

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro



Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online

Doutorado
PPgEnfBio

PPCENF

ISSN 2175-5361
DOI: 10.9789/2175-5361

PESQUISA

A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes

The humanized assistance in parturition: the perception of teenagers

La asistencia humanizada en el trabajo de parto: la percepción de los adolescentes

Pricilla Braga Vargas ¹, Bianca Dargam Gomes Vieira ², Valdecyr Herdy Alves ³, Diego Pereira Rodrigues ⁴, Diva Cristina Morett Romano Leão ⁵, Luana Asturiano da Silva ⁶

ABSTRACT

Objective: to identify the perceptions of teenagers in their assistance offered at the time of labor and delivery; discuss these perceptions with the humanized care in labor and delivery. **Method:** this is a descriptive, exploratory, qualitative, with fifteen teens /postpartum women's rooming Maternity Oswaldo Nazareth city of Rio de Janeiro, through semi-structured interviews and analyzed with the principles of thematic analysis, after approval Ethics Committee of SMSDS-RJ under number 223/11. **Results:** the perception identified in the obstetric care team, such as the importance of the companion is a woman's right, and the inclusion of institutionalized practices, such as the medicalization of the body, food restriction and bath. **Conclusion:** it has a direct impact on the imagination of the birth process, with the empowerment of women towards their free and informed choices. **Descriptors:** labor obstetric, parturition, adolescent.

RESUMO

Objetivo: identificar as percepções das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento de seu trabalho de parto e parto; discutir essas percepções com a assistência humanizada no trabalho de parto e parto. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de natureza qualitativa, com quinze adolescentes/puérperas do alojamento conjunto da Maternidade Oswaldo de Nazareth da cidade de Rio de Janeiro, mediante entrevista semiestruturada e analisado com os preceitos da análise temática, após aprovação pelo Comitê de Ética da SMSDS-RJ, sob nº 223/11. **Resultados:** permitiu identificar a percepção na atenção da equipe obstétrica, como a importância do acompanhante, sendo um direito da mulher, e a inserção de práticas institucionalizadas, como a medicalização do corpo, restrição de alimentos e banho. **Conclusão:** isso repercute diretamente no imaginário do processo parturitivo, com a autonomia da mulher perante as suas escolhas livres e informadas. **Descritores:** Trabalho de parto, parto, adolescente

RESUMEN

Objetivo: identificar las percepciones de los adolescentes en la asistencia embarasso ofrecido en el momento del parto; discutir estas percepciones con la atención humanizada en el parto. **Método:** se trata de una aprobación descriptivo, exploratorio, cualitativo, con quince adolescentes/alojamiento conjunto de maternidad de las mujeres después del parto Oswaldo Nazaret, ciudad de Río de Janeiro, a través de entrevistas semi-estructuradas y analizadas con los principios de análisis temático, después de Comité de Ética de SMSDS-RJ con el número 223/11. **Resultados:** la percepción identificada en el equipo de atención obstétrica, tales como la importancia de la compañía es el derecho de la mujer, y la inclusión de las prácticas institucionalizadas, como la medicalización del cuerpo, la restricción de alimentos y bañera. **Conclusión:** tiene un impacto directo en la imaginación del proceso del nacimiento, con el empoderamiento de las mujeres con respecto a sus decisiones libres e informadas. **Descriptor:** trabajo de parto, parto, adolescente.

¹Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: prizinha_braga@hotmail.com. ²Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: biadargam@gmail.com. ³Enfermeiro, Doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: herdyalves@yahoo.com.br. ⁴Enfermeiro, Mestrando em Ciências do Cuidado da Saúde da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: diego.pereira.rodrigues@gmail.com. ⁵Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil. Professora Assistente do Departamento Materno-Infantil e Psiquiatria da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: divaleao@yahoo.com.br. ⁶Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança E-mail: luanaasturiano@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A humanização da assistência obstétrica vem sendo implementada como uma filosofia de trabalho visando um maior conforto físico e mental para as mães e também para os bebês, pois trará vários benefícios para ambos, e rompendo como a medicalização do parto, utilização de práticas em saúde sem a comprovação de seu benefício, além do resgate da mulher como figura principal no processo parturitivo.¹

Isso ocorre por meio de estratégias humanizadas, tais como: alojamento conjunto, incentivo ao aleitamento materno ainda em sala de parto, presença de familiares ou acompanhantes, além do resgate ao caráter natural e fisiológico do nascimento; porém essa implementação ainda não ocorreu em muitos lugares, e em outros vem ocorrendo vagarosamente.²

A historicamente da assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois apenas as parteiras realizavam essa prática.³ Sabe-se que as mesmas eram conhecidas na sociedade pela suas experiências, embora não dominassem o conhecimento científico.

Entretanto, a partir do século XX, foi intensificada a hospitalização do parto, que permitiu a medicalização e controle do período gravídico-puerperal; e o parto como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado na esfera pública, em instituições de saúde com a presença de vários atores conduzindo este período.⁴

Portanto, desde o início dos tempos, apesar de as mulheres terem seu corpo programado para a reprodução da espécie, as práticas e os costumes que envolvem a parturição tem variado ao longo dos anos, nas diferentes e distintas culturas, principalmente por conta da incorporação de novas tecnologias pela medicina.⁵

A mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da família e submetida a normas institucionais e práticas intervencionistas sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente. Com isso, o parto muitas vezes pode ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral.

