

ASSISTÊNCIA NO TRABALHO DE PARTO E PARTO: SOB A ÓTICA DAS PUÉRPERAS.

Edilene Conceição de Figueiredo Siqueira¹; Gislaine Costa Souza¹; Nayara Najore Vieira da Silva¹; Ramara Rezende Ribeiro Araujo¹; Tatiane Vieira Queiroz¹; Simone Mourão Abud²

RESUMO

Objetivo: Conhecer a percepção de puérperas acerca da assistência durante o trabalho de parto e parto no município de Cuiabá/MT. **Metodologia:** Estudo de caráter descritivo. A população estudada foi composta por 12 mulheres puérperas, que tiveram parto normal em hospitais maternidades do município de Cuiabá. Os dados foram coletados por meio de um formulário semi-estruturado com questões dicotômicas. Para análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva. **Resultados:** A maioria das puérperas tem entre 18 e 20 anos de idade (42%), sendo 33% entre 26 a 30. Renda familiar de até um salário mínimo (67%). Observa-se que 83% das puérperas entrevistadas tiveram o seu direito a acompanhante garantidos, 58% não receberam líquido e alimento durante o trabalho de parto e 75% receberam métodos não farmacológicos para alívio da dor. A intervenção mais utilizada foi manobra de kristeller (58%), seguida da administração de ocitocina, realizada em 50% dos casos. **Conclusão:** Embora a assistência de enfermagem à gestante em trabalho de parto e parto venha sofrendo mudanças, ainda estão sendo colocados em práticas, diversas técnicas contra indicadas pelo Ministério da Saúde.

Palavras chave: Parto, assistência de enfermagem, parto humanizado.

ABSTRACT: Objective: To assess the perception of mothers about the nursing care during labor and delivery in the municipality of Cuiabá/MT. **Methodology:** A study of descriptive character. The study population consisted of 12 women who have recently given birth, who had normal deliveries in hospitals maternity hospitals in the city of Cuiabá. The data were collected by means of a form semi-structured with questions dichotomous. For analysis of the data was used descriptive statistics. **Results:** The majority of women has between 18 and 20 years of age (42%), being 33% between 26 to 30. Family income of less than the minimum wage (67%). It is observed that 83% of the women interviewed had their right to guaranteed companion, 58% were not fluid and nourishment during labor and 75% received methods non pharmacological to alleviate the pain. The most used was maneuver of kristeller (58%), followed by the administration of oxytocin, held in 50% of cases. **Conclusion:** Although nursing care to pregnant women in labor and childbirth will suffer changes, are still being put into practice, various techniques against indicated by the Ministry of Health.

Key-words: Childbirth, nursing care, humanizing

¹Acadêmicos do 9º Semestre da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Univag.

²Professora Orientadora da Faculdade de Enfermagem do Centro Universitário Univag

INTRODUÇÃO

Há mais ou menos um século, o parto, que antes era uma experiência familiar e íntima, vivenciada entre as mulheres, passou a ser uma prática predominante da medicina, implantada nos hospitais e norteada por políticas públicas. Entretanto, promover uma saúde materna ainda consiste em uma questão desafiadora. No Brasil, por volta de 1980, houve significativas reflexões sobre as políticas voltadas para a saúde das mulheres, quando uma nova concepção, que questionava o cuidado em todas as fases da vida de forma integral, iniciou contrariamente ao modelo que se tinha no momento, focado na atenção à mulher durante o período gravídico-puerperal com ênfase no binômio mãe-filho. Doravante, esse modelo de atenção começou a ser indagado, pois tanto os desejos de uma assistência de saúde de forma integral, quanto de uma forma diferenciada de assistência ao período gestacional e parto, possuem as mesmas concepções: apoiar, beneficiar e oportunizar a saúde, e oferecer a autonomia sobre as ações de saúde sexual e reprodutiva (MAIA, 2010).

