

**JOSEFINE BUSANELLO**

**AS PRÁTICAS HUMANIZADAS NO ATENDIMENTO AO PARTO DE  
ADOLESCENTES: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**RIO GRANDE**

**2010**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)  
ESCOLA DE ENFERMAGEM (EEnf)  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AS PRÁTICAS HUMANIZADAS NO ATENDIMENTO AO PARTO DE  
ADOLESCENTES: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM UM  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**JOSEFINE BUSANELLO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

**Orientadora: Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber**

**RIO GRANDE  
2010**

B976c Busanello, Josefina

**As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil / Josefina Busanello. - 2010.**

124 f.

Orientadora: Nalu Pereira da Costa Kerber

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

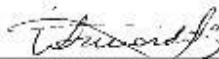
1. Enfermagem 2. Adolescente 3. Saúde da mulher 4. Parto humanizado 5. Parturiente adolescente I. Título II. Nalu Pereira da Costa Kerber

CDU: 616-083-053.6

**AS PRÁTICAS HUMANIZADAS NO ATENDIMENTO AO PARTO DE ADOLESCENTES: ANÁLISE DO TRABALHO DESENVOLVIDO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

**JOSEFINE BUSANELLO**

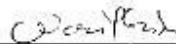
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de: **Mestre em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 03 de março de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Enfermagem e Saúde.



Wilson Danilo Lunardi Filho

Coordenador do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da FURG

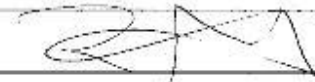
**BANCA EXAMINADORA PARA O MESTRADO:**



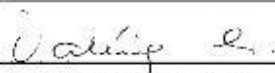
Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber – Presidente (FURG)



Dra. Daphne Rattner – Membro Externo (UNB)



Dr. Raul Andrés Mendoza - Sassi – Membro Interno (FURG)



Dra. Valéria Lech Lunardi - Membro Interno (FURG)

## DEDICATÓRIA

**À Deus.**

**Aos meus pais, Nilvo e Jurema, meus eternos mestres.**

**Aos meus avós, Pedro Plínio (*in memorian*) e Olíria e, Pedro (*in memorian*) e Lucilia, meus exemplos de vida.**

**Ao meu noivo, Joaquim, meu eterno companheiro.**

**Ao meu irmão Josemar, meu eterno amigo.**

**Amor eterno por todos vocês.**

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela minha existência.

Aos meus pais, Nilvo e Jurema, pela vida, pelo amor, pelo carinho e pelo incentivo aos estudos.

Ao meu mano Josemar, pelo apoio e incentivo na realização desse sonho.

Ao meu noivo Joaquim, pela paciência e pelo companheirismo, em todas as atividades do mestrado, que muitas vezes exigiram privações em nossa vida social e familiar.

Aos demais familiares, avós, tios, padrinhos, madrinhas, afilhados, primos e primas, pelo carinho e apoio nesses sete anos distantes de Cândido Godói. É sempre bom retornar junto de vocês. De igual forma, meu agradecimento à família do meu noivo Joaquim, pelo carinho e acolhimento em Rio Grande.

Aos meus amigos... amigos de infância e adolescência, colegas e parcerias de faculdade, pelas lembranças de um tempo que passou, mas ficou guardado para sempre.

Às minhas amigas e colegas de mestrado, Carol, Marília e Josiane, pelo companheirismo.

Meu agradecimento à Banca Examinadora deste estudo e, todos os Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande, pelas contribuições nesta conquista acadêmica.

E, por fim, meu agradecimento especial à minha Orientadora, Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber, pela dedicação e pelos ensinamentos, meu carinho e eterna gratidão.

*“É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a  
vida passar.  
É melhor tentar, ainda que em vão que sentar-se,  
fazendo nada até o final.  
Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em  
casa me esconder.  
Prefiro ser feliz, embora louco, que em conformidade  
viver.”*

(Martin Luther King)

## RESUMO

BUSANELLO, Josefina. **As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil**. 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo, de abordagem qualitativa e quantitativa, tem como objetivo analisar as práticas desenvolvidas na assistência à parturiente adolescente em um Centro Obstétrico (CO) de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil, com base na proposta de humanização do parto preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), a partir do relato dos próprios trabalhadores da saúde. O cenário investigativo foi o CO do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, do município do Rio Grande/RS. Utilizou o banco de dados do macroprojeto de pesquisa intitulado: “Atenção humanizada ao parto de adolescentes”, ao qual está vinculado. Os dados foram coletados no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009, por meio de duas fontes: entrevista semiestruturada e pesquisa documental. Foram analisados 128 prontuários das adolescentes parturientes, atendidas nesse período no CO em estudo. Os sujeitos do estudo foram vinte e três trabalhadores atuantes no CO deste hospital, dentre eles, 6 médicos residentes, 7 médicos preceptores, 4 enfermeiras e 6 técnicos/auxiliares de enfermagem. Na análise quantitativa, após a descrição da amostra estudada, foram calculadas as proporções para as variáveis categóricas, segundo a categoria funcional. Diferenças entre proporções foram testadas pelo teste estatístico de Fisher ( $p < 0,05$ ). A apreciação qualitativa dos dados foi realizada por meio da análise temática. Para a discussão foi estabelecido uma correlação com as orientações do MS acerca da proposta de parto humanizado. A partir do relato dos trabalhadores, evidenciou-se a realização de práticas úteis na assistência ao parto, dentre elas, as orientações sobre formas de relaxamento no trabalho de parto, o incentivo ao vínculo precoce entre mãe e filho e a amamentação. Porém, o direito à presença do acompanhante e o envolvimento da parturiente na escolha do tipo de parto não vem sendo considerados. A posição de litotomia e a padronização da tricotomia, episiotomia e amniotomia, também foram relatadas. O registro dos prontuários foi insatisfatório, considerando o partograma, a vigilância fetal, a anamnese e o exame físico e obstétrico da parturiente. Os fatores que dificultam a implementação das práticas preconizadas são a não sensibilização dos trabalhadores e a falta de infraestrutura do CO. Evidenciaram-se concepções semelhantes entre as categorias funcionais em relação à assistência ideal no CO às adolescentes, tais como importância da adequação física do CO, da organização do trabalho, da presença do acompanhante e das relações de respeito. Os trabalhadores da enfermagem ressaltaram as especificidades da parturiente adolescente, destacando a importância do direito ao acompanhante, do comportamento solidário e do respeito aos sentimentos da parturiente. Alguns aspectos que são preconizados, não despontaram no relato dos trabalhadores: a prevenção da mortalidade materna e neonatal, o contato precoce entre mãe e filho,



a amamentação na primeira hora de vida e o respeito à autonomia da mulher. Destaca-se a importância deste estudo, ao abordar as práticas desenvolvidas no atendimento à parturiente adolescente, na perspectiva dos trabalhadores da saúde, considerando que estes são os principais responsáveis pela implementação de uma assistência humanizada.

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

## ABSTRACT

BUSANELLO, Josefina. **Humanized practices in assistance to adolescents' parturition: analysis of work developed in a Teaching Hospital in southernmost Brazil.** 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

This study, of qualitative and quantitative approach, aims to analyze the practices developed in assisting the adolescent parturient in an Obstetric Center (OC) in a teaching hospital in Southernmost Brazil, based on the proposal of humanization of parturition ruled by Health Ministry (HM), from the account of the health workers. The investigative background was the Obstetric Center (OC) in Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior Teaching Hospital, Rio Grande/RS. The database of the macroproject of research called: "Humanized attention to adolescents' parturition" was applied, to which it is attached. Data were collected in the period of July 2008 to February 2009, through two sources: semistructured interview and documentary survey. They were analyzed 128 medical records of the adolescent parturients, assisted in this period in the OC under study. The subjects of the study were twenty-three effective workers at the OC of this hospital, among them, 6 medical interns, 7 preceptor physicians, 4 nurses and 6 technicians/auxiliaries in nursing. In the quantitative analysis, after the description of the sample studied, the rates for the category variables were calculated, according to the functional category. Differences between rates were tested by Fischer statistical test ( $p < 0,05$ ). Qualitative assessment of data was carried out by thematic analysis. For discussion it was established a co-relation with orientations of HM concerning the proposal of humanized parturition. From the account of the workers, it was clear that performing useful practices in assisting parturition, among them, orientation towards relaxation techniques at parturition, improving the early attachment between mother and child and breastfeeding. However, the right to the presence of a companion and the commitment of the parturient with the type of parturition has not been taken into account. The position of lithotomy and the standardization of trichotomy, episiotomy and amniotomy, were also reported. The medical record content was unsatisfactory, considering the partogram, fetal vigilance, anamnesis and physical and obstetrician exam of the parturient. Factors which affected the implementation of practices recommended were the lack of sensitiveness of the workers and the lack of infrastructure in the OC. Similar conceptions were seen in the functional categories in terms of ideal assistance in the OC to adolescents, as well as the importance of physical adjustment of the OC, organization of the work, presence of a companion and respect relationships. Nursing workers pointed out the specificities of the adolescent parturient, concerning their right to a companion, attitude of solidarity and respect to the feelings of the parturient. Some aspects that were recommended, were not highlighted in the workers' report: prevention to neonatal and maternal mortality, early contact between mother and child, breast feeding at the first hour and respect

to the woman's autonomy. It is emphasized the importance of this study, by approaching the practices developed in assisting the adolescent parturient, under the perspective of health workers, considering that they are accountable to implementing humanized assistance.

**Descriptors:** Parturition. Humanizing Delivery. Woman's health. Adolescent. Nursing.

## RESUMEN

BUSANELLO, Josefina. **Las prácticas humanizadas en el atendimento al parto de adolescentes: análisis del trabajo desarrollado en un Hospital Universitario del extremo sur del Brasil.** 2010. 124 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudio, de abordaje cualitativo y cuantitativo, tiene por objetivo analizar las prácticas desarrolladas en la asistencia a la parturienta adolescente en un Centro Obstétrico (CO) de un hospital Universitario del extremo sur del Brasil, con base en la propuesta de humanización del parto preconizada por el Ministerio de la Salud (MS), desde el relato de los propios trabajadores de la salud. El escenario investigativo fue el CO del Hospital Universitario Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, de la ciudad de Rio Grande/RS. Utilizó el banco de datos del macroproyecto de encuesta titulado: “Atención humanizada al parto de adolescentes”, al que está vinculado. Los datos fueron recopilados en el período de julio del 2008 a febrero del 2009, por medio de dos maneras: entrevista medioestructurada y encuesta documental. Fueron analizados 128 prontuarios de las adolescentes parturientas, atendidas en ese período en el CO en estudio. Los sujetos del estudio fueron veintitrés trabajadores que actúan en el CO de este hospital, siendo, 6 médicos residentes, 7 médicos preceptores, 4 enfermeras y 6 técnicos/auxiliares de enfermería. En el análisis cuantitativo, después de la descripción de la muestra estudiada, fueron calculadas las proporciones para las variables categóricas, según la categoría funcional. Diferencias entre proporciones fueron probadas por el teste estadístico de Fisher ( $p < 0,05$ ). La apreciación cualitativa de los datos fue realizada por medio del análisis temático. Para la discusión fue establecida una correlación con las orientaciones del MS acerca de la propuesta del parto humanizado. Desde el relato de los trabajadores, se evidenció la realización de las prácticas útiles en la asistencia al parto, como las orientaciones sobre formas de relajamiento en el trabajo del parto, el incentivo al vínculo precoz entre madre e hijo y el amamantamiento. Sin embargo, el derecho a la presencia del acompañante y el involucramiento de la parturienta en la opción del tipo de parto no vienen siendo considerados. La posición de litotomía y el padrón de la tricotomía, episiotomía, y la inducción al parto, también fueron relatadas. El registro de los prontuarios fue insatisfactorio, considerando el parto grama, la vigilancia fetal, la anamnesis y el examen físico y obstétrico de la parturienta. Los factores que dificultan la implementación de las prácticas preconizadas son la no sensibilización de los trabajadores y la falta de infraestructura del CO. Se evidenciaron las concepciones semejantes entre las categorías funcionales en relación a la asistencia ideal en el CO a las adolescentes, tales como importancia de la adecuación física del CO, de la organización del trabajo, de la presencia del acompañante y de las relaciones de respeto. Los trabajadores de enfermería resaltaron las especificidades de la parturienta adolescente, poniendo en evidencia la importancia del derecho al acompañante, del

comportamiento solidario y del respeto a los sentimientos de la parturienta. Algunos aspectos que son preconizados, no aparecieron en el relato de los trabajadores: la prevención de la mortalidad materna y neonatal, el contacto precoz entre madre e hijo, el amamantamiento en la primera hora de vida y el respeto a la autonomía de la mujer. Se destaca la importancia de este estudio, al abordar las prácticas desarrolladas en el atendimento a la parturienta adolescente, en la perspectiva de los trabajadores de la salud, considerando que son los principales responsables por la implementación de una asistencia humanizada.

**Descriptor:** Parto. Parto humanizado. Salud de La Mujer. Adolescente. Enfermería.

## SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>15</b>
<b>2 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	
3.1 GERAL.....	22
3.2 ESPECÍFICOS.....	22
<b>4 AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL</b> .....	<b>24</b>
<b>5 ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES</b> .....	<b>28</b>
<b>6 OS DESAFIOS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO DO PARTO</b>	
6.1 FALHAS DO SISTEMA DE SAÚDE.....	32
6.2 FALHAS DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	34
6.3 PRÁTICAS INTERVENCIONISTAS.....	36
6.4 TRABALHADORES DA SAÚDE NÃO SENSIBILIZADOS PARA A ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO.....	38
6.5 O DESCONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DOS SEUS DIREITOS COMO PARTURIENTE.....	41
<b>7 PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES</b> .....	<b>44</b>
<b>8 METODOLOGIA</b>	
8.1 TIPO DE ESTUDO.....	45
8.2 LOCAL DO ESTUDO.....	46
8.3 SUJEITOS DO ESTUDO.....	47
8.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
8.5 COLETA DE DADOS.....	48
8.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	50
<b>9. RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>51</b>
9.1 ARTIGO 1.....	54
9.2 ARTIGO 2.....	73
<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>89</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## 1 APRESENTAÇÃO

O movimento de humanização repercute em todos os níveis de atenção à saúde, em uma tentativa de fundamentar as práticas assistenciais nos direitos humanos. No que se refere à atenção ao processo de parturição, a proposta de humanização da assistência busca a transformação dos serviços destinados ao parto e nascimento, tornando-os espaços mais acolhedores, menos medicalizados, que permitam a participação da família e promovam a autonomia da mulher sobre seu corpo e seu processo reprodutivo.

A implementação dessa política de humanização ainda representa um grande desafio no cenário da atenção obstétrica. A forma de organização dos serviços de saúde, a indisponibilidade de recursos financeiros e, principalmente, a não sensibilização dos trabalhadores da saúde para os princípios preconizados por esse ideário, consagram-se como aspectos que dificultam a efetivação de uma assistência humanizada e de qualidade à mulher, ao recém-nascido e a sua família.

Essa realidade da atenção obstétrica fomenta pesquisas na área da saúde da mulher, que buscam estratégias e ações que favoreçam a humanização da assistência ao parto. Nesse contexto científico, a Enfermagem assume um papel relevante no âmbito nacional, por desenvolver estudos importantes que abordam essa temática.

O enfermeiro possui uma formação fundamentada nos princípios humanistas, que prioriza a ética, a dignidade, os direitos e a segurança do paciente/cliente. Nesta perspectiva, meu interesse por abordar a humanização do parto surge a partir do entendimento de que o trabalho do Enfermeiro é decisivo para a implementação de uma assistência humanizada, considerando que a presença e participação deste trabalhador da saúde é fundamental nos serviços destinados à parturição. Assim, acredito que, por meio deste estudo, surge a possibilidade de contribuir para que o ideário da atenção humanizada ao parto seja efetivado na realidade dos serviços destinados a esta população.

Ademais, o interesse por abordar esta temática, também está atrelado à minha inserção e participação no Grupo de Pesquisa Viver Mulher, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande/RS. Este Grupo desenvolve, atualmente, uma macropesquisa, à qual o presente estudo está

vinculado, que enfoca esta temática, na perspectiva da atenção ao parto de adolescentes, uma população que representa índices importantes de atendimentos nos serviços de saúde.

Destarte, o presente estudo, intitulado **“As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil”**, apresenta como proposta a análise das práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, tanto da área da Enfermagem, quanto da Medicina, por entender que eles configuram-se como os principais mediadores da proposta de atenção humanizada ao parto. Para tanto, a introdução deste estudo contém o problema de pesquisa, fundamentado em estudos que abordaram a assistência ao parto na perspectiva da proposta de humanização, a justificativa da realização do estudo e os objetivos orientadores.

A seguir, apresenta-se o referencial teórico norteador, o qual aborda: as políticas públicas para a humanização do parto no Brasil; a atenção humanizada ao parto de adolescentes; e os desafios para a implementação da humanização do parto. Além de estar articulado com a temática central do estudo, o referencial teórico permitiu a construção dos pressupostos e hipóteses do estudo.

Na continuidade, desponta o capítulo que descreve a abordagem metodológica, quanti-qualitativa, apresentando, de modo geral, a macropesquisa à qual o presente estudo está vinculado, o contexto investigativo, os sujeitos do estudo, a coleta dos dados, os aspectos éticos e o método utilizado para a análise dos dados.

No capítulo seguinte, os resultados e as discussões que emergiram do presente estudo são apresentados no formato de dois artigos. O primeiro, de abordagem quanti-qualitativa, intitulado **“Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas por trabalhadores da saúde em um Centro Obstétrico no sul do Brasil”**, responde ao objetivo geral do estudo, aos objetivos específicos relacionados à identificação das proporções e à análise do desenvolvimento das práticas de atenção ao parto normal, de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) e a associação das diferenças na forma de visualização destas práticas de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde.



O segundo artigo, de abordagem qualitativa, intitulado “Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do sul do Brasil”, responde ao objetivo específico que enfoca diferenças e semelhanças da concepção do que seja uma assistência ideal em um Centro Obstétrico (CO), de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde.

Por fim, apresenta-se o capítulo de considerações finais, momento em que é realizada uma síntese dos resultados encontrados, assim como fortalezas e fragilidades do estudo desenvolvido.

## 2 INTRODUÇÃO

A atenção humanizada em saúde perpassa um amplo conjunto de iniciativas, designadas a uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, dos direitos, da subjetividade, da dignidade e da cultura do paciente e sua família, além do reconhecimento dos profissionais envolvidos nesse processo (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006; DESLANDES, 2005).

Para alcançar a humanização da atenção e da gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), é imprescindível um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos entre os profissionais e os usuários na produção da saúde. Além disso, é importante a construção/ativação de atitudes éticas, estéticas e políticas, pois as primeiras defendem a vida como eixo das ações, as segundas estabelecem a elaboração das normas que regulam a vida e os processos de criação que constituem a especificidade do homem em relação aos demais seres vivos. Por fim, a incorporação de atitudes políticas vem acrescentar que, a partir da convivência entre os homens, é que se estabelecem as relações sociais e são operadas as relações de poder (BRASIL, 2004a).

Nesta perspectiva, a utilização do termo “humanizar”, vinculado à assistência de parturientes, tem como premissa melhorar as condições do atendimento à mulher, recém-nascido e família, através da reivindicação de ações que visam a autonomia, a liberdade de escolha, a equidade e a não violência de gênero (BRASIL, 2004b).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) lançou, no ano de 2000, um processo amplo de humanização da assistência obstétrica, através do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Esta proposta, destinada tanto ao setor público, quanto ao setor privado do SUS, tem como finalidade o resgate da atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada no pré-natal, parto e puerpério, através do envolvimento articulado dos Estados, Municípios e unidades de saúde nestas ações (BRASIL, 2000a).

A efetivação da assistência humanizada nos COs depende da estrutura organizacional das instituições de saúde e, principalmente, do empenho de todos os trabalhadores da saúde que atuam na assistência ao parto. É importante ressaltar

que a Enfermagem tem participado das principais discussões acerca da saúde da mulher, juntamente com movimentos sociais feministas, em defesa do PHPN e contribuindo para sua implementação. Neste sentido, o Enfermeiro tem sido reconhecido dentro da equipe de saúde como o profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente.

Na literatura, são encontradas experiências bem sucedidas da introdução do modelo de humanização do parto, como é o caso do Hospital Sofia Feldman, de Belo Horizonte, reconhecido pelo MS por desenvolver atenção humanizada às parturientes, à família e ao recém-nascido. Essa maternidade busca incentivar o parto normal, o alojamento conjunto e o aleitamento materno, além de considerar as práticas preconizadas para a efetivação da filosofia de humanização, bem como oferecer condições para que a mulher e sua família vivenciem a experiência do parto da melhor maneira possível, como um evento saudável e prazeroso (RNFSDR, 2002).

Todavia, muitas das recomendações preconizadas pelo PHPN ainda não foram introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação nos COs. Um estudo realizado em dois hospitais de um município do Paraná, que adotam o PHPN desde 2002, revelou que os fatores institucionais, evidenciados nas dificuldades de organização desses serviços de saúde e, especialmente, a não sensibilidade dos profissionais à importância desse programa, significaram obstáculos para implementação do modelo humanizado do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008a).

Mabuchi e Fustinoni (2008), em um estudo realizado em um hospital público de São Paulo, identificaram a resistência dos trabalhadores da saúde ao ideário de humanização da atenção ao parto, proposto pelo MS. Esses autores evidenciaram que, apesar de os trabalhadores da saúde considerarem os benefícios de um atendimento acolhedor na assistência à parturiente, prevalece a deficiência do contato humano e do diálogo e a falta de autonomia da mulher sobre o evoluir de seu parto. Atitudes desrespeitosas entre os trabalhadores e a relação destes com as parturientes e os familiares são caracterizadas como limitações que dificultam o atendimento efetivo, personalizado e adequado à parturição.

Com a finalidade de avaliar a assistência ao parto em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Dias e Deslandes (2006), evidenciaram que os

trabalhadores da saúde idealizam um padrão comportamental materno comum às parturientes, desconsideram suas necessidades e individualidades, tornando a assistência distante dos princípios norteadores da política de humanização. As mulheres participantes desse mesmo estudo relataram que os trabalhadores da saúde raramente identificam-se ou tratam-nas pelo nome; apenas as avaliam de tempos em tempos, deixando-as com a sensação de abandono. Também é ressaltada a violência verbal e física à qual foram submetidas, sem que tenham tido qualquer informação sobre os procedimentos realizados durante o parto.

Diante das evidências que revelam a realidade da atenção às mulheres no momento do parto e que caracterizam uma assistência distante dos princípios de humanização, faz-se necessário rever as ações dos trabalhadores da equipe de saúde (REIS; PATRÍCIO, 2005). As práticas desenvolvidas na assistência à parturição, norteadas pela proposta de humanização, prevêm atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres.