O medo, a tensão e a dor das parturientes no modelo hospitalocêntrico de assistência, impedem o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas.

Este panorama de medicalização do parto começou a se modificar com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569/2000. O Programa defende a assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, com intenção de resgatar o caráter fisiológico de forma positiva e sem traumas para a mulher.⁶

O objetivo primordial do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. Com o processo de humanização, o conforto físico e emocional da gestante pode ser aumentado pelo uso de técnicas de massagem e relaxamento, posturas variadas, música, métodos de respiração e

práticas alternativas, que favoreçam o bom desenvolvimento do trabalho de parto fornecendo conforto e segurança à mulher e seu bebê.

A humanização da assistência ao parto favorece o desenvolvimento natural da relação mãe-filho nos primeiros minutos de vida, resultando no fortalecimento de seus vínculos, possibilitando uma relação intensa após o nascimento e reduzindo danos emocionais a longo prazo. Este primeiro contato preconizado pelo Ministério da Saúde como um dos procedimentos para humanização da assistência permanecerá na memória de ambos, podendo com frequência ocorrer com harmonia, calma e tranquilidade.⁶

A gravidez na adolescência pode ser considerada como um evento cujo significado varia de acordo com o contexto e o tempo histórico em que é vivenciado, considerando que muitas vezes a experiência das adolescentes durante o parto é crítica, principalmente pela sensação de dor intensa, embora para algumas tenha representado um desafio.⁷

A gravidez na adolescência pode ser considerada pelas mesmas, um período de grande vulnerabilidade, e o parto nesse momento do ciclo de vida é tido como um momento crítico, marcado por uma série de mudanças significativas, físicas e emocionais, e que envolvem diversos níveis de simbolismo relativos aos medos que sentem: da dor do trabalho de parto e à sua não resistência a esta dor, ao temor de morrer, ou de que o bebê morra, ou ainda que este nasça com má-formação.

Neste cenário de humanização do parto é de suma importância para a promoção dos fatores físicos e emocionais da mulher em relação à gravidez na adolescência, visto que as mesmas geralmente enfrentam grandes dificuldades, pois é uma mudança muito grande na vida de uma adolescente perante a família, a sociedade e ao parceiro neste período.

Diante do exposto, o estudo pretende responder os seguintes objetivos: 1) identificar as percepções das adolescentes em relação à assistência oferecida no momento do seu trabalho de parto e parto; 2) discutir essas percepções com a assistência humanizada no trabalho de parto e parto.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa realizada no alojamento conjunto do Hospital Maternidade Oswaldo de Nazareth, localizado na Cidade do Rio de Janeiro.

A investigação foi realizada após a autorização e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sendo aprovado conforme também prevê a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sob o parecer nº 223/11.

Os participantes da pesquisa foram quinze (15) puérperas adolescentes do referido alojamento conjunto que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: 1) puérperas em idades entre 10-17 anos; 2) parto de baixo risco, sem nenhuma alteração patológica; 3) aceitar participar da pesquisa.

As técnicas utilizadas como instrumento de coleta de dados foram entrevista semiestruturada individual, observação livre anotadas em diário de campo, a qual foi

cessado quando procedeu a saturação dos depoimentos.⁷ A coleta das informações deu-se durante os meses de março à maio de 2012. Os entrevistados foram identificados como “Entrevistados”, e receberam um código alfa-numérico sequencial (E1, ..., E15) para assegurar o sigilo e o anonimato do respectivo depoimento, que os responsáveis pelas mulheres adolescentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) condicionando a sua participação, e assegurando o anonimato e o sigilo das informações.

Para a análise das informações coletadas, procedeu-se primeiramente à transcrição das entrevistas gravadas em aparelho digital na íntegra. Nessa compilação de dados, utilizou-se análise de conteúdo, na modalidade de análise temática.⁷ Sendo assim, as categorias encontradas e que serão discutidas nos resultados foram: O atendimento da equipe de saúde obstétrica; o acompanhante: direito conquistado; práticas obstétricas instituídas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

Das participantes do estudo houve uma predominância de mulheres com faixa etária entre 10-16 anos de idade, o alto número de partos principalmente em idade precoce torna evidente a vulnerabilidade das adolescentes aos agravos em saúde sexual e reprodutiva. Quanto a etnia, identificamos uma predominância de 37,5% adolescentes de etnia branca, 25% pardas e 37,5% negras, não havendo indígenas. Desta forma podemos perceber que somados o número de negras e pardas teremos 62,5%, demonstrando assim uma maioria de mulheres “*não brancas*”. Os dados socioeconômicos indicam que a maioria das negras, encontram-se abaixo da linha da pobreza, e por isso sua taxa de analfabetismo é o dobro das brancas, estas tem menor acesso a serviços de saúde de qualidade e tem maior risco de complicações na gestação e parto.⁸ Esses dados foram encontrados de forma distinta em um estudo, onde apontou uma predominância de adolescentes brancas.⁹

Em relação à escolaridade, 50% das adolescentes tinham ensino fundamental incompleto, 37,5% tinha ensino médio incompleto, e apenas 12,5% possui ensino médio completo. Não sendo identificadas puérperas analfabetas; ensino fundamental completo ou ensino superior completo. Demonstrando, que a maioria das mulheres entrevistadas possui menos de 7 anos de estudo, sendo considerado um nível de escolaridade baixo.