Diante do processo parturitivo, o enfermeiro como profissional de saúde tem a autonomia e o dever de prestar uma assistência livre de qualquer tipo de iatrogenia, garantindo a mulher um cuidado integral com o mínimo de intervenções, realizando abordagem não farmacológica para o alívio da dor, oferecendo à mulher e a família o direito de escolha de acordo com suas crenças. (BRASIL, 2014).

Segundo Beck *et al.* (2009), o período curto de tempo, ambiente de trabalho inadequado, a falta de materiais necessários e a ausência de recursos humanos dificultam a realização da assistência humanizada a parturiente, causando assim lacunas na sua assistência

O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia (BRASIL, 2001).

O ambiente onde a mulher é cuidada deve ser livre de hostilidade, onde ela possa expressar livremente suas necessidades e sentimentos. Deve receber cuidados individualizados e flexíveis. A mulher precisa se sentir segura em todo o

processo da gestação, incentivando a presença de um acompanhante da sua escolha em todos os momentos (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) visando a necessidade de se reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal no país, criou através da Portaria GM/MS n.º 569, de 1 de junho de 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, garantindo a gestante uma assistência integrada e adequada desde a gestação, ao parto e ao recém-nascido. Esse programa estabelece princípios, como que toda gestante tem direito ao acompanhante da sua preferência, que todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma segura e humanizada, toda gestante tem direito a um atendimento de qualidade e digno durante sua gestação, parto e puerpério, atendimento a todas gestantes, garantir visitas do pai (BRASIL, 2000).

Para consolidar os objetivos do Programa Nacional de Humanização ao Pré Natal e Nascimento (PNHPN) e da Política Nacional de Humanização (PNH) voltado para a atenção à gestante, o MS, em 2011, por meio das Portarias consolidadas n° 1 459, de 24 de junho de 2011 e n° 2 351, de 05 de outubro de 2011, instituiu a ampliação da cobertura e do acesso a um serviço humanizado e de qualidade no pré-natal e no nascimento aprovando o programa Rede Cegonha. Este programa redefiniu a organização de uma rede de cuidados que busca atender a mulher, ofertando serviço de planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gestação, ao parto, ao puerpério, ao nascimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

Desta forma, tem-se como questão norteadora do estudo: Como foi a experiência de puérperas em relação aos cuidados prestados durante o trabalho de parto e parto em hospitais de referência ao parto na região metropolitana de Cuiabá?

A pesquisa teve como objetivo descrever as práticas assistenciais durante trabalho de parto e parto sob a ótica das puérperas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo realizado com puérperas residentes na área de abrangência do Programa de Saúde da Família (PSF) Manaíra, localizado no município de Várzea Grande-MT. Após autorização e acesso aos documentos fornecidos pela instituição, foi realizada busca ativa das puérperas que já haviam levado os Recém-Nascidos (RN) até à unidade para a realização do exame de Triagem Neonatal.

Os dados foram coletados no período de março à maio de 2017 após aprovação do local de estudo. Foram selecionadas 27 puérperas, que se enquadraram nos seguintes critérios de inclusão: idade entre 18 e 45 anos, sendo primíparas ou múltiparas que vivenciaram o nascimento de seus bebês por meio do parto normal sem complicações em hospitais de referência ao parto da região metropolitana de Cuiabá. As mesmas foram convidadas a participar da pesquisa através de contato telefônico, onde foi explicado previamente os objetivos da pesquisa. A amostra constituiu-se de 12 puérperas que aceitaram participar da pesquisa. A coleta de dados se deu por meio de visita domiciliar, onde após nova explicação sobre a finalidade do estudo foram convidadas a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O instrumento de coleta de dados foi desenvolvido especialmente para esse estudo, que abrangeu informações com base nas Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento da OMS, em que classifica as recomendações em quatro categorias: (A) práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, (B) práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas, (C) práticas em relação às quais não existem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela, até que mais pesquisas esclareçam a questão e (D) práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado. Para este estudo, utilizamos apenas as categorias A e B para formulação das perguntas. O formulário foi constituído de 26 questões, que englobaram aspectos socioeconômicos e acerca da assistência prestada pela enfermagem durante o trabalho de parto e parto, baseadas nas categorias A e B das boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil, Considerando o que preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os princípios éticos foram respeitados em todas as fases da pesquisa.

