relationship, education about ways of relaxation and vaginal delivery.

Conclusion: Adequate the birth care to the recommendations of humanization of childbirth proposed by the Ministry of Health, increasing the attention, being close, dialogue and participation of adolescents in making decisions. Vaginal delivery, respect for intimacy and privacy, good team relations, proved to be very important for these adolescents.

Keywords: Adolescent. Humanization of childbirth. Teenage pregnancy. Natural childbirth, Humanization of birth care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS – Agência Nacional de Saúde

CE – Ceará

CO – Centro Obstétrico

CEPAS – Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento

DST – Doença Sexualmente Transmissível

ECA – Estatuto da Criança e o Adolescente

EUA – Estados Unidos da América

FASCLA – Faculdade Santa Clara

FURG – Universidade Federal do Rio Grande

GM – Gabinete Ministerial

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HU – Hospital Universitário

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SINASC – Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos

SUS – Sistema Único de Saúde

UFPel – Universidade Federal de Pelotas

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Número de nascimento por tipo de parto no Estado do Rio Grande do Sul, nos últimos cinco anos.....	14
Tabela 2 – Nascimentos na cidade de Rio Grande/RS na última década	15
Artigo 1 – Atenção humanizada ao parto de adolescentes	
Tabela 1 – Descrição da amostra de acordo com características demográficas e socioeconômicas (N=269). Rio Grande, RS, 2009	50
Tabela 2 – Fatores associados ao atendimento considerado ideal ao parto no centro obstétrico, de acordo com as adolescentes. (N=166). Rio Grande, RS, 2008-2009	51
Tabela 3 – Fatores associados ao fato das adolescentes considerarem que o trabalho de parto desenvolvido pela equipe influenciou no parto. (N=206). Rio Grande, RS, 2008-2009	53
Artigo 2 – Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência	
Tabela 1 – Relação das categorias de qualidade na assistência ao parto	62

SUMÁRIO

1. Introdução e revisão bibliográfica	11
1.1 Dados epidemiológicos.....	13
1.2 A humanização no atendimento obstétrico.....	15
2. Objetivos	20
2.1 Geral.....	20
2.2 Específicos	20
3. Material e métodos	21
3.1 Delineamento do estudo.....	21
3.2 Local do estudo.....	23
3.3 População.....	24
3.3.1 População-alvo.....	24
3.3.2 População de pesquisa.....	24
3.4 Processo de amostragem.....	24
3.5 Critérios de inclusão e de exclusão.....	24
3.6 Coleta de dados.....	25
3.7 Variáveis pesquisadas.....	25
3.8 Considerações éticas.....	26
3.9 Estudo piloto.....	26
3.10 Processamento e análise dos dados	27
Referências	28
Artigo 1	32
Artigo 2	55
Apêndices	74
Anexos	82

INTRODUÇÃO E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A adolescência tem sido reconhecida como uma etapa de transitoriedade entre a infância e a idade adulta em todas as sociedades (LOPES, 2006), porém, as fronteiras da adolescência têm variado e isso tem sido motivo de discussões. Atualmente seu início se dá de forma mais precoce, por volta dos 10 anos, e caracteriza-se por um aumento acelerado do crescimento, amadurecimento físico e o surgimento de conflitos emocionais. Apesar de o limite cronológico empregado ser de 10 a 20 anos, este não é fixo, variando conforme vários fatores, como: constitucionais, econômicos, sociais psicológicos, geográficos e culturais (D'ANDREA, 1986).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a adolescência como a segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos nos permitem dividir a juventude em pré-adolescentes (10 a 14 anos), adolescentes jovens (15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos) (OMS, 1996). No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a idade adolescente se enquadra entre os 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Adotar um critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, na elaboração de estratégias de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, mas, ignora as características individuais. Por isso é importante ressaltar que os critérios sociais, biológicos e individuais devem também ser levados em consideração na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (BRASIL, 2005).

O entendimento, na maioria dos países, acerca da tendência de menarca mais precoce, já está bem difundido e compreendido, com redução de mais ou menos seis meses de seu aparecimento a cada geração, e estabilização ao redor de 12 anos nos países do primeiro mundo. Também é conhecido o fato de que o início do ciclo menstrual coincide com a desaceleração do

crescimento e conformação corpórea avançada, tornando a menina adulta, apta à iniciação sexual e à procriação (FEBRASGO, 2000).

Com a iniciação sexual cada vez mais precoce e, não raro, sob condições sociais bastante desfavoráveis, a sexualidade é vivenciada muitas vezes, com gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), abortamentos e agravos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério, entre outras (FEBRASGO, 2000).

É importante considerar, o desejo das adolescentes em relação à gravidez e a maternidade, onde muitas escolheram ficar grávidas como um modo de constatar a capacidade reprodutiva, de construir a identidade feminina, de buscar um novo status social, onde o papel materno aparece como o mais importante a ser desempenhado neste contexto socioeconômico (DADOORIAN,1998).

A gravidez na adolescência pode evidenciar necessidades inconscientes, representando simbolicamente um renascimento, ou de carência afetiva, onde o bebê é considerado alguém que poderá suprir está carência, ou ainda de uma relação de insatisfação com a mãe (FRIZZO, 2005).

A gravidez é muitas vezes, o único plano de vida dessas adolescentes, e vem suprir a falta de perspectiva de uma vida melhor, sem condições de um futuro profissional, e social, onde gerar filhos e tentar oferecer a estes um futuro melhor e diferente do seu, passa a ser o objetivo dessas adolescentes (SILVA et al,2009).

São muitas as causas relacionadas à frequência da gravidez na adolescência. Entre aquelas consideradas mais discutidas na literatura estão: maturação sexual precoce, início da vida sexual mais cedo, pouco conhecimento e uso de métodos contraceptivos, retardo da idade ao casamento, fragilidade da tutela familiar e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida (FEBRASGO, 2000).

1.1 Dados epidemiológicos

Segundo dados do IBGE, a taxa de natalidade entre as adolescentes está em queda. Entre as adolescentes de 15 a 17 anos que tinham, pelo menos, um filho, a taxa caiu, passando de 7,2% em 2002 para 6,5% em 2003. Analisadas de formas isoladas, algumas regiões apresentaram aumento na proporção de adolescentes com pelo menos um filho. É o caso do Norte e do Sul, cujos respectivos aumentos de 13,0% e 25,5% fizeram suas taxas saltarem de 9,2% para 10,4% e de 5,5% para 6,9% (IBGE, 2004).

Sabendo-se que, no Brasil, os adolescentes representam uma parcela aproximada de 19% da população nacional, sendo a população brasileira de 184,3 milhões de pessoas, os adolescentes perfazem 35.029.705 pessoas (BRASIL, 2005a).

Segundo o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2005, 21,8% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2005), e a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 nas classes econômicas mais baixas (IBGE/IPEA, 2006). Os índices de atendimento do SUS demonstram que 37% do número de internações para atendimento por gravidez, parto e puerpério correspondem a mulheres nessa faixa etária (BRASIL, 2003).

Embora não se tenha dados específicos sobre número de partos cesáreos entre as adolescentes, o MS tem se preocupado com os altos índices de parto cesáreo em geral e instituiu através das portarias n.º 466 (2000) e 179 (2002), para estados e para o Distrito Federal, percentuais máximos de cesarianas em relação ao número total de partos realizados. A taxa aceitável estaria na faixa de 10% a 15%. Essa definição tem como objetivo principal reduzir as taxas de internações e de morte materna e perinatal (BRASIL, 2002).

Para nortear a campanha no SUS, o Ministério tomou como referência a portaria GM n.º 466/00, que propunha o Pacto Nacional pela Redução da Taxa de Cesárea e sugeria que todas as unidades da Federação alcançassem a taxa de 25%, no máximo, até 2007, num processo de

redução gradual. Já no que diz respeito à Saúde Suplementar, a Agência Nacional de Saúde (ASN) recomenda às operadoras a redução das cesáreas em 15% em três anos, ou seja, 5% a cada ano (BRASIL, 2010).

Nos princípios gerais e diretrizes aos estados e municípios para atenção obstétrica e neonatal do MS, um dos critérios citados é o incentivo ao parto normal e a redução de cesáreas desnecessárias (BRASIL, 2006). A intervenção cirúrgica não necessária vai contra todos os princípios de humanização no parto, tão importantes para o desenvolvimento do bebê e para a recuperação da mãe. A dor no pós-operatório da cesárea compromete as atividades, dificulta o início da movimentação e atrasa o primeiro contato mãe-filho (SOUSA, 2009).

Destaca-se o elevado percentual de partos cesáreos ocorridos no estado do Rio Grande do Sul (Tabela 1), o que não condiz com as recomendações da OMS, que preconiza uma taxa máxima de 15% de cesarianas para qualquer país (OMS, 1996).

Tabela 1 – Número de nascimento por tipo de parto no Estado do Rio Grande do Sul, nos últimos cinco anos.

ANO	Parto vaginal	Parto cesáreo	Total
2005	74.454	72.267	146.721
2006	69.587	71.481	141.068
2007	63.637	69.264	132.901
2008	62.534	72.558	135.092
2009	59.258	74.312	133.570

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A realidade do estado do Rio Grande do Sul acima apresentada, com altos índices de cesarianas, se faz presente também no município do Rio Grande/RS, conforme dados da tabela 2, num comparativo dos últimos dez anos. Dados de 2007 mostram que neste município ocorreram 2.585 nascimentos por parto hospitalar; destes, 19,9 %, ou seja, 506 partos eram de mulheres com idade menor que 20 anos. Em 2008, o número foi de 2.506 nascimentos por parto

hospitalar, sendo 20,2% (516) de mulheres com idade entre 10 e 19 anos (SINASC, 2009). Demonstra também, uma queda na taxa bruta de natalidade, porém essa redução não é observada entre as adolescentes na faixa de 10-14 anos.

Tabela 2 – Nascimentos na cidade do Rio Grande na última década

Informações sobre Nascimentos Rio Grande /RS										
Condições	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de nascidos vivos	3.580	3.329	2.979	2.846	2.744	2.775	2.666	2.641	2.585	2.506
Taxa bruta de natalidade	19,6	17,8	15,8	15,0	14,4	14,4	13,6	13,4	13,0	12,8
Percentual de partos cesáreos	42,6	39,8	43,3	45,2	47,8	49,2	48,3	48,5	52,3	53,5
Percentual de mães de 10-19 anos	22,5	23,3	22,5	21,3	21,5	18,4	21,9	20,6	19,8	20,2
Percentual de mães de 10-14 anos	0,5	0,7	0,6	0,9	0,8	0,5	0,6	1,1	0,6	1,0

Fonte: SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. Município do Rio Grande – RS.

1.2 A humanização no atendimento obstétrico

Os avanços tecnológicos na área da medicina e saúde são inúmeros e de suma importância, porém o que se observa muitas vezes na prática é o uso indiscriminado destes avanços, como a medicalização e o excesso de partos cesáreos (CASTRO, 2005). O progresso tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar. Esse processo acometeu não só a assistência obstétrica, mas em toda a área da saúde (OSAVA, 1997).

No Brasil, considera-se como marco na revisão da assistência ao parto e nascimento a Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Nascimento, realizada em Fortaleza (CE) no ano de 1985. Nesse encontro houve uma reflexão sobre as condutas na assistência ao parto e

nascimento, em que a equipe médica observou a necessidade da reintrodução dos não-médicos no parto como estratégia para humanização (OSAVA, 1997).

Durante os anos 80, também com vistas à humanização, ocorreu o auge do incentivo à prática do alojamento conjunto nas maternidades. Em 1982, ocorreu o primeiro encontro sobre alojamento conjunto, em Brasília, reunindo especialistas, pediatras, obstetras e administradores de maternidades de todo o Brasil. Desse encontro surgiu um documento com orientações à implantação no Brasil, da Iniciativa Hospital Amigo da Criança, que visava essencialmente a não separar o recém-nascido da mãe, durante a internação (BRASIL, 2000).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal (OMS, 1996). Tais recomendações basearam-se em revisão sistemática de estudos controlados e na aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências. Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal (Anexo I), assinalados pela OMS, norteiam os profissionais de saúde para conduzir o cuidado na gestação e no parto normal (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde, buscando uma assistência mais humanizada, instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da portaria GM n.º 569, cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério (BRASIL, 2000).

O PHPN tem como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa se fundamenta no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Dois aspectos são percebidos como fundamentais. O primeiro diz que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, em ambiente acolhedor e adotando condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo se refere à adoção de medidas e

procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento (OMS, 1996), evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000a).

O PHPN está estruturado na forma de componentes, cada um com objetivos bem específicos. O primeiro trata da assistência pré-natal; o segundo apresenta as questões relativas à organização, regulação e investimentos na assistência obstétrica e neonatal na área hospitalar, e o terceiro institui uma nova sistemática de pagamento da assistência ao parto. Essa estratégia visa, dentro de um projeto de aprimoramento da assistência obstétrica, a contemplar integralmente as instâncias da gestão indispensáveis para alcançar esses objetivos (BRASIL, 2000a).

Os princípios fundamentais que sustentam a proposta do PHPN são: **a)** toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; **b)** toda gestante tem direito ao acompanhamento de pré-natal; **c)** toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; **d)** todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal, realizada de forma humanizada e segura (BRASIL, 2000).

Mas a proposta de uma política de humanização no campo da saúde não pode ser considerada como composta de atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias, reveladoras de bondade, mas sim como um direito à saúde. Humanizar significa oferecer um atendimento de qualidade, utilizando-se as novas tecnologias, e o acolhimento amigável, melhorando os ambientes de cuidado e as condições de trabalho dos profissionais (BRASIL, 2004).

Na tentativa de humanizar o parto e o nascimento, muitos países desenvolvidos criaram salas de parto menos impessoais, menos tecnicistas e mais semelhantes ao ambiente domiciliar. Isso acarretou diminuição da taxa de traumatismo de períneo e maior satisfação materna (CASTRO, 2003). A possibilidade de ter um acompanhante de sua escolha também favorece a evolução do trabalho de parto e diminui a necessidade do uso de analgésicos e de outras intervenções (BRUGGEMANN, 2005).

Deslandes (2006) destacou a relação entre o profissional de saúde e o paciente, a formação do profissional, comunicação e qualidade da informação no trato terapêutico, relações hierárquicas e de poder para o cuidado, bem como fatores psicológicos e subjetivos envolvidos.

Deve-se compreender, sobretudo, que o nascimento não se resume simplesmente a uma “questão médica”. Deve ser parte integrante da vida sexual e emocional das mulheres. Assim, toda a equipe deve intervir o mínimo possível, incorporando, então, o papel de mera facilitadora (BOARETTI, 2003; MORAES, 2006).

No contexto da humanização, a assistência não pode ocorrer desvinculada da percepção da mulher como um ser completo, e das especificidades do momento do parto, que englobam ansiedade frente a uma experiência muito esperada e cercada pelo imprevisível e pelo medo do desconhecido. Com o passar dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer passou a ser visto como um evento ligado a doença, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência (CASTRO, 2009).

Evidenciando o medo dos procedimentos, a insegurança frente à equipe obstétrica de realizar o ato de “dar à luz”, e as mudanças corporais que o nascimento do bebê provocará, as mulheres descrevem o trabalho de parto como cercado pelo medo, solidão e dor (MCCALLUM 2006). Nesse contexto, em busca de um atendimento humanizado, melhorando a assistência, pensa-se poder contribuir efetivamente na transformação e melhoria na assistência à mulher no momento da parturição.

Ante o crescente número de gestantes adolescentes que vêm sendo atendidas no centro obstétrico do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG), na cidade do Rio Grande, percebeu-se a premente necessidade de avaliar o atendimento voltado às especificidades deste grupo, sob a ótica dessas próprias adolescentes.