Segundo os relatos de puérperas adolescentes a Oliveira e Madeira (2002), em um estudo que teve como objetivo compreender o que significa o parto humanizado, há uma relação de distanciamento entre as parturientes e os trabalhadores. Não há interação no sentido do afeto, da aproximação e do cuidar verdadeiro. Nessa situação, o corpo é visto e manipulado como um objeto. Os sentimentos expressos pela parturiente são desconsiderados em favor da eficiência e resolutividade.

Considerando as especificidades da mulher adolescente, os estudos voltados para a atenção ao parto nessa faixa etária, em sua maioria, estão direcionados aos problemas biopsicossociais, que podem advir da maternidade precoce e os riscos obstétricos e neonatais do ciclo gravídico-puerperal (RODRIGUES; ROGRIGUES; SOUZA; NOGUEIRA; FIALHO, 2008; SPINDOLA; SILVA, 2009; KONG; FONSECA; GOMES, 2008). Apesar das particularidades fisiológicas e emocionais que acompanham o período da adolescência e influenciam o transcurso da gravidez e do parto nessa faixa etária, a assistência ao parto de adolescentes, na perspectiva da humanização, é pouco abordada nos estudos.

Essa lacuna do conhecimento precisa ser transposta em virtude do cenário atual que se apresentam os serviços de atenção à saúde já que, segundo o MS, no

ano de 2005, 21,8% dos partos realizados no SUS foram de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos (BRASIL, 2005a).

Nesta perspectiva, justifica-se a relevância do presente estudo, que está voltado para a atuação dos trabalhadores da saúde e sua participação na efetivação da atenção humanizada ao parto de adolescentes, considerando que esses são importantes mediadores de tal proposta. A implementação do PHPN requer o envolvimento e a aderência dos trabalhadores da saúde, mediante a compreensão de que a forma como é assistido e vivenciado esse processo, pode ser decisiva para a promoção de uma maternidade segura, com a sensibilidade para reconhecer que o momento do parto é ímpar, tanto para a mãe como para o bebê, em especial para a parturiente adolescente, que se encontra em período de significativas mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais.

Assim, ao considerar a relevância do papel dos trabalhadores da saúde para implementar o PHPN, torna-se imprescindível para a construção de estratégias de validação da atenção humanizada ao parto, compreender quais as ações desenvolvidas pelos trabalhadores que podem favorecer ou dificultar a efetivação desse ideário. Além disso, há possibilidade de buscar a compreensão de gestores e trabalhadores da saúde de que a qualidade da assistência prestada à parturiente está intimamente vinculada às ações preconizadas pelo programa de humanização do MS.

Deste modo, na tentativa de contribuir para a humanização da atenção ao parto de adolescentes, procura-se contemplar, neste estudo, a seguinte questão: Quais as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde que contribuem ou desafiam a humanização do parto de adolescentes?

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Analisar as práticas desenvolvidas na assistência à parturiente adolescente, a partir do relato dos trabalhadores da saúde, em um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil, com base na proposta de humanização do parto preconizada pelo Ministério da Saúde.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Identificar a proporção e analisar o desenvolvimento de práticas consideradas úteis e que devem ser estimuladas no atendimento ao parto normal de adolescentes em um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.
- Identificar a proporção e analisar o desenvolvimento de práticas consideradas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas no atendimento ao parto normal de adolescentes em um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.
- Identificar a proporção e analisar o desenvolvimento de práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado no atendimento ao parto normal de adolescentes em um Centro Obstétrico de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.
- Estudar a associação das diferenças ou semelhanças na forma de visualização das práticas classificadas pela OMS em relação ao parto normal de

adolescentes em um Centro Obstétrico de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.

- Analisar as diferenças ou semelhanças da concepção do que seja uma assistência ideal às adolescentes em um Centro Obstétrico, de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.

#### **4 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A HUMANIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL**

Até meados do século XIX, os aspectos fundamentais da experiência reprodutiva feminina eram de domínio quase que exclusivo das mulheres e privativos da esfera familiar. Entretanto, a partir do início do século XX, o progresso do conhecimento científico ocasionou uma mudança no paradigma do processo de parturição. O hospital tornou-se referência para o atendimento à parturiente e os índices de mortalidade materna e neonatal passaram a ser reduzidos (RNFSDR, 2002).

Apesar dos avanços tecnológicos na área obstétrica, o predomínio do modelo biomédico configurou o parto como evento patológico e medicalizado. A perda da autonomia da mulher, a intervenção médica excessiva na fisiologia do processo de parturição, o distanciamento da família e o aumento das taxas de cesariana, foram os principais resultados indesejados desse modelo de assistência (OMS, 1996).

Diante dessas mudanças na atenção ao parto e na tentativa de incorporar a integralidade como preceito básico à assistência das mulheres, o MS lançou, em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 1984). Os movimentos sociais, em especial os feministas, foram cruciais na formulação dessa proposta, incluindo, nas discussões das políticas públicas de saúde, aspectos voltados para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres (OSIS, 1998).

Ao propor um conjunto de diretrizes e princípios norteadores das práticas e ações às demandas do processo reprodutivo, o PAISM, mesmo sem utilizar o termo humanizar, foi a primeira referência oficial do MS para a assistência humanizada ao processo gravídico-puerperal. Essa política de atenção à saúde da mulher previa um conjunto de ações com o objetivo de qualificar os níveis de saúde e cidadania da população feminina, além de incorporar a essa proposta os princípios de equidade e descentralização dos serviços de saúde (BRASIL, 1984).

Assim, a partir do PAISM, uma nova perspectiva de assistência à saúde da mulher passou a ser concebida. As políticas públicas para a atenção ao parto e



nascimento que, até então, estavam direcionadas aos aspectos reprodutivos e biológicos, passaram a incluir outros conceitos na assistência à parturição, tais como a integralidade e a autonomia corporal (BRASIL, 1984).

Apesar desses princípios evocados pelo PAISM, nos anos 90, o modelo de assistência ao parto e nascimento permanecia centrado na intervenção técnica e medicalizada (OSIS, 1998). Na tentativa de reverter esse modelo de atenção à parturição, prevaemente até esse período, o MS lançou, em 1996, o Projeto Maternidade Segura, evocando pela primeira vez o termo humanização em suas medidas. O programa tem como objetivo elevar a qualidade do atendimento à saúde materno-infantil, reduzindo a morbimortalidade, através do credenciamento de instituições destinadas à assistência integral à saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 1995).

Na perspectiva de uma política humanizada, as ações preconizadas nesse projeto do MS estão previstas em oito passos: garantir a informação acerca da saúde reprodutiva e dos direitos da mulher; garantir a assistência durante a gravidez, o parto e o puerpério; proporcionar acesso ao planejamento familiar; incentivar o parto normal e humanizado; ter rotinas escritas para normatizar a assistência; treinar toda equipe de saúde para implementar as rotinas; possuir estrutura adequada para o atendimento materno e perinatal; possuir arquivo e sistema de informações; avaliar periodicamente os indicadores de saúde materna e perinatal (BRASIL, 1995).

Buscando reforçar as medidas para a construção de uma política de qualificação da atenção ao parto, o MS lançou, também, outras estratégias de ação. Desde o ano de 1998, a instituição do Prêmio Galba de Araújo propõe o estímulo à implementação de serviços de excelência na atenção ao parto, com vistas à humanização do atendimento e ao incentivo ao parto natural (RNFSDR, 2002). Igualmente, destaca-se a iniciativa do MS de incentivar a criação de cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e a implementação dos Centros de Parto Normal ou Casas de Parto, que preconizam a realização de partos naturais por enfermeiros (BRASIL, 1999).

Nessa tendência de incluir os princípios de humanização na assistência ao processo de parturição, no ano de 2000, o MS instituiu, através das Portarias nº 569, 570, 571, 572, de junho de 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e

Nascimento (PHPN), uma proposta ampla de humanização dos serviços de atenção a todo ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2000b).

Este programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados com diretrizes institucionais. O objetivo principal é reorganizar a assistência, vinculando formalmente o pré-natal ao parto e puerpério, ampliando o acesso das mulheres e garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos (BRASIL, 2001).

O PHPN, como um modelo de humanização da atenção à saúde da mulher, apresenta, como principal estratégia, assegurar a melhoria da qualidade e cobertura da assistência pré-natal, parto e puerpério, na perspectiva dos direitos humanos. Tem, como uma de suas finalidades, a humanização da atenção nos COs, fundamentando-se em dois aspectos. O primeiro é voltado à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, incorporando atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde, organizando a instituição de modo a propiciar um ambiente acolhedor, além de adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à implementação de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, a fim de evitar 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).

Em seu plano operacional, esse programa define elementos chave da humanização da assistência à gestação e ao parto, em torno dos quais devem se concentrar os esforços para melhoria da qualidade da assistência, além de reduzir as taxas de cesárea e de morbimortalidade materna e perinatal (CASTRO; CLAPIS, 2005). As práticas relacionadas ao parto normal foram publicadas pela OMS em 1996, sendo classificadas em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser incentivadas; práticas claramente prejudiciais e ineficazes e que deveriam ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício (BRASIL, 2004b).

Essas ações preconizadas pelo modelo de humanização do parto influenciam o modelo organizacional dos serviços que realizam assistência obstétrica e visam direcionar o processo de trabalho nos COs. As modificações na estrutura das unidades de atendimento à parturiente, transformando-as em espaços mais acolhedores e favoráveis à implementação das ações preconizadas, tornam-se imprescindíveis para que essas práticas sejam implementadas. De igual forma, é necessário que haja comprometimento dos gestores com a proposta do PHPN, além da mudança cultural dos hospitais, com a organização de uma assistência realmente voltada às necessidades das mulheres e suas famílias (BRASIL, 2000a).

Em 2005, reforçando os princípios previstos para a humanização da atenção à parturição, foi aprovada a Lei 11.108/05, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005b). Em conformidade com as medidas propostas por essa lei, a Portaria GM 2418/05 acrescenta que a presença de um acompanhante durante a parturição, conforme estudos baseados em evidências científicas, poderá reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e favorecer a amamentação. Além disso, nessa portaria, vigora o direito a acompanhante não apenas para as parturientes atendidas pelo SUS, mas, de igual forma, às mulheres assistidas nas instituições privadas (BRASIL, 2005c).

Todo esse conjunto de medidas apresentadas pelo MS tornar-se-á efetivo quando, somados a elas, os profissionais de saúde transformarem sua prática na direção de uma relação mais humanizada e segura. O parto precisa ser resgatado como o momento do nascimento, respeitando todos os seus significados, devolvendo à mulher o seu direito de ser mãe com humanidade e segurança (BRASIL, 2001).

## 5. ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES

A adolescência, definida pela OMS como o período da segunda década de vida (10 aos 19 anos), é caracterizada por profundas transformações fisiológicas e psicológicas. No Brasil, os adolescentes representam, aproximadamente, 19% da população nacional. Em 2005, a população brasileira era de 184,3 milhões de pessoas, sendo que 35.029.705 eram adolescentes com idades entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2005a).

Essa etapa da vida é marcada pelas manifestações intensas da sexualidade, por novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, desconhecidos desejos e a busca de relacionamentos interpessoais. Nesse quadro de modificações e experiências, ocorre, para a maioria dos jovens, o início da atividade sexual e, para alguns (algumas), o início da paternidade ou maternidade (BRASIL, 2005d).

Nas últimas décadas, transformações e evoluções vêm se processando de modo marcante no comportamento sexual e reprodutivo dos adolescentes (RODRIGUES et al, 2008). Em 1996, 14 % das mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos tinham pelo menos um filho. Entre 1993 e 1998, houve um aumento de 31% no percentual de parto de meninas entre 10 e 14 anos atendidas pelo SUS (BRASIL, 2005a).

Atualmente, a gravidez na adolescência tem sido identificada como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil. Dados do SUS demonstram os elevados índices de internações para o atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 19 anos de idade. No total, as hospitalizações por gravidez, parto e puerpério de adolescentes correspondem a 37% dos atendimentos obstétricos (BRASIL, 2003).

Conforme os dados da tabela abaixo, disponibilizados pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos (Sinasc) e Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (Datapus), acerca dos nascidos vivos no Brasil, idade materna e ano do nascimento, é possível visualizar que, desde 1994, houve um aumento do número

de mães adolescentes e que, a partir de 1998, permaneceram constantes os índices de maternidade em todas as faixas etárias da adolescência (BRASIL, 2005a).

Tabela 1- Nascimentos para ocorrência por idade materna e ano de nascimento.

Nascidos vivos – Brasil										
Nascimentos para ocorrência por idade materna e ano do nascimento										
Idade da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos, 20 a 24 anos										
Período: 1994-2003										
Idade da mãe	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
10 a 14	17.628	21.304	24.953	26.847	27.237	27.518	28.973	27.931	27.664	27.239
15 a 19	490.716	581.738	630.972	668.038	702.579	725.642	721.564	696.955	665.437	645.806
20 a 24	774.744	862.692	890.747	922.023	966.381	1.010.878	998.523	974.937	966.483	955.304
<b>Total</b>	<b>1.283.088</b>	<b>1.465.734</b>	<b>1.546.672</b>	<b>1.616.908</b>	<b>1.696.197</b>	<b>1.765.038</b>	<b>1.749.060</b>	<b>1.699.823</b>	<b>1.659.584</b>	<b>1.628.349</b>

Fonte: Sinasc/Datasus

No Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº8.069, de 13 de julho de 1990, estão assegurados os direitos universais e integrais de saúde à criança e ao adolescente. No artigo 7º, consta: “A criança e o adolescente têm o direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência”. Embora não estejam previstos, no ECA, tópicos especiais sobre a saúde reprodutiva dos adolescentes, a lei prevê que sejam desenvolvidas ações referentes ao atendimento pré e perinatal das gestantes, o direito ao acompanhante e a vinculação entre os serviços e profissionais que fazem o atendimento pré-natal e parto das mulheres (BRASIL, 1990).

Além dos riscos acarretados pelas alterações corporais gravídicas e suas complicações, as repercussões sociais, psicológicas e econômicas, de igual forma são considerados fatores que podem desencadear agravos de saúde, tanto para a mãe adolescente, quanto para o bebê (FOLLE; GEIB, 2004). No entanto, a atenção adequada no momento do parto representa um passo importante para amenizar os agravos, que podem acompanhar a gravidez precoce. As adolescentes poderão vivenciar a maternidade como um evento prazeroso, positivo e menos traumático, de acordo com uma série de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde.

Segundo Ventura (2004), para a melhoria e qualidade de atendimento à saúde dos adolescentes, alguns princípios e diretrizes devem ser preconizados: o reconhecimento de adolescentes como sujeitos de direitos implica a garantia da privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado como direitos invioláveis na assistência à saúde; a garantia do direito ao respeito, como inviolabilidade da integralidade física, psíquica e moral desses sujeitos e, a

preservação da imagem, identidade, autonomia, dos valores, das idéias e crenças, da opinião e expressão, dos espaços e objetos pessoais; a afirmação da natureza tutelar do direito à saúde, isto é, sua definição como um direito cuja garantia exclui qualquer outra norma que prejudique o bem tutelado, neste caso, a saúde. Isto implica a inviolabilidade da prestação de qualquer atendimento em saúde necessário, mesmo diante da ausência de familiar ou responsável legal.

Assim, reflete-se que a qualidade do acolhimento e do cuidado prestado à adolescente que procura a assistência à parturição pode ser determinante no desenrolar desse processo. Para tanto, as práticas de atenção deverão nortear-se pelo princípio da humanização, enfatizando que as ações dos trabalhadores da saúde devem contribuir para reforçar o caráter da atenção focado nos direitos da parturiente. Neste sentido, a finalidade da assistência prestada é melhorar o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo, suas condições de saúde, além de ampliar sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida (BRASIL, 2003).

O MS, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, preconiza a promoção da atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, para as mulheres de todas as faixas etárias, inclusive as adolescentes (BRASIL, 2007). No entanto, a maioria dos estudos voltados para a gestação, o parto e o puerpério na adolescência (KONING; FONSECA; GOMES, 2008; RODRIGUES et al, 2008) aborda apenas os riscos físicos, psicológicos e sociais dessas condições na vida dos adolescentes, sem enfatizar os aspectos relacionados com a assistência no ciclo gravídico-puerperal das adolescentes.

Conforme busca realizada no mês de setembro de 2009, nas bases eletrônicas de dados relacionadas às Ciências da Saúde em Geral, disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SCIELO), utilizando os descritores “humanização do parto” e “gravidez na adolescência”, foram encontrados dois resultados, sendo que somente um destes tratava-se de investigação científica.

No estudo encontrado, de autoria de Oliveira e Madeira (2002), foi evidenciada a intensa medicalização, as intervenções desnecessárias, o isolamento familiar e a

falta de privacidade a que estavam submetidas as parturientes adolescentes. Estes mesmos achados foram encontrados nos estudos de Moura et al (2002), Dias e Deslandes (2006) e Wrobel e Ribeiro (2006), envolvendo parturientes adultas.

As gestantes adolescentes têm as mesmas necessidades e direitos de atenção de mulheres na idade adulta. Porém, apresentam especificidades fisiológicas e de maturidade emocional que as tornam um grupo que carece de muito mais atenção e preocupação por parte dos trabalhadores da saúde. Em vista disso, surge a necessidade e a exigência de se trabalhar com as questões da gravidez na adolescência, aliadas à questão do número de adolescentes, cada vez mais frequentes nos COs.

As instituições hospitalares não estão preparadas para o atendimento humanizado das parturientes, em especial das adolescentes. Em geral, segundo dados do MS, há necessidade de modificações profundas na assistência ao parto nas maternidades brasileiras. No interior desse processo o MS inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura/atitude dos profissionais de saúde (BRASIL, 2001).

Humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. Para tanto, a humanização da atenção ao parto deve ser considerada um processo contínuo, que demanda reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de todas as pessoas envolvidas neste processo. A qualidade da atenção exige mais do que a resolução de problemas ou a disponibilidade de recursos tecnológicos. Envolve atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção em saúde como um direito, que melhorem o grau de informação das parturientes em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida (BRASIL, 2004b).

## **6 OS DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO**

Como forma de visualizar a produção acadêmica em relação aos desafios para implementação da política de humanização do parto, foi efetuada uma revisão sistemática a partir das bases eletrônicas de dados relacionadas às Ciências da Saúde em Geral, disponibilizados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Para esta pesquisa, foi utilizado o descritor parto humanizado, sem delimitação do período de publicação.

Os resultados obtidos foram agrupados e analisados em cinco categorias: falhas do sistema de saúde; falhas da estrutura organizacional, práticas intervencionistas; trabalhadores da saúde não sensibilizados para a atenção humanizada ao parto; e o desconhecimento das mulheres acerca de seus direitos como parturientes. Estes elementos, que despontaram nas pesquisas, serão explicitados a seguir.

### **6.1 FALHAS DO SISTEMA DE SAÚDE**

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a falta de leitos, a deficiência de recursos humanos, financeiros e materiais, tornam a sociedade vulnerável à atual crise que se perpetua nos serviços públicos de saúde. Em pesquisas realizadas em maternidades públicas, mulheres revelaram que a insegurança produzida pela incerteza de conseguir uma vaga nos hospitais para assistência ao seu parto e a possibilidade de ter que, por meios próprios, peregrinar em busca da mesma, é uma condição desumana (PARADA; TONETE, 2008; DIAS; DESLANDES, 2006).



A falta de um sistema de referência e contrarreferência, de igual forma, representa um desafio para a implementação da proposta de humanização do parto. Um estudo desenvolvido com puérperas evidenciou a desvinculação entre os serviços de atenção pré-natais e de parto, o que repercute na “perambulação” das parturientes até serem atendidas, colocando em risco a sua saúde e a do bebê (PARADA; TONETE, 2008).

A “peregrinação pela vaga para o parto”, constatada nos estudos, é uma realidade contraditória à prática recomendada pela OMS, preconizada pelo PHPN e pela Lei 11.634/07. É direito da gestante o conhecimento e a vinculação à maternidade, onde receberá atendimento no âmbito do SUS, por meio da elaboração do plano pessoal durante o acompanhamento pré-natal, que determine onde e por quem será assistido o parto e nascimento (BRASIL, 2007).

Outro estudo, em uma maternidade de São Paulo, revelou a proporção inadequada entre o número de leitos e de enfermeiros. Foi evidenciada a indisponibilidade desse profissional da saúde, conforme o que é preconizado, comprometendo a atenção à parturição e expondo a fragilidade dos serviços de saúde (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009).

A necessidade de reformulação da condução da política de humanização do parto e nascimento representa um grande desafio, no sentido de contribuir para a efetivação da premissa de equidade política, jurídica, social e econômica (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006). As falhas do sistema de saúde emergem, apesar de todas as investidas do MS para tornar a humanização da assistência à parturiente uma política governamental. O que se experiencia são divergências entre o que é preconizado e o que é realizado nos COs, em que o atendimento, que deveria ser humanizado, pauta-se no cumprimento de normas institucionais, sem considerar a vivência das parturientes (MABUCHI; FUSTINONI, 2008), refletindo um sistema institucionalizado e historicamente hierárquico, predominante na maioria dos COs e sustentados pela resistência daqueles que se vêem ameaçados por uma proposta potencialmente transformadora (DESLANDES, 2005).

Essas questões podem justificar a escolha por processos gerenciais que integram o modelo de humanização da assistência ao parto apenas de forma “burocrática”, não desenvolvendo as ações preconizadas por esse programa na prática. Essa fragilidade da política de humanização nos COs, segundo

trabalhadores da saúde, está relacionada ao desenvolvimento da proposta como uma exigência das prefeituras e instituições, para receberem os incentivos do MS (DESLANDES, 2005).

As falhas do sistema de saúde são identificadas como barreiras que não oferecem condições para o desenvolvimento das ações preconizadas à atenção humanizada ao parto. De igual forma, elas revelam que as dificuldades para a implementação da atenção humanizada ao parto não são vinculadas apenas à vontade e à consciência dos profissionais em aderir ao programa (DESLANDES, 2005).

## 6.2 FALHAS DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL DAS UNIDADES DE SAÚDE

As dificuldades encontradas para a implementação da atenção humanizada ao parto, são reveladas em alguns estudos como consequências do modelo organizacional, culturalmente estabelecido e mantido por valores da sociedade moderna (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006). Essas barreiras, encontradas em nível institucional, são relacionadas à incorporação, ainda parcial, no cotidiano dos gestores do ideário proposto pelo PHPN, valorizando mais seus aspectos clínicos do que os relacionados à dinâmica social e familiar (DESLANDES, 2005). Há reprodução das desigualdades nas relações de poder presentes no espaço social para o âmbito hospitalar, representadas pelo modelo assistencial hierárquico e pela discriminação de gênero, que condicionam a passividade e a submissão das mulheres no processo de parturição (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006).