Os dados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel® versão 2010 para realização da análise descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 12 puérperas com idade entre 18 a 30 anos. Destas, 42% estavam na faixa etária de 18 a 20 anos, 25 % na faixa etária de 21 a 25 anos e 33% entre 26 e 30 anos. Das 12 participantes da pesquisa, 67% se declararam pardas, seguidas de 25% de negras e apenas 8% de brancas, já o estado civil das participantes foi de 50% casadas, 25% solteiras e 8% divorciada, do total das entrevistadas a média dos filhos chegou a 1,5 filhos (Tabela 1).

Tabela 1: Associação entre idade, estado civil, raça, renda familiar e média de filhos.

	n	%	Média de filhos por faixa etária
Faixa Etária (idade)			
De 18 a 20	5	42%	1
De 21 a 25	3	25%	2
De 26 a 30	4	33%	2,5
Estado Civil			
Separada	3	25%	
Casada	6	50%	
Divorciada	1	8%	
Outros	2	17%	
Renda Familiar			
Até 1 salário mínimo	8	67%	
Até 2 salários mínimos	2	16,5%	
Até 3 salários mínimos	2	16,5%	
Total de Mulheres Puérperas	12	100%	±1,5

Observa-se que a faixa etária que está sendo mais acometidas pela gravidez é a de jovens entre 18 a 20 anos (42%), pode-se notar que os possíveis fatores etiológicos ligados ao aumento das gestações dessa faixa etária são fatores multicausais que tornam as jovens vulneráveis, no Brasil, o índice de gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública, devido às repercussões biológicas, psicológicas e sociais que podem acarretar.

De acordo com OMS, a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos, pode-se considerar a subdivisão em adolescentes maiores entre 15 e 19 anos. Nesse período compreende a transição entre a infância e a vida adulta através das mudanças físicas, principalmente nas mulheres, como consequências principais às mudanças corporais e psicológicas durante esse período, destacam-se a maturação física e a percepção do início da potencialidade de procriação, ressaltando-se a fecundidade

(CAMINHAI *et al.*, 2012).

Está pesquisa comprova que 67% das mulheres puérperas disseram possuir uma renda de no máximo 1 salário mínimo, a baixa renda pode ser colocado como um dos riscos sociais dessa gravidez precoce, retirando dessas jovens as possibilidades de ascensão, pois muitas passam a ter ocupação de dona de casa, abandonando os seus estudos, ou quando empregadas, ocupam cargos irrelevantes que proporcionam baixos rendimentos.

Pesquisa realizada por Gama *et al.* (2002) aponta que a baixa renda familiar está interligada diretamente com o maior risco de engravidar na juventude, pois a gestação nesta fase leva à interrupção precoce da escolaridade, dificultando tanto a inserção futura no mercado de trabalho, quanto à obtenção de emprego com melhor remuneração, gerando assim um processo de reprodução da pobreza.

Diante desses resultados obtidos analisa-se que a vida sexual dos jovens é uma realidade inegável, tornando-se imprescindível sua conscientização e orientação, a fim de serem evitadas gravidezes não planejadas, e problemas futuros de caráter biológico, emocional e social.

A tabela 2 apresenta as práticas úteis e que devem ser incentivadas, na atenção ao parto e ao nascimento, conforme a OMS. Seguindo as normas da OMS, foram analisadas as percepções das mulheres puérperas entrevistadas, como foi realizada a assistência de enfermagem durante o trabalho de parto.

Tabela 2: Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento: práticas que devem ser incentivadas (OMS, 1996).