É necessária a discussão desses aspectos entre autoridades de saúde e gestores para melhorar essa realidade, focando essa parcela da população, com necessidades tão específicas, em um momento tão singular de suas vidas. Dessa forma, práticas de assistência prestadas pelos

profissionais e pelas unidades de saúde poderão ser revistas, buscando atender o preconizado pelo MS, no PHPN, que vem oportunamente ao encontro dos anseios dessas adolescentes: um atendimento mais humano e menos impessoal (BRASIL, 2000).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar a percepção de adolescentes atendidas no centro obstétrico do HU-FURG sobre parto humanizado

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o conhecimento acerca do parto humanizado e seus direitos, frente ao preconizado pelo MS, por parte das adolescentes atendidas no centro obstétrico do HU-FURG;
- Identificar o que as adolescentes entendem como assistência ideal ao parto;
- Analisar a realização das condutas recomendadas pela OMS e MS em relação ao parto no centro obstétrico do HU-FURG.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 Delineamento do estudo

O estudo apresentado é um recorte de um estudo transversal multicêntrico¹ intitulado “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescente”, envolvendo a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), a Universidade Federal de Pelotas (UFPel) e a Faculdade Santa Clara (FASCLA), de Santa Maria. Esse estudo maior investigou a assistência ao parto de adolescentes nos três hospitais universitários, sob a ótica das adolescentes, seus familiares, trabalhadores dos centros obstétricos e gestores das três instituições envolvidas, tendo a coleta de dados ocorrido de julho de 2008 a outubro de 2009.

O presente estudo tem abordagem quantitativa e qualitativa, em uma tentativa de complementação de dados e achados, visando a uma interpretação o mais fidedigna possível dos dados obtidos junto às adolescentes que tiveram seus partos realizados pelo SUS no centro obstétrico do HU da FURG. Busca-se, assim, ter um olhar mais abrangente, conseguindo captar o máximo dos sujeitos estudados, contemplando vários aspectos e características, que possibilitem uma análise mais completa, visando a alcançar os objetivos. Quando usados de forma complementar, caminhos qualitativos e quantitativos são úteis para que a leitura da realidade seja a melhor possível.

Segundo Minayo (2004), as abordagens quanti-qualitativas já foram alvo de debates, mas cabem ainda novos olhares sobre o tema. É nas diferenças de cada tipo de pesquisa que elas se complementam. O estudo quantitativo fornece dados estatísticos, passíveis de serem medidos, e nos dá a extensão dos fenômenos e eventos aos quais os sujeitos estão expostos.

¹ Projeto de pesquisa “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”, financiado pelo CNPq, Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT- Saúde 22/2007 - Saúde da Mulher, Processo 551217/2007-3.

Já explorando o estudo qualitativamente, podemos ter a explicação aprofundada dos valores, crenças, sentimentos e hábitos sobre a saúde.

Quanto às características da amostragem, em estudos populacionais, segundo Gomes (2000), os métodos quantitativos são baseados nos pressupostos de que a investigação sobre um fenômeno em uma população X de indivíduos representa uma totalidade definida.

No método qualitativo, as pesquisas buscam fornecer uma visão de dentro do grupo pesquisado, uma visão que é o conhecimento próprio do indivíduo pertencente a uma determinada cultura, e expresso na lógica do seu conhecimento. As entrevistas foram utilizadas no intuito de investigar a percepção dos sujeitos do estudo acerca da temática escolhida e responder às questões de pesquisa, pensando na forma de materializar essas questões em resultados concretos. Segundo Minayo (2004), a discussão sobre os métodos quantitativos e qualitativos tem se desenvolvido de forma inadequada quando se refere à abordagem do social. Muitas vezes, dados que não podem ser medidos ou contidos em números são deixados de fora em detrimento de sua relevância, e também, às vezes, contempla-se somente o subjetivo e assim se omite a realidade estruturada. Essa discussão, na verdade, advém das diferentes formas de perceber a realidade social.

Após leitura acerca da abordagem dos dados, suas vantagens e desvantagens, foi observada a importância da qualificação dos dados obtidos por meio de processos quantitativos, em que se obtém uma análise mais aprofundada dos dados encontrados. Segundo Nietzsche e Leopardi (2002, p. 117), “com esse tipo de pesquisa, tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que a vivenciam”. Temos a possibilidade de diferentes interpretações advindas dos diversos olhares, podendo assim contribuir com a prática de trabalho desenvolvida no local de estudo, por meio de sugestões que viabilizem novas estratégias de trabalho.

3.2 Local do estudo

Este estudo foi desenvolvido no centro obstétrico do HU-FURG, um hospital público, que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o SUS. O HU-FURG tem como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão e se constitui em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

O HU-FURG é constituído com 190 leitos, distribuídos nas diferentes áreas: Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica, Maternidade, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, Serviço de Pronto Atendimento (SPA) e UTI Geral. Possui ainda Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, ambulatório com diversas especialidades, Ambulatório de Doenças Crônicas, Hospital-Dia para pacientes portadores de HIV, Centro Integrado de Diabetes (CID), Centro de Oftalmologia, Serviço Social e Serviço de Psicologia.

O centro obstétrico do HU-FURG, em funcionamento desde 1992, localiza-se no andar térreo deste hospital, ao lado do centro cirúrgico. Sua área física é composta por uma sala para consulta, uma sala para exame, uma sala de pré-parto com três leitos, uma sala de parto, uma sala para reanimação do recém-nascido, expurgo, banheiro e copa para uso dos funcionários, funcionando 24 horas/dia, de forma contínua.

A equipe profissional que atua nesse espaço de trabalho é composta por uma enfermeira e uma técnica/auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho, manhã e tarde. O turno da noite é realizado em esquema de 12/24 horas; e plantão médico 24 horas (um médico preceptor e um residente), formando uma equipe, composta por seis médicos preceptores e sete médicos residentes.

3.3 População

3.3.1 População-alvo

Puérperas adolescentes, entre 10 e 19 anos, que tiveram seu processo de parturição pelo SUS no centro obstétrico do HU- FURG.

3.3.2 População de pesquisa

Os sujeitos da pesquisa são todas as adolescentes que tiveram seus partos realizados pelo SUS no centro obstétrico do HU-FRUG, no período de julho de 2008 a outubro de 2009. A entrevista foi realizada na maternidade do hospital, nas primeiras 24 horas após o parto, de modo que foi obtido o relato da experiência o mais próximo possível da realização do parto, evitando viés de memória, mas ao mesmo tempo procurando que o depoimento não fosse influenciado pela alegria e emoção do nascimento ou pelo desgaste sofrido pela mãe.

3.4 Processo de amostragem

Todas as adolescentes atendidas pelo SUS que tiveram seu parto no centro obstétrico do HU-FURG, no período de julho de 2008 a outubro de 2009, considerando os critérios de inclusão e exclusão, foram convidadas a participar do estudo.

3.5 Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de inclusão:

Adolescentes, entre 10 e 19 anos, atendidas pelo SUS, que estiveram em trabalho de parto no centro obstétrico do HU-FURG no período do estudo, mesmo que tenham sido encaminhadas posteriormente para parto cesáreo.

Critérios de exclusão:

Pacientes com atendimento particular ou com convênio e partos com feto morto.

3.6 Coleta dos dados

O presente estudo trabalhou com o material obtido do banco de dados do estudo transversal multicêntrico mencionado anteriormente. As entrevistas individuais com as puérperas adolescentes foram realizadas por acadêmicas do curso de Enfermagem da FURG, previamente treinadas, as quais realizaram também a codificação e a transcrição das entrevistas (Apêndice I). As entrevistas foram realizadas individualmente, após a adolescente e seu responsável legal terem concordado com a participação no projeto de pesquisa e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

3.7 Variáveis pesquisadas

- Variáveis sociodemográficas da adolescente: idade, cor da pele, escolaridade, renda familiar e *per capita*, classe econômica e com quem a adolescente mora.
- Dados específicos do pré-natal e parto:
 - Realização de pré-natal pela adolescente;
 - Atendimento considerado ideal pela adolescente no centro obstétrico;
 - Recebimento de orientações a respeito do parto no centro obstétrico;
 - Respeito à privacidade no atendimento no centro obstétrico;
 - Avaliação do conhecimento de seus direitos como parturiente;
 - Identificação pela parturiente dos diversos profissionais da equipe do centro obstétrico;
 - Relação da adolescente com a equipe de trabalho no centro obstétrico;
 - Realização de tricotomia;

- Realização de enteroclisma;
- Alimentação no centro obstétrico;
- Higiene da paciente no centro obstétrico;
- Realização de episiotomia;
- Instalação de venóclise;
- Tipo de parto;
- Acompanhamento por familiares ou amigos de sua escolha;
- Ocorrência de ruptura das membranas;
- Orientações sobre o parto por parte da equipe;
- Realização de toque vaginal no centro obstétrico.

3.8 Considerações éticas

O projeto multicêntrico do qual se origina este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG (CEPAS/FURG) e aprovado por meio do parecer nº 31/2008 (Anexo II).

3.9 Estudo-piloto

Antes do início da coleta dos dados para o projeto multicêntrico, foi desenvolvido um estudo-piloto no centro obstétrico do HU-FURG, com 10 adolescentes, para testar os instrumentos de coleta dos dados, verificar a necessidade de possíveis adaptações e realizar o treinamento das entrevistadoras.

3.10 Processamento e análise dos dados

Após a codificação das variáveis, foi criado um banco de dados no programa Epi-Info versão 6.04 (*Center for Disease Control and Prevention, Atlanta, EUA*), sendo realizada dupla digitação, por digitadores independentes, em ordem inversa.

Na análise quantitativa dos dados foi utilizado o pacote Stata versão 10.0 (*StataCorp, College Station, EUA*). O nível de significância considerado nas análises foi de 5%. Inicialmente foi realizada a comparação da amostra estudada com as perdas ocorridas, seguida da descrição da amostra estudada e da análise bivariada. Usou-se o Teste Exato de Fisher para comparação das proporções das variáveis categóricas e o teste *t* para comparação das médias.

Os dados qualitativos exigiram abordagens distintas, como a análise temática, que foi realizada em co-relação com as orientações do MS acerca da proposta de parto humanizado. Para tanto, foi realizada a leitura repetitiva, organização e ordenação dos dados, de forma a buscar as regularidades em que se apresentaram os achados (MINAYO, 2004). Como forma de facilitar a visualização desses achados, os dados foram organizados em categorias e posteriormente agrupados por similaridade, em necessidades. Assim, foram analisados qualitativamente segundo o que é preconizado pela OMS, MS e descrito no PHPN, que enfatiza a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção.

A questão do questionário utilizada para a análise qualitativa é a de número quarenta (40) (Apêndice I), a qual foi analisada até o momento da saturação dos dados. Entende-se que a partir do relato das adolescentes sobre uma avaliação de qualidade, considerada por elas como ideal para ser desenvolvida no serviço, é possível construir a percepção destas sobre parto humanizado.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Ministério da Saúde. Governo Federal. Projeto de Intervenção para Melhorar a Assistência Obstétrica no Setor Suplementar de Saúde e para o Incentivo ao Parto Normal. (CFM) acesso em 08 jul. 2010.

BOARETTO MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília, 1990.

BRASIL. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto para Redução de Cesáreas. Portaria 466, de 14/06/2000, e Portaria 179, de 29/01/2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. Disponível em : <http://189.28.128.100/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379> Acesso em 25 out 2009.

BRASIL. 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. Brasília, 2004.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei n.8.069, de 13 de julho de1990). 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informações e Informática do Sistema do SUS. Indicadores e dados básicos. IDB. Brasília: 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2003/matriz.htm>. Acesso em: jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Síntese dos indicadores sociais 2004. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 2 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: ago. 2010.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2006. www.ipea.org.br Acesso em: ago. 2010.

BRASIL. DATASUS/SINASC. Sistema de Informações de Nascidos Vivos 2009. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>. Acesso em: ago. 2010.

BRUGGEMANN, Odaléa MS; PARPINELLI, Mary A; OSIS, Maria José D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, set. out. 2005.

CASTRO, Jamile Claro. Parto Humanizado na Percepção dos Profissionais de Saúde Envolvidos com a Assistência ao Parto. Ribeirão Preto, 2003. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CASTRO, Jamile Claro; CLAPIS, Maria José. Parto Humanizado na Percepção das Enfermeiras Obstétricas Envolvidas com a Assistência ao Parto. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 13(6): 960-967, nov.-dez. 2005.

DADOORIAN, D. A Gravidez desejada na adolescência, Arquivos Brasileiros de Psicologia, 50,3, 60-70, 1998.

D'ANDREA, Flávio Fortes. Desenvolvimento da personalidade: um enfoque psicodinâmico. 7. ed. São Paulo: Difel, 1986.

DESLANDES, Sueli Ferreira. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Gravidez na Adolescência – Manual de Orientação, 2000. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 02 out. 2009.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA – FEBRASGO. Saúde da Adolescente – Manual de Orientação, 2000. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br>. Acesso em 02 out. 2009.

FRIZZO, Giana Bitencourt; Kahl, Maria Luiza Furtado; Oliveira, Ebenézer fernandes. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v.36,n.1,pp.13-20,jan/abr.2005.

LOPES, Fabio Ancona; CAMPOS, Dioclécio Júnior. Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. [s. l.]: Manole, 2006. 2210 p.

MCCALLUM, Cecilia; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, July 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004. 269 p.

MORAES, J. F. et al. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. Saúde Rev., Piracicaba, 8 (19): 13-19, 2006. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M.T. Método científico. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) Metodologia da pesquisa na saúde. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

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

OSAVA, Ruth Hitomi. Assistência ao Parto no Brasil: o lugar dos não-médicos. São Paulo, 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

SILVA, Ana Paula Figueira et al.Os fatores emocionais gerados pela gravidez na adolescência.ConScientiae Saúde,2009;8(1);91-97

SOUSA, Lígia de et al. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v. 22, n. 6, dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-

UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: dez passos para o aleitamento materno. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm. Acesso em: jul. 2010.

ARTIGO 1

O artigo será submetido à Revista de Saúde Pública, cujas normas para publicação encontram-se no Anexo III.

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**EVALUATION OF ATTENTION HUMANIZADA TO THE CHILDBIRTH OF
ADOLESCENTS IN A UNIVERSITY HOSPITAL**

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção e o conhecimento das adolescentes, sobre parto humanizado e seus direitos, e analisar as condutas do parto de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde.

Métodos: O presente trabalho é um recorte de um estudo transversal multicêntrico que investigou a assistência ao parto de adolescentes, com abordagem quanti-qualitativa, realizado em julho de 2008 a outubro de 2009, através de entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas. Foi criado um banco de dados no programa EPI-INFO 6.0 e, para análise dos dados, utilizado o pacote STATA, versão 9.0.

Resultados: A média de idade das adolescentes foi de 17,4 anos, a maioria de cor branca e da classe C, sendo que 39% viviam somente com o companheiro. Sob o ponto de vista das adolescentes, o atendimento ideal no centro obstétrico associou-se significativamente à boa/ótima relação da equipe, ao respeito à privacidade e a intimidade e à instrução sobre formas de relaxamento. O trabalho da equipe influenciando positivamente o parto associou-se significativamente à boa/ótima relação da equipe, à instrução sobre formas de relaxamento e ao parto vaginal.

Conclusões: Algumas condutas de assistência ao parto precisam ser adequadas às recomendações de humanização do parto preconizadas pelo Ministério da Saúde. Aumentar a atenção, o diálogo e a maior participação da adolescente na tomada das decisões durante o processo de parturição são medidas fundamentais para alcançar essa meta. O nível socioeconômico é predominantemente baixo, o que, associado a fatores educacionais e comportamentais, aumenta os riscos de vulnerabilidade social. O respeito à intimidade e a privacidade, a orientação de técnicas de relaxamento, a realização de parto vaginal, somado ao bom relacionamento da equipe com os sujeitos, mostrou ser de extrema relevância para essas adolescentes.

Descritores: Adolescente. Parto humanizado. Gravidez na adolescência. Parto normal. Humanização da assistência.

ABSTRACT

Objective: To know the perception and the knowledge of the adolescents, on humanized childbirth and its rights, and analyze the management of delivery in accordance with the recommendations of the World Health Organization and the Ministry of Health

Methods: This study is a snip of a multicentric study investigating the delivery care of adolescents with quanti-qualitative approach, conducted in July 2008 to October 2009 through structured interviews recorded and transcribed. Created a database in EPI-INFO 6.0, and for data analysis, using the package STATA, version 9.0.

