



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ÉRIKA GUALBERTO COURA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS**

CAJAZEIRAS - PB

2011

00138/2011
7289_710

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA**

ÉRIKA GUALBERTO COURA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento.

CAJAZEIRAS - PB

2011

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

C858g Coura, Érika Gualberto
Gravidez na adolescência: importância da
Assistência humanizada para as puérperas./Érika
Gualberto Coura. Cajazeiras, 2011.
75f. : il.

Orientadora: Aissa Romina Silva do Nascimento.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCG

1.Gravidez - adolescentes. 2.Puérperas adolescentes.
3.Assistência humanizada – adolescentes grávidas.
I. Nascimento, Aissa Romina Silva do. II.Título.

UFCG/CFP/BS

CDU- 618.2-053.6

ÉRIKA GUALBERTO COURA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS**

APROVADA EM ___ / ___ /2011

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
UACS/CFP/UFCG
Orientadora

Profa. Esp. Maria Soraya Pereira Franco
ETSC/CFP/UFCG
Examinadora

Profa. Esp. Alba Rejane G. de Moura
UACV/CPF/UFCG
Examinadora

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA**

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus, que me deu o dom da vida e da sabedoria, a ele que esteve comigo em todos os momentos. Aos meus pais, Haroldo e Fátima, pelo esforço, dedicação, pela oportunidade de sempre poder ter estudado em escolas bem conceituadas. A minha irmã, pela companhia e incentivo constante. A minha querida Professora e orientadora Aissa Romina, que me acalmava nos momentos de angústia, ela que me apoiou e cooperou comigo diariamente; e em especial a minha filha Anne Gabrielle, pela alegria e carinho em todos os momentos desta importante etapa acadêmica, dedico este esforço aquele sorriso que recebia dela nas horas em que eu achava que não tinha mais motivos para sorrir.

Dedico

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAÍBA

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a oportunidade de estar no mundo.

Aos meus pais, irmã e demais familiares, pelo amor, carinho, compreensão e respeito.

A minha filha, pelo sorriso sincero e o carinho inesperado em todos os momentos.

Aos meus amigos, pela amizade, pelos momentos de descontração, companheirismo, dedicação e sinceridade nas palavras.

As minhas queridas amigas Luana Egle e Taynara Cyntia que estiveram comigo em todas as etapas deste trabalho, me ajudando, me incentivando, a elas que participaram da minha vida com muita frequência nessa reta final.

À constante orientação e dedicação da minha querida orientadora, Aissa Romina Silva do Nascimento.

A minha querida avó Maria Vieira Gualberto, que sempre torceu por esta minha conquista, a ela que sempre estava feliz se eu também estivesse.

A todos que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho.

Para vocês, ofereço esta página...

RESUMO

Adolescência é época de crise, mudança, readaptação ao novo corpo e de novas atitudes frente à vida. Se somarmos a isso o significado da gravidez, dos pontos de vista pessoal, social e familiar, compreenderemos como a gestação pode ser um evento difícil para a adolescente. O elevado número de adolescentes grávidas nas escolas, o sofrimento decorrente dessa situação para elas, e para os familiares, bem como, para os professores, cuja formação profissional parece insuficiente para capacitá-los a lidar com o problema social da gravidez na adolescência. O objetivo principal deste trabalho foi analisar a assistência de enfermagem a partir da visão das puérperas. Ainda, buscou-se traçar o perfil sócio econômico das adolescentes; apreender as expectativas das adolescentes em relação ao atendimento que receberam na maternidade no momento da internação para a assistência ao trabalho de parto e sua experiência durante o tempo que permaneceram internadas; descrever a experiência vivenciada pelas adolescentes durante o pré-natal; relacionar a assistência prestada com a experiência vivenciada pelas adolescentes no pré parto e, verificar se as adolescentes receberam orientações sobre o parto, e qual tipo de apoio foi fornecido durante o pós-parto. A pesquisa foi do tipo descritiva exploratória e a coleta de dados foi realizada na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, no Hospital Regional de Cajazeiras, o critério de escolha foi baseado na realidade vivida no local, visto que por ser um ambiente hospitalar que recebe uma demanda considerável de gestantes adolescentes, vindo da própria cidade de Cajazeiras e das cidades circunvizinhas que não oferecem apoio físico e estrutural para acolher esse público alvo. O instrumento de coleta dos dados foi um roteiro de entrevista semi estruturada com questões também objetivas. Além de ressaltar que a prática da humanização possibilita a participação ativa do enfermeiro no processo de trabalho de parto, parto e nascimento, proporcionando, fundamentalmente, satisfação à parturiente e ao profissional, visto que gravidez e parto são eventos marcantes na vida das mulheres e de suas famílias. Os resultados obtidos neste estudo são subsídios para uma reflexão acerca do parto e nascimento humanizados, como também para repensar as estratégias a serem utilizadas com parturientes nesse modelo de assistência. Espera-se que, através da sensibilização das equipes, tanto médica quanto a de enfermagem, a instituição tenha condições de avançar, ampliar e consolidar o modelo de assistência humanizada à mulher no seu ciclo grávido-puerperal, implementando uma nova forma de gestão nos seus serviços, englobando, nessa assistência, não só enfermeiros, mas também toda a equipe de saúde que assiste a parturiente no ato de parir.

Palavras-chave: Adolescente. Gravidez. Humanização.

ABSTRACT

Adolescence is a depression time, time of change, adaptation to the new body, is a time of new attitudes front of life. If we add all of this to the pregnancy significance, of personal, social and family viewpoints, we will understand like the gestation can be a hard event to the teenage. Adolescence is a depression time, time of change, adaptation to the new body, is a time of new attitudes front of life. If we add all of this to the pregnancy significance, of personal, social and family viewpoints, we will understand like the gestation can be a hard event to the teenage. The high number of pregnant teenagers at schools, the suffering due about this situation to them, to their families, also to the teachers, whose training professional seems insufficient to enable them deal around the social problem about teenage pregnancy. The main goal of this final project of course was analyse the nurse care from of mother's vision in postpartum period. Also, it was tried to trace the socio-economic profile of the teenagers mothers; learn about the expectations of teenagers in relation of the care that they received in maternity at hospitalization moment to labor assistance and their experience during the time that they remained hospitalized; describe the experiences of the teenagers during the prenatal period; relate the assistance provided with experiences of the teenagers before birth, and verify if the teenagers were educated about the childbirth, and what kind of support was provided during the postpartum period. The research was exploratory/descriptive, and the data collection was performed at Maternity Dr. Deodato Cartaxo, at Cajazeiras's Regional Hospital, the criterion of choice was based on realities from local, one time that to an hospitalar ambient that receives a considerable demand of pregnant teenagers, coming from Cajazeiras and from the next cities that do not provide physical support and structure to accommodate these people who need care. The data collection instrument was a semi-structured interview guide with questions also objective. Also highlight that humanization practice allows the active participation of nurses in the process the labor, labor and birth, providing, fundamentally, satisfaction to the mother, once the pregnancy and childbirth are outstanding events in their lifes and from their families. The results of this study are subsidies for a reflection about labor and humanized births, also to rethink the strategies to be used in pregnant women in this care model. It is hoped that through the team awareness, both medical and nursing, the institution is able to progress, expand and consolidate the humanized model care to woman in her pregnant cycle, implementing a new form of management in his services, encompassing, in this assistance, not only nurses, but also the entire health team who assists the mother in the labor period.

Key-Words: Teenagers. Pregnancy. Humanization.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Quanto às consultas realizadas durante o pré-natal.....	41
GRÁFICO 2 - Em relação á orientação dada durante o pré-natal sobre o tipo de parto a ser realizado.....	42
GRÁFICO 3 - Quanto à importância do aleitamento materno.....	43
GRÁFICO 4 - Quanto às intercorrências durante a gestação das adolescentes.....	44

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Caracterização do perfil das adolescentes grávidas segundo a faixa-etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e procedência.	38
TABELA 2 - Início da vida sexual, uso de anticoncepcional e quem fez o acompanhamento da gestante até a maternidade	39

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CEP-** Comitê de Ética de Pesquisa
DMG- Diabetes Mellitus Gestacional
DPP- Descolamento Prematuro de Placenta
ECA - Estatuto da Criança e Adolescente
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HAS- Hipertensão Arterial de Sistêmica
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNH – Política Nacional de Humanização
PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PSFs- Programa de Saúde da Família
RN – Recém Nascido
SUS – Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UFCC- Universidade Federal da Campina Grande
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
2.1 SITUANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: A GRAVIDEZ, O PARIR, DAR À LUZ.....	19
2.2 AÇÕES DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL HUMANIZADA.....	22
2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO.....	24
2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO.....	25
2.5 DEVERES DO ENFERMEIRO.....	27
2.6 A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	28
2.7 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E SUAS CARACTERÍSTICAS.....	30
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	32
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
3.2 LOCAL DE ESTUDO.....	34
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	35
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	35
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	35
3.6 COLETA DE DADOS.....	36
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	37
3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO.....	37
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
4.1 QUANTO À CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA DAS ENTREVISTADAS.....	38
4.2 O ATENDIMENTO NA MATERNIDADE: AS NARRATIVAS DAS ADOLESCENTES.....	44
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICES	55
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	
ANEXOS.....	59
ANEXO A - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA.....	60
ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.....	62
ANEXO C - TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVOS.....	64
ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	66
ANEXO E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS.....	69
ANEXO F - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	72
ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	74

1 INTRODUÇÃO

Entendemos que ao escolher um adolescente para se trabalhar devemos primeiramente rever o significado dessa fase. Segundo Godinho et al (2000) essa é uma época de crise, mudança, readaptação e aceitação ao novo corpo com novas atitudes e experiências frente à vida. Ao agregar essa situação com o significado de uma gravidez, dos pontos de vista pessoal, social e familiar, dá para compreender como a gestação pode vir a ser um evento difícil na vida da adolescente que, com certeza, irá precisar de ajuda para superar tais dificuldades.

Para minimizar as dificuldades enfrentadas por adolescentes grávidas, devemos pensar em humanizar a assistência a esse público e partindo da concepção de que, as questões ligadas à humanização funcionam como política de saúde e como prática profissional, compreenderemos que estas devem ser na maioria das vezes levadas a um debate. Ainda para Godinho et al (2000) essas questões devem apresentar proposições que contribuam na formação do profissional ligado ao setor saúde desde a graduação, bem como subsídios para a reflexão que podem influir fortemente na formação profissional e, posteriormente, com o funcionamento e com as práticas vigentes nos serviços de saúde.