Práticas úteis e que devem ser estimuladas	Puérperas					
	Sim		Não		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Você pôde escolher alguém para te acompanhar?	10	83	2	17	12	100
Durante o trabalho de parto foi oferecido liquido e alimento?	5	42	7	58		
Respeitaram a sua escolha sobre o local do parto?	9	75	3	25	12	100
Foi respeitado o seu direito à privacidade no local do parto?	12	100	0	0	12	100
Foi oferecido métodos não farmacológicos para alivio da dor, como massagens, banho quente, bola suíça, entre outros?	9	75	3	25	12	100
Foram respondidas todas as suas dúvidas sobre o procedimento?	9	75	3	25	12	100
Foi realizado pelo enfermeiro(a) a ausculta do coração do bebê?	12	100	0	0	12	100
Você pôde escolher a posição na qual desejava ficar no momento do parto?	3	25	9	75	12	100
Foi lhe oferecido apoio emocional pela equipe de enfermagem durante o trabalho de parto e parto?	10	83	2	17	12	100
Foi colocado o seu filho em contato pele a pele com você logo após o nascimento?	12	100	0	0	12	100

Em relação ao direito do acompanhante, observa-se que 83% das puérperas entrevistadas tiveram o seu direito garantido. O direito ao acompanhante, durante o trabalho de parto e parto e pós parto imediato, está estabelecido na Lei 11.108/2005, em que garante as 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. Desde então as instituições públicas e conveniadas ao SUS ficam obrigados a permitir a presença do acompanhante durante todo o período de trabalho de parto e parto (BRASIL, 2005).

Vieira *et al.* (2016) explica em seu estudo que o ministério da saúde vêm incentivando a realização do parto normal e a diminuição das cesarianas, essas medidas de humanização visam proporcionar bem estar à mulher e reduzir riscos para ela e seu bebê, como também proporcionar conforto e bem estar ao acompanhante.

Observa-se que apenas 42% das mulheres relataram que o direito de receber líquidos e alimentos foram preservados, e ainda, 75% das parturientes, puderam escolher o local adequado para realização de seu parto, onde a maioria aconteceu na sala de parto.

A fim de garantir o bem estar da mulher, a OMS, orienta que sejam oferecidos alimentos leves e líquidos durante o trabalho de parto, pois o mesmo requer um grande esforço físico (OMS, 1996). Em estudo realizado por Weiet *al.* (2011) analisaram que a ingestão de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto foi positivo nas mulheres que aceitaram consumi-los, deixando-as mais confortáveis, e, em comparação aos partos que as mesmas, já passaram anteriormente, nos quais o jejum era indicado para todas elas.

Com relação à escolha do local para realização do parto, Velho *et al.* (2010) explica que são ações de competência das enfermeiras a apresentação do local de permanência da mulher no pré-parto, parto e puerpério, tanto em relação ao local quanto à posição, e ainda, escolha do método de cuidado e conforto nos momentos que antecedem o nascimento.

Quanto aos métodos não farmacológicos para alívio da dor, estes foram utilizados em 75% das mulheres durante o período parturitivo. Em relação a esses métodos não farmacológicos, o uso dos mesmos, além de proporcionar conforto à parturiente, pode-se evitar o uso de substâncias farmacológicas que possam interferir no processo fisiológico obstétrico, pois, estes métodos podem ser eficazes na diminuição da dor

provocada pelas contrações uterinas, aumentando a satisfação das mulheres e colaborando nos resultados satisfatórios de modo que as parturientes possam ser mais colaborativas, pois, possibilita as mesmas, a sensação de controle que ganham ao manejarem ativamente a dor.

Estudo desenvolvido por Ribeiro *et al.* (2015), observou-se que o uso de métodos não farmacológicos é uma opção para se substituir anestésicos durante o trabalho de parto, para tanto, se faz necessário a recomendação de algumas ações, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, banhos de chuveiro e de imersão, toque, massagens e o uso da bola.

Nesta pesquisa evidenciou que 75% das mulheres disseram que foram sanadas as dúvidas das mesmas quanto ao parto. Velho *et al.* (2010) relata que as enfermeiras devem esclarecer as possíveis dúvidas, e ainda, orientar fazendo com que a parturiente se tranquilize, sentindo-se valorizada, o que facilita a evolução do parto.