Results: The mean age of the adolescents was 17.4 years, mostly white and Class C, 39% lived only with their partner. From the point of view of teenagers, the ideal service to the obstetric ward was significantly associated with good / great team relationship, respect for privacy and intimacy and instruction on how to relax. The team's work positively influencing birth was significantly associated with good / great team relationship, education about ways of relaxation and vaginal delivery.

Conclusions: Some conduits for delivery care must be adequate to the recommendations of humanized childbirth established by the Ministry of Health. To increase attention, dialogue and greater participation of adolescents in making decisions during the delivery process are fundamental to achieving this goal . The predominantly low socioeconomic status, which, combined with educational and behavioral factors, increases the risk of vulnerability support. The respect to intimacy and privacy, the orientation of relaxation techniques, the achievement of vaginal delivery, coupled with good team relations with the subject, proved to be very important for these adolescents.

Key words: Adolescent. Humanization of childbirth. Teenage pregnancy. Natural childbirth, Humanization of birth care.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é uma situação de risco psicossocial que pode ser reconhecida como um problema para os jovens, que assim iniciam uma família não intencionada, sendo um período de transformação profunda no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo.¹⁰

As adolescentes merecem um olhar singular durante a assistência pré-natal, pois representam a categoria de mais baixa aderência ao serviço (menor número de consultas e maior índice de não-comparecimento).³

Dessa forma, torna-se claro que as adolescentes grávidas precisam de um olhar cuidadoso por parte das autoridades e gestores em saúde. O Ministério da Saúde (MS), buscando uma assistência mais humanizada, o que envolve um conjunto de práticas que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal, instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através da portaria GM nº 569.¹

O PHPN tem como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.¹ Fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O MS incorporou em seus manuais técnicos algumas recomendações que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal. Tais recomendações assentaram-se em revisão sistemática de

estudos controlados e na aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências.¹¹

Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, indicam que o cuidado na gestação e no parto normal deve contemplar as seguintes recomendações: 1. não ser medicalizado; 2. ser baseado no uso de tecnologia apropriada; 3. ser baseado em evidências; 4. ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência; 5. ser multidisciplinar e multiprofissional; 6. ser integral; 7. estar centrado nas famílias; 8. ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais; 9. compartilhar a tomada de decisão com as mulheres; 10. respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres. Tais recomendações estão sendo incorporadas nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitoração e avaliação da OMS.³

O presente estudo teve o objetivo de avaliar a realização das condutas recomendadas pela OMS/MS em relação ao parto normal, no centro obstétrico do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (HU-FURG) na cidade do Rio Grande/RS.

MÉTODOS

Esta pesquisa originou-se de um estudo transversal multicêntrico denominado “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”,² e foi desenvolvido no HU-FURG, um hospital público que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõe o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

² Estudo desenvolvido pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Faculdade Santa Clara (FASCLA), de Santa Maria, e financiado pelo CNPq, Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT – Saúde 22/2007 – Saúde da Mulher, Processo 551217/2007-3.

A amostra estudada constituiu-se de adolescentes, entre 10 e 19 anos, que tiveram seu processo de parturição pelo SUS no centro obstétrico do HU-FURG, no período de julho de 2008 a outubro de 2009. Nesse período foram realizados 2.034 partos pelo SUS, destes 360 (17,7%) eram de adolescentes. Dessas adolescentes, 65 (18,1) foram excluídas por não terem passado pelo centro obstétrico, indo direto ao bloco cirúrgico, ou por terem realizado internação particular ou convênio, e com feto morto. Ocorreram 26 perdas (8,8%), sendo 23 por recusa e três por não ter sido possível realizar a entrevista no hospital, totalizando 269 adolescentes na amostra estudada.

As adolescentes foram submetidas à entrevista individual semiestruturada, realizada na unidade de internação obstétrica, nas primeiras 24 horas após o parto, obtendo-se o relato da experiência do parto o mais próximo possível da sua realização, evitando viés de memória, mas ao mesmo tempo procurando que o depoimento não fosse influenciado pela alegria e emoção do nascimento, ou pelo desgaste sofrido pela paciente.

As entrevistas foram conduzidas por acadêmicas do curso de Enfermagem da FURG, previamente treinadas, as quais realizaram também a codificação e a transcrição das entrevistas. Foram pesquisados dados sociodemográficos, de acompanhamento do pré-natal, do atendimento no centro obstétrico, das normas e rotinas preconizadas para a Atenção Humanizada ao Parto, assim como a opinião das adolescentes sobre o que é considerada uma assistência ideal ao parto.

A avaliação da Atenção Humanizada ao Parto foi obtida através da análise das entrevistas realizadas com as adolescentes, identificando as condutas e rotinas adotadas no centro obstétrico e comparando-as com o preconizado pelo MS e OMS para a humanização do parto.

Antes do início da coleta de dados foi desenvolvido um estudo piloto. As adolescentes e seus representantes legais foram esclarecidos sobre a pesquisa e, estando de acordo, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O estudo multicêntrico do qual se origina este estudo foi aprovado pelo parecer n.º 31/2008, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da FURG.

Após a codificação das variáveis, foi criado um banco de dados no programa Epi-Info versão 6.04 (*Center for Disease Control and Prevention*, Atlanta, EUA), sendo realizada dupla digitação, por digitadores independentes, em ordem inversa. Para análise estatística, foi utilizado o pacote Stata versão 10.0 (*StataCorp*, College Station, EUA). Inicialmente foi realizada a comparação da amostra estudada com as perdas ocorridas e após, descrição da amostra estudada e análise bivariada. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher para comparação das proporções das variáveis categóricas e o teste *t* para comparação das médias. O nível de significância estatística considerado nas análises foi de 5%.

RESULTADOS

As características sociodemográficas da amostra estudada estão descritas na Tabela 1. A média de idade foi 17,4 anos, variando de 12 a 19 anos. A maioria era de cor branca (59,4%), com escolaridade entre cinco e oito anos (59,1%), e da classe econômica C (62,7%). Quanto ao suporte familiar, 38,8% das adolescentes viviam só com o companheiro, 27,3% moravam com o companheiro e com a família de uma das partes e 26,5% moravam com a família sem a presença do companheiro.

O acompanhamento pré-natal foi realizado por 260 adolescentes (96,6%), sendo que 180 (66,9%) realizaram seis ou mais consultas. Durante esse acompanhamento

pré-natal, 155 adolescentes (58%) relataram ter recebido orientações relacionadas ao parto.

Houve diferença estatisticamente significativa ($p=0,01$) entre a média de idade da amostra estudada (17,4 anos) e das perdas ocorridas (16,5 anos). Não houve diferença entre esses dois grupos quanto à realização de pré-natal ($p=0,08$) e tipo de parto ($p=1,00$).

As adolescentes na sua maioria eram primigestas (89,2%), mas 26 (9,7%) haviam engravidado pela segunda vez, e três (1,1%) pela terceira vez. Menos da metade (43,9%) das adolescentes utilizava algum método contraceptivo e 70% relataram não ter planejado a gravidez.

Apenas 15 adolescentes (5,6%) tiveram o acompanhamento de algum familiar ou amigo no centro obstétrico. Quando foi perguntado se conheciam seus direitos durante a sua permanência no centro obstétrico, 18 (6,7%) afirmaram conhecer e que sabiam ter o direito de contar com a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto.

Um número expressivo de adolescentes, 228 (84,7%), afirmou que identificaram as pessoas que lhe prestaram atendimento no centro obstétrico.

De acordo com 226 adolescentes (84%), a privacidade e a intimidade durante a permanência no centro obstétrico foram respeitadas.

Em relação aos procedimentos e rotinas realizados pela equipe no atendimento ao parto, a tricotomia foi realizada em 88 pacientes (32,8%); destas, 76 (87,4%) não foram questionadas se queriam ou não realizá-la. As demais pacientes já haviam realizado a tricotomia em casa.

Enterocisma foi realizado por 36 (13,7%) parturientes, sendo perguntado para nove (25%) se estavam de acordo com esse procedimento.

A alimentação no centro obstétrico foi permitida para 34 adolescentes (12,6%) e 104 (39%) gestantes tomaram banho ou realizaram higienização.

No centro obstétrico foram oferecidas orientações sobre o parto (como este iria acontecer, os períodos de dilatação, e o que elas poderiam fazer para colaborar) para 57 (37,3%) adolescentes. Orientações sobre formas de relaxamento a realizar na sala de pré-parto (técnicas de respiração, manter a posição de decúbito lateral esquerdo, tomar banho morno e fazer força no momento certo do parto) foram oferecidas para 152 (56%) adolescentes.

O parto vaginal foi realizado por 158 pacientes (58,7%); destas, 146 (92,4%) relataram que este foi o parto desejado por elas. A posição litotômica foi adotada em 99% dos casos e a episiotomia realizada em 147 (89,6%) pacientes. Destas, 105 (71,5%) relataram que não foram informadas de que o procedimento seria realizado. Entre as 111 (41,3%) adolescentes que realizaram parto cesáreo, 68 (61,3%) não desejavam esse tipo de parto.

A soroterapia foi instalada em 245 pacientes (91,8%); houve intervenção de um profissional da equipe para o rompimento das membranas amnióticas em 127 casos (49%).

O toque vaginal foi realizado por mais de um examinador em 175 (69,4%) pacientes; foi realizado de três a seis vezes em 123 pacientes (45,7%) e sete ou mais vezes em 66 pacientes (24,5%).

Das 269 adolescentes, 173 (64,3%) receberam o bebê logo que ele nasceu; destas, 61,2% relataram que eles mamaram enquanto estavam no centro obstétrico ou na sala de recuperação do parto cesáreo. A primeira mamada ocorreu antes de uma hora de vida para 145 bebês (89%).

A relação da equipe com as adolescentes e seus familiares foi considerada ótima/boa por 218 pacientes (81%) e regular ou ruim por 36 (13,5%) e 15 (5,5%), respectivamente.

Em relação à assistência recebida no centro obstétrico, 166 adolescentes (65,1%) afirmaram ter recebido uma assistência ideal. Entre essas adolescentes, os fatores que se associaram significativamente a essa opinião foram a boa/ótima relação da equipe com a adolescente e seus familiares, o respeito à privacidade e à intimidade durante o tempo de permanência no centro obstétrico e a instrução recebida sobre formas de relaxamento na sala de pré-parto (Tabela 2). Entre as adolescentes (34,9%) que afirmaram que a assistência não foi ideal, os motivos mais citados foram: falta de atenção, solidão, dor, medo, impaciência da equipe e demora no atendimento.

O trabalho desenvolvido pela equipe, na opinião de 206 adolescentes (79,5%), influenciou positivamente no parto. Os fatores significativamente associados a essa opinião foram: a boa/ótima relação da equipe com a adolescente e seus familiares; a adolescente ter sido instruída sobre formas de relaxamento na sala de pré-parto, e a realização do parto vaginal (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Avaliar a Atenção Humanizada ao Parto pela perspectiva do usuário permitiu não somente avaliar as condutas e rotinas adotadas no serviço e compará-las com o preconizado pelo PHPN, mas também refletir sobre as relações interpessoais na assistência e no processo de cuidar. Os resultados obtidos indicam que as puérperas adolescentes pouco conhecem os seus direitos e as relações interpessoais envolvendo

toda a equipe envolvida no processo de parturição é algo valorizado por essas adolescentes nesse momento de suas vidas.

Um dos aspectos mais evocados em busca da humanização do parto é a participação e o envolvimento da família nesse processo¹. A facilitação do acesso de um familiar de escolha da gestante ou do marido são elementos decisivos para o melhor prognóstico e andamento do parto, e está garantida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente⁵. Porém essa prática não vem sendo seguida pelo serviço em estudo, onde foi reduzido o índice de adolescentes que puderam contar com um acompanhante.

Salienta-se que o centro obstétrico da instituição em que foi desenvolvido este estudo apresenta uma área física pequena, com uma sala de pré-parto coletiva que tem apenas cortinas como recurso para preservar a privacidade das parturientes. Esse pode ser um fator dificultador para a garantia do direito ao acompanhante.

Apesar das limitações do espaço físico, a quase totalidade das adolescentes relatou ter tido sua intimidade e privacidade respeitadas, e conseguiu identificar os membros da equipe multidisciplinar por ocasião do atendimento prestado, o que demonstra a cordialidade e a comunicação entre as adolescentes e a equipe.

O baixo percentual de realização do enterocлизма mostra que esta é uma prática em desuso, o que está de acordo com as orientações do MS. A prática da tricotomia antes do parto foi amplamente usada, e os achados mostram também que essa prática parece já fazer parte da cultura das mulheres, pois mais da metade das pacientes já chegaram ao serviço tricotomizadas. Outros estudos também confirmam o alto uso dessa prática.^{8,16}

A prática do jejum para as horas que antecedem o parto é rotina na instituição, mas, sabendo-se que a maioria das gestantes está em sua primeira gravidez, que o trabalho de parto pode levar em média 12 horas e que o gasto de energia é grande,

esse jejum pode aumentar ainda mais o desconforto, podendo reduzir os níveis de glicemia e, dessa forma, acarretar riscos para o feto. Assim, a prática recomendada pelo MS é de avaliar a conduta com cautela e, para as gestantes de baixo risco, oferecer alimentos leves e líquidos durante a fase ativa do trabalho de parto.³

Quanto às medidas de conforto e higiene, observa-se que há um longo caminho a percorrer até que estas se tornem rotineiras a todos os atendimentos, pois o centro obstétrico tem um banheiro para atender as pacientes internadas e toda a demanda de consultas. Durante o trabalho de parto, pela excessiva secreção vaginal, sangramento, perda de líquido amniótico e sudorese, a higiene da parturiente deve ser muito estimulada, e essas medidas estão ligadas ao alívio e controle da dor por meios não farmacológicos, como o banho de chuveiro e a deambulação.²

O tipo de parto predominante foi o vaginal, o que, segundo quase a totalidade das adolescentes que o realizaram, foi o tipo de parto desejado, o que difere daquelas submetidas à cesárea, as quais relataram de forma expressiva não ser o que esperavam. Resultado semelhante foi encontrado por Bruzadeli,⁶ em estudo de caso controle com mulheres adolescentes e adultas.

A episiotomia foi amplamente realizada. Segundo o MS, essa prática é considerada prejudicial e ineficaz, sendo indicada somente em 10% a 15% dos casos.² Sendo um procedimento cirúrgico, envolve riscos e pode trazer inúmeras complicações para a recuperação do pós-parto.¹⁵

Outra prática amplamente utilizada foi a soroterapia, o que não é recomendado, pois impede e limita os movimentos da puérpera e, por ser uma prática invasiva, pode representar riscos de infecção e traumas, além de aumentar a sensação de dor¹², assim como a rotura artificial das membranas amnióticas, técnica usada com frequência para acelerar o trabalho de parto, o que aumenta o risco de infecção

puerperal e de acidentes com o cordão, e não há evidências de que seja de fato benéfica.²

O toque vaginal foi realizado com frequência e de forma expressiva por mais de um examinador, o que torna importante contextualizar, que o local da pesquisa onde foram realizadas as entrevistas, é um hospital universitário, apresentando a presença contínua de acadêmicos que se encontram em seu processo de ensino-aprendizagem. Não foi identificado em que momento do trabalho de parto ocorreu, mas destaca-se que os toques vaginais subsequentes ao do diagnóstico devem ser feitos somente quando a gestante estiver na fase ativa do trabalho de parto, e evitado em presença de rotura de membranas, pois os riscos de infecção aumentam.²

O incentivo ao contato precoce mãe/bebê e à amamentação ocorreu para a maioria dos binômios, possibilitando o fortalecimento do vínculo e o estímulo precoce ao aleitamento materno, conforme o preconizado pelo MS.² Ainda assim, devem ser adotadas estratégias para que esse incentivo atinja a totalidade das pacientes.

A qualidade da relação com a equipe, o respeito à privacidade e à intimidade e o oferecimento de instruções de relaxamento para o parto estarem associados com o atendimento considerado ideal pelas adolescentes, provavelmente indicam o quanto a qualidade das relações humanas é importante para essas jovens, tornando-se condutas relevantes para o atendimento humanizado.