Enquanto idade gestacional no momento do trabalho de parto/parto, 12,5% das mulheres estava com menos de 36 semanas, 12,5% estava entre 37 e 38 semanas; 62,5% estava entre 39 e 40 semanas e ainda 12,5% estava com mais de 40 semanas. O fato das adolescentes serem capazes de procriar e enfrentar as dificuldades do parto e nascimento prematuro do filho nesta idade fundamenta uma sensação de plenitude e felicidade. Identifica-se que as mães adolescentes, em sua maioria, são tomadas por sentimento de tristeza e dor diante dos problemas de saúde apresentados pelos bebês, e com isso lamentam sua imaturidade, que para elas pode ser identificada como uma ameaça a vida

deles.¹⁰ Com isso percebemos que a idade gestacional e o nascimento pré termo dos bebês, influencia esta relação que já é tão difícil, devido à adolescência.

Quanto ao número de gestações identificamos que 100% das entrevistadas eram primíparas, ou seja, estavam em sua primeira gestação. As adolescentes identificam que ocorrem perdas advindas da maternidade precoce, de forma que além delas não se sentem preparadas para ter o primeiro filho, o contato com a nova realidade é impactante. Já que antes não tinham compromisso nenhum e agora possuem vários, que interferem no desenvolvimento de suas vidas.¹¹ Todos os partos foram realizados por um médico obstetra, sendo um cuidado hegemônico da classe médica, sem a inserção do enfermeiro obstetra no cenário do trabalho do parto e parto. Esse fato torna-se relevante da legitimação da enfermagem obstetra, em que no exercício profissional da enfermagem tem como atribuições a assistência processo parturitivo sem distócia, sendo respaldado pela Lei nº 7.498/86.

Quanto à duração do trabalho de parto das referidas puérperas, 25% ocorreu em até 5 horas, 62,5% teve a duração de 5 a 10 horas, e 12,5% durou mais de 10 horas. É importante lembrar que quanto mais tempo demorar, mais durará a angustia dessas pacientes, devido a ser uma situação tão delicada e dolorosa. Muitas adolescentes relatam esse momento como uma expectativa sofrida. Ao sentir suas primeiras contrações as pacientes relatam sempre uma mistura de medo e alegria.¹²

Vale lembrar que diante de tantas angustias da adolescente cabe a equipe de saúde tentar tornar esse tempo o menos prolongado possível, com técnicas humanizadas de alívio da dor e relaxamento do períneo.

O atendimento da equipe de saúde obstétrica

Inicialmente, observa-se a percepção das puérperas sobre o atendimento recebido pela equipe obstétrica durante o seu trabalho de parto e parto, e também a importância da assistência da equipe de saúde para o processo, conforme os depoimentos a seguir:

A assistência foi muito boa. A médica e as enfermeiras foram bem atenciosas comigo durante o parto (...) Eu achava que ia ser diferente (...) não assim do jeito que foi. Eles foram bem atenciosos, me ajudaram. (E1)

Demorou muito. Acho que eu não fui bem atendida não. Todo mundo estava reclamando lá em baixo (na recepção do 1º andar). É por que não tive muita dilatação não, e também não tinha muita enfermeira, não tinha nada disso. (E2)

Fui bem atendida, por que eu não gritei, nem sofri. Só sofri com 8 e 9 de dilatação. Mais fui pra sala de parto (...) Fui bem atendida porque o médico era muito paciente. Ele me ajudou muito. (E6)

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, caracteriza que um dos aspectos fundamentais da humanização, sendo dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e recém-nascido. Isso requer atitudes éticas e solidárias por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher.¹³

Nesse sentido, as políticas públicas da saúde reprodutiva das mulheres deve imperar o protagonismo da gestante no processo parturitivo, resguardando a sua autonomia, e direitos. Assim, é essencial um cuidado acolhedor, e qualificado, deixando as usuárias do serviço mais satisfeitas quanto a qualidade ofertada.

Algumas adolescentes apontaram para a satisfação do atendimento, contudo houve um pequeno quantitativo que demonstrou insatisfação com o cuidado do profissional, o que muitas vezes acaba interferindo com o processo de cuidado, pois tendo um quantitativo de profissionais adequado, estes ajudariam para que todo o processo do trabalho de parto e parto fosse menos doloroso e demorado.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico.⁸

Devido a esses fatores lembramos que a humanização e a qualidade da atenção estão ligadas à promoção, reconhecimento, e respeito aos direitos humanos das puérperas, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e seu bem-estar.