Realizar a ausculta do coração do bebê pelo enfermeiro(a) é fundamental para preservar a vida dos recém-nascido, neste estudo observou que 100% das parturientes relataram que foi realizado este procedimento, pelos profissionais da enfermagem (tabela 2). Busanello *et al.* (2011) explica que as condutas que envolvem a vigilância fetal, são consideradas indispensáveis para diagnosticar o sofrimento fetal e evitar a asfixia perinatal e suas consequências.

Ainda na tabela 2, observamos que apenas 25% das mulheres, puderam escolher a posição do parto, e 75% foram colocadas ou já se encontravam na posição colocada pelos profissionais de saúde.

AOMS estabelece que algumas posições podem ocasionar malefícios e devem ser eliminadas da assistência as parturientes, sendo elas a padronização da tricotomia, da episiotomia e da utilização da posição de litotomia para o parto. É recomendado que as parturientes sejam estimuladas a adotar posições não supinas durante o trabalho de parto e parto, pois estas estão associadas a redução do tempo do segundo período do parto, redução da necessidade de partos assistidos, da sensação dolorosa na fase expulsiva e das alterações da frequência cardíaca fetal (BUSANELLO *et al.*, 2011).

Sendo assim, a imposição autoritária e não informada das práticas obstétricas é uma completa violação dos direitos da mulher no processo decisório e da sua integridade corporal.

Os resultados positivos da assistência são observados devido à maior motivação da parturiente para um parto sem intervencionismo, onde 83% das mulheres receberam a assistência emocional adequada. Sendo assim, Ribeiro *et al.* (2015) expõem que o atendimento à mulher necessita ser individualizado e flexível, com apoio emocional, contínuo e fazendo com que a mesma se sinta compreendida.

Nesta pesquisa, observou que 100% das parturientes tiveram o contato pele a pele do binômio mãe-filho logo após o nascimento. Este resultado é bastante satisfatório, pois, o contato pele a pele entre a mãe e o seu filho deve iniciar imediatamente após o nascimento, sendo, contínuo e prolongado. O contato pele a pele acalma o recém-nascido e a mãe que entram em interação por esse procedimento, além disso, auxilia na estabilização sanguínea, dos batimentos cardíacos e respiratórios da criança, reduzindo o choro e o estresse do recém-nascido com menor perda de energia e mantém o bebê aquecido pela transmissão de calor de sua mãe.

O enfermeiro obstetra possui um papel importante nesse momento da assistência, pois as orientações e o incentivo ao contato precoce podem favorecer o vínculo entre mãe e filho, além de ser uma ação que potencializa a promoção do aleitamento materno (VIEIRA *et al.*, 2016).

Já a tabela 3 representa as práticas que devem ser evitadas ou práticas proibidas, conforme a organização Mundial da Saúde (OMS, 1996).

Tabela 3: Práticas que devem ser evitadas na assistência.

Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas	Sim		Puérperas Não		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Foi incentivada a realizar força antes de ter vontade de fazer?	5	42	7	58	12	100
Foi administrado soro (ocitocina) bem antes do parto?	6	50	6	50	12	100
Empurraram sua barriga no momento do parto?	7	58	5	42	12	100
Foi realizado massagem e manipulação excessiva da sua vagina durante o seu trabalho de parto?	1	8	11	92	12	100
Foi realizado episiotomia (corte na vagina)?	5	42	7	58	12	100
Realizaram toques vaginais frequentes e por mais de um examinador?	4	33	8	67	12	100
Foi realizada lavagem intestinal?	1	8	11	92	12	100
Realizaram raspagem dos seus pelos pubianos?	1	8	11	92	12	100

Neste estudo, 42% das parturientes, foram incentivadas a realizarem o método de realizar força antes de ter vontade de fazer, que não é recomendado pelo Ministério da Saúde. Amorim *et al.* (2010) estabelece que alguns especialistas

divergem sobre a prática de puxos precoces, onde deveriam repensar essa técnica em vista de estudos que sugerem que, esse método não oferece nenhuma vantagem, nem para as mães, nem para os bebês, pois, poderia na verdade ter desvantagens para ambos.