O fato de que a realização do parto vaginal, a relação da equipe e o oferecimento de instruções sobre formas de relaxamento revelaram associação significativa com a influência positiva da equipe no trabalho de parto das adolescentes, vem ao encontro do preconizado pelo MS, que prioriza o parto vaginal e as relações de acolhimento e respeito às mulheres, em busca do ideário de humanização.

Outros estudos também identificam que a comunicação, a troca de informações e a orientação às mulheres, assim como a interação com a equipe associam-se com a satisfação da assistência recebida no atendimento ao parto.¹⁴

Os motivos citados pelas adolescentes que afirmaram não ter recebido uma assistência ideal são semelhantes aos encontrados por Rodrigues,¹⁴ em estudo realizado em uma maternidade em São Paulo, sobre as dores e temores do parto, em que se destacou a relevância das relações interpessoais e seus efeitos favoráveis sobre o estresse materno, em meio ao aparato de procedimentos e técnicas, e a qualidade dessas relações configurou-se como recurso equivalente aos prescritos.

A escolaridade das adolescentes, de até oito anos, e a média de idade encontrada no estudo mostram semelhança com os dados encontrados por Persona¹³ e por Chalem⁷ com adolescentes grávidas em São Paulo.

Menos da metade das adolescentes utilizavam algum método contraceptivo, o que pode indicar também baixa proteção contra doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Alguns estudos indicam que nem mesmo com o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o comportamento sexual sofreu alterações quanto ao uso de preservativos na prevenção das DSTs, como o estudo realizado por Chalem⁷, na periferia de São Paulo, em que 80,3% dos adolescentes disseram nunca ter usado preservativos, e o estudo realizado por Persona¹³ em que a pílula anticoncepcional foi utilizada por 55% das adolescentes, porém só 27,78% relataram ter usado preservativo.

A recorrência de gravidez na adolescência também tem sido descrita em outros estudos, como o realizado por Maia¹¹ em Recife-PE, sobre vias de parto em adolescentes, segundo o qual 20,9% das adolescentes estavam no segundo parto; Takiuki¹⁸ verificou 16% de adolescentes na segunda gravidez em investigação

realizada na Casa do Adolescente em Pinheiros/SP-SP, e 15% no Centro de Atendimento ao Adolescente de Jacareí-SP.

Achados como esses indicam a necessidade de políticas públicas de orientação, esclarecimento e prevenção, antes do início da atividade sexual. Os jovens têm pouco acesso a orientações sobre planejamento familiar, sendo sua fonte de saber oriunda de amigos e colegas, que por sua vez também não tiveram acesso à educação sobre sexualidade, o que acarreta informações equivocadas, muitos mitos e tabus formando um ciclo vicioso de desinformação.¹⁴

Nem todas as adolescentes que realizaram o pré-natal fizeram seis ou mais consultas, o que pode indicar início tardio do acompanhamento ou o não comparecimento a todas as consultas. Resultado semelhante foi encontrado por Chalem⁷, em que 90% das adolescentes realizaram pré-natal, mas somente 65% realizaram seis ou mais consultas, tendo sido o esquecimento apontado como o principal motivo para essa diferença.

Gonçalves CV et al, em um estudo de base populacional realizado em Rio Grande no ano de 2007, encontrou cobertura de pré-natal de 96%, com uma média de 7,4 consultas e média de idade das gestantes de 25,6 anos, onde as adolescentes (19 anos ou menos) totalizaram 20,2% do total dos atendimentos.⁹

O manual técnico do pré-natal e puerpério do MS³ recomenda o início do acompanhamento pré-natal precocemente, ou seja, no primeiro trimestre gestacional, e com no mínimo seis consultas. Spindola¹⁷ encontrou adesão tardia das mães adolescentes ao pré-natal (70,5%) com até seis consultas e observou também que aspectos como aceitação da gestação, apoio e o relacionamento familiar podem estar relacionados à procura tardia do pré-natal pelas adolescentes.

Pouco mais da metade das adolescentes receberam orientações relacionadas ao parto durante o acompanhamento pré-natal, conduta que deveria abranger a

totalidade das pacientes que o realiza, pois esse pode ser o momento ideal para que dúvidas e inseguranças acerca da evolução do parto possam ser esclarecidas e trabalhadas, até mesmo com o apoio de uma equipe multiprofissional.

Cabe ressaltar que a média de idade das adolescentes da amostra estudada foi maior que a média de idade das perdas, porém essa diferença foi menor que um ano e ao ser comparado, na amostra estudada os resultados obtidos entre as adolescentes com média de idade igual as das perdas com as com média de idade maior, não houve diferenças significativas, provavelmente indicando que a idade não é um fator associado aos desfechos estudados.

CONCLUSÃO

Muitas condutas recomendadas pelo MS para o parto humanizado são realizadas, como o contato precoce entre mãe e filho, amamentação ainda na primeira hora, o respeito à privacidade e a intimidade, a boa relação da equipe de saúde com as parturientes adolescentes e seus familiares, o estímulo as formas de relaxamento e as orientações ao parto.

Porém, as demais condutas preconizadas ainda não foram incorporadas ao serviço, cabendo aos gestores e à equipe de atendimento ao parto implementar ações que possibilitem atingir o que é preconizado para a o parto humanizado. As propostas de humanização do parto abrem a possibilidade de se criar novas maneiras de vivenciar a maternidade, recuperando o protagonismo da mulher. Com o esforço de todas as partes envolvidas, será possível retomar o parto como um acontecimento mais humano e familiar.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Portaria GM/MS n. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília; 2000.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
4. Brasil. DATASUS/SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos; 2009. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sinasc.htm>. Acesso em: 12 abr. 2010.
5. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília; 1990.
6. Bruzadeli DS, Tavares BB. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea entre puérperas adolescentes e adultas. Rev. Eletr. Enf. 2010;12(1):150-7.
7. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Carvalho MMB, Laranjeira RGR. Gravidez na Adolescência: perfil sociodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública; 2007 [periódico na Internet].
8. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Ângulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC, Hartz Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. Rev Saúde Pública 2005;39(4): 646-54.
9. Gonçalves CV et al. Qualidade e Equidade na Assistência à Gestante. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(11):2507-2516, nov, 2009.
10. Gurgel MGI et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Esc. Anna Nery 2008;12 (4): 800-6.
11. Maia VOA et al. Via de parto em gestações sucessivas em adolescentes: estudo de casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2004;26 (9): 703-7.
12. Organização Mundial da Saúde – OMS. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra; 1996. 53 p.
13. Persona L, Shimo AKK, Tarallo MC (2004). Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. Rev. Latino-Americana de Enfermagem 2004;12 (5): 745-50.
14. Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2008;8(2) Recife.

15. Romero KT, Medeiros EHGR, Vitalle MSAS, Wehba JO. Conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. Rev. Assoc. Méd. Bras. 2007;53 (1):14-7.
16. Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. Rev Esc Enferm USP 2007;41(1): 82-9.
17. Spindola AT, Silva LFF. Perfil Epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um Hospital Universitário - Esc Anna Nery Rev Enferm 2009;13 (1): 99-107.
18. Takiuki AD. Projeto de intervenção da segunda gestação na adolescência no Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Programa de Saúde do Adolescente; 2004.

Tabela 1. Descrição da amostra de acordo com características demográficas e socioeconômicas (N=269). Rio Grande, RS, 2009.

Característica	Frequência	Percentual
IDADE		
12	1	0,4
14	12	4,5
15	20	7,4
16	46	17,1
17	40	14,9
18	75	27,9
19	75	27,9
COR DA PELE		
Branca	160	59,4
Morena	83	30,9
Preta	26	9,7
ESCOLARIDADE (anos)		
0 a 4	29	10,8
5 a 8	159	59,1
≥9	81	30,1
COM QUEM MORA		
Mãe e/ou pai com marido/companheiro	35	13,1
Mãe e/ou pai sem marido/companheiro	71	26,5
Só com companheiro	104	38,8
Companheiro e sua família	38	14,2
Outro	19	7,4
CLASSE ECONÔMICA		
A	2	0,8
B	56	21,3
C	165	62,7
D	34	12,9
E	6	2,3

Tabela 2. Fatores associados ao atendimento considerado ideal ao parto no centro obstétrico, de acordo com as adolescentes. (N=166). Rio Grande, RS, 2008-2009

Variável	%	Valor-p*
Idade		0,19
12-15	71,3	
16-17	57,3	
18-19	68,1	
Classe econômica		0,67
A/B	67,9	
C	65,4	
D/E	58,8	
Recebeu orientações sobre o parto		0,35
Não	61,8	
Sim	67,6	
Sabia os direitos da parturiente		0,80
Não	65,4	
Sim	61,1	
Relação da equipe com a adolescente e seus familiares		<0,001
Ruim/regular	18,4	
Boa	73,1	
Muito boa/ótima	82,4	
Privacidade e intimidade foram respeitadas durante o tempo em que permaneceu no centro obstétrico		<0,001
Não	28,6	
Em parte	42,9	
Sim	70,9	
Instrução sobre formas de relaxamento a serem utilizadas na sala de pré-parto		0,01
Não	55,1	
Sim	72,3	
Alimentação durante permanência no centro obstétrico		1,00
Não	65,0	

Sim	65,6	
Banho ou higienização no centro obstétrico		0,14
Não	68,6	
Sim	59,2	
Tipo de parto		0,29
Vaginal	68,0	
Cesáreo	61,0	
Toque vaginal foi feito por mais de um examinador		0,78
Não	65,8	
Sim	63,7	
Foi feita episiotomia no parto		0,59
Não	76,5	
Sim	67,1	
Teve acompanhamento de familiares ou amigos no centro obstétrico		1,00
Não	65,0	
Sim	66,7	
Identificou as pessoas que prestaram atendimento		0,53
Não	72,7	
Sim	63,3	
Não sabe	80,0	
Recebeu o bebê assim que nasceu		0,59
Não	67,4	
Sim	63,9	
Bebê mamou no centro obstétrico ou sala de recuperação		0,68
Não	67,0	
Sim	63,8	

* Teste exato de Fisher.

Tabela 3. Fatores associados ao fato das adolescentes considerarem que o trabalho desenvolvido pela equipe influenciou no parto. (N=206). Rio Grande, RS, 2008-2009

Variável	%	Valor-p*
Idade		0,47
12-15	87,9	
16-17	79,3	
18-19	77,8	
Classe econômica		0,23
A/B	77,6	
C	82,3	
D/E	70,3	
Recebeu orientações sobre o parto		1,00
Não	79,1	
Sim	79,6	
Sabia os direitos da parturiente		0,38
Não	80,1	
Sim	72,2	
Relação da equipe com a adolescente e seus familiares		0,003
Ruim/regular	60,4	
Boa	83,2	
Muito boa/ótima	84,6	
Privacidade e intimidade foram respeitadas durante o tempo em que permaneceu no centro obstétrico		0,14
Não	65,0	
Em parte	73,7	
Sim	81,4	
Instrução sobre formas de relaxamento a serem utilizadas na sala de pré-parto		0,01
Não	72,1	
Sim	85,1	
Alimentação durante permanência no centro obstétrico		0,64
Não	80,1	

Sim	75,6	
Banho ou higienização no centro obstétrico		0,64
Não	78,3	
Sim	81,2	
Tipo de parto		0,01
Vaginal	85,1	
Cesáreo	71,4	
Toque vaginal foi feito por mais de um examinador		0,86
Não	82,3	
Sim	80,4	
Foi feita episiotomia no parto		0,73
Não	82,4	
Sim	84,7	
Teve acompanhamento de familiares ou amigos no centro obstétrico		0,52
Não	79,9	
Sim	73,3	
Identificou as pessoas que prestaram atendimento		0,50
Não	80,6	
Sim	79,8	
Não sabe	60,0	
Recebeu o bebê assim que nasceu		0,26
Não	75,3	
Sim	81,8	
Bebê mamou no centro obstétrico ou sala de recuperação		0,63
Não	75,6	
Sim	80,6	

* Teste exato de Fisher.

ARTIGO 2

O artigo será submetido à Revista da Escola de Enfermagem–USP, cujas normas para publicação encontram-se no Anexo IV.

PARTO DE ADOLESCENTES: ELEMENTOS QUALITATIVOS DA ASSISTÊNCIA

DELIVERY OF ADOLESCENTS: QUALITATIVE ELEMENTS OF CARE

PARTO DE ADOLESCENTES: ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA ATENCIÓN

RESUMO: O estudo buscou entender o que as adolescentes entendem como uma adequada assistência ao parto, a partir do relato de sua própria experiência. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual com as adolescentes que tiveram seu parto em um hospital universitário do sul do Brasil, entre junho de 2008 e outubro de 2009. Foi efetuada uma análise temática, que se baseou nas preconizações do Ministério da Saúde sobre parto humanizado. Despontaram núcleos temáticos relacionados à necessidade de atenção, de orientação e de respeito. A atenção apareceu como elemento significativo e primordial, caracterizada pela compreensão, diálogo e participação ativa no processo de parir, assinalada pelo pronto atendimento às solicitações, compreensão pelo fato de desconhecerem as rotinas e procedimentos, interação com a equipe, sem ser simplesmente visualizadas como sujeitos passivos.

Palavras-chave: parto; adolescente; parto humanizado; enfermagem.

ABSTRACT: The study sought to understand what adolescents perceive as an adequate delivery assistance from the account of his own experience. Data were collected through individual interviews with adolescents who had their birth in a university hospital in southern Brazil, between June 2008 and October 2009. A thematic analysis was performed, which was based on preconizations the Ministry of Health on humanizing delivery. Core themes emerged related to the need for attention, guidance and respect. The attention appeared as significant and essential element, characterized by understanding, dialogue and active participation in the process of giving birth, as indicated by the prompt attention to requests, comprehension because of unfamiliarity with the routines and procedures, interaction with the team, not simply be viewed as subjects liabilities.

Key words: delivery; adolescent; humanizing delivery; nursing.

RESUMEN: El estudio trata de comprender lo que las adolescentes perciben como una asistencia adecuada en el parto a partir de su propia experiencia. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas individuales con las adolescentes que tuvieron su parto en un hospital universitario en el sur de Brasil, entre junio de 2008 y octubre de 2009. Un análisis temático se llevó a cabo, se basando en preconizaciones del Ministerio de Salud sobre la humanización del parto. Los temas centrales surgieron relacionados con la necesidad de atención, orientación y respeto. La atención que apareció como elemento importante y esencial, que se caracteriza por la comprensión, el diálogo y la participación activa en el proceso de dar a luz, según lo indicado por la pronta atención a las solicitudes, la comprensión, debido a la falta de familiaridad con las rutinas y procedimientos, la interacción con el equipo, no sólo ser vistos como sujetos pasivos.

Palabras-clave: parto; adolescente; parto humanizado; enfermería.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS), no Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), conceitua adolescência como um período de vida caracterizado por crescimento e desenvolvimento, manifestando-se por mudanças anatômicas, fisiológicas e psicossociais, delimitado pela faixa etária compreendida entre 10 e 19 anos. Adotar um critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, na elaboração de estratégias de políticas de desenvolvimento coletivo e a programação de serviços sociais e de saúde pública⁽¹⁾.

Com a iniciação sexual cada vez mais precoce e, não raro, sob condições sociais bastante desfavoráveis, a sexualidade vivenciada, muitas vezes, é acompanhada de uma gravidez. São muitas as causas relacionadas à frequência da gravidez na adolescência, despontando como as mais discutidas na literatura: maturação sexual precoce; início da vida sexual mais cedo; pouco conhecimento do uso de métodos contraceptivos; retardo da idade ao casamento; fragilidade da tutela familiar, e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida⁽²⁾.

Um grande número de adolescentes tem vivenciado um processo gestacional, o que pode ser visualizado por meio dos dados referidos pelo MS do ano de 2005, em que 21,8% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) foram de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos⁽¹⁾, e a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 nas classes econômicas mais baixas⁽³⁾. Focalizando o município do Rio Grande, dados de 2007 mostram a ocorrência de 2.584 nascimentos por parto hospitalar, sendo 506 desses partos (19,9 %) de mulheres com menos de 20 anos. A média se manteve em 2008, com o número de 2.506 nascimentos, sendo 20,2% (516) de mulheres com idade entre 10 e 19 anos⁽⁴⁾.