A humanização se encontra no momento atual de transformação do sistema da saúde brasileira e visa à melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do ambiente hospitalar ou simplesmente busca tratar o semelhante de maneira mais humana, permitindo assim que o mesmo possa reatar a experiência da hospitalização ao seu ciclo de vida e transformando-a assim em uma oportunidade de desenvolvimento humano para ambos (BRASIL, 2002).

Segundo Facúndes e Cecatti (1991) humanizar o parto é fazer com que o ato de a mãe dar à luz ao filho, o que normalmente é uma situação que gera medo e tensões, venha a seguir a ordem natural das coisas, obedecendo ao ritmo e às necessidades específicas do corpo de cada mulher, cabendo aos profissionais de saúde não interferir em quase nada desse processo íntimo do nascimento do bebê.

Facúndes e Cecatti (1991) acredita que esse procedimento na prática foge do que defende a massificação do atendimento à gestante e ao recém-nascido, ou seja, à padronização de procedimentos que têm por intuito facilitar e apressar o nascimento dos bebês, contribuindo fortemente para o aumento de cesarianas e de outras intervenções

cirúrgicas impróprias ou desnecessárias, visando sempre a idéia do parto natural, sem interferências.

O ideal seria essas adolescentes não passarem nessa fase por essa situação, evitando assim uma possível gravidez indesejada, já que fatores como: carências de educação sexual nas escolas e de programas de planejamento familiar nos serviços públicos contribuem intensamente para esse processo o qual acaba por inserir as adolescentes grávidas num contexto de conflitos: criança ou mulher, filha ou mãe, sem entender como se comportar diante dessa gravidez e enfrentar a sociedade e às vezes se envergonhar de si mesma (GODINHO et al, 2000).

Por esse motivo que o ponto de vista da obstetrícia, é que a gravidez na adolescência é considerada de alto-risco, pois há um elevado índice de morbidade materno-fetal. Existindo ainda maior incidência de anemia, toxemias (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), infecção urinária, baixo ganho de peso materno, prematuridade, baixo peso ao nascer, baixo índice de Apgar e desmame precoce, ressaltando ainda que haja uma baixa cobertura pré-natal (MESQUITA, 2008).

A gravidez indesejada traz inúmeros efeitos sociais negativos, como: perda das oportunidades educacionais, de trabalho e redução das chances de um casamento feliz, com limitações de oportunidade. Para Osava (2003) existem também efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional diante da situação de maternidade precoce. Sem esquecer que há uma enorme falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, na maioria das vezes chega até a causar a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social.

De acordo com sua classe social, as dificuldades encontradas pelas adolescentes, chegam a variar. As que possuem uma renda baixa há famílias que acolhem melhor, oferecem um apoio essencial, permitindo que as adolescentes continuem seus estudos e/ou trabalho. Por outro lado, pode haver a rejeição dos pais podem ou até mesmo abandoná-las, restando a elas, muitas vezes, a prostituição. Já em classes sociais de renda mais alta a adolescente tem, geralmente, como alternativas o casamento ou o aborto (LYRA, 2010).

O sentimento de culpa da gestante acarreta conflitos inconscientes, gerados pela desobediência das leis sociais, independentemente da classe social na qual esta inserida, a adolescente questiona o significado após o parto daquela criança em sua vida, tendo como reflexo na aceitação do filho, além de defronta-se com a falta de condições econômicas para oferecer uma boa criação e educação ao seu bebê (BRASIL, 2006).

Entendendo essa situação difícil a qual vai ser encarada por essa nova mãe, ações de humanização ao parto tornam-se essenciais e devem ser incentivadas pelo Ministério da Saúde, visando que as mesmas têm sua justificativa no foco centrado na paciente, possibilitando a compreensão e assistência à mãe principalmente adolescente, focando fatores psicológicos e sociais que interferem de uma forma significativa durante a gestação (BRASIL, 2002).

O profissional da enfermagem é quem presencia e vive essa experiência juntamente com o paciente e o restante da equipe envolvida, sendo de extrema importância o desenvolvimento de ações que reflitam na humanização, onde as adolescentes que vivenciam aquele momento angustiante, cheias de dúvidas e completamente imaturas sintam-se confortáveis, à vontade e seguras, visto que muitas delas não apresentam um preparo físico e psicológico para suportar a responsabilidade de ser mãe, encarar uma sociedade cruel e assumir uma vida que foge do padrão das meninas de sua idade.

O objetivo deste trabalho visa analisar a assistência de enfermagem a partir da visão das puérperas. Ainda, busca-se traçar o perfil sócio econômico das adolescentes; Apreender as expectativas das adolescentes em relação ao atendimento que receberam na maternidade no momento da internação para a assistência ao trabalho de parto e sua experiência durante o tempo que permaneceram internadas; Descrever a experiência vivenciada pelas adolescentes durante o pré-natal; Relacionar a assistência prestada com a experiência vivenciada pelas adolescentes no pré parto; Verificar se as adolescentes receberam orientações sobre o parto, e qual tipo de apoio foi fornecido durante o pós-parto.

Dessa forma, deve-se buscar constantemente a explanação sobre o conceito e importância do referido assunto e das práticas de atenção à saúde, e assim, as questões ligadas à humanização a partir da sua concepção como política de saúde e como prática profissional. Além disso, são apresentadas proposições para contribuir a formação do profissional ligado ao setor saúde desde a graduação, bem como subsídios para a reflexão que podem influir fortemente na formação profissional e, posteriormente, com o funcionamento e com as práticas vigentes nos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

As questões essenciais atribuídas pelos profissionais à humanização da assistência relacionam-se à oferta do acolhimento humanizado para assim amenizar o sofrimento das parturientes, e obter uma relação agradável profissional-paciente e

informar sobre o trabalho de parto e os cuidados a serem realizados (CATHARINO, 2002).

A idéia de fazer o trabalho surgiu pelo fato de haver na literatura um índice baixo de pesquisas relacionadas ao tema, visto que existem insuficientes artigos científicos que relatam esse tipo de experiência vivida por adolescentes grávidas, que ao chegarem a maternidade na hora de darem a luz, nem sequer sabem o que vai acontecer fisiologicamente naquele momento. O acolhimento humanizado serve para suprir, por exemplo, a ausência de um pré-natal, que não foi realizado e a opinião delas em relação à humanização prestada por esses profissionais que se torna o intuito da pesquisa, para mostrar a necessidade desse exercício na rotina das maternidades para assim melhorar esse momento especial da vida de cada uma dessas adolescentes.

Segundo Mesquita (2008) humanização é uma proposta para a melhoria da assistência à saúde, e assim valorizar a qualidade de atendimento ao usuário e poder oferecer melhores condições de trabalho para a equipe de profissionais envolvida. Ao se trabalhar esse tema com adolescentes, deve-se imaginar que a gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade nessa faixa etária, já que a mesma acarreta sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, das crianças que nascerão e de seus familiares.

Mesmo havendo casamentos ocorridos na adolescência de uma maneira planejada juntamente com a gravidez, por mais preparado que se encontra o casal, a adolescente não deixará de encarar as inúmeras mudanças físicas e psíquicas decorrentes da gravidez e da adolescência (MESQUITA, 2008).

Inúmeros fatores podem favorecer a existência de uma gravidez indesejada, como: déficit de educação sexual nas escolas e no programa de planejamento familiar nos serviços públicos de saúde, inserindo assim as adolescentes grávidas em uma situação de conflito, sem compreender como agir diante da gravidez e sem saber que atitude adotar frente da sociedade e consigo mesma (BRASIL, 2006).

De acordo com Gondinho et al (2000) muitas vezes há rejeição da família juntamente com o abandono do parceiro, quando soma tudo a carência dos serviços de saúde especializados e a escola que não está preparada para auxiliá-la, surge o questionamento onde as adolescentes vão buscar apoio?

Durante a produção do presente estudo pretendo relatar a experiência vivida por essas adolescentes no momento do parto além de analisar se essas adolescentes grávidas têm buscado apoio para enfrentar sua gravidez, colocando assim em prática a

humanização nos nossos serviços. Também devo ressaltar a importância do acolhimento a esta adolescente, já que não se sente segura para buscar apoio em casa, a mesma deve enxergar no profissional uma mão amiga, onde possa ali desabafar e esclarecer todas as suas dúvidas, que estão relacionadas à situação pela qual está passando.

Deixando claro que, cabe à equipe de saúde entender que ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, deve-se logo buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.

De acordo com Brasil (2006), fica explícito que as adolescentes grávidas precisam de uma atenção especial e, para isso, devem ser criados programas de assistência pré-natal específicos para este grupo, os quais através de uma equipe multidisciplinar, buscam implementar uma assistência qualificada, integral e adicionar a auto-estima, que se torna fundamental quando se pretende construir uma família e oferecer amparo, com tolerância e flexibilidade, diminuindo, assim, a ansiedade da gestante, a partir do momento de admissão na maternidade até a sua alta hospitalar, favorecendo assim e consolidando o seu papel de mãe. Entretanto, muitas adolescentes não têm tido acesso a esses programas, pois ainda são escassos no país.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a). Essa ação não é um espaço ou um local, mas sim uma postura ética e solidária. Sendo assim, ela não se constitui como uma etapa do processo, mas como algo que deve ocorrer em todos os ambientes e momentos da atenção à saúde. Uma das táticas para que adolescentes e jovens procurem esses novos serviços é torná-los reservados e confiáveis, assim como caracterizá-los por atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor, cabendo aos profissionais de saúde assegurar que os seus serviços oferecem total privacidade e confidencialidade (GODINHO, et al 2000).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SITUANDO O OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: A GRAVIDEZ, O PARIR, DAR À LUZ.

O processo de gravidez e parto são fases marcantes na vida das mulheres e dos seus familiares, amigos e companheiros. Não é apenas um evento biológico qualquer, visto que integram a transição marcante do *status* de “mulher” para o de “mãe. Tendo como a mesma fisiologia, o parto em nenhum lugar é tratado apenas de forma fisiológica, pois de acordo com Domingues et al (2004) esse é um evento biossocial, que existe uma porção de valores culturais, sociais, emocionais e de afeto.