Com relação ao uso de ocitocina no trabalho de parto, a taxa de utilização foi relativamente alta, comprovada em (50%) das parturientes. Estudo realizado por Vieira *et al.* (2016) evidenciou que não existem benefícios comprovados no uso corriqueiro de ocitocina, esse fármaco trás efeitos colaterais, como a hiper estimulação uterina e o aumento da dor. A OMS não recomenda infusão rotineira de ocitocina em parturientes, seu uso não é recomendado podendo até mesmo, ser prejudicial. A administração desse medicamento antes do parto não permite controlar seus efeitos e deve ser eliminado da assistência de enfermagem.

A realização de massagem e manipulação excessiva da vagina durante o trabalho de parto ocorreu em 8% das mulheres, está prática é vista pelo Ministério da Saúde como uma conduta inadequada, prejudicial e ineficaz, devendo ser suspensa. Wolff e Waldow (2008) relatam que essa prática, feita em intervalos pequenos, prejudica a evolução fisiológica do trabalho de parto, produzindo mal estar e edema de vulva.

A tabela 3 apresenta que 33% das mulheres, relataram terem excessivamente toques na vagina, esta invasão da intimidade, bem como a quantidade de pessoas presentes durante o atendimento, e a repetição desmedida desta técnica, diante disso, a equipe de enfermagem, deve tratar as parturientes com respeito, resguardando-as de situações vergonhosas e que despertem o mal estar, isso facilita a evolução do trabalho de parto e o parto.

E ainda, a realização do procedimento de episiotomia ocorreu em 42% das mulheres pesquisadas, este procedimento é recomendado pelo Ministério da Saúde, mas com ressalvas, as vantagens para as parturientes, dessa assistência, refletem na diminuição de um procedimento invasivo desnecessário para a evolução do parto.

Vieira *et al.* (2016) relata que a episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal através de uma incisão no períneo ao final do segundo estágio do parto vaginal, porém, quando o períneo é bem trabalhado utilizando-se a posição adequada e desejada pela mulher esta intervenção cirúrgica torna-se desnecessária.

Outra prática contra indicada, apresentada na tabela 3, diz respeito à prática do enteroclistma, onde 8% das mulheres passaram pelo procedimento de lavagem intestinal, segundo a maioria dos profissionais de saúde, não consideram rotineiras.

Para Busanello *et al.* (2011) os profissionais ressaltam que essa conduta e contra indicada nas literaturas, por não trazer benefícios para a parturiente, a minoria dos enfermeiros que afirmam realizar tal prática justifica que, o enteroclistma pode ter um papel importante no processo de acelerar o parto e o esvaziamento intestinal nos casos em que a parturiente se apresentar constipação.

Este estudo veio reforçar o desuso da técnica de tricotomia, pois, apenas 8% das parturientes passaram por este procedimento, o mesmo pode facilitar a higiene da parturiente, favorecendo o desenvolvimento de alguns procedimentos, como as manobras no momento do parto, podendo diminuir os riscos de infecção e de má cicatrização da episiotomia.

Busanello *et al.* (2011) explica que os profissionais de enfermagem na sala de obstetrícia devem estar aptos a realizarem o procedimento de tricotomia, que é a raspagem dos pêlos pubianos, adotada por questão de higiene, mas, muitos especialistas acreditam que as fissuras provocadas na pele pela raspagem aumentam a chance de infecção.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados desse estudo e das literaturas pesquisadas, evidenciou-se que ainda estão sendo colocadas em práticas, diversas técnicas contra indicadas pelo Ministério da Saúde, tais como, enteroclisma, tricotomia, uso de ocitocina, entre outros.

Mas, observou-se que buscando adequar aos princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal, estão sendo colocados em práticas técnicas positivas, como os direitos das parturientes ao acompanhante, a escolha do local do parto, apoio emocional e o contato pele a pele entre a mãe e o seu filho.

Diante desses cuidados, as puérperas apresentaram-se, satisfeitas com a assistência recebida, além de que as características das práticas de cuidado interferiram positivamente na qualidade da assistência à saúde.