A partir dessas considerações, percebe-se a importância de serem estabelecidas políticas públicas direcionadas para essa clientela, no intuito de proporcionar uma assistência contextualizada, de qualidade e baseada nos princípios da humanização da atenção.

Buscando uma assistência mais humanizada no atendimento obstétrico e neonatal, o Ministério da Saúde (MS), no ano de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), cujo objetivo foi assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério. O enfoque principal desse documento é a mulher e o resgate da dignidade durante o processo parturitivo, buscando consolidar a transformação da atenção prestada durante a gestação, o parto e o puerpério⁽⁵⁾.

A implantação do PHPN pode ser considerada como um marco, um divisor de águas, pois permitiu o diálogo sobre a mudança de condutas e de procedimentos adotados nos serviços, uma vez que o programa prioriza o parto vaginal, a não-medicalização do parto e a redução de intervenções cirúrgicas. O programa adota uma postura crítica em relação aos procedimentos que levam à despersonalização da mulher e a realização de cesáreas desnecessárias, e incentiva o processo de parto ativo como um acontecimento fisiológico⁽⁶⁾.

Apesar de o PHPN ser uma política de atenção que se mostra promissora no sentido de qualificação da assistência ao pré-natal e parto, não considera as especificidades da parturiente adolescente. Ao buscar estudos desenvolvidos diretamente com essa clientela, percebe-se uma lacuna, uma vez que não são muitos os autores que discutem essa questão.

Um dos estudos encontrados que tentou compreender o significado do parto humanizado para as adolescentes, evidenciou quão importante é agir com respeito e dignidade para com o outro⁽⁷⁾. Salienta-se o papel da equipe nesse processo, inclusive na busca pela diminuição de normas e rotinas, que, segundo os autores, são encontradas em demasia nas instituições de saúde.

Em outra investigação, que teve como objetivo compreender a vivência da adolescente primípara frente ao parto, os depoimentos demonstram que o ambiente estranho das salas de pré-parto e parto intensifica os sentimentos de solidão e o medo da dor⁽⁸⁾. Argumentam que há um distanciamento entre o profissional e a adolescente, no sentido de compreender o significado desse tipo de vivência, valorizando aspectos técnicos em detrimento da relação com o sujeito.

Levando-se em conta as peculiaridades inerentes a essa categoria, somadas à realidade encontrada no município do Rio Grande, para que as adolescentes possam vivenciar uma maternidade segura, tendo seus direitos assegurados por políticas de saúde, é que se busca, neste estudo, entender o que as adolescentes entendem como uma adequada assistência ao parto, a partir do relato de sua própria experiência.

METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte do banco de dados da macropesquisa multicêntrica intitulada “Atenção Humanizada ao Parto de Adolescentes”³, envolvendo a Universidade Federal do Rio Grande (FURG), a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e a Faculdade Santa Clara

³ Pesquisa financiada pelo CNPq, por meio do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT- Saúde 22/2007 - Saúde da Mulher. Processo 551217/2007-3. Este estudo multicêntrico tem como objetivo geral analisar a concepção de puérperas adolescentes sobre a humanização da assistência ao parto e puerpério imediato.

de Santa Maria (FASCLA). A macropesquisa apresenta abordagem quanti-qualitativa e investiga a assistência ao parto de adolescentes nos Hospitais Universitários (HU) dessas instituições, com coleta de dados realizada de junho de 2008 a outubro de 2009.

O banco de dados é composto das entrevistas semiestruturadas, realizadas com as adolescentes que foram assistidas em trabalho de parto no CO, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com os familiares ou acompanhantes que se encontravam presentes aguardando o término do processo de nascimento, com os trabalhadores da saúde atuantes nos COs, com os gestores e, também, dos dados coletados por intermédio da pesquisa nos prontuários das adolescentes assistidas. Salienta-se que foram excluídas as adolescentes que, na finalização do trabalho de parto, originaram fetos mortos, de modo a preservar sua integridade emocional.

O presente estudo faz uma abordagem qualitativa e utiliza unicamente os dados coletados a partir das entrevistas com as adolescentes que tiveram seus partos realizados no CO do HU da FURG, em um total de 269 entrevistas. Foi efetuada a leitura de todas as entrevistas que compunham o banco de dados, e buscada a regularidade das respostas, de forma a reproduzir o mais fielmente possível a população de adolescentes grávidas frente à problemática abordada.

Foi formulada a seguinte questão do instrumento de pesquisa: O que você considera como uma assistência ideal, de qualidade, para os momentos que uma gestante permanece no CO? Entende-se que, a partir do relato das mulheres, sujeitos do cuidado, sobre a forma como gostariam de ser tratadas nesse espaço assistencial, é possível refletir sobre a concepção que estas apresentam acerca de humanização do parto.

A macropesquisa à qual o presente estudo está vinculado obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS), sob o número 31/2008. A adolescente e seu responsável legal foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, que teriam seus nomes preservados e poderiam desistir a qualquer momento da participação. Após, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a análise temática, seguindo as etapas sugeridas de leitura repetitiva, organização e ordenação dos dados, de forma a buscar as regularidades em que se apresentaram os achados⁽⁹⁾. Como forma de facilitar a visualização desses achados, os dados que apresentaram maior número de repetição foram organizados em categorias e, posteriormente, agrupados por similaridade, nos seguintes núcleos temáticos: necessidade de atenção, necessidade de orientação e necessidade de respeito. Assim, a análise processou-se de acordo com as determinações preconizadas pelo MS e descritas no PHPN, que enfatiza a

afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção.

RESULTADOS

Antes de iniciar a apresentação dos núcleos temáticos elencados, optou-se por dar visibilidade às categorias que sobressaíram por meio da leitura dos depoimentos, as quais estão dispostas na Tabela 1.

Tabela 1 – Relação das categorias de qualidade na assistência ao parto

CATEGORIAS	NÚMERO ABSOLUTO	NÚMERO PERCENTUAL
Atenção	71	26,4 %
Acompanhante	34	12,6%
Orientação	30	11%
Paciência	25	9,2%
Respeito	22	8,2%
Informaçãoaos familiares	12	4,5%
Ter alguém por perto	12	4,5%
Privacidade	10	4,0%
Pedir opinião	5	1,8%

FONTE: Entrevistas semiestruturadas com adolescentes atendidas no CO do HU-FURG, Rio Grande, RS-Brasil, período de julho 2008 a outubro de 2009.

Aproximando-se as categorias por similaridade, despontam os núcleos temáticos já referidos anteriormente, que se conformaram de modo a mostrar as necessidades de assistência vislumbradas nos depoimentos das adolescentes. Para qualificar os resultados apresentados, foram transcritas algumas falas consideradas ilustrativas de cada um dos aspectos considerados.

Necessidade de atenção

Neste núcleo estão presentes as necessidades **de atenção e da presença de um acompanhante** ou **alguém por perto**. Como podemos observar na Tabela 1, a maioria das adolescentes (26,4%) relatou ser a atenção o item de maior importância para o atendimento no momento do parto.

Ah, eles tem que dar atenção, porque, às vezes, a gente pede e eles não vêm (AF032).

(...) entender que a gente está com medo e dar atenção (AF123).

Atenção, acalmar, pois é um momento difícil (AF221).

A presença de um **acompanhante** durante o processo de parturição foi citada por quase 13% das adolescentes como um aspecto importante da assistência, o que as deixaria mais seguras, sentindo-se apoiadas física e emocionalmente.

Ah! No caso eu acho que tinham que deixar a minha mãe entrar, tinha que deixar. Tinha que ter um acompanhante (AF004).

(...) teria que ter um acompanhante, familiar, ainda mais porque tu és menor de idade (AF018).

Ah! Eu acho que poderia ficar alguém ali da família acompanhando, porque a pessoa vai para lá, fica com dor, acho que só isso que ali tem problema (AF033).

Outras entrevistadas relataram a importância de ter **alguém por perto** (4,5%), segurar a mão, estar presente, poder conversar, de forma a não se sentirem sós. Podemos observar tal fato nas falas a seguir:

O que eu achei bom ali, é que tinha sempre alguém por perto, tinha uma enfermeira que dizia que era assim mesmo, aí eu me acalmei um pouco, não fiquei tão insegura (AF011).

De preferência um enfermeiro do lado seria bom, não sei por que, mas seria bom (...) (AF040).

Ter alguém para ficar do lado da gente e explicar o que está acontecendo (AF103).

Necessidade de orientação

Observa-se nos depoimentos a clara necessidade das parturientes de se sentirem incluídas no cuidado, partícipes desse processo. Na Tabela 1, percebe-se que 15,5% fizeram uma ligação entre a assistência ideal e o direito à **informação e orientação**.

O ideal era eles te explicarem mais, conversarem mais a respeito. Eles te deixam ali, vão fazer as coisas e tu ficas ali sem saber o que tu está esperando. Acho que eles têm que explicar mais: “agora tu vai ficar aqui, depois tu vai para lá...”, para não te deixar ansiosa (AF060).

Deveria alguém estar sempre te dando informações, quando me examinassem me dar informação, do tipo: estás com dilatação, sem dilatação, mais diálogo (AF069).

Acho que explicar como tu está, te deixarem informada (AF194).

A **informação** solicitada diz respeito, também, **aos familiares** que estão esperando por notícias. A incerteza das parturientes, de que seus familiares irão receber notícias da evolução do trabalho de parto, do quanto falta para o nascimento, se o parto vai ser normal ou cesariana, faz com que aumente a ansiedade, pois, como se encontram separadas de seus familiares, querem que estes saibam o que está acontecendo, sentindo-se assim mais amparadas e seguras.

Em relação aos meus familiares, eles deveriam dar mais atenção para eles, porque eles estão nervosos na rua (...). Eles podiam pelo menos ir ali na porta e dar notícias para eles de vez em quando, assim eles não ficariam batendo toda hora na porta (AF027).

(...) não deixar os familiares sem notícia (AF234).

Necessidade de respeito

Para melhor traduzir as opiniões das adolescentes neste núcleo temático, foram englobadas aqui as categorias de **paciência, respeito, pedir opinião e privacidade**, totalizando 23,2 % das entrevistadas.

Ter **paciência** aparece nas falas traçando um paralelo com o medo do desconhecido, e seu despreparo diante do parto iminente. A dor do parto aparece como algo muito forte, de difícil superação. Esperam mais carinho e compreensão frente ao seu despreparo e as muitas dúvidas perante a evolução do trabalho de parto.

Que eles tivessem um pouco mais de paciência com a gente, que respondessem o que a gente pergunta. O médico mesmo, eu falava que estava com dor, que não agüentava mais (...) e ele estava deitado na cama, olhando TV (...) nem pra dizer “te acalma guriuzinha (...)” (F013).

Passar tranqüilidade e serem mais compreensíveis (...) (AF065).

As pessoas não ficarem gritando com a gente. Ter calma, ter paciência (AF122).

Quando citaram o respeito dos membros da equipe, os sujeitos mostram que em sua experiência como parturiente o mesmo não foi levado em consideração, como pode ser observado nos depoimentos. A seguir, verifica-se que as adolescentes foram inclusive maltratadas, nesse momento tão delicado e importante de suas vidas.

Ideal seria se eles tivessem me tratado com mais respeito, com certeza teria sido melhor (...) (AF006).

(...) fora as grosserias do médico estava tudo bem, só podia melhorar a educação do médico (AF039).

Tratar bem e não xingar (AF119).

As parturientes reforçam o fato de não serem consultadas quanto aos procedimentos que a equipe vai tomar em relação ao seu corpo e, tampouco, solicitar sua **opinião** e colaboração no processo de parir.

(...) Se tivessem pedido minha opinião, eles faziam o que queriam e não pediam a opinião (AF006).

(...) sou mãe de primeira viagem e eles não me informaram nada, o que iam fazer comigo, só me disseram que eu tinha que fazer força, mas eu não sentia contração, não sentia nem dor (AF018).

(...) eles não explicam nada para a gente, achei até que ia morrer, porque me levaram para a cesárea e só disseram que não dava para ser normal. Eu nem sabia o que estava acontecendo. Deveriam dar mais explicação (AF257).

Em relação à **privacidade**, poucas foram as adolescentes que citaram essa questão como muito importante no momento do parto. Porém, as que se manifestaram, o fizeram com firmeza, sentindo-se incomodadas quando esta não foi respeitada.

(...) menos pessoas na sala de parto, eu não sei, acho que tinha umas oito pessoas lá dentro, e depois mandaram chamar outra médica (AF018).

Nem sei, porque foi a primeira vez (...), só tinha muita gente (AF056).

Finalizando a apresentação dos resultados, é necessário comentar que, durante as entrevistas, algumas adolescentes (17%) preferiram não expressar sua opinião sobre o que consideraram uma assistência ideal, de qualidade, nos momentos em que estiveram no centro obstétrico. Algumas disseram que o modo como foram atendidas foi adequado, não sabendo o que dizer a esse respeito. Essa parcela, então, não conseguiu contribuir para o objetivo da investigação.

DISCUSSÃO

Como é possível observar pelas entrevistas, o aspecto que sobressai nos depoimentos é o déficit de atenção na assistência ao parto. Essa necessidade foi percebida quando ao chamar pelos profissionais que lhes prestavam atendimento no CO, não foram atendidas de imediato. De

outra forma, é demonstrado que a equipe encara as dores como naturais, posicionando-se como se nada pudesse ser feito para amenizá-las. Nesse sentido, as mulheres manifestam que só lhes restava esperar o bebê nascer para ter amenizado o sofrimento por que estavam passando.

Quando a dor se intensifica, a sensação percebida pelas adolescentes é de que o bebê já vai nascer, e se sentem sozinhas, uma vez que os profissionais estão envolvidos em outras tarefas e só agem como espectadores do trabalho de parto. Parece que os profissionais não percebem que esse tipo de situação, rotineira para eles no cotidiano desse ambiente de trabalho, não é rotineira para estas jovens mulheres, que se vêem assustadas diante do momento vivido. As relações interpessoais no acompanhamento ao parto se mostram capazes de reduzir o estresse materno, equiparando-se a recursos médicos e farmacológicos prescritos⁽¹⁰⁾.

Entende-se, pelos depoimentos, que o desejo dessas parturientes adolescentes é de, simplesmente, ter “alguém” para segurar sua mão, tranquilizar, transmitir segurança e conforto. É extremamente importante o profissional estar ao lado, junto, individualizando o atendimento⁽¹¹⁾.

A atenção recebida pelos profissionais foi destacada em um dos estudos, como referência de qualidade no atendimento, por quase a totalidade dos relatos feitos pelas parturientes⁽¹⁰⁾. Assim como o fato de terem sido acompanhadas continuamente por alguém foi referenciado como o diferencial do atendimento.

Faz-se necessário, também, discutir a reação dos profissionais de saúde frente ao descontrole da mulher diante da dor, com atitudes repreensivas, ou adquirindo uma postura impessoal e determinada por condutas e comportamentos preestabelecidos e por práticas comprovadamente prejudiciais. A demora em adotar medidas que minimizem a dor e o desconforto no pré-parto e parto se mostra estar associada à qualidade das relações interpessoais com os profissionais da assistência⁽⁸⁻¹²⁾.

Na verdade, existe um conjunto de fatores que intensifica a necessidade de atenção referida pelas adolescentes: ambiente estranho; pessoas estranhas; muita dor; observação de outras mulheres em trabalho de parto, algumas expressando sua dor e angústia por meio de gritos, favorecendo assim o aparecimento do medo.

Nesse sentido, desponta outro aspecto considerado como imprescindível para garantir a qualidade da assistência: a presença de um acompanhante. Este é visualizado como a pessoa que, estando sempre presente ao seu lado, poderia lhe fornecer apoio, calma e incentivo durante o trabalho de parto. As adolescentes entendem que dessa forma não se sentiriam sozinhas, e isso

poderia amenizar a sensação de medo de estar em um ambiente estranho e desconhecido. A presença do acompanhante de escolha da paciente é um direito previsto em lei⁽¹³⁾, garantido a todas as mulheres. Em se tratando de gestantes adolescentes, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegura a presença do acompanhante, identificado como seu representante legal, durante toda a assistência⁽¹⁴⁾.