As “regras” institucionais são importantes para a organização dos serviços de saúde. No entanto, o privilégio exclusivo das normas e rotinas, em detrimento das necessidades das parturientes, recém-nascidos e familiares, configuram uma assistência obstétrica que desfavorece a autonomia, o respeito e a dignidade das mulheres (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008a; PARADA; TONETE, 2008; MABUCHI; FUSTINONI, 2008; OLIVEIRA; FARIA, 2002; JANICAS; PRAÇA, 2002; SILVA; CLAPIS, 2004;

QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003). Algumas condutas padronizadas condicionam os trabalhadores da saúde a atender apenas os aspectos biológicos do parto e, nem sempre, valorizar as dimensões espirituais, emocionais, sociais e culturais, tão intrínsecas ao ser humano (SILVA; CLAPIS, 2004; QUEIROZ; SILVA, JORGE, 2003).

A falta de infraestrutura foi destacada como um determinante importante para o não cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN. As falhas estruturais compreendem as limitações físicas dos serviços de saúde e a indisponibilidade de materiais e equipamentos, tais como a falta de biombos, sala de espera para acompanhantes, espaço físico reduzido da sala de parto, poucos leitos e cadeiras desconfortáveis (REIS; PATRÍCIO, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008a; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; MABUCHI; FUSTINONI, 2008; WROBEL; RIBEIRO, 2006).

Diante da realidade física e estrutural da maioria dos COs e que não favorece a implementação de algumas práticas preconizadas pela política de humanização do parto, em 2008, através da Resolução N°36/2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) dispôs um regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. O principal objetivo dessa resolução é estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de assistência à parturição, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e no controle de riscos aos usuários e ao meio ambiente. Dentre as recomendações, está a organização do CO em quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-parto) caracterizados por leitos individuais, com banheiro anexo, destinados à assistência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após dequitação) (BRASIL, 2008).

Outra questão que aponta a dificuldade de implementação das ações preconizadas pelo PHPN está relacionada à humanização do processo de trabalho (DESLANDES, 2005). Um estudo revelou que as limitações físicas (espaço recreativo), cognitivas (capacitações) e afetivas (relações interpessoais), a sobrecarga de trabalho e a restrição da participação dos trabalhadores na política institucional, expressam condições de trabalho que desestimulam as práticas assistenciais humanizadas às parturientes (REIS; PATRÍCIO, 2005).

### 6.3 PRÁTICAS INTERVENCIONISTAS

O conhecimento e as técnicas científicas, quando utilizadas para intervir desnecessariamente durante o pré-parto e parto, constituem-se instrumentos que contrariam o processo natural de parturição (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006). A medicalização em demasia é identificada em muitos estudos analisados (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; GRIBOSKI; GUILBEM, 2006; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; OLIVEIRA; MADEIRA, 2002; SILVA; CLAPIS, 2004; MARQUES; DIAS, 2006) como uma ação que desafia a implementação do PHPN. Algumas pesquisas ressaltaram o uso indiscriminado de ocitócicos (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; GRIBOSKI; GUILBEM, 2006; MARQUES; DIAS, 2006), com a finalidade de acelerar o parto (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; GRIBOSKI; GUILBEM, 2006).

Outros autores relacionam o abuso de medicamentos à percepção equivocada dos trabalhadores da saúde acerca do parto humanizado, compreendido como um evento que requer o controle químico da dor, mesmo que isso signifique a interferência na evolução normal do parto (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002), ao invés de práticas alternativas, como o relaxamento e a massagem (CASTRO; CLAPIS, 2005; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SILVA; CLAPIS, 2004).

A repetição do toque vaginal (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; OLIVEIRA; MADEIRA, 2002), a realização da episiotomia (CASTRO; CLAPIS, 2005; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SILVA; CLAPIS, 2004), a utilização de fórceps (SILVA; CLAPIS, 2004; MARQUES; DIAS, 2006), a rotura artificial das membranas (CASTRO; CLAPIS, 2005), a instalação de venóclise (REIS; PATRÍCIO, 2005), a realização de pressão no fundo uterino durante o parto (manobra de *kristeller*) (REIS; PATRÍCIO, 2005; PARADA; TONETE, 2008), da tricotomia (REIS; PATRÍCIO, 2005; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009) e da lavagem intestinal (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002), o estabelecimento pré-determinado da posição da parturiente durante o pré-parto e parto (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; GRIBOSKI; GUILBEM, 2006) são procedimentos citados nos estudos analisados, considerados

invasivos(SILVA; CLAPIS, 2004; MARQUES; DIAS, 2006), duvidosos (MABUCHI; FUSTINONI, 2008) e, na maioria das vezes, desnecessários (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002). Essas ações, somadas à evidência da prática indiscriminada do parto cesáreo (CASTRO; CLAPIS, 2005; WROBEL; RIBEIRO, 2006), constituem-se como condutas prejudiciais (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009), ineficazes (REIS; PATRÍCIO, 2005; MANZINI; BORGES; PARADA, 2009), inapropriadas (CASTRO; CLAPIS, 2005) e dolorosas (CASTRO; CLAPIS, 2005, REIS; PATRÍCIO, 2005; PARADA; TONETE, 2008; OLIVEIRA; MADEIRA, 2002; SILVA; CLAPIS, 2004).

Outro evento destacado, que não se coaduna com as diretrizes do MS em relação à humanização do parto, é a separação precoce entre mãe-filho, a qual, *a priori*, teria a finalidade de propiciar os primeiros cuidados ao recém-nascido em um ambiente reservado, com temperatura e equipamentos adequados. Segundo os profissionais participantes de um estudo desenvolvido em um hospital público de São Paulo, a intenção dessa prática não é apenas beneficiar o recém-nascido, mas favorecer a privacidade dos trabalhadores da saúde e evitar o “olhar” materno durante a assistência (JANICAS; PRAÇA, 2002).

Ademais, o excesso de medicalização e procedimentos, muitas vezes sem indicação, de igual forma, condiciona a separação precoce entre mãe e filho na sala de parto. Essa prática não está prevista no PHPN, pois desfavorece o aleitamento materno precoce e o contato imediato entre mãe e filho. (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; SILVA; CLAPIS, 2004; QUEIROZ; SILVA; JORGE, 2003). A primeira hora de vida é um momento importante para o desenvolvimento do vínculo materno, em que estão em ação vários hormônios que influenciarão no relacionamento futuro entre mãe e filho.

Esse tipo de prática revela que os recursos científicos e as tecnologias não estão sendo utilizados para aprimorar e para qualificar a assistência ao parto. A atenção centrada na medicalização e nos procedimentos leva a ações que estão distantes de ser consideradas humanizadoras (WROBEL; RIBEIRO, 2006).

#### 6.4 TRABALHADORES DA SAÚDE NÃO SENSIBILIZADOS PARA ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO

O despreparo dos trabalhadores da saúde para a atenção humanizada no processo de parturição é destacado como importante desafio enfrentado para a concretização do PHPN nos COs. As dificuldades reveladas nos estudos referem-se à falta de conhecimento acerca do conceito de humanização e do PHPN, a ausência da temática na formação acadêmica e nas capacitações institucionais, sendo que, quando presentes, não sensibilizam os trabalhadores da saúde para essa questão.

Não há um consenso, entre os trabalhadores, acerca da definição de humanização à parturição, das ações preconizadas pelo programa do MS e das técnicas ineficazes e prejudiciais exercidas durante o parto (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; MABUCHI; FUSTINONI, 2008; MARQUES; DIAS, 2006). Há, também, a referência à implementação do PHPN pelas instituições de saúde como uma determinação política governamental, revelando que a introdução desse programa é uma condição imposta, sem que os trabalhadores tenham conhecimento e sejam preparados para incorporar os preceitos desse modelo (MABUCHI; FUSTINONI, 2008; MARQUES; DIAS, 2006).

Uma pesquisa realizada com enfermeiras obstétricas em uma maternidade do interior de São Paulo revelou que, apesar dos avanços na implementação da proposta do PHPN, ainda existem entendimentos distorcidos acerca da humanização do parto. Nesse estudo, os trabalhadores da saúde admitem que esse programa favorece a melhoria da assistência à parturiente, porém o consideram uma imposição política do MS (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Outro estudo, desenvolvido com médicos e enfermeiros, evidenciou que estes vivenciam a desarmonia entre a compreensão sobre trabalho de parto e parto humanizado e a prática diária exercida por eles no processo de parturição. Segundo os trabalhadores, o modelo de parto humanizado, que visa um conjunto de práticas que tornam a assistência diferenciada da tradicional, com benefícios à mulher, à família e ao recém-nascido, confronta-se com a realidade dos COs, nos quais

perpetua-se uma política organizacional repleta de falhas e com divergências entre os profissionais (MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Essa questão foi ressaltada em uma investigação realizada em um hospital de Santa Catarina, na qual foi evidenciado o desconhecimento da equipe de saúde acerca das diretrizes do PHPN. Duas hipóteses foram sugeridas pelos autores: a atuação de trabalhadores não sensibilizados para a importância da atenção humanizada; e o não reconhecimento, por parte destes, do parto humanizado como um dever profissional e como um direito das mulheres (REIS; PATRÍCIO, 2005).

A falta de conhecimento dos trabalhadores da saúde é revelada em outros estudos como consequência à carência de informações recebidas durante a formação acadêmica (CASTRO; CLAPIS, 2005; REIS; PATRÍCIO, 2005; GRIBOSKI; GUILBEM, 2006; MARQUES; DIAS, 2006). O ensino, nos cursos superiores da área da saúde, contempla mais os aspectos centrados na intervenção, apontando que os profissionais não são preparados para atuarem de forma humanizada na atenção ao parto (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006). Essa questão é enfatizada em outro estudo, que ressalta a formação dos trabalhadores da saúde voltada para o modelo biomédico, enfocando o processo de parturição como um evento biológico e patológico, que exige intervenção médica (CASTRO; CLAPIS, 2005).

A falta de conhecimento acerca dos princípios e práticas preconizadas na atenção ao parto humanizado entre os trabalhadores pode estar atrelada ao fato de que o conceito de humanização é relativamente recente. A formação de muitos trabalhadores da saúde, que atuam nos COs, ocorreu anteriormente à formulação da Medicina Baseada em Evidências e dos programas que almejam esse ideário. Por outro lado, a atenção humanizada exige a reformulação na organização do trabalho nos COs, ou seja, a mulher, o recém-nascido e o familiar/acompanhante, devem ser considerados cidadãos com direitos e, provavelmente isto, demandará uma mudança na postura assistencial e uma transformação significativa dos trabalhadores atuantes nessa área.

Um estudo atribui a responsabilidade pela não implementação do PHPN às universidades (DIAS; DESLANDES, 2006). É destacada a deficiência na abordagem dessa temática em todos os cursos que envolvem o cuidado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (JANICAS; PRAÇA, 2002). Na pesquisa realizada com sete médicos e quatro enfermeiras que atuavam em um CO no interior de São Paulo,

apenas um desses trabalhadores referiu ter assistido aulas sobre humanização da assistência, na graduação (MABUCHI; FUSTINONI, 2008). Alguns médicos mencionaram ter contato superficial com essa temática, geralmente associado a outros assuntos (REIS; PATRÍCIO, 2005; MABUCHI; FUSTINONI, 2008).

Outros autores realçaram que, na maioria dos cursos de graduação e dos programas de educação continuada das instituições de saúde, essa temática não compõe os conteúdos dos treinamentos dos trabalhadores (MANZINI; BORGES; PARADA, 2009; MABUCHI; FUSTINONI, 2008). Geralmente, as capacitações dedicadas aos profissionais estão mais voltadas à administração, gerenciamento e rotinas do que à qualidade da assistência (REIS; PATRÍCIO, 2005). Por outro lado, a inclusão das ações preconizadas pelo PHPN nas discussões dos cursos de capacitação não são suficientes para despertar e sensibilizar os trabalhadores da relevância que tem essa temática, pois, na maioria das vezes, não está centrada na transformação do comportamento e conscientização dos trabalhadores (REIS; PATRÍCIO, 2005; MABUCHI; FUSTINONI, 2008; JANICAS; PRAÇA, 2002).

Além da ausência de vínculos profissionais (PARADA; TONETE, 2008), da falta de comprometimento e do envolvimento da equipe multiprofissional (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008a; MABUCHI; FUSTINONI, 2008), há o destaque para a hegemonia médica (CASTRO; CLAPIS, 2005) existente nos serviços, bem como a subordinação das enfermeiras (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006) em relação aos médicos. Estas posturas caracterizam-se pela interferência constante dos médicos nas condutas de enfermagem e, concomitantemente, pela falta de autonomia das enfermeiras (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Outro desafio encontrado pelo PHPN refere-se à relação entre os trabalhadores e a parturiente. Os estudos evidenciaram uma postura hierárquica dos trabalhadores da saúde, que consideram a mulher em posição inferior (CASTRO; CLAPIS, 2005; NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008b). No momento do parto, a mulher é vislumbrada como coadjuvante desse processo (PARADA; TONETE, 2008), o que reforça a relação assimétrica entre os profissionais e a parturiente e os acompanhantes (REIS; PATRÍCIO, 2005).



## 6.5 O DESCONHECIMENTO DAS MULHERES ACERCA DOS SEUS DIREITOS COMO PARTURIENTES

Um dos grandes desafios encontrados para a implementação das ações preconizadas pelo MS é a falta de informações das mulheres sobre parto humanizado, bem como sobre seus direitos como parturientes. Uma pesquisa em uma maternidade do Rio de Janeiro revelou que a maioria das mulheres não conhece a proposta de humanização da assistência ao parto, nem a política de saúde que engloba seus preceitos. Nesse mesmo estudo, os autores evidenciaram que o atendimento esperado restringe-se a um conjunto “básico” de ações, que garantam apenas o parto em condições de segurança para elas e seus bebês (DIAS; DESLANDES, 2006; DESLANDES, 2005).

Essa percepção equivocada sobre humanização do parto é evidenciada, quando as puérperas vinculam o quantitativo de técnicas e procedimentos realizados durante o processo de parto, como principal parâmetro para a qualidade da assistência (MOURA et al, 2002). As ações de humanização da parturição encontram resistência na construção social de que parto normal é um evento doloroso e sofrido (CASTRO; CLAPIS, 2005), além das representações negativas do cuidado, relacionadas à forma como o parto foi conduzido do ponto de vista técnico (PARADA; TONETE, 2008). Essa concepção popular é agravada pelas histórias contraditórias sobre a qualidade do atendimento do SUS, provocando a desconfiança acerca da assistência nos serviços públicos de saúde (DIAS; DESLANDES, 2006).

O discurso sobre parto humanizado e direito da parturiente parece estar presente apenas em mulheres de melhor nível econômico e cultural, não fazendo parte do cotidiano das mulheres que pertencem às populações de baixo nível social e escolar (DIAS; DESLANDES, 2006). A associação dessa temática ao nível de instrução das parturientes foi ressaltada em estudo realizado com puérperas atendidas em maternidades do Paraná, no qual foi evidenciado que as mulheres com ensino fundamental incompleto receberam menos informações no trabalho de parto e no parto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008a).

O desconhecimento das mulheres e de seus acompanhantes sobre os direitos reprodutivos na atenção ao parto e nascimento é evidenciado como principal fator que leva as parturientes a uma atitude de resignação diante dos trabalhadores da saúde (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008a). A existência de relações assimétricas entre os trabalhadores e parturientes, a desigualdade no atendimento, a negligência de informações e da participação no processo decisório, foram aspectos identificados em uma pesquisa que buscou conhecer os impactos da política do PHPN, para puérperas e profissionais de saúde (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006).

Um estudo realizado em Fortaleza revelou que a hospitalização, mesmo em decorrência do nascimento de um filho, traz fragilidade e dependência (SILVA; CLAPIS, 2004). Essa dependência da parturiente em relação à assistência dos trabalhadores da saúde é condicionada pela lacuna existente entre o exercício da autonomia e o poder de decisão. Por conseguinte, não está claro para as mulheres quais seriam seus direitos e como elas poderiam reivindicá-los. Na urgência de resolver seu sofrimento, as mulheres vivenciam uma relação de submissão e subordinação no momento do parto (GRIBOSKI; GUILBEM, 2006). A negligência aos direitos das parturientes é configurada pela falta de atenção, de paciência e de privacidade das parturientes, revelando momentos em que a mulher se expõe à vontade da equipe (MOURA et al, 2002).

A relação de distanciamento é acentuada pela desconsideração dos sentimentos das parturientes (MABUCHI; FUSTINONI, 2008; OLIVEIRA; MADEIRA, 2002), a desvalorização dos aspectos sócio-culturais das mulheres (JANICAS; PRAÇA, 2002), a demora no atendimento, o abandono no leito e, em especial, a violência verbal e física (DIAS; DESLANDES, 2006). Esses aspectos indicados em alguns estudos revelam a exposição das parturientes a situações desumanas (PARADA; TONETE, 2008), constituindo-se como um grande desafio para a implementação das diretrizes preconizadas pelo PHPN.

Os limites quanto às formas de expressão da parturiente foram evidenciadas pelo ato comunicativo bloqueado pela autoridade e dominação do saber dos trabalhadores da saúde (SILVA; CLAPIS, 2004). As práticas, como deixar a parturiente sozinha em ambiente isolado, com frio, com fome, desamparada afetivamente e desinformada sobre o que está acontecendo, não atendem os critérios de qualidade exigidos para garantir a segurança da parturiente e do recém-

nascido (REIS; PATRÍCIO, 2005), mantendo a assistência distante do que é preconizado como necessário para a humanização do parto e nascimento.

A violência contra a mulher, a coerção aos seus direitos de cidadã e o desrespeito ao exercício de sua sexualidade precisam deixar de ser encarados como um quadro normal em todas as esferas de ações de saúde, inclusive nas maternidades (MOURA et al, 2002). Alguns autores atribuem o desconhecimento das mulheres acerca dessa temática de seus direitos como parturientes, à falta de preparação da comunidade para aceitar a humanização do parto e reivindicar seus direitos (CASTRO; CLAPIS, 2005). Um estudo ressaltou que a conformidade com o cuidado “tradicional” oferecido nos COs às mulheres pode ser atribuída aos trabalhadores da saúde que acompanham o pré-natal e à falta de informações sobre o parto humanizado e os direitos como parturiente oferecidas nesse período (DIAS; DESLANDES, 2006; MOURA et al, 2002) .

A violência no ambiente de parto é uma questão amplamente discutida nos estudos centrados no atendimento à parturição. D'Oliveira et al (2002) identificaram quatro formas de violência nos COs: a violência por negligência, a violência verbal ou psicológica, a violência física e a violência sexual. Segundo as autoras, essa realidade do atendimento contribui para o estabelecimento, no imaginário da sociedade, de uma percepção do parto como uma experiência traumática e dolorosa.

## **7 PRESSUPOSTOS E HIPÓTESES**

- As práticas dos trabalhadores da saúde no CO em estudo, desenvolvidas no atendimento às parturientes adolescentes, não coadunam com as diretrizes preconizadas pelo PHPN.
- As práticas, consideradas pela OMS como úteis e que devem ser estimuladas no parto normal, não são desenvolvidas no atendimento às parturientes adolescentes no CO em estudo.
- As práticas, consideradas pela OMS como prejudiciais ou ineficazes no parto normal, são desenvolvidas no atendimento às parturientes adolescentes no CO em estudo.
- As práticas, consideradas pela OMS como frequentemente utilizadas de forma inadequada no parto normal, são desenvolvidas no atendimento às parturientes no CO em estudo.
- A estrutura física e organizacional do CO em estudo não favorece a implementação das práticas recomendadas pela OMS.

## **8 METODOLOGIA**

### **8.1 TIPO DE ESTUDO**

Este estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem quanti-qualitativa, em uma tentativa de complementação de dados e achados, visando uma interpretação o mais fidedigna possível do contexto em estudo. Os estudos que se destinam a análises quantitativas apresentam um caráter intrínseco de apresentação numérica dos resultados e, geralmente, tencionam mostrar os dados de forma clara e explícita, tendo maior poder de generalização dos achados científicos (LEOPARDI; NIETSCHE, 2002).

De igual forma, percebeu-se a importância de uma análise mais profunda dos dados emergidos, uma vez que o processo de qualificação permite a obtenção de respostas às questões particulares, ou seja, trabalha com um universo de significados, motivações, crenças, aspirações, valores e atitudes, correspondendo a uma profundidade de relações, fenômenos que não se reduzem à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

Em relação ao objetivo, este estudo assumiu caráter exploratório, visando proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo como finalidade torná-lo explícito e construir pressupostos/hipóteses. Envolve levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão (SILVA; MENEZES, 2001).

## 8.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo está vinculado à macropesquisa multicêntrica intitulada: “Atenção humanizada ao parto de adolescentes”<sup>1</sup>, que teve como cenário investigativo o CO, do HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), do município do Rio Grande; o CO do HU, da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), do município de Pelotas; e o CO do HU, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), do município de Santa Maria.

O contexto investigativo do presente estudo foi o CO, do HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, do município do Rio Grande/RS. Esta é uma instituição pública, que integra o patrimônio da União e a rede de serviços que compõem o SUS, tendo como finalidade o ensino, a pesquisa e a extensão. É vinculado à Universidade Federal do Rio Grande e constitui-se em campo de estágio para diferentes cursos de graduação da área da saúde.

O HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior é constituído com 190 leitos, distribuídos nas diferentes áreas: Pediatria, Cirurgia, Clínica Médica, Maternidade, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Neonatal, observação no Serviço de Pronto Atendimento (SPA), UTI Geral. Possui ainda Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Ambulatório com diversas especialidades, Laboratório de Análises Clínicas, Raio X, Ultrassom, Tomografia, Lavanderia, Costura, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Farmácia de Manipulação e Dispensação, Almoxarifado, Serviço Social, Psicologia, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), Central de Material e Esterilização (CME), Hospital-dia para AIDS, Centro Integrado de Diabetes (CID), Ambulatório de Doenças Crônicas, Centro de Oftalmologia.

O CO, do HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, em funcionamento desde o ano de 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. Funciona 24

---

<sup>1</sup> Pesquisa financiada pelo CNPq, por meio do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT- Saúde 22/2007 - Saúde da Mulher. Processo 551217/2007-3.

quatro horas por dia. Atuam, neste espaço de trabalho: uma enfermeira e uma técnica/auxiliar de enfermagem em cada turno de trabalho, sendo, à noite, realizado esquema de 12/24 horas; e plantão médico 24 horas, realizado por seis médicos preceptores e sete médicos residentes.