Caracterizados como elementos primordiais na reprodução da vida, parir e nascer para Dias (2006) é a preservação das espécies. Esse *status* de passagem que move o ser de um *status* social para outro, transforma a percepção do indivíduo pela sociedade e sua própria percepção. A humanidade que carrega em si o dom da inteligência desde os primórdios, tendo capacidade e comunicação, de alterar o meio em que vive, transformou profundamente, com auxílio da tecnologia a forma como o processo de parir e o de nascer se dão.

Também acrescenta Dias (2006) com o surgimento da hospitalização, estes acontecimentos fisiológicos que tem uma grande relevância social e cultural, deixaram de acontecer nos domicílios seguindo um modelo feminístico de atenção, onde as parteiras juntamente com alguns familiares, ajudavam as mulheres a darem a luz. Com o passar do tempo, foi levado ao hospital, à responsabilidade de realizar esse processo, sendo agora com um modelo masculino, mais preocupado com o domínio da fisiologia feminina do que com a sensibilização das mães e dos seus filhos. Apesar desta situação não ser humanizada, neste período foram acrescentadas relevantes tecnologias na assistência materno-infantil, que tiveram a capacidade de reduzir de maneira significativa as taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, porém agindo dessa forma, só distanciava mais ainda a idéia do parto e do nascimento do bebê para a mãe e seus familiares, que aquela experiência tinha um significado além da questão biológica.

Por esse motivo que Lyra (2010), acredita que esses são alguns exemplos históricos que levavam ao afastamento rotineiro das mães de seus bebês, havendo assim

a criação dos berçários para recém-nascidos saudáveis e a substituição do aleitamento materno pelo aleitamento artificial.

No entanto, se fez necessário ao decorrer dos séculos que a atenção obstétrica e neonatal tivesse como marco primordial a qualidade e a humanização. Tornando-se dever dos serviços e profissionais de saúde um acolhimento digno a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerando o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção, sendo essa a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006).

Na visão de Ferreira (2006), a palavra 'humanismo' deriva do latim *humanus*. Um humanista pode ser caracterizado como um ser que possui uma visão diferente do mundo, conferindo uma enorme importância ao dom da vida e aos nossos valores. O humanismo oferece a liberdade ao indivíduo, dar razão, oferece oportunidades e os seus direitos. Devendo haver assim, um vínculo solidário e participação coletiva, no processo de gestão, identificando as necessidades da sociedade, as mudanças cabíveis nos modelos de atenção, ter o comprometimento com o ambiente e oferecer ao mesmo, condições dignas de trabalho e atendimento.

As parturientes precisam desse atendimento humanizado, visto que a assistência a público alvo vem sendo discutida segundo Davim, Bezerra (2002) com a perspectiva de tornar o processo de parir e nascer um contexto de promoção à saúde da mulher e de seu recém-nascido. O parto normal, ato de dar a luz sem intervenções cirúrgicas, pode ser uma experiência enriquecedora para a mulher e sua família, se atendido de forma humanizada e com fundamentação em evidências científicas e sem intervenções desnecessárias.

Na percepção dos profissionais da equipe de saúde, parto humanizado envolve relacionamento e comunicação interpessoal, tendo em vista que são elementos importantes, tanto no processo administrativo de trabalho quanto na assistência propriamente dita. Ainda na visão de Davim, Bezerra (2002) esse modelo deve ser posto em prática principalmente quando for voltado às adolescentes grávidas.

Ao abordar o tema da gravidez na adolescência, tem-se enfatizado o caráter de problema social, partindo do pressuposto de que as adolescentes não teriam capacidade fisiológica para gestar e incapacidade psicológica para criar, visto que, no site da Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência está definida segundo Lyra (2006, p.19) como:

[...] o período da vida a partir do qual surgem as características sexuais secundárias e se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia. Ainda segundo a OMS, a adolescência começa aos 10 e vai até os 19 anos, diferente da definição no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define que a adolescência começa aos 12 e vai até os 18 anos, quando acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais.

Estimando-se ainda segundo a Organização Mundial (OMS) de Saúde que no Brasil, de 20 a 25% do total das mulheres gestantes sejam adolescentes, ou seja, há uma gestante adolescente para cada cinco mulheres. Enquanto pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela redução na taxa de fecundidade das mulheres brasileiras, cresce o número de adolescentes grávidas no País.

Nos últimos dez anos, houve um aumento de 12,5% nos casos de gravidez em mulheres de 15 a 19 anos. Chama atenção o número de gestantes com idade entre 10 e 14 anos. A cada ano, são registrados 31 mil partos nessa faixa etária no Sistema Único de Saúde (SUS). Diante desse quadro, o Ministério da Saúde está intensificando e estruturando ações voltadas para a prevenção à gravidez precoce, considerada de alto risco.

Mccallum, Reis (2006) elenca como variáveis médicas mais citadas na classe de risco: imaturidade física, crescimento de partos prematuros (inversamente proporcionais à idade da parturiente) e abortamento; as razões psicológicas que se associam a características negativas relacionadas à adolescência como tendo dois sentidos, onipotência, inconseqüência, impulsividade, imaturidade para criar; sendo que as razões sociais versam sobre a precariedade das condições de vida, às vezes falta informação sobre métodos contraceptivos, a maioria desconhece seus direitos básicos que vai lhe garantir a cidadania, direitos esses que está enunciado na constituição, no Estatuto da Criança e do Adolescente e pela também legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), como acesso universal à educação e aos cuidados da saúde.

O significado da gravidez nesta faixa etária de acordo com Damiani (2003), chama atenção devido ocorrer com mais freqüência nos segmentos sociais menos favorecidos, o que agrava o quadro existencial, comprometendo assim o futuro profissional dessas meninas, o retorno à escola que se torna raro e as limitações nas oportunidades de emprego.

2.2 AÇÕES DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL E PUERPERAL HUMANIZADA

A humanização da atenção à saúde tem se mostrado um tema de grande interesse e objeto de muitos debates na saúde coletiva brasileira nos últimos anos. Canto (2008) diz que é fundamental uma atenção qualificada e humanizada durante o pré-natal e puerpério para se alcançar uma boa saúde materna e neonatal. Para que este programa aconteça é de extrema importante que os profissionais da área da saúde compreendam a parturiente como um todo, não só corpo e mente, mas que tenha capacidade de entendê-la no ambiente social, econômico, cultural e físico no qual a pessoa está inserida, estes profissionais devem estabelecer novas formas para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde.

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada deve ser dada por meio de incorporação de condutas acolhedoras sem a presença de intervenções desnecessárias, deve ser oferecido um acesso fácil a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (BRASIL, 2006).

No nosso país, segundo Davim, Bezerra (2002) o modelo que se segue na assistência ao parto copia um modelo americano, processada pela intervenção no âmbito institucional, convencional, firmada na visão cartesiana, onde o corpo é visto apenas como uma máquina que requer alguém para consertá-la quando sofre alguma avaria.

Porém, conforme Brasil (2004) sabemos que a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza medidas onde a mulher em trabalho de parto deverá ter suporte emocional e atenção à saúde com o mínimo de intervenções, devendo ter suas dúvidas esclarecidas, durante o pré-natal, com consultas humanísticas e também deve receber um estímulo de toda a equipe para um parto natural, visto que as cesáreas aumentam riscos de morte, lesões acidentais, reações à anestesia, infecções e hemorragias usuárias e de prematuridade e desconforto respiratório, de seus bebês.

Brasil (2004, p.143) apóia essa idéia quando declara que:

Captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, visando a intervenções oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, sejam elas de promoção, de prevenção ou de tratamento. Deve-se garantir às mulheres realização do teste de gravidez na unidade de saúde, sempre que necessário. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requerem cuidado permanente com o estabelecimento de vínculos solidários entre os profissionais de saúde e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção.

A sistematização da assistência de enfermagem assegura que as ações da equipe demonstrem visibilidade e especificidade. Para Fialho (2008) ao ser realizado o processo de enfermagem, estas ações se tornam efetivas apresentam uma qualidade maior, facilitando a adaptação da puérpera para o auto-cuidado, como por exemplo, a higienização da ferida operatória, o cuidado com as mamas, a fim de evitar o ingurgitamento mamário, o aparecimento de fissuras, a técnica de fazer o aleitamento materno da maneira correta, e também mostrar, que a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do bebê é o método mais econômico, saudável e seguro, não se esquecendo de repassar os cuidados com o recém-nascido. Assim, uma maior adesão no processo vai ser apresentada e devido ao sucesso no processo, as complicações do puerpério serão diminuídas, junto com o tempo de internação; tendo como consequência, economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança.

Um modelo novo de assistência ao trabalho de parto, parto e nascimento, deve ser inserido nas instituições hospitalares, de acordo com Brasil (2002) deve-se procurar respeitar sua naturalidade, e acompanhar o ritmo do próprio desejo motor-materno, ensinando-se a convivência tranqüila com o processo de parto sem os traumas das rotinas hospitalares. Seguindo assim uma linha de assistência humanizada, baseada em novos conceitos e habilidades de atenção à saúde da gestante, parturiente e puérpera, tanto em nível institucional quanto no nível das ações básicas de saúde.

2.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi implantado, em 2000, pelo Ministério da Saúde, que constituiu, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como objetivo contribuir para uma possível transformação destes modelos tradicionais de gestão e atenção em saúde,

estimulando assim práticas de co-gestão dos processos de trabalho, tornando-se capaz de atender as demandas oferecidas pelos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Para superar o simples atendimento e o acesso à medicação, essas demandas devem situar-se, principalmente, na integralidade de um novo atendimento e no que se diz respeito os direitos dos usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001)

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) apresenta os mesmos princípios do SUS, ambos enfatizam a necessidade de assegurar atenção integral à população e visam medidas de ampliação da condição de direitos e a cidadania das pessoas.

Na visão de Santos-Filho (2007, p. 12) acredita-se na perspectiva da transdisciplinaridade, foi proposta uma atuação com o intuito de levar a "[...] ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade". Já deixando perceber como é complexo constituir um âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde, desafiando a necessidade de "inventar" indicadores que possam dimensionar e expressar não apenas mudanças nos quadros de saúde-doença, mas também que possam provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em níveis diferentes de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive).

Dentre os princípios norteadores da política de humanização são aqui alguns destacados:

- Apoio para a construção de redes cooperativas, solidárias e que se comprometem com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Demonstrar um compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorizar os profissionais de saúde;
- Estimular os processos de educação permanente;
- Construir autonomia e protagonizar os sujeitos e coletivos implicados na rede de saúde;
- Apresentar co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, visando à transversalidade e o grupo como um todo;
- Fortalecer o compromisso com os direitos do cidadão, ressaltando o respeito a determinadas questões de gênero, de etnia, de raça e de orientação sexual (FIALHO, 2008).