Alguns estudos⁽¹¹⁻¹⁵⁾ discutem a resistência inicial da equipe em aceitar a presença do acompanhante. Entre os vários motivos alegados pelos profissionais, aparecem aspectos emocionais e sociais ligados ao acompanhante e as condições da paciente, sem despontar nenhum problema ocasionado pelas limitações funcionais ou estruturais da instituição, o que demonstra o despreparo dos profissionais da equipe.

Entende-se que uma mulher em trabalho de parto deve estar acompanhada de pessoas de sua confiança, com as quais se sinta confortável e segura, como o companheiro, a mãe, a melhor amiga ou uma doula. Salienta-se que o CO da instituição em que foi desenvolvido este estudo apresenta uma área física pequena, com uma sala de pré-parto coletiva que tem apenas cortinas como recurso para preservar a privacidade das parturientes. Esse pode ser um fator dificultador para a garantia do direito ao acompanhante.

A presença do acompanhante na sala de parto ultrapassa as barreiras físicas, e o profissional de saúde precisa estar ciente de seu papel, estar capacitado e apto para se relacionar com este novo cliente, o que demanda rever conceitos⁽¹⁶⁾.

Logo a seguir, despontou nos depoimentos das adolescentes a necessidade de informação/orientação, para estas se sentirem incluídas no cuidado, serem partícipes do processo, e não meras coadjuvantes. A interação estabelecida na relação com os profissionais tem grande influência com a satisfação do parto. A equipe tem papel importante na ajuda em reduzir o medo e a ansiedade, promovendo a tranquilidade necessária e permitindo a emoção do nascimento⁽¹⁵⁾.

Outro papel dos integrantes da equipe de saúde, de extrema relevância, é a instrumentalização das parturientes por meio da informação, que proporciona a condição para que a mulher possa fazer opções, tenha a liberdade de escolher ou recusar um procedimento relacionado a seu corpo, sendo esta escolha pertinente e convergente ao seu bem-estar. O direito de decidir e opinar adequadamente deixa de existir se a informação não for fornecida ou não tiver qualidade⁽¹⁷⁾.

A necessidade de informações e esclarecimentos é extensiva aos familiares, que estão esperando por notícias, e como não as recebem, isso gera muito desconforto, incerteza e insegurança nas gestantes adolescentes. Entende-se que nos casos em que realmente não exista a possibilidade de assegurar a presença de um acompanhante, como no caso de problemas estruturais do serviço, os profissionais deveriam manter um canal contínuo de comunicação com os familiares, garantindo informações acerca do processo assistencial que se desenrola no interior do CO.

As adolescentes em trabalho de parto estão fragilizadas, precisam ser acolhidas com calma e compreensão. Em seus depoimentos, relatam a necessidade de que a equipe tenha mais paciência e que respeite o “tempo” de cada adolescente frente à dor das contrações. Muitos profissionais não conseguem compreender o despreparo com que estas mulheres chegam para ter seus filhos e perdem a paciência quando estas não correspondem e não colaboram com o que é proposto, ou seja, rotinas e protocolos. Tratar bem e atender as necessidades da puérpera, por meio da comunicação e da interatividade, são os principais aspectos da humanização⁽¹⁸⁾.

Em relação à necessidade de respeito e privacidade, que foi considerado como um aspecto importante por ocasionar desconforto e insegurança quando não é observado pela equipe, é interessante contextualizar o local da pesquisa onde foram realizadas as entrevistas, o qual é um hospital universitário, apresentando a presença contínua de acadêmicos que se encontram em seu processo de ensino-aprendizagem, o que torna esse aspecto da privacidade mais aparente. Outro aspecto referente à necessidade de respeito está posto na tomada de decisão, em que as parturientes são mantidas à mercê desse processo e, segundo elas, o compartilhamento de decisões e a valorização de sua opinião caracterizam-se como imprescindíveis no sentido de assegurar uma assistência qualificada e satisfatória.

Respeitar envolve, também, ouvir o que o outro tem a dizer, respeitar suas crenças e valores, considerando os princípios da bioética da beneficência e não maleficência⁽¹⁹⁾. Os princípios bioéticos auxiliam e orientam as ações, no cuidado e na assistência, fazendo com que o respeito ao paciente ocorra de maneira mais natural⁽²⁰⁾. Agir com respeito é agir de forma humanizada, percebendo o ser humano como um agente biopsicossocial e espiritual.

Nos discursos dos profissionais, geralmente é ressaltado que a ajuda da mulher no parto é bem-vinda, porém na realidade estes agem como se elas permanecessem reféns da técnica por serem dependentes da assistência⁽⁶⁾. A autora refere, ainda, que a visão dos profissionais é de que

as mulheres podem ajudar sem interferir ou opinar; assim, silenciam-nas e as mantêm isoladas e não participativas.

O bom relacionamento entre a gestante adolescente e os profissionais da equipe é fundamental para o processo de humanização, caracterizado por comunicação, empatia, conhecimento e respeito pelo outro⁽¹⁷⁾.

A mulher precisa ser acolhida com respeito, dando-lhe condições de fazer perguntas e obter as respostas. Precisa ser reconhecida como alguém que possui vontade e opinião próprias, e poder compartilhar com os profissionais suas alegrias, medos e incertezas da gestação. O parto humanizado deve ser visto como um evento cheio de significados para a mulher, sua família e para o profissional que a assiste, e não como um procedimento médico⁽²¹⁾.

O processo de humanização e as mudanças ocorridas na assistência ao parto só foram possíveis devido à imposição de políticas públicas. Acredita-se que, para o sucesso dessas ações, é necessária uma mudança de paradigmas, em que a mulher seja a protagonista do processo⁽²²⁾, e para alcançar essa meta, parece que ainda há um longo caminho a percorrer.

Finalmente, reflete-se na questão das adolescentes que optaram por não se manifestar, não expor sua opinião, em que se pensa em alguns fatores explicativos para tal postura, entre eles o seu estado emocional, o estresse do momento, a fragilidade inerente à pouca idade. Reflete-se que um motivador dessa dificuldade de resposta possa estar ligado a um possível constrangimento por parte da adolescente, de efetuar colocações acerca da assistência enquanto ainda estava internada no hospital. A pesquisa de satisfação de usuários, quando realizada ainda na instituição onde ocorre a assistência, deve ser considerada quanto ao viés por fatores como o medo frente à equipe, ou superestimação pelo desenlace feliz⁽¹⁵⁾. Por outro lado, convém lembrar que a proximidade com o momento da assistência é favorável aos detalhes. Então, entende-se que foi possível obter uma visão a partir do relato das demais participantes da pesquisa, através da diversidade de elementos de análise trazidos por estas.

CONCLUSÃO

A maioria das adolescentes referiu que a atenção é elemento significativo e primordial de uma assistência ideal, caracterizada pelo pronto atendimento às solicitações, compreensão pelo

fato de desconhecerem as rotinas e procedimentos, interação com a equipe, conversando, participando, contribuindo com o processo de parir, e não simplesmente sendo sujeitos passivos nesse momento.

Entende-se que, ao se falar na humanização do nascimento, é preciso proporcionar para a mulher o controle de seu corpo, deixar a natureza fisiológica agir, “acompanhar” o nascimento com a menor intervenção possível, porém fornecendo apoio, orientações, informações constantes e sendo presença junto a essa mulher sempre. Permitir que elas atuem como protagonistas do nascimento de seus filhos, pois mesmo no caso das mulheres adolescentes, inexperientes, percebe-se que há o desejo de participar ativamente de seus partos.

Pode-se concluir que a atenção desejada pelas adolescentes é aquela em que a assistência ao parto está focada, também, na individualidade de cada parturiente. Que se acredite no potencial de cada mulher de conduzir o trabalho de parto com a orientação adequada, com paciência, carinho, atenção e compreensão. Assim, a assistência pode ser menos voltada ao cumprimento de normas e rotinas, e alicerçada nas necessidades individuais de cada adolescente, respeitando as especificidades e características dessa mulher.

O momento em que as adolescentes procuram o serviço de atendimento por ocasião do parto é cheio de dúvidas, medo, e na maioria das vezes acompanhado pela dor das primeiras contrações. Muitas não fizeram um pré-natal adequado, o que aumenta ainda mais o medo e a insegurança, pois não receberam as mínimas informações sobre a evolução do trabalho de parto e parto, inclusive trazendo, muitas vezes, as experiências de amigas, vizinhas, tias, que nem sempre são as mais adequadas.

Ao chegarem assim, desinformadas e fragilizadas emocionalmente, se não tiverem uma boa acolhida, com paciência, atenção e carinho, a evolução do trabalho de parto será mais difícil para todos, pois a sua colaboração será de suma importância no desfecho do nascimento.

Através deste estudo foi possível conhecer o que as adolescentes atendidas no hospital entendem que seja uma assistência ideal ao parto, ou seja, desejam atenção, orientação e respeito. De posse dessas informações, é possível identificar as fragilidades do serviço frente ao preconizado pelo MS para a humanização do parto, e entende-se que é preciso mobilizar toda a equipe da saúde para que conheça os resultados do estudo e possa interferir positivamente nas mudanças que se fazem necessárias, para que se consiga implementar essa política efetivamente nesse contexto.

Entende-se que a implantação de políticas e programas ministeriais voltados para a melhoria da qualidade e humanização do parto e nascimento vem crescendo no país, e os estudos sobre o tema têm se intensificado. Isso demonstra o interesse e a importância dessa temática, embora a maioria retrate a humanização do parto de forma abrangente, não voltada especificamente para a adolescente.

As pesquisas sobre humanização do parto têm contribuído muito para a reflexão e a crítica do modelo atual de assistência, tecnocrático, curativo e especializado. Propõem mudanças no paradigma técnico-científico em saúde e na formação profissional, possibilitando rever posturas frente aos direitos humanos e nas relações de poder entre o profissional e o cliente.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2005a.
- 2- FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Gravidez na Adolescência - Manual de Orientação. Disponível em www.febrasgo.org.br. Acesso em 02 out. 2009.
- 3- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IBGE/IPEA), 2005.
- 4- SINASC/RS. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul. Núcleo de Informações em Saúde, Estatísticas de Nascimento. Porto Alegre: SES, 2007,
- 5- Brasil. Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2000.
- 6- Griboski RA, Guilbem D. Mulheres e profissionais de saúde: imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15(1):107-14.
- 7- Oliveira ZMLP, Madeira AMF. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2002; 36(2): 133-40.
- 8- Silva MO, Lopes RLM, Diniz NMF. Vivência do Prato Normal em Adolescentes. *Rev. Bras. Enferm.* 2004; set/out, 57(5):596-600.
- 9- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
- 10- Rodrigues AV, Siqueira AAF. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2008; 8(2), jan./mar.
- 11- 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. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública* [online], 2008a; 24(8).

- 12- Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev. Saúde Pública. 2009;43(1), fev.
- 13- Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante às parturientes a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 2005b.
- 14- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Brasília; 1990.
- 15- Boaretto MC. Avaliação da política de humanização do parto e nascimento no Município do Rio de Janeiro, 2003. Dissertação [Mestrado] – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- 16- Longo C, Andraus L, Barbosa M. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010. Cited [2010 set 23]; 12(2):386-91. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/5266/6945>.
- 17- Machado NXS, Praça NS. Centro de Parto Normal e Assistência Obstétrica Centrada nas Necessidades da Parturiente. Rev. Esc. Enferm. USP.2006; 40(2): 274-9.
- 18- Queiroz MVO, Silva AO, Jorge MSB. Cuidado de enfermagem à puérpera em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. Rev. Baiana Enferm. 2003; 18(1/2): 29-37.
- 19- Anjos MF. Dignidade humana em debate. Bioética 2004; 12 (1):109-14.
- 20- Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado de enfermagem: o agir com respeito em um hospital universitário. Rev. Bras. Enferm. 2007; 60(5): 546-51, set/out.
- 21- Moraes JF et al. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. Saúde Rev. 2006; 8(19):13-19. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>.
- 22- Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev. Latino-Am. Enferm. 2005; 13(6): 960-7.

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO ADOLESCENTE

Nome da adolescente:

Endereço:

Bairro:

Cidade onde mora:

Telefone para contato:

1. Questionário nº: Instituição hospitalar: (1) FURG (2) UFPEL (3)UFSM

DADOS PESSOAIS E FAMILIARES:

2. Qual sua idade? __ __

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

4. Quantos anos você estudou com aprovação na escola? _____

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

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

(3) só com o companheiro

(4) com o companheiro e sua família

(5) outro: _____

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

7. Quantas pessoas moram na casa? _____

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

PARA CLASSIFICAÇÃO DE CLASSE ECONÔMICA:

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

Televisão em cores Não (0) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (5) __

Quest

Hosp

Idade

Cor

Estud

Mora

Rendfa

Pesmor

Rencap

Tv

Rad

Rádio	Não (0) Um (1) Dois (2) Três (3) Quatro ou mais (4) __	
Banheiro	Não (0) Um (2) Dois (3) Três (4) Quatro ou mais (4) __	Banh
Automóvel	Não (0) Um (2) Dois (4) Três (5) Quatro ou mais (5) __	Auto
Empregada mensalista	Não (0) Um (2) Dois (4) Três (4) Quatro ou mais (4) __	Empre
Aspirador de pó	Não (0) Sim (1) __	Aspir
Máquina de lavar	Não (0) Sim (1) __	Maqlav
Videocassete e/ou DVD	Não (0) Sim (2) __	Vide
Geladeira	Não (0) Sim (2) __	Gelad
Freezer	Não (0) Sim (1) __	Freex
(aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		

10. Qual é o grau de instrução do chefe de família:

(0) analfabeto/primário incompleto (Até 3 anos completos)

(1) primário completo/ginásial incompleto (De 4 a 7 anos completos)

(2) ginásial completo/colegial incompleto (De 8 a 11 anos completos)

(3) colegial completo/superior incompleto (12 ou mais mas não terminou Universidade)

(5) superior completo (Terminou Universidade)

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

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

DADOS ESPECÍFICOS:

1.Você consegue identificar as pessoas que lhe prestaram atendimento no CO? | Idpes

(1) sim (2) não (9) Não sei

2. Se sim, quem você identifica?

Médico (1) sim (2) não (8) NSA Não Se Aplica

Med

Enfermeiro (1) sim (2) não (8) NSA

Enf

Auxiliar ou técnico de enfermagem (1) sim (2) não (8) NSA

Aux

Estudante de medicina (1) sim (2) não (8) NSA

Estmed

Estudante de enfermagem (1) sim (2) não (8) NSA

Estenf

Professor (1) sim (2) não (8) NSA

Prof

Outro _____ (descreva)

3. Que roupa você usou durante sua permanência no CO?

(1) sua própria roupa (2) camisola do hospital (3) outra

Roup

4. Você acha que sua privacidade e intimidade foram respeitadas durante o tempo em que permaneceu no CO?

(1) sim (2) não (3) em parte

Priva

Para qualquer uma das respostas, explique de que forma:

5. Como você considera que foi a relação da equipe com você e seus familiares:

Releq

(1) ruim (2) regular (3) boa (4) muito boa (5) ótima

Justifique o motivo de sua escolha:

6. Foi feita sua depilação no CO?

Depil

(1) sim (2) não (9) não sei

7. Se resposta afirmativa: perguntaram-lhe se queria? (1) sim (2) não (8) NSA

Querdep

8. Foi feita lavagem intestinal no CO?

Lavag

(1) sim (2) não (9) não sei

9. Se resposta afirmativa: perguntaram-lhe se queria? (1) sim (2) não (8) NSA

Querlav

10. Você se alimentou ou ingeriu alguma coisa durante sua permanência no CO?

Alim

(1)sim (2)não (9) não sei Se sim, o que:

11. Você tomou banho ou realizou alguma medida de higiene no CO?

Higi

(1)sim (2)não (9) não sei

12. Que tipo de parto você teve? Vaginal (1) Cesárea (2)

Tipar

13. Foi o tipo de parto que você queria adotar? (1)sim (2)não

Quertip

14. Se resposta negativa, qual o motivo de não ter sido:

⇒ **SE RESPONDEU CESÁREA NA PERGUNTA 12 PULAR PARA A PERGUNTA 17**

15. Em que posição você teve o parto?

Pospar

(1)na mesa de parto – litotomia (2)cócoras (3)na cama (4)outra (9) não sabe

16. No período expulsivo, você teve ajuda de algum profissional pressionando o seu útero?

Press

(1)sim (2)não (3)não sei

17. Sua bolsa das águas foi rompida por algum profissional no CO?

Bolsa

(1)sim (2)não (3)não sei

18. Você teve algum acompanhamento de familiares ou amigos no CO?

Acomp

(1)sim (2)não

19. Você recebeu alguma instrução sobre formas de relaxamento a serem utilizadas na sala de pré-parto?

Relax

(1)sim (2)não

20. Se resposta positiva, quais:

21. Você realizou consultas de pré-natal?

Prenat

(1)sim (2)não

22. Se resposta afirmativa, quantas:

Numcons

23. Se resposta negativa, qual o motivo:

<p>24. Você recebeu orientações sobre o parto, como seria, como ajudar nesse momento?</p>	Orient
<p>(1)sim (2)não (9) não sei</p>	
<p>25. Se resposta afirmativa, em que momento recebeu as orientações:</p>	Momor
<p>(1)durante o pré-natal (2)no CO (3)em ambos (8) NSA</p>	
<p>26. Foi feita episiotomia no momento de seu parto?</p>	Epis
<p>(1)sim (2)não (3)não sei</p>	
<p>27. Se resposta afirmativa, foi lhe comunicado que esta iria ser feita e explicado por quê?</p>	Epicom
<p>(1)sim (2)não</p>	
<p>28. Colocaram soro em você enquanto esteve no CO?</p>	Soro
<p>(1)sim (2)não (9) não sei</p>	
<p>29. Foram realizados toques vaginais com freqüência?</p>	Toque
<p>Quantas vezes? __ (00 = Não fizeram)</p>	
<p>30. Mais de um examinador procedia a realização do toque vaginal?</p>	Exam
<p>(1)sim (2)não (9) não sei.</p>	
<p>31. Se resposta afirmativa: Quantos fizeram?</p>	Numex
<p>32. Foi instalado uma sonda na sua bexiga?</p>	Sonda
<p>(1)sim (2)não (9)não sei</p>	
<p>33. Deram-lhe o bebê assim que nasceu?</p>	Derbeb
<p>(1)sim (2)não</p>	
<p>34. Se resposta afirmativa: em que momento lhe foi dado o bebê?</p>	
<p>35. Se resposta negativa: você sabe porque não lhe deram o bebê?</p>	
<p>36. Colocaram o bebê para mamar no CO ou sala de recuperação?</p>	Bemam

(1)sim (2)não

37. Se resposta afirmativa, quanto tempo depois do nascimento? ___ ___ ___ Tempma
(minutos)

38. Se resposta negativa: você sabe porque?

39. Como foi para você ter vivido esse momento do parto?

40. O que você considera como uma assistência ideal, de qualidade, para os momentos que uma gestante permanece no CO?

41. Você recebeu esse tipo de assistência considerada ideal no CO? Assistid

(1)sim (2)não (9)não sei.

42. Se resposta negativa, em que aspectos?

43. Você considera que o trabalho desenvolvido pela equipe influenciou no seu Trabinf
parto?

(1)sim (2)não (9)não sei

44. Se resposta afirmativa, de que forma influenciou:

45. Você sabia quais eram os seus direitos como parturiente no CO? Dirpart

(1)sim (2)não

Se resposta afirmativa, quais são?

Ainda, se resposta afirmativa, como você sabia:

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

47. Faz uso de algum método contraceptivo? (1) sim (2) não Metcont

Se a resposta for afirmativa, qual?

48. Quantos filhos você tem? Numfil

Entrevistador:

Data:

APÊNDICE II

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORRÊA JR.
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO MATERNO-INFANTIL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS ADOLESCENTES

Vimos por meio deste convidá-la a participar do projeto de pesquisa intitulado “Humanização da Assistência ao Parto de Gestantes Adolescentes”. O projeto tem como objetivo inicial analisar a concepção de puérperas adolescentes sobre a humanização da assistência ao parto e puerpério imediato. E, ainda, como objetivos:

- Avaliar a atenção ao parto que tem sido desenvolvida nos centros obstétricos, no sentido da adequação da humanização da assistência preconizada pelo Ministério da Saúde;
- Identificar a proporção de trabalhadores que detêm conhecimento acerca da proposta do Ministério da Saúde sobre parto humanizado, assim como qualificar esse conhecimento;
- Identificar o conhecimento acerca do parto humanizado por parte das adolescentes e acompanhantes;
- Investigar a proporção de adolescentes e de seus acompanhantes que têm conhecimento acerca da proposta do parto humanizado do Ministério da Saúde, assim como qualificar esse conhecimento;
- Construir uma proposta de realização do parto humanizado nos centros obstétricos dos municípios sede da presente pesquisa, de forma que este seja um espaço promotor de atenção de qualidade às mulheres que se encontram em especial momento de suas vidas, o de dar origem a outro ser humano.
- Criar um corpo de conhecimento que subsidie as práticas de atenção humanizadas ao parto para os usuários dos serviços públicos de saúde.

- Contribuir com a organização do trabalho nos centros obstétricos envolvidos;
- Identificar estratégias e formas de operacionalização de uma assistência humanizada ao processo de parturição de adolescentes pelas instituições de saúde;

As informações serão coletadas através de uma entrevista que será feita a você e através de informações do seu prontuário médico.

Estamos à inteira disposição para esclarecer qualquer dúvida. Asseguramos que todas as informações serão mantidas sob sigilo. Este documento tem por objetivo garantir que serão respeitados os seus direitos de estar informada das fases desta pesquisa.

Os dados coletados estarão sob nossa responsabilidade.

Pelo presente documento, declaro que fui informada de forma clara e detalhada dos objetivos que justificam esta entrevista.

Foi garantido: a liberdade de que, em qualquer momento, poderei retirar o meu consentimento, e deixar de participar da pesquisa; assim como o caráter confidencial das minhas respostas e que não serei identificada.

Rio Grande, de de .

_____.

Adolescente participante da pesquisa.

Eu, _____ responsável legal da adolescente _____ (____ anos), autorizo a sua participação no projeto de pesquisa referido acima, assim como de informações contidas no seu prontuário médico.

Assinatura do responsável

Assinatura do entrevistador

ANEXO I

RECOMENDAÇÕES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE ÀS CONDUTAS NO ATENDIMENTO AO PARTO

1. Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias;
2. Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia, ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes, ou ainda ser superiores;
3. Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível, e por estudos controlados aleatorizados, quando seja possível e apropriado;
4. Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;
5. Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais;
6. Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;
7. Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;
8. Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;
9. Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;
10. Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres. Esses princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo. Eles estão sendo incorporados nos materiais técnicos, bem como nas ferramentas de monitorização e avaliação da OMS.

ANEXO II

ANEXO III

NORMAS REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

Categorias de artigo

ARTIGOS ORIGINAIS

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- CONSORT checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- STARD checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- MOOSE checklist e fluxograma para meta-análise
- QUOROM checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- STROBE para estudos observacionais em epidemiologia

Informações complementares:

- Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.
- As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.
- As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde es citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população

estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

Comunicações breves – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares

- Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.
- Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

ARTIGOS DE REVISÃO

Revisão sistemática e meta-análise - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

Revisão narrativa/crítica - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *4.000 palavras*.
- O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.
- Não há limite de referências.

COMENTÁRIOS

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens, destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

- Sua extensão é de até *2.000 palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências
- O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.
- As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

Publicam-se também Cartas ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.

AUTORIA

O conceito de autoria está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere sobretudo à concepção do projeto de pesquisa,

análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em declaração para esta finalidade (ver modelo). Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima. A indicação dos nomes dos autores logo abaixo do título do artigo é *limitada a 12; acima deste número, os autores são listados no rodapé da página.*

Os manuscritos publicados são de propriedade da Revista, vedada tanto a reprodução, mesmo que parcial, em outros periódicos impressos. Resumos ou resenhas de artigos publicados poderão ser divulgados em outros periódicos com a indicação de *links* para o texto completo, sob consulta à Editoria da RSP. A tradução para outro idioma, em periódicos estrangeiros, em ambos os formatos, impresso ou eletrônico, somente poderá ser publicada com autorização do Editor Científico e desde que sejam fornecidos os respectivos créditos.

PROCESSO DE JULGAMENTO DO MANUSCRITO

Os manuscritos submetidos que atenderem às "instruções aos autores" e que se coadunem com a sua política editorial são encaminhados para avaliação.

Para ser publicado, o manuscrito deve ser aprovado nas três seguintes fases:

Pré-análise: a avaliação é feita pelos Editores Científicos com base na originalidade, pertinência, qualidade acadêmica e relevância do manuscrito para a saúde pública.

Avaliação por pares externos: os manuscritos selecionados na pré-análise são submetidos à avaliação de especialistas na temática abordada. Os pareceres são analisados pelos editores, que propõem ao Editor Científico a aprovação ou não do manuscrito.

Redação/Estilo: A leitura técnica dos textos e a padronização ao estilo da Revista finalizam o processo de avaliação.

O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento.

Manuscritos recusados, mas com a possibilidade de reformulação, poderão retornar como novo trabalho, iniciando outro processo de julgamento.

PREPARO DO MANUSCRITO

Devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf, com letras arial, corpo 12, página em tamanho A-4, incluindo resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

Todas as páginas devem ser numeradas.

Deve-se evitar no texto o uso indiscriminado de siglas, excetuando as já conhecidas.

Os **critérios éticos da pesquisa** devem ser respeitados. Para tanto os autores devem explicitar em Métodos que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pela comissão de ética da instituição onde a pesquisa foi realizada.

Idioma

Aceitam-se manuscritos nos idiomas português, espanhol e inglês. Para aqueles submetidos em português oferece-se a opção de tradução do texto completo para o inglês e a publicação adicional da versão em inglês em meio eletrônico. Independentemente do idioma empregado, todos manuscritos devem apresentar dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito for escrito em espanhol, deve ser acrescentado um terceiro resumo nesse idioma.

Dados de identificação

a) Título do artigo - deve ser conciso e completo, limitando-se a 93 caracteres, incluindo espaços. Deve ser apresentada a versão do título em **inglês**.

b) Título resumido - com até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

c) Nome e sobrenome de cada autor, seguindo formato pelo qual é indexado.

d) Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço (uma instituição por autor).

e) Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.

f) Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.

g) Se foi baseado em tese, indicar o nome do autor, título, ano e instituição onde foi apresentada.

h) Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data: realização.

Descritores - Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), para os resumos em inglês. Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Devem ser mencionados nomes de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho, desde que não preencham os requisitos para participar da autoria. Deve haver permissão expressa dos nomeados (ver documento Responsabilidade pelos Agradecimentos). Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições quanto ao apoio financeiro ou logístico.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até 6 autores, citam-se todos; acima de 6, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina "et al".

Exemplos:

Fernandes LS, Peres MA. Associação entre atenção básica em saúde bucal e indicadores socioeconômicos municipais. *Rev Saude Publica*. 2005;39(6):930-6.

Forattini OP. Conceitos básicos de epidemiologia molecular. São Paulo: Edusp; 2005.

Karlsen S, Nazroo JY. Measuring and analyzing "race", racism, and racial discrimination. In: Oakes JM, Kaufman JS, editores. *Methods in social epidemiology*. San Francisco: Jossey-Bass; 2006. p. 86-111.

Yevich R, Logan J. An assessment of biofuel use and burning of agricultural waste in the developing world. *Global Biogeochem Cycles*. 2003;17(4):1095, DOI:10.1029/2002GB001952. 42p.

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al . Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2009; 42(1):34-40.

Para outros exemplos recomendamos consultar o documento "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Medical Publication" (<http://www.icmje.org>).

Comunicação pessoal, não é considerada referência bibliográfica. Quando essencial, pode ser citada no texto, explicitando em rodapé os dados necessários. Devem ser evitadas citações de documentos não indexados na literatura científica mundial e de difícil acesso aos leitores, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento; quando relevantes, devem figurar no rodapé das páginas que as citam. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

Citação no texto: Deve ser indicado em **expoente** o número correspondente à referência listada. Deve ser colocado após a pontuação, nos casos em que se aplique. Não devem ser utilizados parênteses, colchetes e similares. O número da citação pode ser acompanhado ou não do(s) nome(s) do(s) autor(es) e ano de publicação. Se forem citados dois autores, ambos são ligados pela conjunção "e"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

Exemplos:

Segundo Lima et al⁹ (2006), a prevalência se transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.^{12,15}

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização da revista que a publicou, por escrito, para sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar o manuscrito submetido à publicação

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente.. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Submissão online

A entrada no sistema é feita pela página inicial do site da RSP (www.fsp.usp.br/rsp), no menu do lado esquerdo, selecionando-se a opção "submissão de artigo". Para submeter o manuscrito, o autor responsável pela comunicação com a Revista deverá cadastrar-se. Após efetuar o cadastro, o autor deve selecionar a opção "submissão de artigos" e preencher os campos com os dados do manuscrito. O processo de avaliação pode ser acompanhado pelo status do manuscrito na opção "consulta/ alteração dos artigos submetidos". Ao todo são oito situações possíveis:

- Aguardando documentação:** Caso seja detectada qualquer falha ou pendência, inclusive se os documentos foram anexados e assinados, a secretaria entra em contato com o autor. Enquanto o manuscrito não estiver de acordo com as Instruções da RSP, o processo de avaliação não será iniciado.
- Em avaliação na pré-análise:** A partir deste status, o autor não pode mais alterar o manuscrito submetido. Nesta fase, o editor pode recusar o manuscrito ou encaminhá-lo para a avaliação de relatores externos.
- Em avaliação com relatores:** O manuscrito está em processo de avaliação pelos relatores externos, que emitem os pareceres e os enviam ao editor.
- Em avaliação com Editoria:** O editor analisa os pareceres e encaminha o resultado da avaliação ao autor.
- Manuscrito com o autor:** O autor recebe a comunicação da RSP para reformular o manuscrito e encaminhar uma nova versão.
- Reformulação:** O editor faz a apreciação da nova versão, podendo solicitar novos esclarecimentos ao autor.
- Aprovado**
- Reprovado**

Além de acompanhar o processo de avaliação na página de "consulta/ alteração (artigos submetidos", o autor tem acesso às seguintes funções:

"Ver": Acessar o manuscrito submetido, mas sem alterá-lo.

"Alterar": Corrigir alguma informação que se esqueceu ou que a secretaria da Revista solicitou. Esta opção funcionará somente enquanto o status do manuscrito estiver em "aguardando documentação".

"Avaliações/comentários": Acessar a decisão da Revista sobre o manuscrito.

"Reformulação": Enviar o manuscrito corrigido com um documento explicando cada correção efetuada e solicitado na opção anterior.

Verificação dos itens exigidos na submissão:

1. Nomes e instituição de afiliação dos autores, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 93 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas impressas.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc,txt,rtf).
5. Nomes da agência financiadora e números dos processos.
6. No caso de artigo baseado em tese/dissertação, indicar o nome da instituição e o ano de defesa.
7. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa, português e inglês, e em espanhol, no caso de manuscritos nesse idioma.
8. Resumos narrativos originais para manuscritos que não são de pesquisa nos idiomas português e inglês, ou em espanhol nos casos em que se aplique.
9. Declaração, com assinatura de cada autor, sobre a "responsabilidade de autoria"
10. Declaração assinada pelo primeiro autor do manuscrito sobre o consentimento das pessoas nomeadas em Agradecimentos.
11. Documento atestando a aprovação da pesquisa por comissão de ética, nos casos em que se aplica. Tabelas numeradas seqüencialmente, com título e notas, e no máximo com 12 colunas.
12. Figura no formato: pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar em tons de cinza, sem linhas de grade e sem volume.
13. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.
14. Permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas já publicadas.
15. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas alfabeticamente pelo primeiro autor e numeradas, e se todas estão citadas no texto.

SUPLEMENTOS

Temas relevantes em saúde pública podem ser temas de suplementos. A Revista publica até dois suplementos por volume/ano, sob demanda.

Os suplementos são coordenados por, no mínimo, três editores. Um é obrigatoriamente da RSP, escolhido pelo Editor Científico. Dois outros editores-convidados podem ser sugeridos pelo proponente do suplemento.