### 8.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A macropesquisa, à qual está vinculado o presente estudo, teve quatro grupos de sujeitos: puérperas adolescentes, que tiveram seu processo de parturição pelo SUS no CO dos hospitais envolvidos; familiares ou acompanhantes das adolescentes; trabalhadores de saúde atuantes nesses COs; e gestores das instituições envolvidas.

Para o presente estudo foram considerados como sujeitos todos os trabalhadores da saúde efetivos atuantes no CO, do HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, perfazendo um total de vinte e três sujeitos, sendo eles, 4 enfermeiras, 6 técnicos/auxiliares de enfermagem, 6 médicos preceptores e 7 médicos residentes.

### 8.4 ASPECTOS ÉTICOS

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 196/96, impõe Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Esta resolução traz, como respaldo do indivíduo e da coletividade, quatro referências básicas de bioética: autonomia, não maleficência, benefícios e justiça, proporcionando os direitos e deveres referentes à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e o Estado (BRASIL, 1996).

Para sua eticidade, 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 (Anexo 1). As entrevistas com os sujeitos só foram realizadas após o seu esclarecimento acerca dos objetivos, procedimentos utilizados na pesquisa, sua liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados confidenciais na pesquisa e o consentimento livre e esclarecido dos participantes, especificamente, no presente estudo, os trabalhadores da saúde (Apêndice A).

Como forma de assegurar o anonimato dos sujeitos entrevistados, os trabalhadores foram identificados como: E, para os enfermeiros; TE, para os técnicos de enfermagem; MR, para os médicos residentes; e MP, para os médicos preceptores; todos seguidos do número de ordem de realização das entrevistas. Cabe ressaltar que o material oriundo das entrevistas permanecerá com o coordenador da pesquisa, garantindo o sigilo das informações obtidas.

## 8.5 COLETA DE DADOS

O banco de dados da macropesquisa, ao qual este estudo está vinculado, foi formado pelos dados procedentes das entrevistas semiestruturadas, realizadas com as puérperas adolescentes, que tiveram seu processo de parturição pelo SUS, no CO dos hospitais envolvidos; familiares ou acompanhantes dessas adolescentes; trabalhadores de saúde atuantes nos COs; e gestores das instituições envolvidas.

Além desses dados das entrevistas, os dados originários da pesquisa documental nos prontuários das puérperas adolescentes compuseram, de igual forma, o banco de dados da macropesquisa. Esta medida foi adotada, como forma de complementar ao máximo as informações e buscar respostas para alguns elementos que não constam nos instrumentos de entrevista.

O presente estudo é um recorte do banco de dados da macropesquisa, sendo utilizados os dados coletados a partir das entrevistas semiestruturadas, realizadas



com os trabalhadores da saúde (Apêndice A), atuantes no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009, no CO, do HU Dr. Miguel Riet Corrêa Júnior, da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), do município do Rio Grande, e a pesquisa documental (Apêndice C), no prontuário de todas as adolescentes atendidas pelo SUS no CO, nesse mesmo período. Foram consideradas todas as adolescentes que estiveram em trabalho de parto, mesmo que a finalização deste tenha sido por intermédio de parto cirúrgico.

Os roteiros para coleta de dados, além de buscar a identificação pessoal dos sujeitos, contiveram questões embasadas nas recomendações para o parto normal da OMS. Percutindo o banco de dados da macropesquisa já referida anteriormente, foi possível a análise da primeira, segunda e quarta categoria das práticas recomendadas para o parto normal da OMS (ANEXO 2), sendo elas, respectivamente: práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal.

O instrumento destinado à entrevista semiestruturada dos trabalhadores da saúde abordou as seguintes práticas: o respeito à privacidade e intimidade das parturientes; a relação da equipe de saúde com as parturientes; a tricotomia; o enteroclisma; a ingestão de líquidos; as medidas de higiene; a posição do parto; a amniotomia; o tipo de parto; o direito ao acompanhante; as orientações sobre técnicas de relaxamento; as orientações sobre o parto; a episiotomia; a infusão de ocitócitos; o contato precoce entre parturiente e recém-nascido; e o incentivo à amamentação na primeira hora de vida.

A pesquisa, nos prontuários das adolescentes, investigou: o número de consultas no pré-natal; o partograma; a vigilância fetal; a anamnese completa; o exame físico geral; a analgesia; o uso de ocitocina; a episiotomia; e os dispositivos invasivos. Ambos os instrumentos foram testados previamente ao início da coleta de dados, como forma de verificar a sua adequação aos objetivos da macropesquisa, sendo que os mesmos foram validados.

As entrevistas semiestruturadas com os trabalhadores da saúde foram realizadas no próprio CO, durante os turnos de trabalho e acordadas previamente, sem relação com o momento específico dos partos. As entrevistas foram conduzidas

em um período de trinta minutos a uma hora, gravadas com o consentimento dos sujeitos e, posteriormente, transcritas. Os entrevistadores foram alunos da graduação de enfermagem, das instituições envolvidas na macropesquisa, nomeados em processo de seleção e, posteriormente, capacitados para desenvolver a pesquisa, por meio da leitura dos instrumentos de pesquisa, dramatização das entrevistas e entrevistas acompanhadas pelos pesquisadores.

## 8.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados a partir das entrevistas e da análise documental foram revisados e duplamente digitados em ordem inversa por diferentes digitadores; posteriormente, comparados e corrigidos. Todas estas etapas foram realizadas utilizando-se o programa Epi-Info 6.04, sendo que os dados foram analisados através do pacote estatístico Stata 9.2 (DEAN, 1999).

Na análise quantitativa, foi realizada, em primeira instância, a descrição da amostra estudada. A seguir, a análise bivariada foi realizada, sendo calculadas as proporções para as variáveis categóricas, segundo a categoria funcional. Diferenças entre proporções foram testadas pelo teste estatístico de Fisher, adotando o valor de  $p < 0,05$  de um teste bicaudal (ALTMAN, 1992).

Para o tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a análise temática. 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, foram estruturadas quadros para cada categoria de análise, como é possível perceber através da exemplificação no Anexo 3. Os temas elencados foram discutidos e analisados, estabelecendo uma correlação com as orientações do MS acerca da proposta de parto humanizado.

## 9 RESULTADOS E DISCUSSÕES

De forma a proporcionar maior visualização dos resultados, a seguir são apresentados os Quadros 1 e 2, contendo os temas que emergiram dos depoimentos dos trabalhadores da saúde.

Quadro 1.

	<b>Enfermeiros</b>	<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	<b>Médicos Preceptor</b>	<b>Médicos residentes</b>
<b>Respeito à privacidade e intimidade</b>	Estrutura física inadequada do CO como fator que dificulta o respeito à privacidade e intimidade da parturiente.	Estrutura física inadequada do CO e a falta de postura dos trabalhadores da saúde acerca das particularidades de cada parturiente, como fator que dificulta o respeito à privacidade e intimidade da parturiente.	Estrutura física inadequada do CO e o despreparo dos acadêmicos como fator que dificulta o respeito à privacidade e intimidade da parturiente.	Estrutura física inadequada do CO e o despreparo dos acadêmicos como fator que dificulta o respeito à privacidade e intimidade da parturiente.
<b>Relação da equipe com as parturientes e familiares</b>	Falta de preparo e conhecimento das parturientes e dos familiares. Falta de sensibilidade dos trabalhadores.	Falta de sensibilidade dos trabalhadores.	Falta de preparo e conhecimento das parturientes e dos familiares.	Falta de preparo e conhecimento das parturientes e dos familiares.
<b>Tricotomia</b>	Parturiente não é questionada sobre a realização desta prática. Facilitar a higiene da parturiente.	Parturiente não é questionada sobre a realização desta prática. Prática de rotina.	Parturiente não é questionada sobre a realização desta prática.	Parturiente não é questionada sobre a realização desta prática. Favorece o desenvolvimento de procedimentos como a episiotomia e as manobras no momento do parto, diminuir os riscos de infecção e de má cicatrização da episiorrafia. Inexistência de comprovações científicas de que a tricotomia represente vantagens à parturiente.

Quadro 2.

	<b>Enfermeiros</b>	<b>Téc./Aux. Enfermagem</b>	<b>Médicos Preceptor</b>	<b>Médicos residentes</b>
<b>Orientações sobre as formas de relaxamento</b>	Parturientes adolescentes são orientadas quanto às técnicas de respiração, o banho morno e a deambulação.	Parturientes adolescentes são orientadas quanto às técnicas de respiração e deambulação.	Parturientes adolescentes são orientadas quanto às técnicas de respiração, o banho morno e a massagem lombar.	Parturientes adolescentes são orientadas quanto às técnicas de respiração, o banho morno e a deambulação.
<b>Episiotomia</b>	Prática rotineira. Parturiente não é informada, nem consultada a respeito do procedimento.	Prática rotineira. Parturiente não é informada, nem consultada a respeito do procedimento.	Utilizada para evitar lacerações perineais. Parturiente não é informada, nem consultada a respeito do procedimento.	Utilizada nas pacientes primigestas. Parturiente não é informada, nem consultada a respeito do procedimento.
<b>Assistência ideal no CO</b>	Estrutura física adequada do CO. Presença do acompanhante. Respeito entre os trabalhadores da saúde e as parturientes. Direito da parturiente à informações e orientações durante o trabalho de parto e parto. Harmonia entre a equipe de saúde. Direito dos familiares à informação. Condições de trabalho.	Estrutura física adequada do CO. Presença do acompanhante, garantidos por legislação específica ao adolescente. Respeito entre os trabalhadores da saúde e as parturientes. Direito da parturiente à informações e orientações durante o trabalho de parto e parto. Harmonia entre a equipe de saúde. Evitar práticas intervencionistas desnecessárias. Comportamento solidário. Respeito aos sentimentos da parturiente.	Estrutura física adequada do CO. Presença do acompanhante. Preparo do acompanhante e gestante durante o pré-natal. Respeito entre os trabalhadores da saúde e as parturientes. Direito da parturiente à informações e orientações durante o trabalho de parto e parto. Efetivação de programas de qualificação dos trabalhadores que atuam no CO. Acolhimento das parturientes. Analgesia no parto normal.	Estrutura física adequada do CO. Presença do acompanhante. Preparo do acompanhante e gestante durante o pré-natal. Respeito entre os trabalhadores da saúde e as parturientes. Direito da parturiente à informações e orientações durante o trabalho de parto e parto. Equipe fixa de trabalhadores da saúde.

Como forma de mostrar os achados, os resultados e as discussões encontram-se dispostos no formato de dois artigos científicos. O primeiro, de abordagem quanti-qualitativa, intitulado “Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas por trabalhadores da saúde em um Centro Obstétrico no sul do Brasil”, foi elaborado de acordo com as normas do periódico científico Cadernos de Saúde Pública (ANEXO 4). Este artigo responde ao objetivo geral do estudo e aos objetivos específicos relacionados à análise e

identificação das práticas de atenção ao parto normal, de acordo com a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS); e a associação das diferenças na forma de visualização dessas práticas de acordo com a categorial funcional dos trabalhadores da saúde.

O segundo artigo, de abordagem qualitativa, intitulado “Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do sul do Brasil”, foi elaborado de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública (ANEXO 5). Este artigo responde ao objetivo específico que enfoca diferenças e semelhanças da concepção do que seja uma assistência ideal em um CO, de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde.

## 9.1 ARTIGO 1

**ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DESENVOLVIDAS EM UM CENTRO OBSTÉTRICO DO SUL DO BRASIL\***

HUMANIZED ATTENTION TO PARTURITION OF ADOLESCENTS: ANALYSIS OF PRACTICES DEVELOPED IN AN OBSTETRIC CENTER IN SOUTHERNMOST BRAZIL

**ATENÇÃO HUMANIZADA AO PARTO DE ADOLESCENTES**  
HUMANIZED ATTENTION TO PARTURITION OF ADOLESCENTS

**Josefine Busanello\*\***  
**Nalú Pereira da Costa Kerber\*\*\***

**RESUMO:** Estudo de abordagem quanti-qualitativa com objetivo de analisar as práticas desenvolvidas na assistência à adolescente, a partir do relato dos trabalhadores da saúde, em um CO de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil, com base na proposta de humanização do parto do Ministério da Saúde. A coleta de dados ocorreu de julho de 2008 a fevereiro de 2009, a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com trabalhadores da saúde efetivos do CO e por meio de pesquisa documental em prontuários das adolescentes assistidas neste período. Segundo relato dos trabalhadores, práticas úteis na assistência ao parto, dentre as quais as orientações sobre formas de relaxamento no trabalho de parto, o incentivo ao vínculo entre mãe e filho e a amamentação, estão sendo desenvolvidas. Porém, o direito ao acompanhante não vem sendo considerado. A posição de litotomia e a padronização da tricotomia, episiotomia e amniotomia foram constatadas. Os registros dos prontuários, dentre eles o partograma, a anamnese, e o exame físico e obstétrico da parturiente mostraram-se insatisfatórios.

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

**ABSTRACT:** Study of quanti-qualitative approach aiming to analyze the practices developed in assisting the adolescent, from the account of health workers, in an Obstetric Center in a teaching hospital in southernmost Brazil, based on the proposal of humanization of parturition of the Health Ministry. Data collection took place from July 2008 to February 2009, from semistructured interviews made with active health workers of the OC, and through documentary survey in medical records of adolescents assisted in this period. According the accounts of workers, useful practices in assisting parturition, among them, orientations about relaxation techniques at parturition, improving the attachment between mother and child are being carried out. However, the right to a companion has not been taken into account. The position of lithotomy and standardization of trichotomy, episiothomy e amniothomy were

\* Artigo elaborado de acordo com as normas do periódico científico Cadernos de Saúde Pública (Anexo 4).

\*\* Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande. Membro do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

\*\*\* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande. Líder do Grupo de Pesquisa Viver Mulher.

registered. Medical records, among them partogram, anamnesis and physical and obstetric exam of the parturient proved to be unsatisfactory.

**Descriptors:** Humanizing Delivery; Adolescent; Woman's health; Nursing.

## INTRODUÇÃO

Buscando incluir os princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), uma proposta ampla de humanização dos serviços de atenção a todo ciclo gravídico-puerperal<sup>1</sup>. Esse programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais. Os objetivos principais são: reorganizar a assistência; vincular formalmente o pré-natal ao parto e puerpério; ampliar o acesso das mulheres e garantir a qualidade, por meio da realização de um conjunto mínimo de procedimentos; reduzir as taxas de cesárea e de morbimortalidade materna e perinatal<sup>2</sup>.

Especificamente, no atendimento ao parto, as ações preconizadas pelo MS estão fundamentadas no guia de recomendações ao parto normal, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>3</sup>. A partir deste, as práticas desenvolvidas no parto normal são classificadas em quatro categorias: práticas claramente úteis e que devem ser incentivadas; práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício.

Assim, com base na proposta de humanização, o desenvolvimento dessas práticas na assistência à parturição prevê atitudes e comportamentos dos trabalhadores da saúde que contribuam para reforçar o caráter de atenção à saúde como um direito de todas as mulheres. Entretanto, na realidade de muitos serviços de saúde, muitas dessas recomendações ainda não foram introduzidas, ou encontram resistências para sua efetivação nos Centros Obstétricos (COs)<sup>4,5,6</sup>.

Considerando as especificidades da mulher adolescente, os estudos voltados para atenção ao parto nessa faixa etária, em sua maioria, estão direcionados aos problemas biopsicossociais que podem advir da maternidade precoce, e aos riscos obstétricos e neonatais do ciclo gravídico-puerperal<sup>7,8</sup>. Apesar das particularidades fisiológicas e emocionais que acompanham o período da adolescência e influenciam o transcurso da gravidez e do parto nessa faixa etária, a assistência ao parto de adolescentes, na perspectiva da humanização, é pouco abordada nos estudos. Essa lacuna do conhecimento precisa ser transposta em virtude

do cenário atual em que se apresentam os serviços de atenção à saúde. Segundo o 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 <sup>9</sup>.

Nesta perspectiva, justifica-se a relevância do presente estudo, que está voltado para a atuação dos trabalhadores da saúde e sua participação na efetivação da atenção humanizada ao parto de adolescentes, considerando que esses são importantes mediadores de tal proposta. A implementação do PHPN requer o envolvimento e a aderência dos trabalhadores da saúde, mediante a compreensão de que a forma como é assistido e vivenciado esse processo, pode ser decisiva para a promoção de uma maternidade segura, especialmente para a parturiente adolescente.

Na tentativa de contribuir para a humanização da atenção ao parto de adolescentes, este estudo tem como objetivo analisar as práticas desenvolvidas na assistência à parturiente adolescente, a partir do relato dos trabalhadores da saúde, em um CO, de um Hospital Universitário (HU) do extremo sul do Brasil, com base na proposta de humanização do parto preconizada pelo MS.

## **METODOLOGIA**

Este estudo, de abordagem quanti-qualitativa, é um recorte do banco de dados da macropesquisa multicêntrica intitulada: “Atenção humanizada ao parto de adolescentes” <sup>\*\*\*\*</sup>. Os dados utilizados foram coletados a partir de duas fontes: entrevistas semiestruturadas, realizadas com todos os trabalhadores da saúde efetivos, no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009, em um CO, de um HU, do sul do Brasil, sendo eles, 4 enfermeiras, 6 auxiliares/técnicos de enfermagem, 6 médicos preceptores e 7 médicos residentes, totalizando 23 trabalhadores da saúde; pesquisa documental no prontuário de todas adolescentes internadas em trabalho de parto neste CO, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no mesmo período considerado para os trabalhadores da saúde, totalizando 128 prontuários.

Os instrumentos de coleta de dados para a entrevista semiestruturada e a pesquisa documental contiveram questões embasadas nas recomendações para o parto normal da OMS <sup>3</sup>. Perscrutando o banco de dados da macropesquisa já referida anteriormente, foi possível a análise da primeira, segunda e quarta categorias das práticas recomendadas para o parto normal da OMS, sendo elas, respectivamente: práticas claramente úteis e que devem ser

---

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



encorajadas na assistência ao parto normal; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal; e práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal.

As entrevistas com os trabalhadores da saúde foram realizadas no próprio CO, durante os turnos de trabalho, em momento acordado previamente e sem relação com os partos. Foram conduzidas em um período de trinta minutos a uma hora, gravadas e, posteriormente, transcritas. A pesquisa documental nos prontuários foi realizada na Unidade de Internação Obstétrica, durante o período de internação das adolescentes. Os entrevistadores foram alunos da Graduação de Enfermagem, previamente treinados.

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. As entrevistas com os sujeitos foram realizadas após o seu esclarecimento acerca dos objetivos, procedimentos utilizados na pesquisa, sua liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados confidenciais na pesquisa e o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos.

Os dados coletados a partir das entrevistas e da análise documental foram revisados e duplamente digitados em ordem inversa por diferentes digitadores; posteriormente, comparados e corrigidos. Todas essas etapas foram realizadas utilizando-se o programa Epi-Info 6.04, sendo que os dados foram analisados através do pacote estatístico Stata 9.2. Na análise quantitativa, foi realizada, em primeira instância, a descrição da amostra estudada. A seguir, a análise bivariada por meio do cálculo das proporções para as variáveis categóricas, segundo a categoria funcional. Diferenças entre proporções foram testadas pelo teste estatístico de Fisher, adotando o valor de  $p < 0,05$  de um teste bicaudal.

Para o tratamento dos dados qualitativos foi utilizada a análise temática. Para tanto, foram realizadas a leitura repetitiva, a organização e a ordenação dos dados, de forma a buscar as regularidades em que se apresentaram os achados<sup>10</sup>. Os temas elencados foram discutidos e analisados, estabelecendo uma correlação com as orientações do MS acerca da proposta de parto humanizado.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Como forma de mostrar os achados encontrados, os resultados estão apresentados em três subitens, que correspondem à primeira, segunda e quarta categorias das práticas recomendadas pela OMS<sup>3</sup>, na assistência ao parto normal. Em virtude da maioria das variáveis da Tabela 1 não possuem significância estatística, mas serem merecedoras de

aprofundamento, os dados serão apresentados na forma de uma análise descritiva, de acordo com as categorias da OMS.