É dentro deste contexto que se avalia a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. Santos-Filho (2007) acredita que há um sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação. No entanto, para que essa avaliação não seja apenas uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas, faz-se necessário reafirmar os conceitos macro-referenciais da PNH, e também a complexidade das dimensões deles derivadas, desafiando também o seu dimensionamento.

Deve-se ter cuidado para não banalizar o que a asserção de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde, já que, em geral, as iniciativas se apresentam volúveis e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade.

Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção das políticas em saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BRASIL - MS, 2004)

2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO PARTO HUMANIZADO

De acordo com Osava (2003), há décadas, a excessiva intervenção médica no nascimento cria representações muito fortes acerca de sentimentos de insegurança que envolve o trabalho de parto. No parto humanizado, a mulher pode reencontrar sua autonomia, requerendo, portanto, uma nova postura dos profissionais que a assistem.

Em relação à enfermeira-obstetra, Santos (2001) relata que essa profissional tem um papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento. Entretanto, denota-se a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente. Há comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia junto da parturiente, na obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto.

Essa participação do profissional enfermeiro, no trabalho de parto, expulsão e nascimento, oferece, sobretudo, satisfação à parturiente e ao profissional. As pesquisas de Osava (2003) revelaram que a humanização requer da enfermeira uma visão humanística e a necessidade de compreender o outro.

Na visão de Fialho (2008), o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. Essa compreensão objetiva selecionar estratégias mais adequadas para resolver as questões que envolvem a futura mãe, assim como quais os cuidados se deve ter com ela. A sistematização da assistência de enfermagem garante que as ações da equipe tenham visibilidade e especificidade. Ao realizar o processo de enfermagem, as ações se tornam efetivas e de maior qualidade, facilitando a adaptação da puérpera para o auto-cuidado e para os cuidados com o recém-nascido. Dessa forma, haverá uma maior adesão e sucesso no processo, diminuindo as complicações no puerpério e o tempo de internação; como consequência, gera-se economia para os setores de assistência à saúde da mulher e da criança.

Com os recursos aplicados, o processo de adequação das maternidades para o atendimento às gestantes de alto risco vem gradativamente se desenvolvendo em todos os estados brasileiros, com a capacitação de profissionais de saúde, reestruturação de área física, aquisição de equipamentos e disponibilização de mais leitos obstétricos para atenção a essas gestantes (BRASIL, 2002)

Portanto, é de extrema importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais capacitados para garantir o atendimento e atenção especializada a gestante; estrutura organizada, com equipe qualificada (incluindo a presença do pediatra na sala de parto), material adequado e em quantidade suficiente, no qual o acompanhante esteja envolvido, e gestante e familiares tenham direito a informações e a possibilidade de expressar seus medos e sentimentos (SANTOS, 2001)

2.5 DEVERES DO ENFERMEIRO

Em relação às funções do profissional de enfermagem, dentro da assistência humanizada ao parto, pode-se enumerar as seguintes:

- Acompanhamento das mudanças científicas e tecnológicas, preocupando-se com as ações integradas ao ser-sujeito, objeto do seu cuidado: a família e a amamentação;
- Aplicação da ciência para humanização da arte de amamentar;
- Aprendizado contínuo sobre a amamentação, ensinado sempre o aleitamento materno (talvez esta seja a maior missão do enfermeiro);
- Postura profissional para responder às necessidades e demandas de saúde da população, com a realidade da amamentação;
- Atendimento às mães, familiares e comunidades sempre que solicitarem auxílio ou demonstrarem insegurança;
- Conhecimento científico da amamentação (inclusive as técnicas) para facilitar a interação sólida e duradoura com a mãe, pai e comunidade;
- Confiança na capacidade da mãe em amamentar o seu filho, concomitante aos ensinamentos e orientações de como proceder;
- Educação sobre o aleitamento materno, baseado na análise do ser humano e suas necessidades bio-psicossociais;
- Ensino, cuidado e assistência ao casal que amamenta. Este é um compromisso biopsicossocial e de cidadania;
- Gerenciamento da promoção, apoio e prática do aleitamento materno, garantindo, por meio da educação continuada, uma assistência mais completa e humana;
- Promoção da integração da Enfermagem com os demais profissionais da saúde materno-infantil, de modo que todos assegurem pronto atendimento à gestante e à nutriz;
- Organização das habilidades para criar parcerias entre hospitais, escolas e comunidades;
- Obtenção de conhecimentos teóricos objetivando transmiti-los, modificando condutas, demonstrando os benefícios e a importância do laço afetivo mãe-filho, gerado pela prática saudável da amamentação;
- Respeito aos sentimentos pessoais da mulher em relação à amamentação, e à individualidade de cada caso;
- Superação das situações que dificultam o aleitamento, extinguindo os fatores negativos e promovendo os facilitadores para cada casal (ZAGONEL, 1997).

2.6 A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A OMS argumenta que o parto humanizado tem início no pré-natal com o aconselhamento e explicação do processo gravídico-puerperal, considerando as necessidades da mulher na admissão e no parto; devem-se respeitar suas individualidades e desejos; durante o trabalho de parto dar liberdade de escolher a posição mais apropriada e agradável para parir, monitorar seu estado e do bebê e, após o parto, prestar os cuidados à puérpera e ao bebê (BRASIL, 2006).

Para Osava (2003), as propostas de humanização do parto recuperam técnicas de alívio da dor, sobretudo aquelas consideradas naturais e menos invasivas, como também a importância da presença do acompanhante, do suporte emocional, do apoio da equipe e da experiência da mulher em relação à dor. Este autor entende a dor não apenas como uma manifestação universal de processo um orgânico, mas como uma construção simbólica que varia conforme o contexto sociocultural e a subjetividade da mulher (forma de sentir a dor).

Os principais aspectos da humanização seriam o ato de tratar bem e atender as necessidades da puérpera, por meio da comunicação interativa a relação estabelecida entre o enfermeiro e a parturiente torna-se fundamental, pois o enfermeiro vê o corpo da mulher não como uma máquina que desenvolve o seu trabalho (parir), mas como um todo, uma pessoa que para além de cuidados físicos precisa de cuidados holísticos. (ZAGONEL, 1997)

Fialho (2008, p.12) acredita que a humanização da assistência à mulher, consiste em acolher a parturiente, respeitar sua individualidade, “[...] oferecer ambiente seguro, oportunizar um acompanhante e não intervir em processos naturais com tecnologia desnecessária”. A autora diz que a humanização do parto resgata o parto natural/normal, o ideal seria que toda mulher enxergasse o parto como o ato verdadeiro de dar a luz, um processo espontâneo, sem necessidade de grandes intervenções, e não considerá-lo como um ato médico.

Nesse sentido, Santos (2001) entende por humanização do parto o conjunto de recomendações que a OMS adotou: o incentivo ao parto vaginal; aleitamento materno; alojamento conjunto; à presença de acompanhante; à redução do excessivo intervencionismo tecnológico no progresso do parto; estímulo as técnicas mecânicas de alívio a dor (massagens, banhos, deambulação); uso cauteloso de indução intravenosa

(ocitocina); analgesia; abolição da prática de enema e tricotomia, e faz crítica significativa à excessiva medicalização do parto, sendo apontado como um dos responsáveis pelas taxas de mortalidade materno-infantil em vários países.

Esta autora entende ainda, que a mulher no momento do parto passa a se preocupar com o seu desempenho em termos do controle das emoções, e procura expressar sua dor dentro do parâmetro considerado adequado pela equipe. E, nessa perspectiva, o despreparo dos profissionais de saúde pode infringir os ideários do parto humanizado e gerar paradoxos: de um lado, advogar pelos direitos das mulheres no momento do parto, e de outro, não considerar as diferenças socioculturais entre estas mulheres. Zagonel (1997) defendem a introdução na rede pública de um novo modelo assistencial ao parto com participação e realização pelo enfermeiro obstetra com a finalidade de promover assistência à gestação e ao parto para a clientela carente, principalmente onde existe grande demanda e falta assistência médica. Santos (2001 p. 32) acredita que:

A parturiente deve ser acompanhada por pessoal devidamente capacitado, para que as intervenções ocorram quando necessárias e não como rotinas, privilegiando o bem-estar da parturiente e do conceito, tentando não utilizar métodos invasivos. Esse modelo de assistência é mais afeito às enfermeiras que atuam dentro de uma visão mais humana e holística.

Fialho (2008) afirma que o cuidado prestado à parturiente é norteado por um poder institucional expresso por meio de rotinas que retiram dessa mulher a participação ativa em todo o processo e, acredita que a assistência à parturiente deve ser humanizada e competente para permitir que as mulheres vivenciem a parturição de forma mais plena e feliz.

Segundo Osava (2003), no parto humanizado, a mulher reencontra sua autonomia, requerendo assim nova postura dos profissionais que a assistem, a enfermeira obstétrica tem papel relevante no que tange à humanização durante o processo de nascimento, no entanto afirma a necessidade de incentivo às enfermeiras obstétricas e aos demais profissionais de saúde no cuidado humanizado à parturiente.

Santos (2001) corrobora esta idéia quando afirma que existe comprometimento e responsabilidade dos vários elementos da equipe de saúde, especialmente do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica, pelo fato de permanecer 24 horas por dia

junto da parturiente, na obtenção de verdadeira e eficaz relação de ajuda, em todos os momentos de trabalho de parto.

A humanização da parturição é um ideal que está, pouco a pouco, se tornando uma realidade. Humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional, da liberdade para escolher como deseja ter o bebê, dando-lhe suporte (material, pessoal e emocional) necessário para que mãe, bebê e acompanhante escolhido vivenciem todo processo de forma mais tranqüila e feliz. Além disso, é estar/ser consciente de nossas atitudes como profissionais de saúde que estão ajudando a trazer uma nova vida ao mundo (BRASIL, 2004).

2.7 HUMANIZAÇÃO NA ASSISTÊNCIA AO PARTO E SUAS CARACTERÍSTICAS

Nos dias atuais, a questão da humanização e direitos humanos tem ocupado um considerável espaço no cenário internacional. No Sistema Único de Saúde a atenção que é dada ao parto, nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), vem negligenciando as orientações de organização e legislação, nacional e internacional, que são lideradas pela OMS, que várias pesquisas científicas, foi apontado a necessidade de modificar o modelo obstétrico em vigor (DOMINGUES, et al 2004).