Como o foco deste estudo é a percepção das adolescentes em relação à assistência que receberam, ressaltamos como ponto principal a pergunta sobre como ela foi atendida pela equipe de saúde durante o seu trabalho de parto e parto, conforme os depoimentos a seguir:

Como o meu foi um parto normal, pra mim eu acho que correu tudo bem. Foi como eu posso dizer... Bem correto... Eu achava que ia ser diferente, e não assim do jeito que foi. Foram (a equipe obstétrica) bem atenciosos. Me ajudaram. A médica e as enfermeiras foram bem atenciosas comigo durante o parto. (E11)

Eu gostei da assistência... Foi muito boa. Eles atendem bem, são atenciosos. Pedem (a equipe obstétrica) pra ficar calma... Me ajudaram muito. Foi bom também, cada hora vinha um médico, perguntar se eu estava bem, ou se não tava. (E9)

Tiveram muita paciência comigo. Eu fiquei muito nervosa e eles tentaram me acalmar, me deixando tranquila. (E7)

Diante dos depoimentos e se tratando da assistência oferecida, percebe-se que para as mulheres, o parto rápido, o bom tratamento da equipe, o pouco sofrimento e o bom estado da mãe e do bebê foram os aspectos mais importantes na visão positiva do parto. Além disso, a presença do acompanhante é outro fator que contribui para a satisfação da mulher.¹⁴

Percebeu-se que muitas vezes se observa uma melhor satisfação com o parto entre as primíparas, mulheres que estão no primeiro parto, o que neste estudo demonstram o total de entrevistadas, e pode ter interferido nos relatos de bom atendimento.

O relacionamento das mulheres com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afeta a memória das mesmas em relação à experiência do parto e nascimento, tendo grande importância para sua satisfação.¹⁵

Diante disso, percebe-se que as mulheres valorizam profissionais que sejam responsivos a perguntas e reconheçam as suas necessidades.

Percebemos ainda que a qualidade desse atendimento muitas vezes acaba dependendo muito mais da equipe de saúde do que da própria instituição, pois para dar conta deste processo de humanização na assistência obstétrica é necessário que se tenha

profissionais de saúde humanizados. Estes profissionais devem ser capazes de entender as dimensões subjetivas da sua paciente como prioritárias.

Mas, em contrapartida, o depoimento de algumas adolescentes, ainda sobre o atendimento da equipe obstétrica durante o seu trabalho de parto e parto, foi aclarado a percepção das mesmas sobre suas ações e reações, que tentam ser controladas por elas para se conseguir a assistência adequada. Vejamos nos seguintes depoimentos a seguir:

Eu fiquei quietinha, não gritava. As pessoas que reclamam, não são bem atendidas porque gritam muito. (E5)

Fui bem atendida, por que eu não gritei. (E6)

É de grande importância que uma assistência seja cuidadosa e afetuosa para a satisfação com o parto. Para isso os profissionais devem ser mais atenciosos, pacientes, informativos, afetivos e não emitirem opiniões sobre a vida e comportamentos das pacientes.¹⁵

Desta maneira pode-se identificar a violência do profissional de quatro modos: negligência; violência verbal, através de tratamento grosseiro, ameaça reprimendas, gritos e humilhação intencional; violência física através da não utilização de medicação analgésica, quando tecnicamente indicada; e abuso sexual.¹⁶

As mulheres consideram a informação, suporte e compaixão elementos necessários para se sentirem bem cuidadas.¹⁵ Diante disso, percebemos como essa assistência influencia as mulheres no seu modo de agir, fazendo com que elas não demonstrassem o que queria naquele momento e se sentisse “presas” em suas atitudes para conseguirem barganhar um atendimento de qualidade, que deveria ocorrer para todas.

Percebemos, desta forma, o que muitas vezes está enraizado na cultura da sociedade, colocando o profissional de saúde como o detentor do saber, e de que elas, no caso as parturientes, não têm o direito de se manifestar.

Porém a humanização da assistência está se desenvolvendo para mudar esse mito. Pois neste momento do nascimento é a mulher a protagonista do parto, que deve ter a liberdade de se manifestar e fazer o que quiser, para tornar esse momento melhor para ela e para o seu filho. Não é a equipe de saúde que deve ordená-la como fazer. A equipe deve ter o papel de auxiliar essa mulher quando ela quiser e precisar

Nos relatos a seguir demonstram desconhecimento das mulheres sobre o momento do seu trabalho de parto e parto:

Eu achava que ia ser diferente, não assim do jeito que foi. (E 1)

Mais não esperava sentir tanta dor. (E3)

Agente fica meio assim, não sabe o que vai acontecer. (E6)

Em seu estudo¹⁵ verificou que apenas 23% das mulheres se sentem completamente informadas sobre o que acontece com elas e com o bebê durante o parto. Desta forma as mulheres avaliaram as informações recebidas como insuficiente. Isso, demonstra a falta de diálogo e relacionamento do profissional de saúde com a mulher, e desrespeitando os seus direitos nas suas questões sexuais e reprodutivas.

É importante lembrar que quanto mais completa e suficiente a informação recebida pela mulher maior será a satisfação relatada com a assistência ao parto, pois isso permite o seu envolvimento no processo do cuidado, e favorece na tomada de decisão da mulher.