**Tabela 1 – Dados coletados a partir de entrevistas com trabalhadores da saúde do Centro Obstétrico.**

	Enfermeiros n(4)	Téc./Aux. Enfermagem n(6)	Médicos Preceptores n(6)	Médicos Residentes n(7)	TOTAL n (23)	p- Valor
<b>Práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal</b>						
<b>Respeito à privacidade e intimidade</b>						
Sim	75,0%	66,7%	50,0%	85,7%	69,6%	0,9
Não	25,0%	33,3%	50,0%	14,3%	30,4%	
<b>Relação da equipe com a parturiente e familiares</b>						
Muitoboa/boa	75,0%	66,7%	83,3%	100,0%	82,6%	0,415
Regular/Ruim	25,0%	33,3%	16,7%	0,0%	17,4%	
<b>Medidas de higiene</b>						
Sim	100,0%	83,3%	66,7%	100,0%	87,0%	0,326
Não/As vezes	0,0%	16,7%	33,3%	0,0%	13,0%	
<b>Orientações sobre relaxamento</b>						
Sim	100,0%	83,3%	66,7%	85,7%	82,6%	0,801
Não	0,0%	16,7%	33,3%	14,3%	17,4%	
<b>Orientações sobre o parto</b>						
Sim	75,0%	100,0%	83,3%	100,0%	91,3%	0,415
Não/As vezes	25,0%	0,0%	16,7%	0,0%	8,7%	
<b>Contato precoce mãe e recém-nascido</b>						
Sim	100,0%	83,3%	83,3%	100,0%	91,3%	0,668
Não	0,0%	16,7%	16,7%	0,0%	8,7%	
<b>Incentivo amamentação no CO</b>						
Sim	100,0%	100,0%	83,3%	100,0%	95,6%	0,696
Não	0,0%	0,0%	16,7%	0,0%	4,4%	
<b>Tempo entre nascimento e primeira mamada</b>						
Até 30 min	50,0%	33,3%	33,3%	71,4%	47,8%	0,458
Após 30 min	50,0%	66,7%	66,7%	28,6%	52,2%	
<b>Envolvimento na escolha do tipo de parto</b>						
Sim	0,0%	33,3%	0,0%	14,3%	13,0%	0,715
Não	100,0%	66,7%	100,0%	85,7%	87,0%	
<b>Presença do acompanhante</b>						
Sim	75,0%	0,0%	16,7%	0,0%	17,4%	0,009
Não	25,0%	100,0%	83,83%	100,0%	82,6%	
<b>Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal</b>						
<b>Posição rotineira do parto</b>						
Litotomia	100,0%	100,0%	100,0%	85,7%	95,6%	1,0
Outras	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	4,4%	
<b>Tricotomia de rotina</b>						
Sim	75,0%	66,7%	50,0%	85,7%	69,6%	0,607
Não	25,0%	33,3%	50,0%	14,3%	30,4%	
<b>Enteroclisma de rotina</b>						
Sim	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	4,3%	1,0
Não	100,0%	100,0%	100,0%	85,7%	95,7%	
<b>Episiotomia de rotina</b>						
Sim	100,0%	100,0%	66,7%	57,1%	78,3%	0,170
Não	0,0%	0,0%	33,3%	42,9%	21,7%	
<b>Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal.</b>						
<b>Jejum</b>						
Sim	25,0%	16,7%	33,3%	14,3%	21,7%	0,682
Não	75,0%	83,3%	66,7%	85,7%	78,3%	
<b>Amniotomia de rotina</b>						
Sim	75,0%	66,7%	50,0%	100,0%	73,9%	0,171
Não	25,0%	33,3%	50,0%	0,0%	26,1%	
<b>Infusão de ocitocina</b>						
Sim	100,0%	100,0%	100,0%	71,4%	91,3%	0,225
Não	0,0%	0,0%	0,0%	28,6%	8,7%	

FONTE: Entrevistas semi-estruturadas com trabalhadores da saúde de um CO de um HU, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Tabela 2 – Práticas desenvolvidas na assistência ao parto de adolescentes em CO de um HU, Rio Grande do Sul, Brasil, julho de 2008 a fevereiro de 2009.**

	PRONTUARIOS n(128) %
<b>Práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal</b>	
<b>Registros nos Prontuários</b>	
Completo	0,0%
Incompleto	100,0%
<b>Numero de consultas no pré-natal</b>	
Nenhuma	3,1%
Ate seis	22,7%
Sete ou mais	71,1%
Não registrado no prontuário	3,1%
<b>Utilização do partograma</b>	
Sim	29,7%
Não registrado no prontuário	79,3%
<b>Vigilância fetal</b>	
Sim	58,6%
Não registrado no prontuário	41,4%
<b>Anamnese</b>	
Completa	11,7%
Incompleta	6,3%
Não registrado no prontuário	82,0%
<b>Exame físico geral e obstétrico</b>	
Sim	32,0%
Não registrado no prontuário	68,0%
<b>Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal</b>	
<b>Episiotomia</b>	
Sim	46,1%
Não	24,2%
Não registrado no prontuário	29,7%
<b>Dispositivos invasivos</b>	
Sim	10,9%
Não	24,3%
Não registrado no prontuário	64,8%
<b>Práticas freqüentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal.</b>	
<b>Analgesia no parto</b>	
Sim	18,7%
Não	81,3%
<b>Ocitocina</b>	
Sim	13,3%
Não	3,1%
Não registrado no prontuário	83,6%

FONTE: Prontuários de um HU, Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Práticas claramente úteis e que devem ser encorajadas na assistência ao parto normal**

Algumas práticas claramente úteis e que devem ser realizadas na assistência ao parto normal estão sendo implementadas no CO em estudo. Em relação à **privacidade e intimidade** no processo de parturição, quase 70% dos trabalhadores consideram que as adolescentes são respeitadas (Tab. 1). Todavia, ressaltam a dificuldade de preservar esse direito, em virtude da estrutura atual do CO. O espaço destinado às parturientes em trabalho de parto é insuficiente e restrito a uma sala coletiva, na qual os leitos são divididos apenas por cortinas, com sala de parto anexa e um único banheiro.

Essas mesmas considerações acerca da inadequação do espaço e estrutura física da unidade de atendimento ao parto são reveladas de modo significativo nos estudos que buscaram investigar os desafios para a implementação deste ideário de atenção nos serviços

obstétricos<sup>4,5,6,11</sup>. A estrutura adequada do CO é uma condição indispensável para que seja desenvolvida uma assistência humanizada, voltada para o respeito à integridade da mulher. Nesta perspectiva, o MS recomenda a organização das unidades obstétricas em quartos PPP, caracterizados por leitos individuais, com banheiro anexo, destinados à assistência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato<sup>12</sup>.

O despreparo dos acadêmicos e a falta de postura dos trabalhadores da saúde acerca das particularidades de cada parturiente, de igual forma são destacados pelos trabalhadores como fatores que ferem a privacidade e a intimidade das adolescentes. Entende-se que o processo de parturição faz com que a exposição e a intrusão alheia no corpo da mulher sejam fatos normais e aceitáveis. Um estudo desenvolvido com parturientes adolescentes em Minas Gerais evidenciou que os trabalhadores da saúde manipulam a parturiente como um ser assexuado, sem sentimentos, subserviente e alheio às condições circundantes, como a vergonha ou a dor. Essa falta de respeito à parturiente, em especial, à mulher adolescente, pode fomentar representações negativas acerca do processo de parturição, que futuramente poderão repercutir no desenrolar da maternidade<sup>13</sup>.

A maioria dos trabalhadores da saúde caracteriza a relação da equipe com as parturientes adolescentes e os familiares como ótima, muito boa e boa (Tab. 1). Ressaltam que os principais fatores que podem interferir nessa relação é a falta de preparo e conhecimento das parturientes e dos familiares para o enfrentamento do processo de parturição, que deve ser promovida durante o pré-natal.

Este achado parece contraditório ao se analisar o número de adolescentes que realizaram o acompanhamento da gestação (97%), segundo avaliação dos prontuários apresentado na Tabela 2. Chama a atenção o fato de que 71% das adolescentes realizou mais de sete consultas pré-natais, configurando-se como um índice satisfatório, já que o MS preconiza um mínimo de seis consultas durante o período gestacional<sup>2</sup>. Este número indica que as gestantes tiveram acesso aos serviços de saúde, com a possibilidade de seu preparo e do acompanhante, o que mostra a necessidade de outros estudos que avaliem a qualidade do pré-natal que vem sendo realizado.

Outros estudos<sup>8,14</sup> evidenciaram um número elevado de gestantes adolescentes que não seguiram o calendário mínimo recomendado. A falta de adesão das adolescentes aos serviços pré-natais está atrelado, principalmente, à dificuldade de aceitação da gravidez, de apoio familiar e de acesso aos serviços destinados a esse atendimento<sup>8</sup>. No entanto, o acompanhamento e o número adequado de consultas no período gestacional são apontados

como o principal fator interveniente na incidência de complicações para a parturiente adolescente e o neonato <sup>14</sup>.

Os sujeitos deste estudo que manifestaram dificuldades no relacionamento da equipe com as parturientes e os familiares, atrelaram esta à falta de sensibilidade dos próprios trabalhadores. Estudos destacam que a relação entre os trabalhadores da saúde e as parturientes e seus familiares é, muitas vezes, marcada pela desconfiança, desrespeito e conflito. A existência de relações assimétricas está representada pelo desconhecimento das mulheres acerca dos acontecimentos relacionados ao processo parturitivo e dos seus direitos, uma vez que a elas vem sendo negado tradicionalmente o acesso a estas informações <sup>15,16</sup>.

Em relação às **medidas de higiene**, mais de dois terços dos trabalhadores ressaltam que esta prática é desenvolvida (Tab. 1), o que se mostra como um índice satisfatório, já que uma das principais finalidades do processo de humanização do parto e nascimento é o conforto da parturiente. Durante o trabalho de parto, pela excessiva secreção vaginal e sudorese, a higiene da parturiente deve ser estimulada, favorecendo o seu bem-estar <sup>2</sup>.

Em relação às orientações referentes a **formas de relaxamentos durante o trabalho de parto**, cerca de 80% dos trabalhadores da saúde revelou que essa prática é desenvolvida (Tab.1). Segundo eles, as adolescentes são orientadas quanto às técnicas de respiração, o banho morno, a deambulação e a massagem lombar.

A OMS recomenda o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor, que, além de proporcionar conforto à parturiente, evita que o processo fisiológico do parto seja influenciado por substâncias farmacológicas <sup>3</sup>. Um estudo realizado com adolescentes em uma maternidade de Belo Horizonte revelou os benefícios na massagem para estas parturientes, fazendo com que a sensação de dor durante as contrações fosse diminuída <sup>13</sup>. A deambulação e as técnicas de respiração auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto, além de tornar as contrações uterinas mais intensas e eficientes para a dilatação cervical <sup>2</sup>. A massagem lombar, não apenas como um ato mecânico e físico das mãos, mas como a concretização de um cuidar mais abrangente, pode favorecer a diminuição da dor e das tensões da parturiente <sup>13</sup>.

De acordo com a Tabela 1, mais de 90% dos trabalhadores afirma que as parturientes são **orientadas acerca do parto** e da forma como podem se ajudar neste momento. Este dado mostra-se como um ponto positivo da assistência prestada no CO em estudo, já que o ciclo gravídico-puerperal pode trazer dúvidas, inseguranças e medos, principalmente para as adolescentes.

A qualidade do acolhimento e do cuidado prestado à adolescente, que procura a assistência à parturição, pode ser determinante no desenrolar desse processo. Para tanto, as práticas de atenção deverão nortear-se pelo princípio da humanização, enfatizando que as ações dos trabalhadores da saúde devem contribuir para reforçar o caráter da atenção focado nos direitos da parturiente. Neste sentido, a finalidade da assistência prestada é melhorar o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo, suas condições de saúde, além de ampliar sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida <sup>9</sup>.

Segundo estudo realizado em uma maternidade do Rio de Janeiro, as informações recebidas pelas mulheres durante o trabalho de parto e parto apresentaram uma clara associação com a satisfação em relação à assistência, ou seja, quanto mais completa e suficiente a orientação foi percebida pela parturiente, maior a satisfação em relação à assistência à parturição. Ademais, o grau de informação pode aumentar a percepção da mulher sobre o evoluir do parto e favorecer a sua participação nas decisões e escolhas sobre as condutas adotadas neste momento <sup>17</sup>.

No tocante à prática de incentivo ao **contato precoce e à amamentação** (Tab. 1), os trabalhadores, em sua maioria, afirmam que estas ações são favorecidas no seu ambiente de trabalho. O intervalo de **tempo entre o nascimento e a mamada** é predominante entre meia e uma hora pós-parto. Estes dados coadunam-se com as recomendações do MS, que preconiza o contato da mãe com seu bebê e aleitamento materno na sala de parto <sup>2</sup>. Porém, a instituição em estudo caracteriza-se como Hospital Amigo da Criança, sendo que o quarto passo dos dez preconizados para o sucesso do aleitamento materno, pela OMS/UNICEF/MS, indica que o aleitamento deve ser iniciado na primeira meia hora após o nascimento <sup>18</sup>.

O recém-nascido em posição prona sobre o peito da mãe, imediatamente após o parto, proporciona um ambiente ótimo para sua adaptação à vida extrauterina e para a adaptação da mulher à maternidade. A equipe de saúde possui um papel importante nesse momento da assistência. As orientações e o incentivo ao contato precoce podem favorecer o vínculo entre mãe e filho, além de serem consideradas ações que potencializam o mecanismo para a promoção do aleitamento materno <sup>19</sup>.

Com base na Tabela 2, observa-se que algumas práticas comprovadamente úteis e que devem ser estimuladas na assistência ao parto não estão sendo desenvolvidas no CO em estudo. Uma dessas práticas é o **registro adequado das informações** e condutas adotadas durante o trabalho de parto e parto. Nenhum dos prontuários analisados apresentou registros completos dos dados pesquisados. A falta de registros adequados nos prontuários também foi

evidenciada em outros estudos <sup>12,20,21</sup> que buscaram avaliar a assistência a esta população, revelando um problema que compromete a qualidade do serviço.

Outra prática obrigatória no atendimento ao parto é a utilização do **partograma**. Esta representação gráfica do trabalho de parto foi evidenciada em apenas um terço dos prontuários analisados (Tab. 2). A importância da realização desta prática deve-se à possibilidade de acompanhar a evolução da parturição, a dilatação cervical e a descida fetal, documentar, diagnosticar alterações, indicar a tomada de condutas apropriadas para a correção de possíveis desvios e evitar intervenções desnecessárias <sup>2</sup>.

Tal resultado não se diferencia de outras instituições, como é o caso das maternidades públicas do Rio de Janeiro. Nestes locais, na maioria das vezes, quando utilizado o partograma, este é preenchido de forma incorreta, o que compromete o acompanhamento do trabalho de parto <sup>21</sup>.

Outro dado relativo aos registros refere-se à presença obrigatória da **anamnese** completa no prontuário. Neste estudo, menos de 12% dos prontuários apresentaram este elemento, sendo que 82% não apresentava nenhum registro (Tab. 2). No que diz respeito às informações referentes ao **exame físico geral e obstétrico**, apenas três de cada dez prontuários apresentaram registro destes dados.

Dentre os procedimentos imprescindíveis para a admissão/internação da parturiente, estão a anamnese, o exame clínico e o exame obstétrico. A anamnese, mesmo no caso de gestantes de baixo risco, deve avaliar os antecedentes mórbitos, antecedentes obstétricos, data da última menstruação, informações sobre a movimentação fetal, além de dados referentes à evolução da gestação atual. Em relação ao exame clínico, o MS preconiza que, nas gestações de evolução normal, a avaliação clínica, ainda que sumária, deve incluir medida dos sinais vitais, avaliação das mucosas para inferir a presença ou não de anemia, a presença ou não de edema e varizes nos membros inferiores, e a ausculta cardíaca e pulmonar <sup>2</sup>.

Outro registro preocupante em relação à assistência desenvolvida refere-se à **vigilância fetal**, a qual esteve presente em quase 60% dos prontuários, de acordo com a Tabela 2. As condutas que envolvem a vigilância fetal são os principais meios para diagnosticar o sofrimento fetal e evitar a asfixia perinatal e suas conseqüências <sup>21</sup>.

Sobre a **escolha do tipo de parto**, quase 90% dos trabalhadores afirmaram que não há o envolvimento das parturientes nesse processo decisório (Tab. 1). Segundo o MS, o predomínio do parto cesáreo está atrelado a diversos determinantes, com destaque para a situação de submissão e aceitação à qual as parturientes são submetidas. As mulheres têm dificuldade de participar da decisão do tipo de parto e sentem-se menos capacitadas para

efetuar escolhas frente às "questões técnicas" <sup>2</sup>. No entanto, um estudo que abordou a opinião das mulheres em relação ao tipo de parto, evidenciou a preferência pelo parto normal entre as adolescentes. Os motivos apontados são a recuperação pós-parto mais rápida, o medo de um parto cirúrgico e suas possíveis complicações <sup>15</sup>.

Outra prática considerada pelo MS como extremamente útil no parto normal apresentada na Tabela 1 é o direito à **presença de um acompanhante** de escolha da parturiente durante o trabalho de parto e parto. Segundo o relato de mais de 80% dos trabalhadores, esta prática não é desenvolvida no CO em estudo. Este dado demonstra certa fragilidade na assistência prestada, pois um dos aspectos mais evocados pelo ideário de humanização da atenção do parto proposto pelo MS é a participação e o envolvimento da família neste processo <sup>1</sup>.

Além disso, ao se considerar a especificidade das parturientes adolescentes, o direito à presença do acompanhante está assegurado por legislação específica. No Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), embora não estejam previstos tópicos especiais sobre a saúde reprodutiva dos adolescentes, a lei assegura o direito a acompanhante, identificado como responsável legal, durante a assistência ao ciclo gravídico puerperal <sup>22</sup>.

Em relação a essa prática, foi encontrada diferença significativa na forma de visualização entre as categorias funcionais. Conforme o relato de médicos preceptores e técnicos/auxiliares de enfermagem, essa prática não é desenvolvida no CO em estudo. Entre os médicos residentes, menos de 15% relatou que a presença do acompanhante é permitida. No entanto, diferentemente dessas categorias funcionais, 75% dos enfermeiros referiu que o direito à escolha do acompanhante pelas parturientes é respeitado.

Este achado pode estar relacionado à expressiva participação dos enfermeiros na efetivação da proposta de humanização do parto. A Enfermagem tem desenvolvido estudos e pesquisas acerca da saúde da mulher, em defesa do PHPN e da implementação das práticas preconizadas por este programa. Neste sentido, o enfermeiro tem sido reconhecido pelo MS como o profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada no cuidado à parturiente <sup>2</sup>. É possível que este trabalhador esteja mais empenhado na efetivação do PHPN.



## **Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas na assistência ao parto normal**

Algumas práticas prejudiciais e que, segundo a OMS, devem ser eliminadas da assistência à parturição, são desenvolvidas no CO investigado. A **tricotomia** é considerada uma prática rotineira para quase 70% dos trabalhadores (Tab. 1), sendo que sua realização não é questionada pelas parturientes. Outros estudos também evidenciaram altos índices de tricotomia entre pacientes atendidas em hospitais públicos do Brasil<sup>20,23</sup>.

Alguns trabalhadores destacam que a realização da tricotomia depende do médico de plantão, com justificativas para a padronização desta prática como: facilitar a higiene da parturiente, favorecer o desenvolvimento de procedimentos como a episiotomia e as manobras no momento do parto, diminuir os riscos de infecção e de má cicatrização da episiorrafia. Contraditoriamente, outros trabalhadores ressaltaram a inexistência de comprovações científicas acerca das vantagens deste procedimento.

Realmente, não existem evidências claras sobre esses benefícios. Ao contrário, a tricotomia causa desconforto no momento da sua execução e favorece o risco de transmissão de doenças, quando realizada sem a utilização de lâminas descartáveis. Por estas razões, é recomendado que a tricotomia só seja feita se esta for a opção da parturiente<sup>23</sup>.

Quando os trabalhadores são questionados quanto à **posição em que é realizado rotineiramente o parto**, nove de cada dez relatam que a litotomia é a posição mais utilizada (Tab. 1). A OMS recomenda que as parturientes devem ser estimuladas a adotar posições não supinas durante o trabalho de parto e parto, pois estas estão associadas à redução do tempo do segundo período do parto, redução da necessidade de partos assistidos, de episiotomias, da sensação dolorosa na fase expulsiva e das alterações da frequência cardíaca fetal<sup>24</sup>.

Um estudo realizado em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro evidenciou os benefícios da escolha da posição vertical para o parto. Além de favorecer o escore de Apgar superior a sete, no primeiro e quinto minutos, a utilização de posições não supinas diminuiu os índices de episiotomia, sendo que as lacerações perineais, quando ocorreram, foram, em sua maioria, de primeiro grau<sup>25</sup>.

Segundo a Tabela 1, outra prática que vem sendo considerada rotineira no CO em estudo, conforme praticamente 80% dos trabalhadores, é a **episiotomia**. Na pesquisa documental, foi comprovada a utilização desta prática em 46% dos partos normais (Tab. 2). Este dado aproxima-se à realidade nacional, na qual, de todos os procedimentos associados ao

nascimento, a episiotomia representa índices elevados, sendo realizada em mais de 90% dos partos vaginais <sup>25</sup>.

Conforme a OMS, o uso rotineiro e liberal da episiotomia é considerado uma prática prejudicial e ineficaz, sendo indicada somente em cerca de 10% a 15% dos casos. Como um procedimento cirúrgico, a incisão perineal para ampliação do canal do parto envolve riscos, dentre eles, extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, infecções, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais e, embora raro, a endometriose da episiorrafia <sup>26</sup>.

As justificativas dos trabalhadores para a padronização deste procedimento são a primiparidade e a prevenção de lacerações. Uma revisão sistemática, publicada pela biblioteca Cochrane, concluiu que a episiotomia seletiva, se comparada à rotineira, em todos os partos vaginais, associou-se a menor risco de trauma de períneo posterior, a menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização. A utilização seletiva desta prática traz maiores benefícios que a rotineira, sendo indicadas somente em casos de sofrimento fetal, de feto em apresentação pélvica, de progressão insuficiente do parto e de ameaça de laceração perineal de terceiro grau <sup>27</sup>.

Os trabalhadores da saúde relatam que, na maioria das vezes, as parturientes nem são informadas sobre a realização deste procedimento e, por isso, não expressam nenhuma opinião sobre o mesmo. A exclusão das parturientes acerca das decisões obstétricas, também foi evidenciada em estudos realizados em Minas Gerais <sup>26</sup> e Santa Catarina <sup>28</sup>. A maioria das parturientes não recebeu qualquer tipo de informação em relação à episiotomia, sendo que esta intervenção foi realizada sem sua autorização prévia <sup>26</sup>. O desconhecimento das mulheres em relação à episiotomia e ao seu próprio corpo, reforça o poder dos trabalhadores da saúde e a exclusão da parturiente do ato decisório. A imposição autoritária e não informada de práticas obstétricas revela a violação dos direitos da mulher no processo decisório e da sua integridade corporal <sup>28</sup>.

Em relação à utilização de **dispositivos invasivos**, tais como fórceps, sondas vesicais e cateterização profilática de rotina, estes foram evidenciados em pouco mais de 10% dos prontuários analisados (Tab. 2). As práticas invasivas, além de aumentar a sensação de dor nas parturientes, podem representar riscos de infecção e traumas, e dificultar a deambulação e alteração na posição durante o trabalho de parto <sup>3</sup>.

Outra prática considerada prejudicial pelo MS é o uso rotineiro de **enteroclisma**. Para a grande maioria dos trabalhadores, o enteroclisma não é considerado uma prática rotineira no CO em estudo, ressaltando que essa conduta é contraindicada na literatura, por não trazer benefícios para a parturiente e para o bebê. De acordo com a tabela 1, a execução de tal

prática, somente para 4% dos sujeitos entrevistados, tem como finalidade acelerar o processo de parto e realizar esvaziamento intestinal nos casos em que a parturiente se apresentar constipação.

Um estudo que teve como objetivo investigar os efeitos do uso de enteroclisma durante o trabalho de parto e parto evidenciou que seu uso não abreviou o tempo de trabalho de parto e nem diminuiu a contaminação fecal. Algumas mulheres possuem receio em evacuar em sala de parto, submetendo-se ao procedimento mesmo que este lhe traga incômodo. Contudo, na opinião de outras parturientes, o enema foi considerado desconfortável e constrangedor, julgando-o desnecessário. Nesta perspectiva, é imprescindível avaliação do uso do esvaziamento intestinal de rotina, analisando-se caso a caso, respeitando a opinião e a vontade da mulher, e indicando-o apenas quando houver ampola retal cheia, constatada pelo toque vaginal<sup>29</sup>.

### **Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal**

Uma das práticas que são utilizadas de modo inadequado na assistência ao parto normal é o **jejum** de rotina para as parturientes. Aproximadamente oito em cada dez dos trabalhadores da saúde desconsidera o favorecimento da alimentação e ingestão de líquidos durante a permanência das parturientes no CO (Tab.1).