No conceito de humanização ao parto na visão de Fialho (2008), deve ser incluído aspectos relacionados à mudança hospitalar, na estrutura física para que possa oferecer mais conforto, números de leitos suficientes, o espaço deve ser mais acolhedor, para que assim tenha condições de implementar as práticas de humanização. Organizando a assistência voltada para as necessidades das mães e de seus familiares, facilita a formação dos laços afetivos e o vínculo mãe-bebê, sempre ressaltando que essa humanização parte do princípio de que a atuação do profissional respeite a fisiologia e não intervenha de maneira desnecessária.

Se faz necessário também para a humanização, a presença de um acompanhante, pois o mesmo irá contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde e bem-estar da mãe e do seu filho, a sua presença dá um estímulo e aumenta a satisfação da mulher, reduzindo significativamente o número de cesáreas e a duração do trabalho de parto (BRASIL,2002).

O Ministério da Saúde pontua que a mulher e seu acompanhante tenham o direito de serem preparados para o momento do parto, visto que, o objetivo desse

preparo é favorecer o trabalho de parto e o parto, para que sejam vivenciados com maior tranquilidade e participação, resgatando o nascimento como um momento familiar. Ainda acrescenta que, a episiotomia e da posterior sutura (episiiorrafia), é um exemplo de violação do direito de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes e desagradáveis.

Nesta perspectiva, pode ser observado de acordo com Dias (2006) que parto humanizado significa um tipo de assistência que, indo além de buscar que o parto normal a qualquer custo, resgata a posição central da mulher no processo de nascimento. É uma assistência que respeita a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle da situação.

Segundo Fialho (2008), o parto humanizado não é necessariamente vaginal, visto que a cesariana também pode ser válida quando bem indicada, diferente de uma cirurgia planejada pelo casal, que irá apresentar riscos desnecessários para a mãe e o filho. O nascimento cirúrgico deve ser feito com respeito, ressaltando que naquele momento a equipe médica, não deve ficar conversando a respeito de assuntos sem importância, visando que o casal se encontra tenso, após uma longa espera, já que o trabalho de parto natural não evoluiu como se esperava, ou até mesmo o bebê pode não se encontrar bem. A equipe tem a obrigação de permitir o contato da mãe com a criança logo ao nascer, salve se a mesma não estiver bem e exija cuidados imediatos.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

O interesse em conhecer a problemática humana necessita de uma forma de fazê-lo, ou seja, um método. Esse mesmo método determinaria a melhor forma para se atingir o objeto estudado. O método seria amparado por uma filosofia ou corpo de conhecimentos que garantiriam a ele e ao produto final de sua procura, um “rigor científico”, avalizando assim uma maior consistência ou confiabilidade aos resultados finais. Por meio dos métodos científicos, Neves (1996) acredita que os pesquisadores lutam para a solução de problemas, para dar sentido à experiência humana, para compreender as regularidades dos fenômenos e para prever circunstâncias futuras.

A pesquisa social vem sendo fortemente marcada por estudos que dão valor ao uso de métodos quantitativos para descrever e explicar fenômenos. Nos dias atuais, no entanto, já se pode identificar outras maneiras de abordagem que se garante como promissora possibilidade de investigação: trata-se da pesquisa identificada como “qualitativa”. Tendo seu surgimento inicialmente no selo da Antropologia e da Sociologia, nas últimas três décadas esse tipo de pesquisa foi agregado em áreas como a Psicologia, a Educação e a Administração (NEVES, 1996).

A pesquisa qualitativa é predominantemente descritiva. Os dados coletados são mais uma forma de palavras ou figuras do que números. Estes dados incluem entrevistas transcritas, notas de campo, fotografias, produções pessoais, depoimentos ou outra forma de documento. O pesquisador qualitativo tenta analisar os dados em toda sua riqueza, respeitando, no possível, a forma de registro ou transcrição. Na abordagem investigativa de âmbito qualitativo nada é trivial, toda manifestação tem potencial para fornecer pistas importantes na construção e compreensão do fenômeno estudado. Como afirma Triviños (1987), as descrições dos fenômenos estão impregnadas de significado que o ambiente lhe imprime, produto de uma visão subjetiva. Desta forma, a interpretação dos resultados tem como base a percepção de um fenômeno num contexto.

Minayo, (1996) define método qualitativo como aquele capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

As pesquisas qualitativas diferem entre si quanto ao método utilizado, à forma que foi realizada e aos objetivos de cada estudo. Segundo Godoy (1995) a diversidade

que existe entre os trabalhos nesse campo devem ser ressaltadas, são enumerados algumas características essenciais para identificação de um trabalho desse tipo, como por exemplo, o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador funcionando como instrumento fundamental, o caráter que vem a ser descritivo, o significado que as pessoas dão as coisas e à sua vida como preocupação do investigador e o enfoque indutivo.

3.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa científica na visão de Osava (2003), objetiva fundamentalmente contribuir para a evolução do conhecimento humano em todos os setores, sendo sistematicamente planejada e executada segundo rigorosos critérios de processamento das informações. Será chamada pesquisa científica se sua realização for objeto de investigação planejada, desenvolvida e redigida conforme normas metodológicas consagradas pela ciência.

O método qualitativo é utilizado e se faz necessário para encontrar e explorar os significados dos fenômenos estudados e as suas interações que são estabelecidas, assim possibilita o estímulo e o desenvolvimento de novas compreensões sobre a variedade e a profundidade dos fenômenos sociais. Terence, Filho (2006) propõe que à compreensão de uma realidade específica, é na maioria das vezes fundamentada em dados empíricos através da técnica das práticas discursivas.

De acordo com Alves-Mazzotti, Gewandsznajder (1999) pesquisa, no sentido mais amplo, é um conjunto de atividades orientadas para a busca de um determinado conhecimento. A pesquisa científica se distingue de outra modalidade qualquer de pesquisa pelo método, pelas técnicas, por estar voltada para a realidade empírica e pela forma de comunicar o conhecimento obtido.

Alves-Mazzotti, Gewandsznajder (1999) também acrescenta que uma pesquisa é na maioria das vezes, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Sendo assim, um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório que se orientou pela abordagem quantitativa e qualitativa de pesquisa, que de um modo geral exigem a

realização de entrevistas, que podem ser longas e semi-estruturas, sendo aquelas em que o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido.

Pode-se dizer que a pesquisa qualitativa responde questões como: “o quê”, “porquê” e “como”, mas na maioria das vezes não pode responder a questão “quanto”. Podendo-se caracterizá-la como uma metodologia, que em termos gerais: envolve pequenas amostras não necessariamente representativas de grandes populações; emprega uma ampla variedade de técnicas de coleta de dados, não simplesmente o formato estruturado pergunta e resposta; ajuda na interpretação das descobertas que é uma parte integrante dos dados coletados e começa bem antes do trabalho de campo (TRIVINÕS, 1987).

Também acrescenta Trivínõs (1987) que o estudo qualitativo se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada.

Nesses casos, a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. A descrição e delimitação da população base, ou seja, dos sujeitos a serem entrevistados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, constituem um problema a ser imediatamente enfrentado, já que se trata do solo sobre o qual grande parte do trabalho de campo será assentado (NEVES, 1996).

3.2 LOCAL DA PESQUISA

O trabalho foi realizado na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, no Hospital Regional de Cajazeiras, o critério de escolha foi baseado na realidade vivida no local, visto que por ser um ambiente hospitalar que recebe uma demanda considerável de gestantes adolescentes, vindo da própria cidade de Cajazeiras e das cidades circunvizinhas que não oferecem apoio físico e estrutural para acolher esse público alvo. Tal maternidade tem capacidade de 20 leitos de obstetrícia, dos quais 8 são destinados ao alojamento conjunto, 4 ao pré-parto, 4 a enfermaria e 4 a puérperas que tiveram parto normal. O local ainda oferece uma recepção, uma sala de consulta médica, onde se

realizam procedimentos que antecedem a internação da adolescente na maternidade, um posto de enfermagem, uma sala de cuidados imediatos ao recém-nascido que também funciona para a realização dos partos naturais e sua localização é vizinha à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e ao Bloco Cirúrgico, para onde se encaminha adolescentes que irão realizar a cesárea como procedimento de parto.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Godoy (1995) escolher corretamente os sujeitos do estudo é fundamental para garantir que os resultados representem fielmente o que ocorre na população de interesse. População é um conjunto completo de pessoas que apresentam um determinado conjunto de características (parâmetros), e amostra é um subconjunto da população.

A população foi das gestantes adolescentes grávidas entre uma faixa etária de 12 a 18 que deram entrada na maternidade Doutor Deodato Cartaxo, na cidade de Cajazeiras-PB, para darem a luz no mês de maio do referido ano. A amostra foi de 14 pessoas, onde 2 se recusaram a fazer, foi uma amostra intencional, pequena se enquadrando as gestantes adolescentes grávidas que tenham feito pelo menos uma consulta de pré-natal, e que se dispuseram a participar da pesquisa, respondendo a um questionário semi-estruturado, juntamente a uma entrevista.

3.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O critério de inclusão foi às parturientes na faixa etária entre 12 e 18 anos respeitando-se a participação voluntária, que tenham feito pelo menos uma consulta de pré-natal, que tenham no momento, tido o primeiro filho. E o critério de exclusão, foi aquelas que se recusarem a participar do questionário, ressaltando que foi perfeitamente aceitável, entender aquelas que não tinham feito nenhuma consulta de pré-natal.

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A orientação metodológica desta pesquisa será baseada em Bardin (2002), Triviños (1987) e Minayo (1993).

Os dados foram coletados através de questionários semi-estruturados e as entrevistas semi-estruturadas, aquelas que partem de certos pressupostos iniciais, mas o

entrevistado pode responder livremente. Todas as entrevistas foram realizadas, gravadas e transcritas pela mesma pesquisadora.

Segundo Gunther (2003) o questionário pode ser definido como, um conjunto de perguntas sobre um determinado tópico, que não testa a habilidade do respondente, mas mede sua opinião, seus interesses, aspectos de personalidade e informações biográfica.

As parturientes da maternidade responderam aos questionários cuja perguntas contemplavam temas referentes à satisfação da paciente em relação à equipe e ao acolhimento humanizado. As variáveis determinadas para o estudo foram divididas em duas categorias: pessoais (sexo, idade, escolaridade, renda familiar) e variáveis relacionadas ao acesso, acolhimento, dificuldades considerando o cuidado em saúde prestado pelos profissionais da enfermagem que compõem a equipe tanto dos PSFs como da Maternidade.