O grau de informação, durante o trabalho de parto, tem sido mostrado como fatos importante para as mulheres, por possibilitar maior participação no processo decisório e aumentar sua percepção de que está no controle da situação, o que irá aumentar a satisfação com o parto.^{15,17}

Diante dos depoimentos das entrevistadas, a qual primeiramente demonstram medo e apreensão quanto ao que iria acontecer, e posteriormente não sabem relatar como foi e o que aconteceu. E tudo isso deveria ser uma decisão da mulher, pois no momento do parto ela deve perceber que está no controle da situação e não que a equipe de saúde irá fazer o que quer.¹⁵ Já que quando essa relação é estabelecida adequadamente, a mulher se sente muito mais segura. Então, a informação e a decisão informada, nas ações de saúde, são direitos da mulher que devem ser promovidos.¹⁸

Mas alguns depoimentos as depoentes expressam, não exatamente de forma direta, o atendimento inadequado pelos integrantes da equipe obstétrica:

Pela equipe que estava no plantão dele nascer, fui bem atendida. (E14)

Sei lá (...) tem gente que trata bem, tem gente que trata mal (...) Sempre tem um que trata mal. (E11)

A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que haja a resolução dos problemas identificados, com a satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas.⁸ Com isso, percebemos que as mulheres entendem como uma assistência de qualidade e um bom atendimento, quando são assistidas por profissionais cuidadosos, afetuosos e atenciosos, o que nem sempre acontece integralmente em uma equipe de saúde.

Esses relatos demonstram, em sua maioria, que na opinião das puérperas a assistência direcionada as mesmas foi de qualidade, já que as adolescentes não têm conhecimento dos critérios da humanização.

Entendemos a atenção dispensada pela equipe obstétrica às mulheres, mas percebemos também que a mesma ainda se coloca como detentora do processo, estagnando o retorno ao empoderamento da mulher sobre as questões do seu corpo, nesse caso, sobre o parto e nascimento.

O acompanhante: direito conquistado

De acordo com a humanização do parto e nascimento, para melhorar a assistência oferecida às adolescentes, existem vários critérios para tornar a assistência humanizada e, neste momento, os depoimentos trouxeram questões sobre a participação do acompanhante em todo o processo de trabalho de parto e parto.

Eu tive acompanhante sim, foi minha mãe. (E1)

Tive, foi minha mãe! (E8)

Pra vim veio, mais entrar não podia (...) Não podia, minha avó queria, mais não deixaram. (E13)

O direito ao acompanhante da gestante é garantido pela Lei nº 11.108/05 e muitas vezes não acontece nas maternidades e hospitais públicos. A Lei garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa Lei foi assinada durante o II Congresso Internacional de Humanização do Nascimento, no Rio de Janeiro.

A presença do acompanhante, por ocasião do trabalho de parto e parto traz diversos benefícios como diminuir a duração do trabalho de parto, já que o acompanhante tem o papel de ajudar e incentivar a nesse processo. Além de influenciar positivamente na formação dos laços afetivos familiares, principalmente se este acompanhante for o pai.¹⁴ É importante ressaltar ainda que a referida Lei, garante a entrada do acompanhante não se coloca excludente quanto ao sexo do mesmo.

Apontamos ainda que o fato de ser adolescente, no caso dessas puérperas, a Instituição de Saúde tem por direito/obrigação permitir o acompanhamento dessa adolescente, já que o Art. 12 da lei 8.069 de 13 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências e afirma que: os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

No Hospital Maternidade onde foi realizado o estudo é instituído a presença do acompanhante, porém somente é permitido o do sexo feminino, e isso não é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Práticas obstétricas instituídas

Para aumentar o grau de fidedignidade das informações prestadas pelas entrevistadas, entendendo ainda a possível deturpação das informações da assistência recebida devido à falta de conhecimento/entendimento das mesmas em relação às ações específicas em saúde. Utilizamos a comprovação nos prontuários das gestantes, sobre a assistência realizada pela equipe obstétrica e supostamente documentada por meio das avaliações/evoluções anotadas nos formulários.

Mas infelizmente percebemos que os cuidados que deveriam estar registrados, por exemplo, como o oferecimento/estímulo ao banho, ingestão de líquidos, a realização do enema e do acesso venoso com identificação das substâncias administradas não foram descritos nos respectivos prontuários, impossibilitando verificarmos a realidade das ações da equipe obstétrica em relação aos depoimentos das puérperas.

Então, quanto ao oferecimento e/ou estímulo, pela equipe obstétrica, ao banho às gestantes em trabalho de parto seguem os depoimentos abaixo:

Eu queria tomar banho, mas uma doutora lá, que ficou andando (...) não queria tirar o soro que eu estava tomando. E depois de um tempão que eu fui tomar banho. (E7)

Não, porque eu não podia fazer muito esforço. Por que queriam que o bebê aguentasse até sábado. (E11)

O banho de chuveiro ou de imersão com água morna, pode ser utilizado no início da fase ativa do parto, quando as contrações começam a intensificar, objetivando o relaxamento e o alívio da dor.¹⁹ Percebemos que não foi oferecido e/ou estimulado, como também negado, pela equipe obstétrica, banho as gestantes em trabalho de parto.