O trabalho de parto pode levar, em média, treze horas para as primíparas e oito horas para as múltíparas, o faz com que o gasto de energia seja elevado, trazendo possíveis desconfortos para a parturiente e riscos para o feto, pela redução dos níveis de glicemia. Por isso, a oferta hídrica e alimentar deve ser avaliada, de acordo com as condições e a evolução do trabalho de parto, sendo recomendada às gestantes de baixo risco, durante a fase ativa do trabalho de parto<sup>9</sup>.

Em relação à **infusão venosa com ocitócito**, nove de cada dez trabalhadores afirma que esta prática é utilizada de forma rotineira no CO em estudo (Tab. 1). É importante ressaltar que não foi explicitada a relação desta prática com o período do trabalho de parto. O ocitócito, quando utilizado durante a fase ativa do trabalho de parto, caracteriza-se como um manejo ativo, considerado pela OMS como uma prática prejudicial. No entanto, sua utilização durante o terceiro estágio do parto é recomendada como uma prática benéfica no controle do sangramento e dequitação<sup>3</sup>.

Esse dado também foi investigado nos prontuários das adolescentes (Tab. 2), sendo que em mais de 80% dos prontuários analisados não havia o registro desta informação. Em 13% dos prontuários foi encontrado o registro da administração de ocitócito durante o

trabalho de parto. Algumas pesquisas evidenciaram o uso indiscriminado de ocitócicos com a finalidade de acelerar o parto <sup>4,16</sup>. No entanto, não existem benefícios comprovados no uso rotineiro de ocitocina, mas existem efeitos colaterais, tais como a hiperestimulação uterina e o aumento da dor <sup>3</sup>.

Outra prática considerada rotineira no CO em estudo, segundo 74% dos trabalhadores da saúde, é a **amniotomia** (Tab.1). Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto, efeitos indesejáveis podem ocorrer, tais como o incremento de desacelerações precoces dos batimentos cardíacos fetais e alterações sobre o pólo cefálico. Além dessas complicações, quanto maior a duração do parto com membranas rotas, maior o risco de infecção ovular e puerperal. Dessa forma, a rotura artificial da bolsa deve ser evitada, reservando-se seu uso para aquelas condições onde sua prática seja claramente benéfica, como é o caso de algumas distócias funcionais <sup>2</sup>.

A **analgesia** peridural no parto normal, segundo a análise nos prontuários das adolescentes, é realizada em 18,7% das parturientes (Tab. 2). Este achado pode não corresponder fidedignamente à realidade, em vista de que pode ter havido o entendimento, no momento da coleta dos dados, de que a questão referia-se à anestesia local anterior à episiotomia, pois a prática de analgesia não se caracteriza como rotineira no CO em estudo.

Existem controvérsias sobre a interferência da analgesia no progresso do trabalho de parto e na vitalidade do recém-nascido. Um estudo que buscou investigar a repercussão desta prática, evidenciou que a utilização de pequenas doses de anestésico local não influencia no trabalho de parto, em relação ao peso e Apgar do recém-nascido <sup>30</sup>. No entanto, o MS recomenda a utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, por considerar que estes permitem à mulher maior controle sobre o processo parturitivo <sup>2</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o relato dos trabalhadores da saúde e a análise dos prontuários das parturientes adolescentes, foi constatado que diversas práticas consideradas úteis ao parto normal estão sendo desenvolvidas. Estas práticas são: o acompanhamento adequado no período pré-natal; o respeito à privacidade e intimidade da parturiente; a boa relação da equipe de saúde com as parturientes e os familiares; o estímulo às formas de relaxamento; as orientações acerca do parto; o incentivo ao contato precoce entre mãe e filho; e a amamentação na primeira hora pós-parto.

No entanto, evidenciou-se que o registro das condições maternas e neonatais, tais como a anamnese completa, o exame físico geral e obstétrico, o partograma e a vigilância fetal não estão sendo plenamente desenvolvidos. Além disso, segundo relato dos sujeitos, foi constatada a exclusão da participação feminina na decisão sobre o tipo de parto e a violação ao direito ao acompanhante. Este último item apresentou diferença significativa entre as proporções das variáveis categóricas, demonstrando a opinião favorável dos enfermeiros a esta prática, diferentemente dos demais trabalhadores da saúde.

No que se referem às práticas prejudiciais, os trabalhadores relataram a padronização da tricotomia e da episiotomia, o uso da posição de litotomia e de dispositivos invasivos. Já, em relação às práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado no atendimento ao parto normal, despontam a restrição alimentar e hídrica, e a amniotomia de rotina.

Nesta perspectiva, foi possível analisar as práticas que estão sendo desenvolvidas na atenção ao parto de adolescentes e, ao estabelecer uma correlação com a política de humanização do parto, evidenciou-se que a implementação desta proposta no contexto em estudo parece ser um grande desafio. Isto se configura como um dado preocupante, pois a unidade em estudo faz parte de uma instituição acadêmica, na qual modelos de assistência são reproduzidos. Todavia, este estudo pode contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido e, a partir disso, fundamentar as transformações necessárias para tornar as práticas da assistência ao parto humanizadas.

Enfim, recomenda-se que, para iniciar este processo de reflexão e transformações no âmbito da assistência à parturição, seja necessário compreender que o significado de humanizar envolve os aspectos mais subjetivos do ser humano. Para tanto, não se deve esperar apenas uma mudança na postura dos trabalhadores, mas também em todas as relações interpessoais existentes neste contexto. As condições dignas de trabalho, a valorização, a capacitação e a sensibilização dos trabalhadores da saúde, são meios de fazer com que estes se sintam humanizados e, assim, entendam a importância de humanizar.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. 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. OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra, 1996.
4. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Rev Ciência e Saúde Coletiva*. 2005; 10(sup): 221-30.
5. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(8): 1859-68.
6. Fustinoni SM. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. *Acta Paul Enferm*. 2008; 21(3): 420-6.
7. Rodrigues FRA, Rodrigues DP, Souza ES, Nogueira MEF, Fialho AVM. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sociodemográfico e obstétrico. *Rev Min Enferm*. 2008; 12(1): 27-33.
8. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2009; 14(1): 99-107.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília, 2005.
10. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.
11. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Saúde Mat Inf*. 2009; 9(1): 59-67.
12. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N°36/2008, de 3 de junho de 2008. Dispõe o sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31712&word=>. Acessado em: abril de 2009.
13. Oliveira ZMLP, Madeira AM. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Rev Enferm UERJ*. 2002; 36(2): 133-40.

14. Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(1): 153-61.
15. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saúde Pública*. 2002; 18(5): 1303-11.
16. 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.
17. Domingues RMM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(sup1): 552-62.
18. UNICEF. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: Dez passos para o aleitamento materno. Disponível em: [http://www.unicef.org/brazil/pt/activities\\_9994.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm) Acessado em: 10 de fevereiro de 2010.
19. Monteiro JCS, Gomes FAG, Nakamo AMS. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paul Enferm*. 2006; 19(4): 427-32.
20. 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.
21. Oliveira MIC, Dias MAB, Cunha CB, Leal MC. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde (RJ), 1999-2001. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(5): 895-902. 2008.
22. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei Brasília, 1990.
23. Sodré TM, Lacerda RA. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 82-9.
24. Cecatti J, Calderón IMP. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginec e Obst*. 2005; 27(6): 357-65.
25. Mouta RJO, Pilotto DTS, Vargens OMC, Progianti JM. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. *Rev Enferm UERJ*. 2008; 16(4): 472-6.
26. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4): 645-50.

27. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
28. Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2): 197-201.
29. Lopes MHBM, Silva MAS, Christóforo FFM, Andrade DCJ, Bellini NR, Cervi RC, et al. O uso do enteroclisma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. *Rev Latino-am Enfermagem.* 200; 9(6): 49-55.
30. Eberle AS, Ganem EM, Módolo NS, Amorim RB, Nakuma G, Marques CO, Castiglia YMM. Interação entre analgesia de parto e o seu resultado. Avaliação pelo peso e índice de apgar do recém-nascido. *Rev Bras Anestesiologia.* 2006; 56(4): 343-351



## 9.2 ARTIGO 2

### **Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores de um Centro Obstétrico do sul do Brasil<sup>1</sup>**

Humanized parturition of adolescents: view of the workers from an Obstetric Center in Southernmost Brazil.

#### **Parto humanizado de adolescentes**

Humanized parturition of adolescents

Josefine Busanello<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Curso de Mestrado em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande/FURG. E-mail: josefinebusanello@hotmail.com

#### **RESUMO**

**OBJETIVO:** Analisar diferenças e semelhanças na concepção do que seja uma assistência ideal às adolescentes em um Centro Obstétrico (CO), de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde de um Hospital Universitário (HU) do extremo sul do Brasil.

**MÉTODOS:** Este estudo qualitativo é um recorte do banco de dados da macropesquisa intitulada: “Atenção humanizada ao parto de adolescentes”. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com vinte e três trabalhadores da saúde efetivos do CO, no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009. Para o presente estudo, foram extraídas do banco de dados as respostas dos trabalhadores à seguinte questão: O que você considera que é uma assistência ideal em um CO? Efetuada análise temática estabelecendo uma comparação com as diretrizes do Ministério da Saúde em relação ao parto humanizado.

**RESULTADOS:** Os achados foram compilados em dois temas: estrutura organizacional do CO, que enfoca os componentes estruturais e funcionais do trabalho e, estrutura relacional do CO, abordando as relações existentes na tríade parturiente-familiar-trabalhador. Evidenciaram-se concepções semelhantes e concepções diferentes acerca da assistência ideal ao parto entre as categorias funcionais. Alguns aspectos que são preconizados, não despontaram no relato dos trabalhadores: a prevenção da mortalidade materna e neonatal, o contato precoce entre mãe e filho, a amamentação na primeira hora de vida e o respeito à autonomia da mulher. Os trabalhadores da enfermagem ressaltaram as especificidades da parturiente adolescente, destacando a importância do direito ao acompanhante, do comportamento solidário e do respeito aos sentimentos da parturiente.

---

<sup>1</sup> Artigo elaborado de acordo com as normas da Revista de Saúde Pública (ANEXO 5).

**CONCLUSÕES:** Evidencia-se que a concepção dos trabalhadores sobre a assistência ideal ao parto, coaduna com o ideário de atenção humanizada, no entanto alguns aspectos importantes, ainda precisam ser incorporados.

**DESCRITORES:** Parto Humanizado. Saúde da Mulher. Enfermagem. Adolescente.

## **ABSTRACT**

**OBJECTIVE:** To analyze differences and similarities in the view of what is ideal assistance of adolescents in an Obstetric Center (OC), according to the functional category of health workers of a Teaching Hospital (TH) in southernmost Brazil.

**METHODS:** This qualitative study is a cutout of database in a macresearch called: "Humanized attention to parturition of adolescents". Data were collected from semistructured interviews made with twenty-three effective health workers in the OC, in the period of July 2008 to February 2009. For the present study, it was taken from the database the answers of the workers to the following question: What do you consider to be an ideal assistance in an OC. Thematic analysis was made establishing a comparison between the guidelines of Health Ministry concerning the humanized parturition.

**RESULTS:** The findings were fit into two themes: organizational structure of OC, which focus on the structural and functional components of the work and, relational structure of OC, approaching the existing relationships in the triad parturient-family member-worker. Similar and different views became evident concerning the ideal assistance to parturition among the functional categories. Some aspects which are recommended did not appear in the account of the workers: prevention to maternal and neonatal mortality, early contact between mother and child, breast feeding at the first hour of life and respect to the woman's autonomy. Nursing workers highlighted the specificities of the adolescent parturient, pointing out the importance of the right to a companion, attitude of solidarism and respect to the feelings of the parturient.

**CONCLUSIONS:** It becomes clear that the view of workers concerning the ideal assistance to parturition embodies the ideal of the humanized attention, although some important aspects still need to be included.

**DESCRIPTORS:** Humanizing delivery. Women's Health. Nursing. Adolescent.

## **INTRODUÇÃO**

O Ministério da Saúde (MS), desde o ano de 2000, por meio do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), busca incluir os princípios de humanização na atenção obstétrica e neonatal. Essa proposta apresenta, como principal estratégia, assegurar a melhoria da qualidade e cobertura da assistência pré-natal, parto e puerpério, na perspectiva dos direitos humanos.<sup>3</sup>

Em relação à assistência nos Centros Obstétricos (COs), a política de humanização do parto está fundamentada em dois aspectos. O primeiro é voltado à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, incorporando atitudes éticas e solidárias por

parte dos trabalhadores da saúde, organizando a instituição de modo a propiciar um ambiente acolhedor, além de adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo refere-se à implementação de medidas e procedimentos comprovadamente benéficos para o acompanhamento do parto, a fim de evitar práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e, com frequência, acarretam riscos para ambos.<sup>3</sup>

Apesar da mobilização nacional para implementar a assistência humanizada no processo de parturição, pesquisas<sup>10,12,16,17</sup> desenvolvidas na área mostram que muitas das recomendações preconizadas pelo PHPN ainda não foram introduzidas, ou encontram resistência para sua efetivação. A falta de leitos e de trabalhadores da saúde especializados, a estrutura física inadequada, a deficiência de recursos financeiros e materiais e a desvinculação do serviço de atenção pré-natal e parto, dificultam a implementação de uma assistência de qualidade e segurança.<sup>10,17</sup> Atitudes desrespeitosas entre os trabalhadores e a relação destes com as parturientes e os familiares, também são caracterizadas como limitações que dificultam o atendimento efetivo, personalizado e adequado. Os trabalhadores da saúde reconhecem os benefícios de um atendimento acolhedor à parturiente, no entanto, prevalece a deficiência do contato humano e do diálogo, e a falta de autonomia da mulher sobre o evoluir de seu parto.<sup>12</sup>

Em um estudo que buscou o relato de adolescentes que tiveram seu processo de parturição em uma instituição pública, foi evidenciada a relação de distanciamento entre as parturientes e os trabalhadores da saúde. A assistência ao parto é marcada pela intensa medicalização, intervenções desnecessárias, isolamento familiar e falta de privacidade.<sup>16</sup>

Considerando as especificidades da adolescência, período de significativas mudanças, a maioria dos estudos voltados para a gestação, parto e puerpério nesse período da vida,<sup>19,20,21</sup> abordam apenas os riscos físicos, psicológicos e sociais dessas condições na vida dos adolescentes, sem enfatizar os aspectos relacionados com a assistência no ciclo gravídico-puerperal. A atenção adequada no momento do parto representa um passo importante para amenizar os agravos, que podem acompanhar a gravidez precoce. As adolescentes poderão vivenciar a maternidade como um evento prazeroso, positivo e menos traumático, de acordo com uma série

de condições, desde aquelas intrínsecas à mulher e à gestação, até aquelas diretamente relacionadas ao sistema de saúde.

A qualidade da assistência ao parto depende de componentes estruturais e funcionais do CO. Neste sentido, o conceito de assistência ideal envolve a adequação dos recursos físicos, materiais e humanos, suficientes para transformar o CO em um espaço mais acolhedor e favorável à implementação das ações que são preconizadas pela política de humanização, dentre as quais, permitir a presença do acompanhante e o envolvimento da família no processo de parturição, respeitar a privacidade da mulher, realizar procedimentos seguros e evitar práticas intervencionistas desnecessárias, favorecendo o transcurso natural do parto, além de orientar e informar a mulher visando a sua autonomia em relação às condutas e procedimentos.

Os trabalhadores da enfermagem e os médicos são considerados os principais mediadores dessas ações previstas pela política de humanização no contexto da atenção obstétrica. Portanto, é mister que seu ponto de vista sobre a assistência seja considerado, como sujeitos que se encontram permanentemente desenvolvendo o processo de trabalho nessa área e, apresentando o saber advindo da teoria com a experiência prática. Ao se compreender o que pensam e sentem sobre a qualidade da atenção obstétrica, poder-se-á obter subsídios para efetuar mudanças necessárias e refletir no quão próximo ou distante está a atenção ao parto realizada, do modelo de humanização preconizado pelo MS.

Nesta perspectiva, na tentativa de contribuir para a implementação da proposta de humanização do parto, este estudo teve como objetivo analisar diferenças e semelhanças na concepção do que seja uma assistência às adolescentes em um CO, de acordo com a categoria funcional dos trabalhadores da saúde de um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil.

## **METODOLOGIA**

Este estudo, de abordagem qualitativa, é um recorte do banco de dados da macropesquisa intitulada: “Atenção humanizada ao parto de adolescentes”\*. Os

---

\* Pesquisa financiada pelo CNPq, por meio do Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT- Saúde 22/2007 - Saúde da Mulher. Processo 551217/2007-3.

dados utilizados foram coletados a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com todos os trabalhadores da saúde efetivos do CO, de um Hospital Universitário do sul do Brasil, no período de julho de 2008 a fevereiro de 2009. Os sujeitos do estudo configuraram duas categorias: a categoria de enfermagem, formada por 4 enfermeiras e 6 técnicos de enfermagem; e a categoria médica, composta por 6 médicos preceptores e 7 médicos residentes, perfazendo um total de vinte e três trabalhadores.

As entrevistas foram realizadas no CO, durante os turnos de trabalho, acordados previamente e sem relação com o momento específico dos partos. Foram conduzidas em um período de trinta minutos a uma hora, gravadas e, posteriormente, transcritas. Os entrevistadores foram alunos da graduação de enfermagem, previamente treinados. Para o presente estudo, foram extraídas do banco de dados as respostas dos trabalhadores à seguinte questão: O que você considera que é uma assistência ideal em um CO? Apesar da questão não estar explicitamente direcionada às adolescentes, os trabalhadores estavam cientes de que a pesquisa enfocava a assistência destinada a essa população.

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. As entrevistas com os sujeitos foram realizadas após o seu esclarecimento acerca dos objetivos, procedimentos utilizados na pesquisa, sua liberdade de se recusar a participar ou de retirar seu consentimento, a garantia do sigilo e da privacidade quanto aos dados confidenciais na pesquisa e o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos.

Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise temática. Para tanto, inicialmente, os dados passaram por leitura repetitiva e, posteriormente, organização e ordenação dos mesmos, de forma a buscar as regularidades em que se apresentaram os achados.<sup>14</sup> Os temas elencados foram discutidos e analisados estabelecendo uma correlação com a política proposta pelo MS no que se refere à atenção humanizada ao parto.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao se buscar semelhanças e diferenças na concepção sobre a assistência às parturientes por parte dos trabalhadores da saúde, optou-se por compilar os achados em dois grandes temas: estrutura organizacional do CO (Quadro 1 e 2), que enfoca os aspectos relativos aos componentes estruturais e funcionais do trabalho; e estrutura relacional do CO (Quadro 3 e 4), abordando os elementos referentes às relações existentes na tríade parturiente-familiar-trabalhador, apresentados a seguir.

### Estrutura organizacional do CO

Os aspectos relacionados à infraestrutura do CO foram amplamente ressaltados por ambas as categorias funcionais (Quadro 1). Os trabalhadores da saúde destacam a estrutura física adequada, com leitos individuais para as parturientes, que favoreçam a presença do acompanhante, como uma das principais condições para a qualidade da assistência.

Quadro 1 - Estrutura física adequada do CO.

Concepções semelhantes	Concepções diferentes
	Trabalhadores da Enfermagem
Respeitar a privacidade e a intimidade da parturiente; Favorecer a presença do acompanhante; Estrutura do novo CO em construção;	Localização estratégica do CO: proximidade da unidade cirúrgica e UTI neonatal.

Segundo os trabalhadores da enfermagem, além de garantir o conforto e a privacidade da parturiente, a área física do CO deve ocupar uma localização estratégica na instituição de saúde. Como medida de segurança para a parturiente e neonato, diante da necessidade de uma cesárea de emergência e complicações com o recém-nascido, é imprescindível que o CO tenha acesso às salas cirúrgicas e à unidade de terapia intensiva neonatal.

Esses aspectos, relacionados à estrutura física, também são ressaltados em outros estudos que abordam a assistência ideal ao parto. As falhas estruturais que envolvem as limitações físicas dos serviços de saúde e a indisponibilidade de materiais e equipamentos são destacadas como fatores determinantes para o não cumprimento das ações preconizadas pelo PHPN.<sup>12,13,15,18</sup>

Com a finalidade de melhorar as condições físicas e estruturais das unidades de atendimento ao parto, em 2008, através da Resolução N°36/2008, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), dispôs um regulamento técnico para funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal. O principal objetivo dessa resolução é estabelecer padrões para o funcionamento dos serviços de assistência à parturição, fundamentados na qualificação, na humanização da atenção e gestão, na redução e no controle de riscos. Dentre as recomendações, está a organização do CO em quartos PPP (Pré-parto, Parto e Pós-Parto), caracterizados por leitos individuais, com banheiro anexo, destinados à assistência da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (primeira hora após dequitação).<sup>8</sup>

Ainda em relação à organização física do CO, observa-se que a maioria dos trabalhadores, de ambas as categorias funcionais, acredita que o desenvolvimento de uma assistência ideal no contexto em estudo está diretamente relacionado à estrutura do novo CO, que está em construção. De acordo com os trabalhadores, a área física atual não favorece a privacidade, a utilização de técnicas de relaxamento e a presença de acompanhante. O espaço físico destinado às parturientes em trabalho de parto é insuficiente e restrito a uma sala coletiva, com três leitos, sendo que, no momento do parto, as mulheres precisam ser removidas para uma sala anexa.

A estrutura apropriada da unidade de saúde é um fator indispensável para uma assistência de qualidade. No entanto, o ambiente físico não é o único quesito para a humanização da assistência. A humanização, muito mais do que um artifício, uma técnica ou apenas uma intervenção, significa estreitar relações interpessoais, que possibilitem aos trabalhadores reconhecer a interdependência e a complementaridade de suas ações.<sup>1</sup>

No que tange aos elementos organizacionais do trabalho no CO (Quadro 2), foi possível observar uma diferença de opinião entre as categorias funcionais. Os trabalhadores da enfermagem destacam que a qualidade da assistência também depende das condições de trabalho. O número de trabalhadores da saúde deve ser suficiente para atender à demanda do CO. Quando há sobrecarga de trabalho, é praticamente impossível realizar uma assistência integral à parturiente, com a atenção que esta necessita, com orientações sobre a evolução do parto e sobre as

formas de relaxamento e disponibilização de informações para os familiares, situações estas que deveriam ser rotineiras no contexto em estudo, segundo os trabalhadores.

Quadro 2 – Elementos organizacionais do trabalho no CO.