3.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

O questionário foi aplicado na própria maternidade, na fase do puerpério. Lá foi o local mais apropriado por ser muitas vezes mais confortável do que o ambiente domiciliar de algumas delas e, devido às mesmas se encontrarem mais a vontade para responder o questionário, já que o objetivo é descrever e analisar a visão das puérperas acerca do trabalho realizado pela equipe de enfermagem durante sua permanência no local, visando se o mesmo é humanizado, ou se há a ausência deste tipo de trabalho pela equipe, ressaltando que esta última tem sido mais observada na nossa realidade, principalmente em maternidades que atendem a demanda pelo SUS.

Para realização da pesquisa na maternidade, buscou-se nos prontuários das pacientes, dados sobre a sua internação, dados pessoais, sua admissão e a partir deste pressuposto realizei uma observação durante o seu internamento, o que foi possível de realizar uma análise, do atendimento prestado pela equipe aquela adolescente, e para que a mesma pudesse formular a sua opinião a cerca do assunto que desejo trabalhar. Passou-se pela maternidade durante o mês de junho, fizemos observações do trabalho prestado pelo ambiente em questão, no momento da admissão, durante o trabalho de parto e após o parto, relacionado ao público alvo.

3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, passou-se para a análise de conteúdo de Bardin (2002); Minayo (1993). Essa etapa envolveu a organização do material de acordo com as unidades de contexto, elaboração das categorias segundo a literatura consultada, experiência pessoal da pesquisadora e, finalmente, a consolidação ou redefinição das categorias objetivando direcionar as discussões e conclusões sobre a visão das puérperas sobre a assistência humanizada. A apresentação das falas transcritas respeitou a grafia e a sintaxe utilizada pelas entrevistadas.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Foram levados em consideração rigorosamente todos os aspectos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos, conforme proposto pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. As adolescentes grávidas que aceitarem participar do estudo após a ciência assinaram o termo pós esclarecido para menores de 18 anos, para confirmar a sua participação. O projeto foi submetido à análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), em Maio/2011, e foi aprovado para realização desta pesquisa, com parecer nº 0268.0.133.000-11.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterizar os sujeitos informantes e contribuir para a análise dos dados, a pesquisa encontra-se organizada em três momentos: o primeiro a caracterização sócio econômica das puérperas, enfocando faixa etária, o estado civil, o grau de escolaridade, renda familiar, procedência, idade em que começou a vida sexual, se já fez uso de anticoncepcional e quem a acompanhou na maternidade. No segundo momento, são abordados os dados sobre o pré-natal, quantas consultas foram realizadas, orientações ao tipo de parto, aleitamento materno e intercorrências. O terceiro momento é caracterizado por perguntas subjetivas visando à expectativa das adolescentes em relação ao atendimento que receberam na maternidade.

4.1 QUANTO À CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA DAS ENTREVISTADAS

A seguir serão evidenciados na tabela abaixo os dados da caracterização da população estudada, segundo a faixa etária, estado civil, escolaridade, renda familiar, procedência, início da vida sexual, uso de anticoncepcional e quem fez o acompanhamento da gestante até a maternidade.

Tabela 1 - Caracterização do perfil das adolescentes grávidas segundo a faixa-etária, estado civil, escolaridade, renda familiar e procedência

Variáveis	F	%
Faixa etária		
14	01	8,3%
16	02	16,6%
17	03	25%
18	06	50%
Estado Civil		
Casada	04	33,3%
Solteira	08	66,7%
Procedência		
Cajazeiras	05	41,7%
Outras cidades (Sítios Circunvizinhos)	07	58,3%
Renda familiar	12	100%
De 1 a 2 salários		
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	01	8,3%

Ensino Fundamental Incompleto	06	50%
Ensino Médio Incompleto	05	41,7%

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

A tabela 1 mostra que o grupo estudado compõe-se de mulheres na faixa etária de 14 a 18 anos de idade. Das 12 mulheres entrevistadas 8,3% está na faixa etária de 14 anos, 16,6% 16 anos, 25% 17 anos e 50% 18 anos. Sendo assim podemos observar que todas elas se encontraram na faixa etária da adolescência e que a mais prevalente foi a de 18 anos de idade.

No que diz respeito sobre o estado civil das adolescentes, observou-se que a maioria delas é predominantemente solteira.

Com relação à escolaridade, 8,3% tem o ensino fundamental completo, 50% têm o ensino fundamental incompleto e 41,7% tem o ensino médio incompleto. Esses valores evidenciam que a maioria das adolescentes entrevistadas possui um grau de escolaridade insuficiente para compreender as alterações fisiológicas e psicológicas que surgem juntas com uma gravidez na adolescência

Em relação à renda familiar 100% foi de 1 a 2 salários mínimos e a procedência das mesmas foi 41,7% natural da cidade de Cajazeiras e 58,3% natural de cidades circunvizinhas, o que demonstra que a maternidade Dr. Deodato Cartaxo atende a uma demanda maior de adolescentes de outras cidades e com baixa renda do que da própria cidade com uma condição social mais relevante.

TABELA 2. Início da vida sexual, uso de anticoncepcional e quem fez o acompanhamento da gestante até a maternidade.

Variáveis	F	%
Idade que iniciou a vida Sexual		
13 anos	01	8,3%
14 anos	01	8,3%
15 anos	04	33,3%
16 anos	02	16,6%
17 anos	02	16,6%
Não Lembra	02	16,6%
Já usou anticoncepcional		
Sim	07	58,3%
Não	05	41,7%
Tipo de anticoncepcional usado		

Comprimido	06	50%
Injeção	01	8,3%
Não toma nenhum tipo	05	41,7%
Quem Orientou o uso da Medicação		
Farmacêutico	01	8,3%
Médico	01	8,3%
Enfermeiro	01	8,3%
Por conta própria	04	33,3%
Não toma nenhum tipo	05	41,7%
Quem Acompanhou na Maternidade		
Mãe	05	41,7%
Vizinha	01	8,3%
Amiga	02	16,6%
Sogra	02	16,6%
Sozinha	01	8,3%
Irmã	01	8,3%

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

O quesito idade em que começou a idade sexual variou, 8,3% começou com 13 anos de idade, 8,3% não lembra a idade na qual começou a vida sexual, 33,3% começou com 15 anos de idade, 16,7% começou com 16 anos de idade e 16,7% começou com 17 anos de idade, 16,6% não lembram quando iniciou, o que deixa claro o início da vida sexual precoce vivido por adolescentes, os mesmos ao praticarem essa vida sexual ativa, não apresenta maturidade suficiente para entender o que vai acontecer nem as consequências daqueles atos, muitos praticam sexo sem prevenção o que explica claramente o número absurdo de adolescentes grávidas no mundo, sem esquecer de ressaltar o índice de contaminação por doença sexualmente transmissível.

A questão de uso de anticoncepcional 58,3% já fez uso e 41,7% nunca fez, onde 50% usou comprimidos e 8,5% fez uso de injetável. No sentido da orientação para o uso, 8,3% fez uso por indicação do farmacêutico, 8,3% por indicação médica, 8,3% por indicação da enfermeira e 33,3% fez uso por conta própria, o que deixa a desejar no atendimento das Unidades Básicas de Saúde, na prevenção e promoção da saúde, em atividades educativas na prevenção de gravidez precoce, visto que 41,7% nunca fizeram uso de nenhum método de contracepção, o que é grave no mundo em que vivemos, já que os adolescentes iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo.

Na questão de quem acompanhou a adolescente até a maternidade e permaneceu lá com a mesma houve variação, 41,7% foi com a mãe, 8,3% foi com uma vizinha, 16,7% foi com uma amiga, 16,7% foi com a sogra, 8,3% foi com a irmã e 8,3% foi

sozinha. Deu pra perceber que a maioria das adolescentes prefere ir com a mãe, ressaltando que ainda houve participante que foi só o que revela um descaso da família.

A análise da segunda parte do questionário teve o intuito de verificar se durante o pré-natal as adolescentes realizaram as consultas da forma que é preconizado o Ministério da Saúde, se as mesmas receberam orientação sobre o tipo de parto, aleitamento materno, e o índice de intercorrências nas gestações.

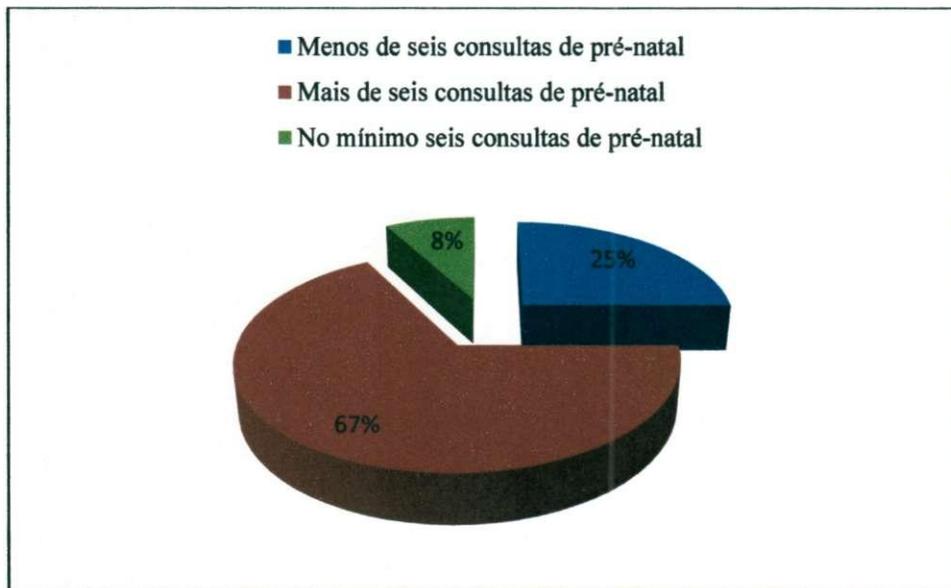


GRÁFICO 1: Quanto às consultas realizadas durante o pré-natal
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

O gráfico 1 Ao responder aos quesitos as parturientes descreviam a experiência vivenciada por elas no pré-natal. Um total de 67% realizou mais de seis consultas, o que é satisfatório visto que para o pré-natal ser realmente validado ele tem que conter no mínimo seis consultas, visto que a assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isso, é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12ª semana de gestação, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante ou ao feto. No entanto, nas pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado individualmente e de acordo com a gravidade de sua doença.