É preconizado nas maternidades geridas pelo SUS que seja oferecido e/ou estimulado às gestantes em trabalho de parto o banho, para que a mesma, além de se sentir revigorada, relaxe e se movimente.

Esse cuidado humanizado, que se caracteriza também por medidas de conforto físico, faz com que o trabalho de parto seja mais rápido, já que a parturiente se sente com mais forças, além do facilitador da gravidade pela posição de pé, e a própria deambulação, que estimulará a descida do bebê e o aumento da dilatação, fazendo assim, com que esse período ocorra em menor tempo e menos dor para essas mulheres.

Quanto ao oferecimento, pela equipe obstétrica, de água às gestantes em trabalho de parto seguem os depoimentos abaixo:

Deram água para eu beber (...) colocaram na minha boca, que estava muito seca. (E2)

Só umas gotinhas d'água que a enfermeira colocou na minha boca. (E5)

Não podia beber água e nem comer nada. (E8)

Não podia! (E6)

Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do parto deve ser permitido à ingestão de pequena quantidade de líquidos, como água, suco sem polpa, chá, café.²⁰

O modelo de atenção obstétrica é necessário que se tenha um suporte individualizado durante o trabalho de parto e parto, sendo caracterizado também por medidas de conforto físico, às gestantes, as quais incluem banho, massagens e ingestão de líquidos.²¹

Portanto apesar de poucas vezes as adolescentes relatarem que sim, foi oferecido a ingestão de líquidos, em sua maioria a resposta foi negativa. E as que se posicionaram positivamente, muitas vezes, apenas molharam a boca para ludibriar a sede.

Diante do exposto percebemos que apesar de ser normatizada pelo Ministério da Saúde a ingestão de líquido pela gestante, no trabalho de parto/parto, justamente por ter estudos comprovando que não é contraindicado, ainda não é uma prática instituída nas unidades de saúde e equipes obstétricas.

Quanto à realização do enema ou lavagem intestinal pela Equipe Obstétrica, às gestantes em trabalho de parto relataram:

Fizeram lavagem quando estava na sala. (E4)

Não precisou, eu acho. (E6)

Somente fizeram quando eu estava tendo meu bebê. (E7)

O uso rotineiro do enema é uma das práticas que deve ser eliminada das rotinas. Pois a realização de enema é claramente prejudicial ou ineficaz, além de causar incômodo para as mulheres.²¹

Percebe-se que a Maternidade não vem ocorrendo o enema como prática comum a obstetrícia, porém uma das depoentes relatou ter feito, o que contradiz com as outras. Devido a não conter registro em prontuário sobre essa prática, não tivemos como identificar se realmente foi realizado.

Entendemos que o fato de realmente não ser realizado o enema no momento do trabalho de parto é um ganho para as mulheres e o processo de humanização do parto e nascimento devido a não exposição das mesmas, à práticas desnecessárias e constrangedoras, que supostamente não contribuem em nada para aquele momento.

Quanto à utilização do acesso venoso, para a administração de ocitocina, pela equipe obstétrica às gestantes em trabalho de parto e parto seguem os depoimentos abaixo:

Colocaram o soro para aumentar à minha contração. (E11)

A enfermeira colocou o soro, e logo comecei a sentir as dores, muita dor! (E2)

A correção da dinâmica uterina com utilização de ocitocina é considerada como prática inadequada frequentemente utilizada no parto normal. A ocitocina é capaz de iniciar ou aumentar as contrações rítmicas em qualquer momento da gravidez, embora a resposta uterina seja maior, quanto mais próximo o final da gestação. A infusão endovenosa de ocitocina sintética tem sido o método mais utilizado para indução e condução do trabalho de parto.^{21,3}

Os efeitos adversos da ocitocina podem produzir a taquissístolia, hipertonia e hiperestimulação uterina, podendo provocar inclusive a rotura uterina. Para o feto, o mais frequente efeito colateral, é o sofrimento fetal agudo, motivado pela redução da perfusão sanguínea por taquissístolia e/ou hipertonia.²¹

Percebemos claramente nos depoimentos a associação do acesso venoso com o fato de sentirem mais dores relativas ao processo parturitivo, portanto caracterizando essa relação biunívoca.

Essa indução com ocitocina é prejudicial às mulheres, já que muitas vezes é desnecessária e poderá causar além de comprometimentos ao feto, complicações maternas, sendo a mais comum a intensificação da dor advindo das contrações uterinas objetivando a dilatação mais rápida.

Algumas adolescentes em trabalho de parto identificaram a utilização do acesso venoso, mas não correlacionaram com a administração de ocitocina, também não sabendo identificar quais substâncias:

Colocaram soro eu acho que com nada. (E7)

Não sei. Por que tinha também um antibiótico. (E8)

Em se tratando sobre a não informação dos procedimentos nos corpos das mulheres/gestantes, devido à muitas vezes, as adolescentes desconhecerem o que foi realizado, percebemos que podem ocorrer vários tipos de interação entre o profissional e a paciente.