Todos os artigos submetidos para publicação no suplemento serão avaliados por revisores externos, indicados pelos editores do suplemento. A decisão final sobre a publicação de cada artigo será tomada pelo Editor do suplemento que representar a RSP.

O suplemento poderá ser composto por artigos originais (incluindo ensaios teóricos), artigos de revisão, comunicações breves ou artigos no formato de comentários.

Os autores devem apresentar seus trabalhos de acordo com as instruções aos autores disponíveis no site da RSP.

Para serem indexados, tanto os autores dos artigos do suplemento, quanto seus editores devem esclarecer os possíveis conflitos de interesses envolvidos em sua publicação. As informações sobre conflitos de interesses que envolvem autores, editores e órgãos financiadores deverão constar em cada artigo e na contracapa da Revista.

CONFLITO DE INTERESSE

A confiabilidade pública no processo de revisão por pares e a credibilidade de artigos publicados dependem em parte de como os conflitos de interesses são administrados durante a redação, revisão por pares e tomada de decisões pelos editores.

Conflitos de interesses podem surgir quando autores, revisores ou editores possuem interesses que, aparentes ou não, podem influenciar a elaboração ou avaliação de manuscritos. O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira.

Quando os autores submetem um manuscrito, eles são responsáveis por reconhecer e revelar conflitos financeiros ou de outra natureza que possam ter influenciado seu trabalho. Os autores devem reconhecer no manuscrito todo o apoio financeiro para o trabalho e outras conexões financeiras ou pessoais com relação à pesquisa. O relator deve revelar aos editores quaisquer conflitos de interesse que poderiam influir em sua opinião sobre o manuscrito, e, quando couber, deve declarar-se não qualificado para revisá-lo.

Se os autores não tiverem certos do que pode constituir um potencial conflito de interesses, devem contatar a secretaria editorial da Revista.

DOCUMENTOS

Cada autor deve ler, assinar e anexar os documentos: Declaração de Responsabilidade e Transferência de Direitos Autorais (enviar este somente após a aprovação). Apenas a Declaração de responsabilidade pelos Agradecimentos deve ser assinada somente pelo primeiro autor (correspondente).

© 2009 *Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo*

revsp@org.usp.br

ANEXO IV

NORMAS REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM

Revista da Escola de Enfermagem da USP é um periódico trimestral, revisado por pares, com o objetivo de publicar artigos empíricos inéditos que representem um avanço significativo para o exercício profissional ou para os fundamentos da Enfermagem.

Os manuscritos, que poderão estar em português, inglês e espanhol, devem ser inéditos e destinar-se exclusivamente à Revista da Escola de Enfermagem da USP, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto no que se refere ao texto, como figuras ou tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se resumos ou relatórios preliminares publicados em Anais de Reuniões Científicas.

Desde setembro de 2008 (volume 42 n.3) a Revista passou a ter uma edição no idioma inglês, que está editada na versão online. No momento em que o trabalho for aceito para publicação, os autores deverão providenciar a tradução para o idioma inglês de acordo com as orientações da REEUSP.

Nas pesquisas envolvendo seres humanos, os autores deverão **enviar uma cópia de aprovação emitida pelo Comitê de Ética (via online)**, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96 ou órgão equivalente no país de origem da pesquisa.

A REEUSP apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deve ser registrado ao final do resumo.

O(s) autor(es) dos textos são por eles inteiramente responsáveis, **devendo assinar e encaminhar a Declaração de Responsabilidade e de Cessão de Direitos Autorais (modelo em anexo)**, via documentação suplementar.

- **Artigo Original:** trabalho de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à área de Enfermagem. Limitado a 15 páginas, nas quais devem estar inclusos páginas de identificação dos autores e resumos. Sua estrutura deve conter:
 - - **Introdução:** apresentação e delimitação do assunto tratado, os objetivos da pesquisa e outros elementos necessários para situar o tema do trabalho.
 - - **Objetivos:** especifica de maneira clara e sucinta a finalidade da pesquisa, com detalhamento dos aspectos que serão ou não abordados. Os objetivos, se pertinentes, podem ser definidos como gerais ou específicos a critério do autor.
 - **Revisão da literatura:** levantamento selecionado da literatura sobre o assunto que serviu de base à investigação do trabalho proposto. Proporciona os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre um assunto e esclarece a importância do novo estudo. Em algumas áreas, já existe a tendência de limitar a revisão apenas aos trabalhos mais importantes, que tenham relação direta com a pesquisa desenvolvida, priorizando as publicações

mais recentes. Quando não houver necessidade de um capítulo para a Revisão da Literatura em função da extensão histórica do assunto, ela poderá ser incluída na Introdução.

- **Métodos:** descrição completa dos procedimentos metodológicos que permitam viabilizar o alcance dos objetivos. Devem ser apresentados: dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa, população estudada, tipo de amostra, variáveis selecionadas, material, equipamentos, técnicas e métodos adotados para a coleta de dados, incluindo os de natureza estatística.
- - **Resultados:** devem ser apresentados de forma clara e objetiva, sem interpretações ou comentários pessoais, podendo para maior facilidade de compreensão, estarem acompanhados por gráficos, tabelas, figuras, fotografias, etc.
- - **Discussão:** deve restringir-se aos dados obtidos e aos resultados alcançados, enfatizando os novos e importantes aspectos observados e discutindo as concordâncias e divergências com outras pesquisas já publicadas.
- - **Conclusão:** corresponde aos objetivos ou hipóteses de maneira lógica, clara e concisa, fundamentada nos resultados e discussão, coerente com o título, proposição e métodos.
- **Estudo teórico:** análise de construtos teóricos, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas. Limitado a 15 páginas.
- **Artigo de revisão:**
 - - Revisão sistemática: método de pesquisa amplo, conduzido por meio da síntese rigorosa de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos objetivando responder uma pergunta claramente formulada sobre um problema específico. Limitado a 15 páginas.
 - - Revisão integrativa: método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma área específica de estudo, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. Limitado a 15 páginas.
- **Relato de experiência profissional:** estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos com estratégias de intervenção, evidência metodológica apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de enfermeiros em diferentes áreas. Limitado a 10 páginas.
- **À beira do leito:** questões com respostas objetivas sobre condutas práticas. Limitada a 10 páginas.
- **Carta ao editor:** destinada a comentários de leitores sobre os trabalhos publicados na revista, expressando concordância ou não sobre o assunto abordado. Limitada a meia página.

Processo de julgamento dos manuscritos

Cada artigo submetido à Revista é inicialmente analisado quanto ao cumprimento das normas estabelecidas nas *Instruções aos Autores*, sendo *sumariamente devolvido em caso de não atendimento*. Se aprovado, é encaminhado para avaliação de dois relatores, que o analisam com base no Instrumento de Análise e Parecer elaborado especificamente para tal finalidade, bem como, opinam sobre o rigor metodológico da abordagem utilizada. Havendo discordância nos pareceres, o manuscrito é encaminhado a um terceiro relator. O anonimato é garantido durante todo o processo de julgamento. Os pareceres dos relatores são analisados pelo Conselho editorial que, se necessário, indica as alterações a serem efetuadas. Os trabalhos seguem para publicação somente após a aprovação final dos pareceristas e do Conselho Editorial. Relações que podem estabelecer conflito de interesse, ou mesmo nos casos em que não ocorra, devem ser esclarecidas.

Preparo dos manuscritos

Os textos devem ser digitados usando-se o processador MsWord com a seguinte configuração de página: papel tamanho A4, entrelinha 1,5, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, margens inferior e laterais de 2cm e superior de 3cm.

Página de identificação: deve conter o título do artigo (máximo de 16 palavras) em português, inglês e espanhol, sem abreviaturas e siglas; nome(s) do(s) autor(es), indicando no rodapé da página a função que exerce(m), a instituição a qual pertence(m), títulos e formação profissional,

endereço para troca de correspondência, incluindo *e-mail* e telefone. Se for baseado em tese ou dissertação, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.

- **Citações** - deve ser utilizado o sistema numérico na identificação dos auto mencionados, de acordo com a ordem em que forem citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos e entre parênteses. Se forem seqüenciais, deverão ser indicados o primeiro e o último, separados por hífen, ex.: ⁽¹⁻⁴⁾; quando intercalados, os números deverão ser separados por vírgula, ex.: ^(1-2,4).
- **Notas de rodapé** - deverão ser indicados por asterisco, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- **Depoimentos** - frases ou parágrafos ditos pelos sujeitos da pesquisa devem seguir a mesma regra de citações, quanto a aspas e recuo, porém em itálico, e com sua identificação codificada a critério do autor, entre parênteses.
- **Tabelas** - a elaboração das tabelas deve seguir as "Normas de Apresentação Tabular" estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicadas pelo IBGE (1993), limitadas ao máximo de cinco. Quando a tabela for extraída de outro trabalho, a fonte original deve ser mencionada logo abaixo da mesma.
- **Apêndices e anexos** - devem ser evitados, conforme indicação da norma NBR 6022.
- **Fotos** - serão publicadas exclusivamente em P&B, sem identificação dos sujeitos, a menos que acompanhadas de permissão por escrito de divulgação para fins científicos.
- **Agradecimentos** - contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos", no final do trabalho, desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também poderão ser mencionadas, as instituições que deram apoio, assistência técnica e outros auxílios.
- **Errata** - após a publicação do artigo, se os autores identificarem a necessidade de uma errata, deverão enviá-la à Secretaria da Revista imediatamente e de preferência por *e-mail*.

Resumo: deve ser apresentado em português (resumo), inglês (*abstract*) e espanhol (*resumen*), com até 150 palavras (máximo de 900 caracteres), explicitando o objetivo da pesquisa, método e resultados.

Descritores: devem ser indicados de três a cinco descritores que permitam identificar o assunto do trabalho, acompanhando o idioma dos resumos: português (Descritores), inglês (*Key words*) e espanhol (Descriptor), extraídos do vocabulário DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), elaborado pela BIREME e/ou (MeSH) Medical Subject Headings, elaborado pela NLM (National Library of Medicine).

Referências: Limitadas a 22, exceto nos artigos de revisão. Devem ser normalizadas de acordo com Estilo "Vancouver", norma elaborada pelo International Committee of Medical Journals Editors (<http://www.icmje.org>), e o título do periódico deve ser abreviado de acordo com a List of Journals Indexed (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). A lista apresentada no final do trabalho deve ser numerada de forma consecutiva e os autores mencionados de acordo com a seqüência em que foram citados no texto, sem necessidade do número entre parênteses. Ex: 1. Gomes A.

Obs: A veracidade das referências é de responsabilidade dos autores. Referências não contempladas nos exemplos descritos não serão aceitas.

O manuscrito deve ser encaminhado por via eletrônica online (<http://www.scielo.br/reeusp>) acompanhado de carta ao Editor (no item Carta de Apresentação do Artigo) informando os motivos pelos quais você selecionou a REEUSP para submeter o seu manuscrito. Adicionalmente informe os avanços e as contribuições do seu texto frente as publicações recentes já veiculadas na temática nos últimos anos.

Exemplos/ Examples/ Ejemplos

Artigos de periódico/Periodic articles/Artículos de periódico

a) Artigo padrão/Standard article/Artículo patrón

Calil AM, Pimenta CAM. Conceitos de enfermeiros e médicos de um serviço emergência sobre dor e analgesia no trauma. *Rev Esc Enferm USP*. 2000;39(1):325-32.

Jocham HR, Dassen T, Widdershoven G, Halfens R. Quality of life in palliative care cancer patients: a literature review. *J Clin Nurs*. 2006;15(9):1188-95.

Artigo com mais de 6 autores:

Eller LS, Corless I, Bunch EH, Kemppainen J, Holzemer W, Nokes K, et al. Self-care strategies for depressive symptoms in people with HIV disease. *J Adv Nurs*. 2005;51(2):119-30.

b) Instituição como autor/Institution as author/Institución como autor:

Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension*. 2002;40(5):679-86.

c) Sem indicação de autoria/Without indicating authorship/Sin indicación de autoría:

Best practice for managing patients' postoperative pain. *Nurs Times*. 2005;101(11):34-7.

d) Volume com suplemento/Volume with supplement/Volumen con suplemento:

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:190-8.

e) Fascículo com suplemento/Issue with supplement/Fascículo con suplemento:

Glauser TA. Integrating clinical data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Supl 7):S6-12.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*. 1996;4(2 Supl):15-25.

f) Volume em parte/Volume with part/Una parte del volumen:

Milward AJ, Meldrum BS, Mellanby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain*. 1999;122(Pt 6):1009-16.

g) Fascículo em parte/Issue with part/Una parte del fascículo:

Rilling WS, Drooz A. Multidisciplinary management of hepatocellular carcinoma. *J Vasc Interv Radiol*. 2002;13(9 Pt 2):S259-63.

h) Fascículo sem volume/Issue without volume/Fascículo sin volumen:

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes no sistema público de saúde. *Rev USP*. 1999;(43):55-9.

i) Sem volume e sem fascículo/Neither volume nor issue/Sin fascículos y sin volumen:

Outreach: bringing HIV-positive individuals into care. *HRSA Careaction*. 2002; Jun:1-6.

Livros e monografias/Books and monographs/Libros y monografías

a) Autor pessoal/Personal author/Autor personal:

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

b) Organizador, editor, coordenador como autor/Organizer, editor or compiler as author/Organizador, editor, coordenador como autor:

Cienciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadoras. Sistema assistência de enfermagem: evolução e tendências. 3^a ed. São Paulo: Ícone; 2005.

c) Instituição como autor e publicador/Institution as author and publisher/Institución como autor y publicador:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2003.

d) Capítulo de livro, cujo autor não é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is different from the book/Capítulo de libro, cuyo autor no es el mismo de la obra:

Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em indivíduos com dor. In: Chaves LD, Leão ER, editoras. Dor: 5^o sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p. 59-73.

e) Capítulo de livro, cujo autor é o mesmo da obra/Chapter of book, whose author is the same of the book/capítulo de libro, cuyo autor es el mismo de la obra

Moreira A, Oguisso T. Profissionalização da enfermagem brasileira. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. Gênese da profissionalização da enfermagem; p. 23-31.

f) Trabalho apresentado em evento (Anais, Programas, etc.)/Event (Annals, Programs, etc.)/Evento (Anales, Programas, etc.):

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho na enfermagem. In: Anais do 53^o Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção-PR; 2002. p. 167-82.

g) Dissertações e teses/Dissertation or thesis/Tesis de maestría y de doctorados:

Maia FOM. Fatores de risco para o óbito em idosos [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Freitas GF. Ocorrências éticas de enfermagem: uma abordagem compreensiva da ação social [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

h) Documentos legais/Legal documents/Documentos legales

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 1.

São Paulo (Estado). Lei n. 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 18 mar. 1999. Seção 1, p. 1.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília, 23 fev. 2006. Seção 1, p. 43-51.

i) Dicionários e obras de referência similares/Dictionaries and other similar reference books/Diccionarios y obras de referencia similares

Steadman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

Souza LCA, editor. Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem 2005/20 AME. 4^a ed. Rio de Janeiro: EPUB; 2004. Metadona; p. 556-7.

Materiais em formato eletrônico/Eletronic format materials/Materiales en formato electrónico

a) Monografia em formato eletrônico/Monograph in electronic format/Monografia en formato electrónico:

Prado FC, Ramos J, Ribeiro do Valle J. Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento [CD-ROM]. São Paulo: Artes Médicas; 1996.

b) Artigos de periódicos/Periodical articles/Artículos de periódicos:

Johnson BV. Nurses with disabilities. Am J Nurs [serial on the Internet]. 2005 [cited 2006 sept 27];105(10):[about 1 p.]. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?CMD=Pager&DB=pubmed>

Braga EM, Silva MJP. Como acompanhar a progressão da competência comunicativa no aluno de enfermagem. Rev Esc Enferm USP [periódico na Internet]. 2006 [citado 2006 set. 28]; 40(3):[cerca de 7 p]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/258.pdf>

c) Dissertações/teses/Dissertation/theses/Tesis de Maestría/Tesis de Doctorado

Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação no mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese na Internet]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005 [citado 2006 set. 29]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-20062006-144209/>