<b>Concepções diferentes</b>	
<b>Trabalhadores da Enfermagem</b>	<b>Trabalhadores Médicos</b>
Condições adequadas de trabalho; Recursos humanos suficientes para atender a demanda;	Determinação de uma equipe fixa de trabalho; Diminuição do fluxo de profissionais de outros setores; Implementação de programas de educação continuada;

A discussão sobre essa questão é relevante, pois de todas as representações acerca do PHPN, os aspectos referentes à humanização das condições e as peculiaridades do trabalho são pouco evocados nas produções científicas que abordam a assistência ao parto.<sup>4,10</sup> No entanto, a proposta do MS prevê o reconhecimento e valorização dos trabalhadores da saúde, como um quesito imprescindível para que a assistência humanizada seja implementada.<sup>4</sup>

Para os trabalhadores médicos, as questões relativas ao processo de trabalho no CO, relacionam-se à determinação de uma equipe fixa de trabalho. Justificam que essa medida favoreceria a diminuição do fluxo de profissionais de outros setores e facilitaria a implementação de programas de educação continuada, treinamentos e capacitações para o grupo de trabalhadores.

A efetivação do modelo de humanização ao parto requer a sensibilização e a capacitação constante dos trabalhadores do CO. Na maioria dos programas de educação continuada das instituições de saúde, essa temática não compõe os conteúdos das capacitações. Por outro lado, a inclusão das ações preconizadas pelo PHPN nas discussões, geralmente não é suficiente para despertar a sua relevância, pois, na maioria das vezes, pautam-se apenas em aspectos relativos à administração, gerenciamento e rotinas, sem abordar a qualidade da assistência e da transformação do comportamento e da conscientização dos trabalhadores da saúde.<sup>18</sup>

### **Estrutura relacional do CO**

O aspecto relativo à conjuntura das relações humanas presentes no contexto da atenção obstétrica, enfatizado por ambas as categorias funcionais como um



questo indispensável para tornar a assistência ao parto ideal é a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto. A participação do acompanhante no processo de parturição, apesar de ser ressaltado como um fator positivo para a parturiente, não faz parte da rotina do CO em estudo.

O direito ao acompanhante, mesmo já previsto na Portaria nº 569/2000, que sancionou o PHPN, foi reforçado em 2005, com a aprovação da Lei 11.108/05, que garante às parturientes o direito à presença de um acompanhante, de sua escolha, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato.<sup>6</sup> Em conformidade com as medidas propostas por essa lei, a Portaria GM 2418/05 acrescenta que a presença de um acompanhante durante a parturição, conforme estudos baseados em evidências científicas, pode reduzir a duração do trabalho de parto, o uso de medicações para alívio da dor e o número de cesáreas, a depressão pós-parto e pode favorecer a amamentação.<sup>7</sup>

A concepção acerca da presença do acompanhante e a sua participação no processo de parturição assumem diferentes significados para as categorias funcionais (Quadro 3). Para os trabalhadores da enfermagem, esta é percebida como um direito da parturiente, em especial, ao considerar a assistência à adolescente, que possui uma legislação específica em relação ao direito de acompanhantes durante o atendimento nos serviços de saúde. Destacam ainda a importância de manter um bom relacionamento com os acompanhantes, mantendo-os informados sobre as condições da parturiente, sempre que possível.

Quadro 3 – Presença do acompanhante no CO.

<b>Concepções diferentes</b>	
<b>Trabalhadores da Enfermagem</b>	<b>Trabalhadores Médicos</b>
Direito da parturiente, em especial a parturiente adolescente; Bom relacionamento com os acompanhantes;	Ítem polêmico da política de humanização do parto (o CO não apresenta condições físicas; falta de preparo dos acompanhantes e parturientes no pré-natal);

Embora não estejam previstos, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), tópicos especiais sobre a saúde reprodutiva dos adolescentes, a lei prevê o direito ao acompanhante/familiar durante a assistência ao ciclo gravídico-puerperal. Além da presença do acompanhante, a legislação enfatiza a importância da vinculação entre os serviços de atendimento pré-natal e parto, considerando que a gestação na adolescência pode representar riscos para a mulher e para o bebê.<sup>2</sup>

Os trabalhadores médicos reconhecem a importância do acompanhante no processo de parturição, porém, consideram isto como um dos itens polêmicos da política de humanização do MS. A maioria dos serviços de saúde destinados à parturição, inclusive o CO em estudo, não oferece condições físicas para a inserção do acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

A falta de preparo dos acompanhantes também é ressaltada pelos trabalhadores como um aspecto que dificulta a participação da família no processo de parturição. As manifestações de dor durante as contrações, os toques vaginais, o uso do fórceps e a episiotomia, são circunstâncias que podem gerar um mal estar quando o acompanhante não estiver preparado. Além disso, argumentam que o acompanhante pode entender essas práticas como uma forma de violência à parturiente, uma vez que não apresentam o entendimento da necessidade que se impõe pelas condições do processo de parto.

Os trabalhadores consideram imprescindível o preparo prévio do acompanhante por parte dos serviços que prestam assistência pré-natal. Esta questão também está prevista na política de humanização do parto. O MS preconiza que a gestante determine, durante o pré-natal, um acompanhante para o trabalho de parto e parto, e que o mesmo participe das consultas, para que, nessas oportunidades, além da avaliação da mulher e do feto, sejam realizadas ações voltadas para a preparação ao parto, tanto da gestante quanto do seu acompanhante. Além disso, o MS enfatiza a importância da referência e contrarreferência na assistência ao ciclo gravídico-puerperal, favorecendo a familiaridade da gestante e do acompanhante com os trabalhadores da saúde e com o serviço de assistência ao parto, o acesso à assistência e a qualidade da atenção obstétrica e neonatal.<sup>3</sup>

Mesmo assim, entende-se que a falta de preparo durante o pré-natal não deve ser considerada como uma condição restritora da presença do acompanhante no cenário da parturição. Os trabalhadores da saúde precisam estar preparados para a presença do acompanhante no ambiente de trabalho, afinal, o parto, na perspectiva da humanização, deve ser concebido como um evento familiar.<sup>9</sup>

A relação de respeito entre os trabalhadores da saúde e as parturientes também foi ressaltado como um elemento imprescindível para efetivação de uma assistência ideal (Quadro 4). De acordo com a concepção de ambas as categorias

funcionais, a relação entre os trabalhadores da saúde e as parturientes está marcada, principalmente, pelos aspectos relativos ao direito à informação. Os trabalhadores ressaltam a importância das orientações acerca das técnicas de relaxamento e sobre o evoluir do trabalho de parto e parto.

Quadro 4 – Relação entre os trabalhadores e, entre estes e as parturientes.

<b>Concepções semelhantes</b>	<b>Concepções diferentes</b>	
	<b>Trabalhadores da Enfermagem</b>	<b>Trabalhadores Médicos</b>
Direito à informação; Orientações acerca das técnicas de relaxamento e sobre o evoluir do trabalho de parto e parto;	A assistência ideal não deve estar enfocada nos procedimentos; Comportamento solidário e respeito aos sentimentos da parturiente; Harmonia entre a equipe de saúde; Ênfase nas particularidades da parturição na adolescência;	Acolhimento inicial; Analgesia no parto;

As mulheres esperam receber informações e orientações acerca do processo de parturição. Além disso, o grau de informação tem sido destacado como fator de grande relevância, por possibilitar maior participação das mulheres no processo decisório e aumentar sua percepção de estar no controle da situação. O modelo de atenção deve favorecer o protagonismo da mulher no parto, é um caminho para melhorar os resultados perinatais e a satisfação acerca da assistência prestada.<sup>11</sup>

Nesta perspectiva relacional com a parturiente, os médicos enfatizam a importância do acolhimento inicial como um aspecto da assistência ideal. No modelo de humanização do parto, os trabalhadores da saúde devem estar preparados para acolher a gestante, seu companheiro e família, respeitando todos os significados desse momento, esclarecendo as dúvidas e transmitindo segurança à mulher.<sup>4</sup>

Apesar de ser uma prática não desenvolvida no contexto de atenção do presente estudo, a analgesia peridural no parto foi ressaltada pelos trabalhadores médicos como meio de favorecer o conforto da parturiente. Ainda que a anestesia peridural seja formalmente prevista na assistência ao parto normal desde 1998 nos serviços públicos, essa prática é inviabilizada pela falta de honorários específicos para os anestesistas.<sup>4</sup>

Segundo os trabalhadores da enfermagem, a assistência ideal não deve estar enfocada apenas nos procedimentos e intervenções. Ao invés de ocuparem o tempo realizando tricotomia, enteroclistma, toques vaginais repetitivos e outras intervenções que são consideradas prejudiciais, a proposta de humanização enfatiza que os

trabalhadores da saúde privilegiem, em suas ações, a atenção às necessidades e aos desejos das parturientes e dos familiares.<sup>18</sup>

Os trabalhadores da enfermagem destacam que a compreensão, o bom senso, a delicadeza, a sensibilidade, o respeito aos sentimentos e a subjetividade são elementos chaves para a configuração de uma atenção humanizada. Ressaltam, ainda, a importância de estabelecer uma relação de confiança, que proporcione segurança à parturiente, buscando eliminar dúvidas e medos, muito comuns durante a maternidade, em especial na adolescência.

A gestante adolescente tem as mesmas necessidades e direitos de atenção de mulheres na idade adulta. Porém, apresentam especificidades fisiológicas e de maturidade emocional que as tornam carecedoras de muito mais atenção e preocupação por parte dos trabalhadores da saúde.<sup>16</sup> Ademais, as hospitalizações por gravidez, parto e puerpério de adolescentes correspondem a 37% dos atendimentos obstétricos no Sistema Único de Saúde (SUS), o que representa a necessidade de se abordar questões relacionadas com a assistência dessa população, buscando estratégias para melhorar a qualidade e a segurança do parto.<sup>5</sup>

Os trabalhadores da enfermagem ressaltam, também, que a assistência ideal à parturição depende de relações harmônicas e respeitadas entre a equipe de trabalho. A presença de vínculos no contexto de trabalho contribui à integração dos trabalhadores da saúde, gerando coesão nas ações, respeito e relações interpessoais saudáveis, quesitos indispensáveis para a consolidação da política de humanização dos serviços de saúde.<sup>18</sup>

## **CONCLUSÕES**

Os trabalhadores da saúde, de ambas as categorias funcionais, apresentaram semelhanças na concepção acerca da assistência ideal ao parto, ressaltando que a qualidade da atenção depende da estrutura física adequada, da presença do acompanhante, do preparo do acompanhante durante o pré-natal, do respeito entre os trabalhadores da saúde e as parturientes, e do direito da parturiente às informações e orientações durante o trabalho de parto e parto.

Algumas diferenças nos elementos considerados como necessários para uma assistência ideal ao parto normal foram identificadas entre as categorias funcionais. Para os médicos, o alcance desse tipo de assistência depende da efetivação de programas de qualificação dos trabalhadores que atuam no contexto obstétrico, do acolhimento e da realização de analgesia no parto normal.

Para os trabalhadores da enfermagem, destacam-se as condições de trabalho, a harmonia entre os componentes da equipe de trabalho, o direito de informação dos familiares e o evitamento de práticas intervencionistas desnecessárias, como elementos que qualificam a atenção ao parto. Além disso, referenciaram especificidades da assistência à parturiente adolescente como fatores determinantes para a qualidade da assistência como, por exemplo, o direito ao acompanhante, o comportamento solidário e o respeito aos sentimentos da parturiente.

É importante ressaltar que aspectos preconizados pelo MS na política de humanização do parto, tais como a prevenção da mortalidade materna e neonatal, e o incentivo ao contato precoce entre mãe e filho, e a amamentação na primeira hora de vida, não foram lembrados pelos trabalhadores da saúde. Ademais, um dos principais aspectos evocados pelo modelo de atenção humanizada ao parto é o resgate da autonomia da mulher que, no presente estudo, também não foi ressaltado pelos trabalhadores como um elemento que qualifica a assistência. Na perspectiva dos direitos humanos, as ações na assistência ao parto devem fortalecer o poder de decisão da mulher e o controle sobre seu corpo e seu processo reprodutivo. Essa concepção da assistência ao parto, enfocada na autonomia da mulher, faz com que a busca das mulheres pela assistência nos serviços de saúde não fique restrita ao ciclo gravídico-puerperal, mas durante todas as fases da vida.

Evidencia-se, neste estudo, que apesar da concepção dos trabalhadores da saúde sobre a assistência ideal ao parto coaduna-se com o ideário de atenção humanizada preconizada pelo MS; no entanto, alguns aspectos importantes ainda precisam ser incorporados. Isto se configura como uma questão emergente, pois a unidade em estudo faz parte de uma instituição acadêmica, na qual modelos de assistência são reproduzidos. Assim, torna-se imprescindível a capacitação e o aperfeiçoamento constante de todos os sujeitos envolvidos no processo de

parturição, buscando prepará-los e sensibilizá-los à implementação da proposta de humanização no parto.

Por fim, destaca-se a importância de que os estudos, as políticas e os programas de saúde voltados para a atenção ao parto enfoquem os aspectos que configuram a assistência humanizada ao parto entre os trabalhadores da saúde, considerando a importância destes para a implementação de uma assistência fundamentada nos direitos humanos.

## REFERÊNCIAS

1. Backes DS, Lunardi Filho WD, Lunardi VL. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(2): 221-7.
2. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), 1990.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília, 2000.
4. 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.
5. 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>. Acessado em: maio de 2009.
6. Brasil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Garante as parturientes à 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, 2005.
7. Brasil. Portaria GM/MS n.2418, de 02 de dezembro de 2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, 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, 2005.

8. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução N°36/2008, de 3 de junho de 2008. Dispõe o sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31712&word=>. Acessado em: abril de 2009.

9. Carvalho MLM. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivação dos casais. Cad. Saúde Pública. 2003; 19(supl2): 389-98.

10. Deslandes SF. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. Ciência Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 615-26.

11. 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.

12. Mabuchi AS, Fustinoni SM. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3): 420-6.

13. Manzini FC, Borges VTM, Parada CMGL. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. Rev Bras Saúde Mat Inf. 2009; 9(1): 59-67.

14. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

15. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(8): 1859-68.

16. Oliveira ZMLP, Madeira AM. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. Escola Enferm UERJ. 2002; 36(2): 133-40.

17. Parada CMGL, Tonete VLP. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. *Interface-Comum Saúde Soc.* 2008; 12(24): 35-46.
18. Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Rev Ciência e Saúde Coletiva.* 2005; 10(sup): 221-30.
19. Rodrigues FRA, Rodrigues DP, Souza ES, Nogueira MEF, Fialho AVM. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sociodemográfico e obstétrico. *Rev Min Enferm.* 2008; 12(1): 27-33.
20. Simões MF, Silva AAM, Bettiol H, Lamy Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luis, Maranhão. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(5): 559-65.
21. Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009; 14(1): 99-107.



## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados neste estudo, foi possível analisar as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, estabelecendo uma correlação com as recomendações propostas pelo MS para humanizar a atenção ao parto. Conforme o relato dos trabalhadores da saúde, foi evidenciado que algumas práticas, consideradas úteis e que devem ser estimuladas na assistência ao parto normal, estão sendo desenvolvidas no CO em estudo, dentre as quais: o respeito à privacidade e intimidade da parturiente; a boa relação da equipe de saúde com as parturientes e familiares; as orientações sobre as formas de relaxamento; as orientações acerca do parto; as medidas de higiene; o incentivo ao contato precoce entre mãe e filho; e a amamentação na primeira hora pós-parto.

Outras práticas consideradas benéficas no atendimento ao parto normal, como o envolvimento feminino na decisão do tipo de parto e o direito ao acompanhante, não vêm sendo consideradas. Este último item apresentou diferença significativa entre as proporções das variáveis categóricas, demonstrando a opinião favorável dos enfermeiros à presença da família no CO, diferentemente dos demais trabalhadores da saúde.

Este achado pode estar relacionado à formação holística da Enfermagem, fundamentada nos princípios humanistas, que prioriza a ética, a dignidade, os direitos e a segurança do paciente/cliente. Associado a isto, constata-se, no âmbito nacional, a expressiva participação dos enfermeiros na efetivação da proposta de humanização do parto. A Enfermagem desenvolve estudos e pesquisas acerca da saúde da mulher, visando a fundamentação das práticas destinadas a esta população nos direitos humanos.

Também, foram evidenciadas irregularidades nos registros dos prontuários das parturientes, sendo que práticas indispensáveis na assistência ao parto, como a anamnese completa, o exame físico geral e obstétrico, o partograma e a vigilância fetal não estão sendo realizados no CO em estudo. A falta de registros e informações nos prontuários das parturientes pode prejudicar a qualidade e a segurança do serviço de saúde.

Dentre as práticas classificadas como ineficazes e prejudiciais, foi constatada a predominância da posição de litotomia e a padronização da tricotomia e da episiotomia. Em relação às práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado no atendimento ao parto normal, evidenciou-se que a restrição alimentar e hídrica, a amniotomia de rotina e a analgesia no parto são desenvolvidas na assistência às parturientes.

Quando analisadas as concepções dos trabalhadores da saúde acerca da assistência ideal às adolescentes em um CO, foram evidenciadas algumas diferenças entre as categorias funcionais. Para os médicos, o alcance deste tipo de assistência depende da efetivação de programas de qualificação dos trabalhadores que atuam no contexto obstétrico, do acolhimento da parturiente e da realização de analgesia no parto normal.

Para os trabalhadores da enfermagem, os elementos determinantes de uma assistência humanizada no parto, são as condições de trabalho, a harmonia entre os componentes da equipe de trabalho, o direito à informação dos familiares e o evitamento de práticas intervencionistas desnecessárias. Além disso, referenciaram especificidades da assistência à parturiente adolescente como fatores determinantes para a qualidade da assistência como, por exemplo, o direito ao acompanhante, também garantido em legislação especial, o comportamento solidário e o respeito aos sentimentos da parturiente.

A prevenção à mortalidade materna e neonatal, o incentivo ao contato precoce entre mãe e filho e a amamentação no CO, são aspectos importantes da política de humanização do parto, mas que não foram lembrados pelos sujeitos deste estudo. Ademais, um dos principais elementos evocados pelo modelo de atenção humanizada ao parto é o resgate da autonomia da mulher que, no presente estudo, também não foi ressaltado pelos trabalhadores. Na perspectiva dos direitos humanos, as ações na assistência ao parto devem fortalecer o poder de decisão da mulher e o controle sobre seu corpo e seu processo reprodutivo. Essa concepção da assistência ao parto, enfocada na autonomia da mulher, faz com que a busca das mulheres pela assistência nos serviços de saúde não fique restrita ao ciclo gravídico-puerperal, mas durante todas as fases da vida.

Segundo os trabalhadores da saúde, os fatores que dificultam a implementação das práticas preconizadas pela proposta de humanização do parto

estão atreladas à estrutura física inadequada do CO, à falta de postura dos trabalhadores da saúde frente às particularidades das parturientes e à não sensibilização dos próprios trabalhadores. Além destas questões, os trabalhadores destacam a falta de preparo durante o acompanhamento pré-natal das parturientes e dos familiares, para o enfrentamento do processo de parturição, sendo este um aspecto que interfere na relação entre a tríade acompanhante – parturiente – trabalhador.

Em relação aos elementos que podem facilitar a implementação da proposta de humanização do parto, os trabalhadores da saúde, de ambas as categorias funcionais, ressaltaram que a qualidade da atenção depende da adequação do ambiente físico do CO, do envolvimento da família no processo de parturição com o respeito ao direito da presença do acompanhante, do preparo do acompanhante durante o pré-natal, do respeito entre os trabalhadores da saúde e, entre estes e as parturientes e familiares e do direito da parturiente às informações e orientações durante o trabalho de parto e o parto.

Em relação à metodologia utilizada, destaca-se a importância de desenvolver estudos de abordagem qualitativa e quantitativa, por favorecer a complementação dos achados. A realização da pesquisa documental configurou-se de igual forma como um ponto importante deste estudo, pois esta técnica permite uma investigação mais aprofundada, em especial neste estudo, às práticas desenvolvidas pelos trabalhadores, não se restringindo apenas aos seus relatos. No entanto, ressalta-se que, para assegurar uma maior qualidade dos dados coletados durante a pesquisa documental, sejam determinados, previamente, os elementos que serão investigados. Este detalhe não ficou muito explícito no instrumento utilizado neste estudo, como no caso das questões referentes à analgesia no parto e aos dispositivos invasivos, o que pode ter prejudicado a coleta dos dados, proporcionando viés de entendimentos.

Ainda em relação à metodologia, esclarece-se que o predomínio da insignificância das diferenças entre as variáveis categóricas, apresentadas no Artigo 1, deve-se ao tamanho da amostra que, mesmo envolvendo o universo de sujeitos do contexto em estudo, foi pequena. Todavia, ressalta-se a possibilidade de mostrar dados com maior relevância estatística, no momento em que for realizada a análise

dos dados da macropesquisa à qual o presente estudo está vinculado e que envolve um maior número de sujeitos entrevistados, já que essa possui caráter multicêntrico.

Destarte, os pressupostos e hipóteses estabelecidos neste estudo foram confirmados. Algumas ações desenvolvidas pelos trabalhadores da saúde, no CO em estudo, não se coadunam com as recomendações do PHPN: as práticas consideradas pela OMS como úteis, e que devem ser estimuladas no parto normal, não são desenvolvidas em sua totalidade no atendimento às parturientes adolescentes, no CO em estudo; certas práticas, consideradas pela OMS como prejudiciais ou ineficazes no parto normal, permanecem sendo desenvolvidas no atendimento às parturientes; e práticas consideradas pela OMS como frequentemente utilizadas de modo inadequado também são realizadas. Ademais, ficou muito claro, nos relatos dos trabalhadores, que a estrutura física e organizacional do CO em estudo não favorece a implementação das práticas recomendadas pela OMS.

Em suma, foi possível analisar as práticas que estão sendo desenvolvidas na atenção ao parto de adolescentes e, ao estabelecer uma correlação com a política de humanização do parto, evidenciou-se que a implementação desta proposta, no contexto em estudo, parece ser um grande desafio. Isto configura-se como um dado preocupante, pois a unidade em estudo faz parte de uma instituição acadêmica, na qual modelos de assistência são reproduzidos.

Ademais, apesar de a concepção apresentada pelos trabalhadores da saúde sobre a assistência ideal ao parto coadunar com o ideário preconizado pelo MS, alguns aspectos importantes ainda precisam ser incorporados. Essa realidade da atenção ao parto pode estar atrelada ao fato de que os trabalhadores da saúde parecem não estar suficientemente sensibilizados e preparados a esta proposta. No entanto, eles não podem ser considerados os únicos responsáveis pela não implementação do PHPN. Os problemas inerentes à organização do trabalho e aos elementos estruturais do serviço de saúde em estudo, a falta de valorização, de capacitação e de aperfeiçoamento dos trabalhadores, de igual forma, dificultam a efetivação da atenção humanizada na assistência ao parto.