Entre esses tipos está a não-informação que, muitas vezes é aquela que não é dada de forma proposital, consciente, por achar que o outro não vai conseguir entender o que seria explicado.²²

Enquanto humanização da assistência e o empoderamento da mulher em relação ao seu corpo, e por consequência ao seu trabalho de parto e parto, a equipe obstétrica teria por obrigação informá-la sobre a necessidade do acesso venoso, e sobre quais substâncias e motivo das mesmas para a situação.

Desta forma, com esse tipo de intervenção, a protagonista do processo de parir seria a equipe obstétrica, detentora do poder, a qual a gestante deve “obedecer” e não questionar.

Ainda, quanto à realização da episiotomia, pelo profissional obstetra, às gestantes em trabalho de parto e parto seguem os depoimentos:

Fizeram em mim, quando estava ganhando o meu bebê. (E4)

Fizeram, sim! E ainda levei ponto. (E14)

A incisão no períneo é utilizada para aumentar o canal vaginal e vem sendo uma prática muito utilizada. No entanto trata-se de uma conduta frequentemente utilizada de maneira inadequada. Além disso, o uso liberal de episiotomia está associado à maior taxa de traumatismo de períneo e a menor taxa de mulheres com períneo intacto.²¹

A organização Mundial de Saúde avalia que em determinadas situações como: sinal de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de terceiro grau, podem ser bom motivos para a indicação de episiotomia em um parto de evolução normal.²⁰

Não há justificativa para episiotomia de rotina, pois a mesma não traz benefícios, para a mãe, nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura no períneo e risco de complicações no sétimo dia pós parto, trazendo dor e desconforto desnecessários, que muitas vezes pode estar associado à infecção puerperal.²³

Ainda, um relato de uma mulher se refere a não realização da episiotomia, mas sim a laceração na fala abaixo:

Foi ele (recém-nascido) que me abril, não foi o corte não (...) O doutor falou: eu não cortei nada, ele que nasceu grande. (E6)

A episiotomia de uso restrito associa-se a um menor risco de trauma de períneo posterior, de necessidade de sutura e complicações na cicatrização, com isso conclui-se que na prática, o uso restrito parece ser benéfico, quando comparado a episiotomia de rotina.²³

A fala dessa entrevistada indica a humanização da assistência, pois não foi realizada episiotomia e sim a proteção do períneo para que não houvesse laceração. Porém não foi o suficiente, já que o recém-nascido era grande e com isso houve um rompimento do tecido perineal e a necessidade de uma sutura, no caso, configurando assim uma episiorrafia.

Ainda, uma outra puérpera se refere a não saber sobre os procedimentos realizados em seu próprio corpo no momento do parto:

Acho que realizaram episiotomia, por que eu levei ponto. (E8)

Essa dificuldade de informação dos procedimentos nos corpos das mulheres/gestantes, mais uma vez identifica um processo contínuo e silencioso de objetificação das usuárias dos serviços de saúde, o que reduz a pessoa a um órgão sem corpo.²³

Dessa maneira, o profissional de saúde cria uma fragmentação no modo de a pessoa se ver. Esta, muitas vezes não sabe o que os profissionais falam enquanto realizam procedimentos em seus corpos.

Portanto mais uma vez fica clara a falta de informação da equipe obstétrica em relação aos procedimentos realizados no corpo da parturiente, onde a mesma diz achar que foi realizado a episiotomia, pela correlação de ter percebido a ação da sutura, mas não por

ter ciência do fato. É válido ressaltar que os referidos procedimentos foram registrados em prontuário.

CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível perceber o caminhar da assistência obstétrica ao trabalho de parto e parto. Vimos que inicialmente os partos eram domiciliares e realizados por parteiras, onde a mulher era a protagonista daquele momento, porém esse painel parturitivo transformou-se drasticamente, e começou a se implantar e implementar a hospitalização do processo do nascimento com os avanços da tecnologia.

Atualmente percebemos um grande esforço para que o parto volte a seu lugar de origem, onde a mulher seja capaz de tomar suas próprias decisões de como parir e essa assistência seja mais humanizada.

Diante do estudo buscamos entender a sua percepção diante da assistência que receberam no momento do trabalho de parto/parto e entendemos que a maioria acredita ter recebido uma boa assistência, a assistência mais adequada naquele momento, já que culturalmente a sociedade não tem conhecimento de como o trabalho de parto e parto pode ser humanizado e menos medicalizado.

Mas, mesmo diante da percepção das puérperas sobre uma boa assistência no momento do seu trabalho de parto e parto, isso se contradiz com os dados colhidos, visto que, na maioria das vezes ocorreram intervenções desnecessárias, que não são preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Percebemos ainda uma grande lacuna assistencial durante o período da pesquisa na referida Maternidade municipal, onde os enfermeiros obstetras, que deveriam estar atuando no centro obstétrico, assistindo à mulher no parto eutócico, devido à falta de profissionais enfermeiros, estariam atuando em outros setores e deixando espaço para que apenas os médicos obstetras realizassem essa atividade.

Identificamos lacunas também quanto aos registros realizados pelos profissionais de saúde nos prontuários sobre o trabalho de parto e parto, visto que tivemos a necessidade de confirmar algumas informações coletadas das puérperas sobre esse momento, mas que não foi possível pela falta de dados nos referidos documentos.