Apenas 8,3% realizaram no mínimo seis consultas e 25% menos de seis consultas, o que não deixa de requerer um pouco mais de atenção na busca ativa das USB, para convencer a esta gestante a iniciar o pré-natal cedo, onde muitas vezes elas fogem das consultas por medo, vergonha ou insegurança.

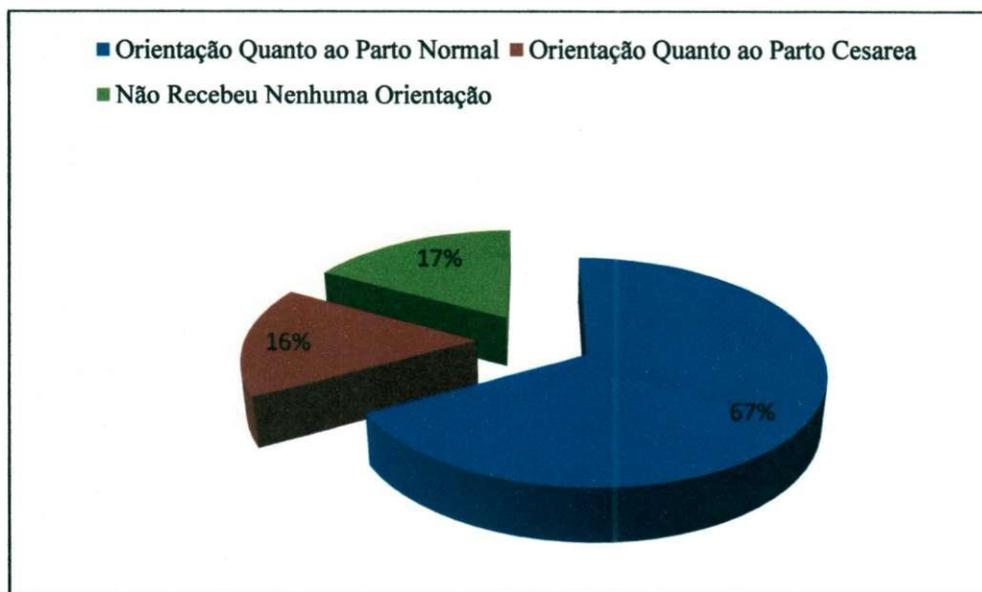


GRÁFICO 2: Em relação á orientação dada durante o pré-natal sobre o tipo de parto a ser realizado

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Relacionado ao tipo de parto, 66,7% receberam orientação para vir a ter parto normal, 16% a ter parto cesárea, o que acredito que não deveria existir no pré-natal, a não ser que a mesma já tivesse indicação, como por exemplo, se o feto se apresentasse pélvico ou transverso, pré-eclampsia ou eclampsia, descolamento prematuro de placenta, no entanto nenhuma apresentou algum desse tipo de intercorrência para receber orientação à cesariana. Ainda totalizando 17% das adolescentes referem não ter tido esse tipo de orientação durante o pré-natal, outra falha grave que deve ser corrigida, no intuito de seguir o que vem sendo preconizado que é o parto natural.

De acordo com Silva et al (2006) ao primeiro contato com a gestante, deve-se oferecer informações quanto aos hábitos de vida, orientação alimentar, atividade física, noções do parto e aleitamento materno e oferecer testes de para o diagnóstico e tratamento precoce de patologias que possam comprometer a saúde da mãe e/ou do feto.

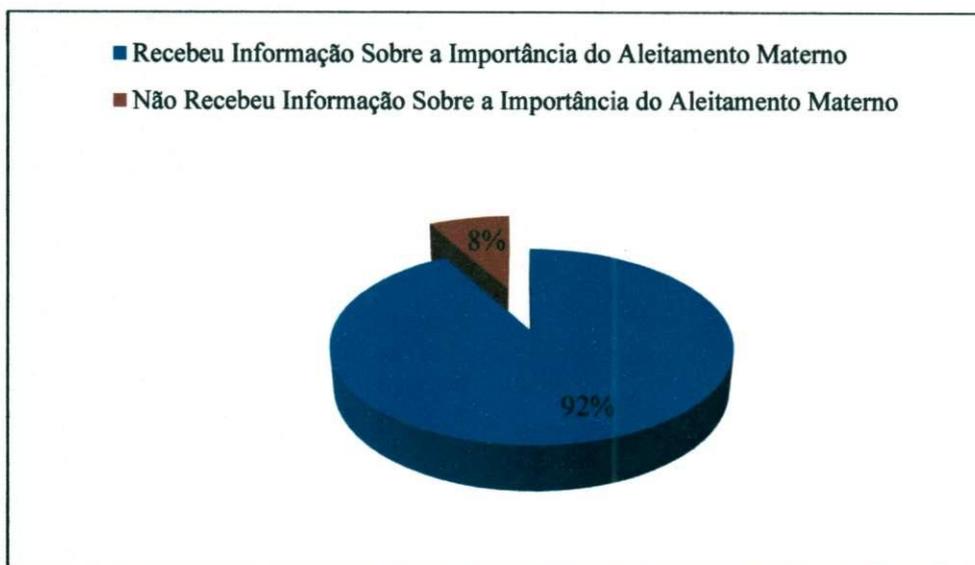


GRÁFICO 3: Quanto à importância do aleitamento materno
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Em relação à orientação sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, o resultado foi bem satisfatório 91,7% afirmou ter recebido essa orientação e apenas 8,3% refere não ter recebido.

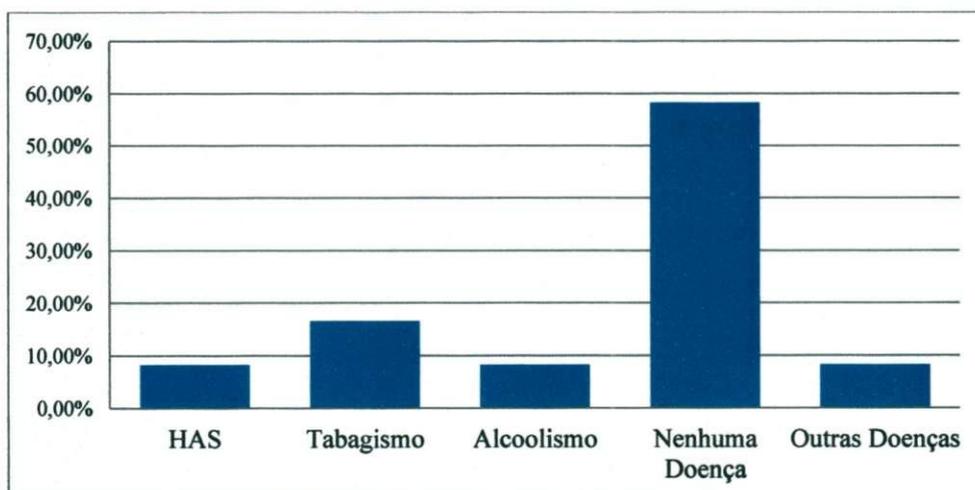


GRÁFICO 4: Quanto às intercorrências durante a gestação das adolescentes
FONTE: Própria Pesquisa/2011.

No quesito intercorrências, 8,3% apresentou HAS, 16,6% tabagismo, 8,3% alcoolismo, 58,3% não apresentou nenhum problema durante a gravidez e 8,3% apresentou outras doenças as quais não foram mencionadas no instrumento de coleta. Uma das tabagistas referiu fumar apenas um cigarro por dia e a outra oito. Esta é uma situação delicada que requer um acompanhamento mais de perto do enfermeiro da

unidade, não deveria existir casos como este, os riscos devem ser expostos e tentar tirar a adolescente desta vida deve ser uma meta a ser alcançada por quem está realizando o pré-natal, não podendo esquecer que deve ser incluída nas estratégias de prevenção, a averiguação de atitudes frente à adolescente que engravidou.

4.2 O ATENDIMENTO NA MATERNIDADE: AS NARRATIVAS DAS ADOLESCENTES.

Com o intuito de apreender as expectativas das adolescentes em relação ao atendimento, que receberam na maternidade no momento da internação para a assistência ao trabalho de parto e sua experiência durante o tempo que permaneceram internadas, inclui na pesquisa uma série de perguntas que elencavam esse fator.

Primeiramente foi questionado o que elas achavam sobre a presença do acompanhante na sala de pré-parto e na sala de parto, embora essa prática não seja realizada na rotina de cuidados de enfermagem obstétrica, na idealização do atendimento humanizado os profissionais colocam a importância desta presença para tranquilizar a gestante, na visão de algumas das entrevistadas esse seria um ponto de apoio a mesma na hora do parto, onde as sujeitas enfatizaram a presença da mãe como acompanhante, vejamos como foi revelado:

Sim, na hora a gente sente muita dor o único nome que eu chamava era o da minha mãe é como se ela fosse comigo e minha dor fosse passar. (ENTREVISTADA 2).

Gostaria que a minha mãe estivesse comigo na hora para me ajudar já estava com Nossa Senhora do bom parto só faltava minha mãe. (ENTREVISTADA 8).

Porém, mesmo reconhecendo a importância do acompanhante para a adolescente algumas se recusavam a tê-lo com a mesma na sala de parto:

Não prefiro ir só com o povo do hospital mesmo porque senão eu ia era ficar mais aguniada e com medo. (ENTREVISTADA 5).

Pra mim não interessa quem tá perto, porque a gente sente tanta dor que não faz a menor diferença, não me importo de ir só com a galera do hospital. (ENTREVISTADA 10).

Dando continuidade ao estudo, é importante saber qual a atuação da Enfermagem na hora do parto, a participação do enfermeiro no processo de trabalho de parto, expulsão e nascimento, proporciona fundamentalmente satisfação à parturiente e ao profissional segundo Fialho (2008), o que foi evidenciado na maioria das respostas, porém algumas relatam não terem recebido essa atenção:

Só eu e Deus que me ajudou coloquei força sozinha sem ajuda de ninguém. (ENTREVISTADA 7).

Elas falavam muitas coisas, mas eu estava tão nervosa que mandei elas calarem a boca, elas queriam me ajudar mas eu tava muito aguniada. (ENTREVISTADA 2).