Enfim, os resultados encontrados neste estudo fornecem uma visualização das práticas que precisam ser revistas, podendo, assim, contribuir para a reflexão sobre o processo de trabalho que vem sendo desenvolvido e, a partir disso,

fundamentar as transformações necessárias para tornar as práticas da assistência ao parto, humanizadas. Para tanto, recomenda-se que, para iniciar este processo de reflexão e transformações no âmbito da atenção à parturição, seja necessário que todos os sujeitos envolvidos neste processo compreendam o verdadeiro significado de humanizar.

## REFERÊNCIAS

ALTMAN, D.G. **Practical Statistic for Medical Research**. Edition Hardcover: London: Chaprman e Hall, 1992.

BACKES, D.S.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v.40, n.2, p.221-7. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática**. Brasília, 1984.

\_\_\_\_\_. Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Lei Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Oito Passos para a Maternidade Segua: guia básico para serviços de saúde**. Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n. 985, de 05 de agosto de 1999. **Institui o Centro de Parto Normal – CPN no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Programa Humanização no pré-natal e nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, 2000a.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. 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>. Acessado em: maio de 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2004a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Política Nacional de Atenção Integral à Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acessado em: outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS n.2418, de 02 de dezembro de 2005. **Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, 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, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Pré-Natal e Puerpério. Atenção qualificada e humanizada.** Brasília, 2005d.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007. **Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução N°36/2008, de 3 de junho de 2008.** Dispõe o sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=31712&word=>. Acessado em: abril de 2009.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto Humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência do parto. **Rev Latino-am Enferm**, v.13, n.6, p.960-7, Nov./Dez. 2005.

CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: **The Cochrane Library**, v.1. 2006.

CARVALHO, M.L.M. Participação dos pais no nascimento em maternidade pública: dificuldades institucionais e motivação dos casais. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.supl2, p.389-98. 2003.

CECATTI, J.; CALDERÓN, I.M.P. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Gynec e Obst**, v.27, n.6, p.357-65. 2005.

DEAN, A.G. Epi Info™ and Epi Map: Current status and plans for Epi Info™ 2000. **J Pub Health Management and Practice**, v.5, n.4, p.54-7. 1999.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.615-26.2005.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad Saúde Pública**, v.22, n.12, p.2647-55, Dez. 2006.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; DINIZ, C.S.; SCHRAIBER, L.B. Violence against women perpetrated within health care institutions: an emerging problem. **Lancet**, n.359, p.1681-5, 2002.

d'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ÂNGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G.P.; GAMA, A.S.; REIS, A.C.; HARTZ, Z. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev Saúde Pública**, v.39, n.4, p.646-54. 2005.

DOMINGUES, R.M.M.; SANTOS, E.M.; LEAL, M.C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.sup1, p.552-62. 2004.

EBERLE, A.S.; GANEM, E.M.; MÓDOLO, N.S.; AMORIM, R.B.; NAKUMA, G.; MARQUES, C.O.; CASTIGLIA, Y.M.M. Interação entre analgesia de parto e o seu resultado. Avaliação pelo peso e índice de apgar do recém-nascido. **Rev Bras Anestesiologia**, v.56, n4, p.343-351. 2006.

FOLLE, E; GEIB, L.T.C. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.12, n.2, p.183-90. 2004.

GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L; LEAL, M.C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.1, p.153-61. 2002.

GRIBOSKI, R.A.; GUILBEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto Contexto Enferm**, v.15, n.1, p.107-14. 2006.

HOTIMSKY, S.N; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BÓGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo... como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1303-11. 2002.

JANICAS, R.C.S.V.; PRAÇA, N.S. Contato Corporal precoce entre mãe e recém-nascido: opinião do profissional que atende o puerpério imediato. **Texto Contexto Enferm**, v.11, n.1, p.206-21, Jan./Abr. 2002.

KONING, A.B.; FONSECA, A.D.; GOMES, V.L.O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre "ser mãe". **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 405-13. 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10/n1a12.htm>. Acesso em: maio de 2009.

LEOPARDI, M.T.; NIETSCHE, E.A. **Método científico**. In: LEOPARDI MT. Metodologia da pesquisa na saúde. Maria Tereza Leopardi (org); Autores convidados: Carmem Lúcia Colomé Beck, Elisabeta Albertina Nietzsche, Rosa Maria Bracini Gonzáles. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LOPES, M.H.B.M.; SILVA, M.A.S.; CHRISTÓFORO, F.F.M.; ANDRADE, D.C.J.; BELLINI, N.R.; CERVI, R.C.; ET AL. O uso do enterocisma no preparo para o parto: análise de suas vantagens e desvantagens. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.6, p.49-55. 2001.



MABUCHI, A.S.; FUSTINONI, S.M. O significado dado pelo profissional de saúde para trabalho de parto e parto humanizado. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.3, p.420-6. 2008.

MANZINI, F.C.; BORGES, V.T.M.; PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev Bras Saúde Mat Inf**, v.9, n1. p.59-67, Jan./Mar. 2009.

MARQUES, F.C.; DIAS, I.M.V. A percepção da equipe de saúde de enfermagem sobre humanização do parto e nascimento. **Anna Nery Rev Enferm**, v.10, n.3, p.439-47. 2006.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, J.C.S.; GOMES, F.A.G.; NAKAMO, A.M.S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. **Acta Paul Enferm**, v.19, n.4, p.427-32. 2006.

MOURA, M.V.; ARAÚJO, C.L.F.; FLORES, P.V.P.; MUNIZ, PA.; BRAGA, M.F. Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado: a qualidade da assistência. **Rev Esc Enferm Uerj**, v.10, n.3, p.187-93, Set./Dez. 2002.

MOUTA, R.J.O.; PILOTTO, D.T.S.; VARGENS, O.M.C.; PROGIANTI, J.M. Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev Enferm UERJ**, v.16, n.4, p.472-6. 2008.

NAGAHAMA, E.E.I.; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.24, n.8, p.1859-68. 2008a.

\_\_\_\_\_. Humanização e equidade na atenção ao parto em município da região Sul do Brasil. **Acta Paul Enferm**, v.21, n.4, p.609-15. 2008b.

OLIVEIRA, M.I.C.; DIAS, M.A.B.; CUNHA, C.B.; LEAL, M.C. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde (RJ), 1999-2001. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.5, p.895-902. 2008.

OLIVEIRA, Z.M.L.P.; MADEIRA, A.M. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob ótica de adolescentes. **Rev Escola Enferm Uerj**, v.36, n.2, p.133-40. 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.

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

PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. **Interface-Comum Saúde Soc**, v.12, n. 24, p.35-46, Jan./Mar. 2008.

PREVIATTI, J.F.; SOUZA, K.V. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev Bras Enferm**, v.60, n.2, p.197-201. 2007.

QUEIROZ, M.V.O.; SILVA, A.O.; JORGE, M.S.B. Cuidado de enfermagem à puérperas em uma unidade de internação obstétrica: perspectivas de humanização. **Rev Baiana de Enferm**, v.18, n.1/2, p.29-37, Jan./Ago. 2003.

RNFSDR (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE). **Dossiê Humanização do Parto/ Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Humaniza%E7%E3o%20do%20Parto.pdf>. Acessado em: março de 2009.

REIS, A.E.; PATRÍCIO, Z.M. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.sup, p.221-30. 2005.

RODRIGUES, F.R.A.; RODRIGUES, D.P.; SOUZA, E.S.; NOGUEIRA, M.E.F.; FIALHO, A.V.M. A vivência do ciclo gravídico-puerperal na adolescência: perfil sociodemográfico e obstétrico. **Rev Min Enferm**, v.12, n.1, p.27-33. 2008.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.12, n.4, p.645-50. 2008.

SILVA, L.M.; CLAPIS, M.J. Compreendendo a vivencia materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. **Acta Paul Enferm**, v.17, n.3, p.286-91, Jul./Set. 2004.

SIMÕES, M.F.; SILVA, A.A.M.; BETTIOL, H.; LAMY FILHO, F.; TONIAL, S.R.; MOCHEL, E.G. Características da gravidez na adolescência em São Luis, Maranhão. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.5, p.559-65. 2003.

SODRÉ, T.M.; LACERDA, R.A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.1, p.82-9. 2007.

SPINDOLA, T.; SILVA, L.F.F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 14, n. 1, p. 99-107. 2009.

VENTURA. M. Direitos Reprodutivos no Brasil. Brasília: UNFPA, 2004.

WROBEL, L.L.; RIBEIRO, S.T.M. A prática do parto humanizado no SUS: estudo comparativo. **Acta Sci Health Sci** v.28, n.1, p.17-22. 2006.

## APÊNDICE A

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS TRABALHADORES**

Vimos por meio deste convidá-lo 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 detém 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 prontuário médico de adolescentes que tiveram seu parto realizado no seu local de trabalho.

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 informado 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 identificado.

**CONTATOS DA EQUIPE** Nalú Pereira da Costa Kerber Endereço: Rua João Manoel 173, Cidade Nova, Rio Grande/RS. CEP: 96211-060. Telefone Residencial: (53) 3232-6108. Celular: (53) 9975-9449. E-mail: nalu@vetorial.net

## APÊNDICE B

### INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS TRABALHADORES DO CENTRO OBSTÉTRICO

Identificação: (iniciais)\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

Categoria funcional:

( ) médico ( ) enfermeira ( ) auxiliar de enfermagem ( ) técnico de enfermagem

( ) residente ( ) preceptor de medicina

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

( ) sim ( ) não ( ) as vezes

Explique de que forma?

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

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

Justifique o motivo de sua escolha:

**3.** A tricotomia é feita de rotina no CO?

( ) sim ( ) não

Justifique?

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

**4.** O enterocлизма é realizado de rotina no CO?

( ) sim ( ) não

Justifique:

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

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

sim  não  as vezes

**6.**É realizado alguma medida de higiene no CO?

sim  não  as vezes

**7.**Em que posição é realizado, rotineiramente, o parto?

litotomia  cócoras  outra \_\_\_\_\_

**8.**É rotina realizar amniotomia no CO?

sim  não

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

sim  não  as vezes

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

sim  não

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

sim  não

Se resposta afirmativa, quais:

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

sim  não  as vezes

**13.**A episiotomia é realizada rotineiramente, no parto?

sim  não

Justifique:

Se resposta positiva, a parturiente opina sobre isso?

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

sim  não

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

( )sim ( )não

**16.**O bebê é colocado para mamar no CO?

( )sim ( )não

Se resposta positiva, quanto tempo depois do nascimento?

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

Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Rio Grande, de de .

\_\_\_\_\_

Trabalhador

\_\_\_\_\_

Assinatura do entrevistador

**CONTATOS DA EQUIPE** Nalú Pereira da Costa Kerber Endereço: Rua João Manoel 173, Cidade Nova, Rio Grande/RS. CEP: 96211-060. Telefone Residencial: (53) 3232-6108. Celular: (53) 9975-9449. E-mail: nalu@vetorial.net

## APÊNDICE C

### ROTEIRO PARA PESQUISA NO PRONTUÁRIO DA PUÉRPERA ADOLESCENTE

#### IDENTIFICAÇÃO (iniciais):

#### A. PRÉ-PARTO

1. Número de consultas de pré-natal:
2. Utilização do partograma:
3. Vigilância fetal:
4. Anamnese completa:
5. Exame físico geral e obstétrico:

#### B. PARTO

6. Uso de analgesia:
7. Uso de ocitócicos:
8. Tipo de parto:
9. Indicação do tipo de parto:
10. Episiotomia:
11. Dispositivos invasivos:

CONTATOS DA EQUIPE Nalú Pereira da Costa Kerber Endereço: Rua João Manoel 173, Cidade Nova, Rio Grande/RS. CEP: 96211-060. Telefone Residencial: (53) 3232-6108. Celular: (53) 9975-9449. E-mail: nalu@vetorial.net



## ANEXO 1



### **CEPAS** **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE**

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

---

### **PARECER Nº 031/2008**

PROCESSO Nº 23116.001158/2008-61

CEPAS Nº 14/2008

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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Nalú Pereira da Costa Kerber**

#### **PARECER DO CEPAS:**


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

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

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

Data de envio do relatório final: jjan/2011.

Rio Grande, RS, 14/05/2008.

  
Alexandra M. S. de Freitas  
Coordenadora do CEPAS

## ANEXO 2

### **RECOMENDAÇÕES PARA O PARTO NORMAL** **ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)**

#### **1. Práticas no parto normal claramente úteis e que devem ser estimuladas**

- 1.1 - Planejamento individual determinando onde e por quem o parto será realizado.
- 1.2 - Avaliação de risco durante o pré-natal, reavaliado a cada contato e no momento do trabalho de parto.
- 1.3 - Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto.
- 1.4 - Oferecimento de líquido por via oral durante o trabalho de parto.
- 1.5 - Respeito à escolha da mulher sobre o local do parto.
- 1.6 - Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for seguro.
- 1.7 - Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
- 1.8 - Apoio emocional pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
- 1.9 - Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto.
- 1.10 - Fornecimento às mulheres de todas as informações e explicações que desejarem.
- 1.11 - Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagens e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto.
- 1.12 - Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente e vigilância das contrações uterinas por palpação abdominal.
- 1.13 - Uso de materiais descartáveis e descontaminação adequada de reutilizáveis.
- 1.14 - Uso de luvas no exame vaginal, no parto e no manuseio da placenta.
- 1.15 - Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto.
- 1.16 - Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto.
- 1.17 - Monitoramento cuidadoso do progresso do trabalho de parto, uso do partograma.
- 1.18 - Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia pós-parto.
- 1.19 - Condições estéreis ao cortar o cordão.
- 1.20 - Prevenção da hipotermia do bebê.
- 1.21 - Prevenção da hemorragia neonatal com o uso do vitamina K.

1.22 - Prevenção da oftalmia gonocócica com o uso de nitrato de prata ou tetraciclina.

1.23 - Contato cutâneo direto, precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto.

1.24 - Alojamento conjunto.

1.25 - Suprimir a lactação em mães portadoras de HIV.

1.26 - Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

1.27 - Uso rotineiro de ocitocina, tração controlada do cordão, ou sua combinação, durante o terceiro estágio do parto.

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

2.1 - Uso rotineiro do enema.

2.2 - Uso rotineiro da tricotomia.

2.3 - Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto.

2.4 - Cateterização venosa profilática de rotina.

2.5 - Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.

2.6 - Exame retal.

2.7 - Uso de pelvimetria por raios X.

2.8 - Administração de ocitócicos antes do parto de um modo que não se permita controlar seus efeitos.

2.9 - Uso rotineiro da posição de litotomia.

2.10 - Esforços de puxos prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto.

2.11 - Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto.

2.12 - Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto com o objetivo de evitar hemorragia.

2.13 - Uso rotineiro de ergometrina por via parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto.

2.14 - Lavagem uterina rotineira após o parto.

2.15 - Revisão (exploração manual) rotineira do útero após o parto.

2.16 - Uso liberal ou rotineiro da episiotomia.

2.17 - Toques vaginais freqüentes e por mais de um examinador.

2.18 - Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo.

2.19 - Prática liberal de cesariana.

2.20 - Aspiração nasofaríngea de rotina em recém-nascidos normais

2.21 - Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.

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

3.1 - Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante o trabalho de parto, ervas, imersão em água e estimulação de nervos.

3.2 - Pressão no fundo uterino durante o período expulsivo.

3.3 - Manobras relacionadas à proteção ao períneo e do polo cefálico no momento do parto.

3.4 - Manipulação ativa do feto no momento do parto.

3.5 - Clampeamento precoce do cordão umbilical.

3.6 - Estimulação do mamilo para aumentar a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do parto.

### **4. Práticas no parto normal freqüentemente utilizadas de modo inadequado**

4.1 - Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto.

4.2 - Controle da dor por agentes sistêmicos.

4.3 - Controle da dor por analgesia peridural.

4.4 - Monitoramento eletrônico fetal.

4.5 - Uso de máscara e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto.

4.6 - Exames vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um prestador de serviço.

4.7 - Correção da dinâmica uterina com a utilização de ocitocina.

4.8 - Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do parto.

4.9 - Transferência rotineira do parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.

4.10 - Caracterização da bexiga.

4.11 - Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa, antes que a própria mulher sinta o puxo.

4.12 - Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto.

4.13 - Parto operatório.

4.14 - Exploração manual do útero após o parto.

### ANEXO 3

Técnico/Auxiliar de Enfermagem (ATE)	<b>17. O que você considera que é uma assistência ideal em um CO? Justifique:</b>
ATE1	<i>“É difícil chegar na perfeição. Não tem como realizar o atendimento ideal, pois se lida com pessoas. Porque tu tenta, mas não dá. Falta estrutura, falta pessoal, falta condições”. (ATE1)</i>
ATE2	<i>“Em primeiro lugar, ela deve se sentir segura com o profissional que está atendendo ela e, com toda a equipe, porque é uma fase em que a mulher está totalmente sensibilizada. Geralmente é a primeira vez, no caso das adolescentes, os medos do desconhecido. Se não tiver jogo de cintura da gente, como auxiliar e todos os profissionais, este momento acaba se tornando um momento muito difícil. O que era para ser tudo normal, acaba sendo estressante. Então tem que ter delicadeza, bom senso e, todo um conjunto para tudo dar certos, dar as orientações certas para elas, nunca deixar dúvidas, nunca mentir sempre oriento assim: olha, vai doer, dói, mas é necessário, quanto mais forte tua dor mais rápido teu bebê vai nascer e, essa dor que tu tá sentindo agora, a próxima vai ser mais forte, então tu já está preparando. Quando tenho tempo eu paro e converso com ela e sempre oriento para tomar um banho morno. Nem todo mundo pensa igual, nem todo mundo age igual, nem todo mundo da enfermagem pensa igual. E eu acho que no parto humanizado tem que deixar o acompanhante entrar, acho que no CO novo vai ser diferente”. (ATE2)</i>
ATE3	<i>“Acho que não é só aqui, elas tem que vir preparadas do pré natal. Aqui tem que respeitar a paciente como ser humano. O ideal é tentar manter ela tranqüila, mostrar pra ela que não é tudo aquilo que falaram. Acho que o principal é o psicológico delas. Deixar elas tranqüilas para que tudo dê certo. Às vezes tudo é questão de conversar, porque “as enfermeiras é que são umas bruxas, tão aqui pra judiar”, então tem que orientar no pré-natal, como a enfermeira X e a Y: conversam, trazem elas aqui, mostram como vai ser, primeiro vem pra cá, depois vai pra lá. Tem que orientar. Pois as vezes tá agitado e tu não consegue nem chegar na criatura que tá aqui, tu só tenta dá o mínimo de conforto, não dá tempo de conversar. Porque tem que dar conforto, porque não é só mais um bebê, pra ela é o bebê, é o filho dela que tá nascendo, é todo um sonho. E as vezes não dá, uma ganhou, ta com nenê no colo, a outra já tá chegando, é um louqueiro e aí tu não consegue orientar”. (ATE3)</i>
ATE4	<i>Ahh, de um familiar poder tá junto, falta, eu acho pra elas. É, adolescente né, familiar junto, porque eu acho que ainda não é comum. E de resto assim, eu acho que está bom, porque todos aqui são bem atenciosos com todas, principalmente com as adolescentes”. (ATE4)</i>
ATE5	<i>“O funcionário ter tempo suficiente para com o cliente onde ele possa conversar”. (ATE5)</i>
ATE6	<i>“Salas separadas para o acompanhamento, para ter acompanhante, o familiar, mais funcionários para se dar uma assistência melhor, para ter mais orientações, é essa nossa função, que é função do médio também. Mas eles ficam só direcionado no procedimento, é que quando agente tem um ambiente melhor, um ambiente mais preparado, fica mais fácil de fazer o acompanhamento. Ficar tudo junto, a sala de cesárea perto da sala de parto normal, porque se não for o parto normal a paciente não tem que correr até o bloco, como gêmeos que é raro ter parto natural mas se conseguir ter um ao natural e o outro não tem que correr até o bloco se expondo no corredor, ficaria tudo perto, a UTI NEO na frente também para não expor o bebê. E, principalmente, também ter uma reunião, porque quando tem um grupo bom que se harmoniza, ter mais respeito entre a equipe e não aquilo..ele é o médico..ela a enfermeira, porque tem lugares onde tem mais harmonia, não é todos, tem uns que conseguem te ouvir, melhorar esse lado da equipe.” (ATE6)</i>

## ANEXO 4

### **NORMAS CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**

#### **Escopo e política**

**Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP)** publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins.

#### **Forma e preparação de manuscrito**

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

##### **1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:**

**1.1 Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.2 Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.3 Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

**1.4 Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

**1.5 Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);

**1.6 Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

**1.7 Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

##### **2. Normas para envio de artigos**

**2.1** CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

**2.2** Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.

**2.3** Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

**2.4** A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

### **3. Publicação de ensaios clínicos**

**3.1** Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

**3.2** Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)) e do Workshop ICTPR.

**3.3** As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- a) Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- b) ClinicalTrials.gov
- c) International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- d) Nederlands Trial Register (NTR)
- e) UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- f) WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

### **4. Fontes de financiamento**

**4.1** Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

**4.2** Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

**4.3** No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

### **5. Conflito de interesses**

**5.1** Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

### **6. Colaboradores**

**6.1** Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

**6.2** Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

## 7. Agradecimentos

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

## 8. Referências

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva<sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote<sup>®</sup>), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. Nomenclatura

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. Processo de submissão online

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.2 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos



usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

**11.3** Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **12. Envio do artigo**

**12.1** A submissão *online* é feita na área restrita do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS). O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

**12.2** A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

**12.3** Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

**12.4** O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

**12.5** O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

**12.6** As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

**12.7** *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

**12.8** *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

**12.9** Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

**12.10** Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

**12.11** O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

**12.12** O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

**12.13** O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e abstract; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.14** Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

**12.15** *Ilustrações.* O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

**12.16** Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

**12.17** Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

**12.18** *Tabelas.* As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.19** *Figuras.* Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

**12.20** Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

**12.21** Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.22** As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

**12.23** Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

**12.24** As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

**12.25** Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

**12.26** *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

**12.27** *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

**12.28** *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

**13.1** O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

**13.2** O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14. Envio de novas versões do artigo**

**14.1** Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

### **15. Prova de prelo**

**15.1** Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader<sup>®</sup>. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

**15.2** A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.

## ANEXO 5

### 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 estão 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 dar 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 da 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 al<sup>9</sup> (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.<sup>12,15</sup>



**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](http://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 dos 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.

## **SULPEMENTOS**

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 INTERSSE**

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](mailto:revsp@org.usp.br)