Diante disso, percebemos a grande dificuldade encontrada pela Maternidade municipal para implementar uma assistência humanizada à mulher durante o trabalho de parto/parto, principalmente sendo ela adolescente, que pela própria fase passa por um período conturbado e com tantas modificações.

Portanto, conclui-se que a implementação e a sensibilização dos profissionais de saúde para uma assistência humanizada fazem parte da principal estratégia para modificar esse cenário. Isso poderá ocorrer através da capacitação e treinamento de profissionais de saúde, entendendo que a humanização deve estar ligada à promoção, reconhecimento e respeito a essas adolescentes.

Pois para a realização de todas essas estratégias são necessários esforços em conjunto dos profissionais que prestam assistência, da instituição hospitalar e do Ministério

da Saúde. Já que, a humanização e a qualidade da atenção em saúde, são condições essenciais para que haja a resolução dos problemas identificados, com a satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas.

REFERÊNCIAS

1. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto & contexto enferm.* 2011; 20(spe):255-262.
2. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Rev. eletrônica enferm.* 2010; 12(2):386-391.
3. Barros SMO. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial.* 2º ed. São Paulo (SP): Roca; 2009.
4. Moura FMSSP, Crizostomo CD, Nery IS, Medonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. Humanization and nursing assistance to normal childbirth. *Rev. bras. enferm.* 2007; 60(4):452-455.
5. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(2):329-337.
6. Ministério da Saúde (Br). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.* Brasília; 2011 [citado 2012 Novembro 12]. Disponível em: URL: <http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/manuais/020.pdf>
7. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 28ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Vozes; 2010
8. Ministério da Saúde (Br). *Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: princípios e diretrizes.* Brasília; 2011 [citado 2012 Novembro 12]. Disponível em: URL:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf
9. Filho FP, Sigrist RMS, Souza LL, Mateus DC, Rassam E. Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiaí e sua evolução em trinta anos. *Adolesc. saude.* 2011; 8(1):21-27.
10. Chagas NR, Monteiro ARM. A relação entre mãe adolescente e o bebê pré-termo: sentimentos desvelados. *Rev. gaúch. enferm.* 2007; 28(1):35-44.
11. Kong AB, Fonscall AD, Gomes VLO. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. *Rev. eletr. enf. [periódico on line]* 2008; [citado 24 nov 2012] 10(2): [aprox. 9 telas]. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/8042/5819>
12. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. saúde pública.* 2006; 22(7): 1482-1491.
13. Carvalho VF, Kerber NPC, Busanello J, Gonçalves BG, Rodrigues EF, Azambuja EP. Como trabalhadores de um centro obstétrico justificam a utilização de práticas prejudiciais ao parto normal. *Rev. Esc enferm USP.* 2012; 46(1): 30-37.

14. Longo CSM, Andraus LMS, Barbosa MA. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. Rev. eletr. enf. [periódico on line] 2010; [citado 24 nov 2012] 12(2): [aprox. 6 telas]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/pdf/v12n2a25.pdf>
15. Domingues RRS, Santos EM, Leal MC. Aspectos de satisfação das mulheres com a assistência ai parto: contribuição para o debate. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(supl1):552-562.
16. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. Interface comum. Saúde educ. 2011; 15(36):79-92.
17. Tedesco RP, Filho NLM, Mathias L, Poli JL, Lacerda AA, Coradelli ACP, et al. Conhecimento e expectativas de gestantes acerca da indução do parto. Perspect médicas. 2011; 22(1):20-25.
18. Sodr e TM, Bonadio IC, Jesus MCP, Merighi MAB. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. Texto & contexto enferm. 2010; 19(3):452-460.
19. Gallo RBS, Santana LS, Marcolin AC, Duarte G, Quintana SM. Recursos não-farmacológicos no trabalho de parto: protocolo assistencial. FEMINA. 2011; 39(1):41-48.
20. Ministério da Saúde (Br). Protocolo municipal de atenção ao pré-natal e puerpério: nascer colombo. Paraná; 2012 [citado 2012 Novembro 12]. Disponível em: URL: http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/5-PROTOCOLOMUNICIPAL-DE-ASSIT_NCIA-AO-PRE-NATAL-2012.PDF
21. Ministério da Saúde (Br). O modelo de atenção obstétrica no setor de saúde suplementar no Brasil: cenários e perspectivas. Brasília; 2008 [citado 2012 Novembro 12]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/upload/noticias/clipping/livro_parto_web.pdf
22. Ferreira ABH. Dicionário Aurélio de língua portuguesa. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Editora Positivo; 2011.
23. Diniz SG, Chacham AS. O “corte por cima e o corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomia em São Paulo. Questão de Saúde Reprod. 2006; 1(1):80-91.

Recebido em: 14/08/2013
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 06/01/2014
Publicado em: 01/07/2014

Endereço de contato dos autores:
Diego Pereira Rodrigues
Rua Desembargador Leopoldo Muylaert n. 307, Piratininga, Niterói,
Rio de Janeiro, CEP: 24350-450. Email: enf.diego.2012@gmail.com