Recomenda-se que para o processo de implantação no âmbito da assistência a parturiente, seja necessário compreender que o significado de humanizar envolve os aspectos mais subjetivos dos profissionais de saúde, desta forma, não se deve esperar apenas uma mudança na postura dos profissionais, mas também em todas as relações interpessoais existentes neste contexto.

Conclui-se que como este estudo teve grande número de parturientes jovens, e apesar das particularidades fisiológicas e emocionais que acompanham o período da adolescência influenciando o decurso da gravidez e do parto nessa faixa etária, a assistência ao parto de adolescentes, na perspectiva da humanização, é pouco abordada nas pesquisas. Assim, sugere-se, a realização de futuras investigações sobre o tema, aumentando a quantidade de parturientes pesquisadas, para que haja uma melhor comparação entre grupos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos; PORTO, Ana Maria Feitosa; SOUZA, Alex Sandro Rolland. Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Rev Femina*, v.38, n. 11, nov., 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n11/a583-591.pdf>>. Acesso em: 15 jun 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria consolidada da rede cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 e Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011), Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde 2011b. Disponível em: Acesso em: 07/06/ 2017.

BUSANELLO, Josefina; KERBER, Nalú Pereira da Costa; MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés; MANO, Patrícia de Souza; SUSIN, Lúlie Rosane Odeh; GONÇALVES, Bruna Goulart. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. Brasília: *Rev Bras Enferm*, set-out; 64(5): 824-32, 2011.

CAMINHAI, Náira de Oliveira; COSTA, Camila Chaves da; BRASIL, Raquel Ferreira Gomes; SOUSA, Deise Maria do Nascimento; FREITAS, Lydia Vieira; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro. O perfil das puérperas adolescentes atendidas em uma maternidade de referência de Fortaleza-Ceará. Rio de Janeiro: *Esc. Anna Nery*, vol.16, n.3, set., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300009>. Acesso em: 10 maio 2017.

GAMA, Silvana Granado Nogueira da; SZWARCOWALD, Célia Landmann; LEAL, Maria do Carmo. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*, v.18, n.1, jan-fev, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100016>. Acesso em: 20 abr 2017.

MAIA, Mônica Bara. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Ministério da Saúde (BR). Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Brasília (DF): MS; 1996.

RIBEIRO, José Francisco; LIMA, Marisa Ribeiro; CUNHA, Samia Vanessa; LUZ, Vera Lúcia Evangelista de Sousa; COELHO, Danieli Maria Matias; FEITOSA, Verbenia Cipriano; SALES, Jaqueline Carvalho e Silva. Percepção de puérperas sobre a assistência à saúde em um centro de parto normal. *Rev Enferm UFSM*, jul-set., 5(3):521-530, 2015.

VELHO, Manuela Beatriz; OLIVEIRA, Maria Emília de; SANTOS, Evangelina Kotzias Atherino dos. Reflexões sobre a assistência de enfermagem prestada à parturiente. Brasília: *Rev. Bras. Enferm.*,v.63, n.4, jul-ago., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400023>. Acesso em: 15 jun 2017.

VIEIRA, Maraysa Jéssyca de Oliveira; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira e; SANCHES, Maria Elisângela Torres de Lima. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf.*, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>>. Acesso em: 20 abr 2017.

VIEIRA, Maraysa Jéssyca de Oliveira; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SILVA, Jovânia Marques de Oliveira e; SANCHES, Maria Elisângela Torres de Lima. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enf.*, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36714>>. Acesso em: 15 jun 2017.

WEI, Chang Yi; GUALDA, Dulce Maria Rosa; SANTOS JUNIOR, Hudson Pires de Oliveira. Movimentação e dieta durante o trabalho de parto: a percepção de um grupo de puerpéras. Florianópolis: *Texto Contexto Enferm.*, v.20, n.4, out-dez., 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400010>. Acesso em: 15 jun 2017.

WOLFF, Leila Regina; WALDOW, Vera Regina. Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. São Paulo: *Saúde e Sociedade*, v.17, n.3, p.138-51, 2008.