Na visão da maioria a Enfermagem na hora do parto realiza a sua função de fato e de direito, dessa forma, o enfermeiro deve conhecer a situação da parturiente, para poder interpretar e obter uma compreensão informada do seu sofrimento. O objetivo dessa compreensão informada é selecionar estratégias mais adequadas para resolver o problema da mesma (MESQUITA, 2008). Vejamos:

Nossa Senhora, elas me ajudaram muito nunca pensei na minha vida que elas fossem me ajudar tanto, me tratar tão bem. (ENTREVISTADA 1).

A enfermeira me ajudou, conversava comigo me orientava a colocar força pra baixo, me ajudou o tempo inteiro. (ENTREVISTADA 11).

Analisando o comportamento da equipe durante o trabalho de parto, enfatizando o comportamento verbal dos mesmos e das atitudes tomadas diante da situação, por serem mães adolescentes, uma boa parte relatou que foi bem tratada, que durante o nascimento do seu filho, não ouviram comentários desnecessários, ao contrario, sempre estavam incentivando e deixando bem claro que tudo ia da certo.

Eles me ajudaram muito, diziam coloque força que vai da tudo certo, ai eu também só coloquei duas forcas pra nascer e a de um negocio lá que chamaram de placenta. (ENTREVISTADA 9).

Nesse contexto, o trabalho conjunto entre todos os profissionais envolvidos permitiria uma atenção menos intervencionista, prevendo que a atuação desses deva se complementada e que deva haver respeito aos limites de atuação de cada categoria (McCALLUM, REIS, 2006). Entretanto, tiveram outras opiniões:

Durante o parto a médica falava umas coisas, mas ela era chata e grossa, além de ficar falando umas coisas lá sem necessidade. (ENTREVISTADA 6).

Na hora do parto só falava pra eu colocar força, força, e nada deles me ajudarem pra minha filha sair. (ENTREVISTADA 11).

No quesito de auxílio para controle da dor por meios não invasivos e não farmacológicos, foi detectado que esse tipo de atendimento é realizado pela fisioterapeuta de plantão, que a equipe de enfermagem não participa o que de fato não impede da enfermeira também participar desse método de alívio, visto que um pré-parto adequado requer uma enfermagem cuidadosa e carinhosa, sem ressaltar que humanizar é promover assistência de qualidade a parturiente através do alívio a dor, do conforto físico e emocional.

Ah me ajudou muito sim, mas foi à fisioterapeuta que me colocou em uma bola, fez massagens, caminhou comigo, ela foi muito legal. (ENTREVISTADA 1).

Porém, algumas relataram que não tiveram essa assistência:

Nam, num fizeram foi nada com eu, fiquei aqui sozinha mais mãe, morrendo de dor ninguém nem pra vir aqui perguntar se eu tava viva ou morta. (ENTREVISTADA 4).

Aqui mesmo ninguém fez nada comigo, fiquei o tempo inteiro sozinha, sofrendo calada e só. (ENTREVISTADA 3).

Na questão do primeiro contato mãe/filho, a maternidade não deixou a desejar. De um modo geral todas as mães tiveram esse contato de imediato com o seu filho, na

exceção de um RN que foi levado aos cuidados imediatos, pois nasceu com graves problemas respiratórios. Esse é um fator importante visto que essas adolescentes estão ali extremamente ansiosas para ver o filho nascer, ouvir o primeiro choro e pegá-lo nos braços em seus primeiros momentos de vida.

A equipe de Enfermagem também deve estar preparada para dar atenção a uma mãe adolescente que não pode ver ao filho ao nascer, é angustiante você esperar nove meses para ver o rostinho do seu filho e o mesmo ao sair da sua barriga ir direto para uma sala de cuidados neonatal. A enfermeira deve estar ciente que para uma mãe ver seu bebê sendo tirado de seus braços sem poder acariciá-lo em sua chegada ao mundo é, inicialmente, algo de difícil de ser abarcado por elas.

Em relação ao aleitamento materno na primeira hora de vida, para evitar que o RN venha a ter problemas de saúde como uma hipoglicemia, por exemplo, deixou um pouco a desejar, em torno de 40% das entrevistadas não receberam esse tipo de orientação, o que vem a ser um problema, visto que essas adolescentes além de se apresentarem leigas diante do assunto, não apresentam experiência alguma em relação à maternidade, muitas delas relataram que não sabiam amamentar, que o filho não apresentava uma boa pega e uma sucção satisfatória, um problema que deve ser resolvido pela equipe de enfermagem. E vale ressaltar que quando elas recebiam esse tipo de orientação era apenas dizendo para amamentar logo, sem explicar o real motivo desse aleitamento precoce.

A enfermeira apenas me falou, ao chegar na sala amamentar logo. (ENTREVISTADA 9).

Ou então respondia assim:

Não ninguém me deu esse tipo de orientação, amamentei logo porque minha sogra disse que ela tinha que mamar logo pra ficar forte. (ENTREVISTADA 1).

Na questão de chamar a parturiente pelo o seu nome ao invés de mencionar outros, a equipe apresentou-se bem respeitadora visto que a maioria afirmou que na hora do parto era chamada pelo o seu nome, o que considero um ponto de bastante relevância, para enfatizar que os profissionais estão cumprindo o que é preconizado, fazendo valer dessa forma o direito de a paciente ser chamada pelo o seu nome. Porém, algumas ainda afirmaram que na hora alguém as chamava de “mãezinha”, podendo até parecer um tratamento carinhoso, sendo que foge das normas, todas tem o direito de

serem chamadas pelo o seu nome o que demonstra da parte do profissional respeito, atenção e compromisso com as mesmas.

Relacionado à privacidade das parturientes na hora do parto, pude notar que vai depender muito de pessoa a pessoa, por exemplo, a exposição de todas é a mesma, no entanto, algumas se envergonham mais quando são tímidas, outras acham irrelevante, houve diversidade nas respostas, mas pude observar que a exposição e de uma forma igual para todas. Vejamos:

Eu não tive vergonha nenhuma a dor é maior você só pensa em parir logo. (ENTREVISTADA 9).

Achei muito ruim, é horrível você ficar sem roupa toda aberta na frente de muita gente. (ENTREVISTADA 3).

Fiquei com vergonha porque me deixaram sem roupa muito tempo naquela cama na sala de cirurgia. (ENTREVISTADA 12).

Eu tive privacidade, mas eu achei ruim ficar sem roupa na frente de muita gente, porque sou muito tímida. (ENTREVISTADA 4).

Ao tratar da visita de Enfermagem no leito da parturiente para avaliar como está sendo o atendimento prestado no pós-parto, concluí que deixa muito a desejar, visto que em uma maioria das respostas pude perceber certo descaso em relação a essa preocupação da equipe para a paciente, as respostas eram bem sucintas:

Sim, a enfermeira passa aqui e pergunta como eu estou me sentindo. (ENTREVISTADA 7).

Passa sempre para saber como eu estou e se minha filha está amamentando. (ENTREVISTADA 3).

A visita de enfermagem no pós-parto deve se estender além de saber como a puérpera está se sentindo, ou se a mesma está amamentando, o que deve ser feito é um acompanhamento direto, onde o enfermeiro deve demonstrar preocupação com aquela paciente, orientar, aconselhar, ouvir, pois agora a vida daquela adolescente é outra, quando foi perguntando se o enfermeiro passava esse tipo de informação de como a mesma deveria seguir sua vida agora depois do nascimento do seu filho a resposta foi unânime:

Não, esse tipo de informação nunca ninguém passou aqui para me da. (ENTREVISTADA 5).

A humanização deve se estender e não se delimitar apenas ao parto, esse é o momento de mais importância para a participação efetiva da equipe de enfermagem, de acordo com Canto (2008) que diz ser de fundamental importância uma atenção qualificada e humanizada durante o pré-natal e puerpério para se alcançar uma boa saúde materna e neonatal. Para que este programa aconteça é relevante que os profissionais da área da saúde compreendam a parturiente como um todo e não como apenas mais um paciente que é admitido no seu setor de trabalho e depois recebe alta hospitalar.

Apesar de toda a problemática encontrada pude notar alguns avanços na maternidade em estudo, o progresso é visível, porém lento, mas ao perguntar as adolescentes se elas voltariam a tal maternidade para ter um segundo filho, a maioria respondeu que sim, porém algumas ressaltaram que não desejariam ter mais filhos, porém se por acaso tivesse voltaria a ter no mesmo local. Não estamos mais diante de uma utopia, a humanização é totalmente possível basta apenas ser um pouco mais trabalhada, por esse motivo é que ainda surgem algumas queixas:

Não fui bem atendida, quando cheguei aqui eles me deixaram jogada nem cama tinha, sofri 16 horas e só fui cirurgiada nas últimas. (ENTREVISTADA 12).

Ave Maria. (Risos). Não, sofri muito, fui bem atendida, mas não voltaria aqui porque eles deixam a gente sofrer muito. (ENTREVISTADA 10).

Filho? Pra mais nunca, gostei muito do atendimento daqui é ótimo, não tenho do que reclamar. (ENTREVISTADA 6).

Gostei muito do atendimento, porque para ganhar neném a gente sofre em qualquer lugar. (ENTREVISTADA 8).

Humanização é uma proposta que acredita na possibilidade de mudança de um evento comum a todos os seres humanos: o nascimento, este é um desafio para melhorar o mundo, melhorar a vida porque foi mudada a forma de nascer (BRASIL, 2002).

Dessa forma encerramos nossa análise, destacando a necessidade de se repensar as práticas de saúde quanto à assistência as mulheres, adolescentes grávidas para se efetivar de fato, uma assistência humanizada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As adolescentes não conhecem a proposta de humanização da assistência ao parto, sem informações necessárias sobre as diferentes formas de cuidados e uma possibilidade real de opção resta, a estas usuárias, apenas a conformidade com o cuidado “tradicional” oferecido. É praticamente impossível, portanto, para a parturiente, construir um plano de parto com as opções de um atendimento humanizado a menos que os profissionais, durante o acompanhamento pré-natal, estabeleçam uma relação diferente com as adolescentes. A importância do apoio do parceiro e da família na gestação e de grande relevância, surgindo assim à necessidade dos serviços de pré-natal inclui-los no atendimento.

Na perspectiva das entrevistadas, o parto é a conclusão de sua transformação em mães, no sentido social e cultural dessa concepção, ou seja, é algo que as legitima e valoriza um momento definitivo e conclusivo de um rito de passagem para um novo status social, o de mãe. De outro lado, os profissionais de saúde na sua maioria resistem em validar plenamente esse sentido, contribuindo para produzir as condições de uma experiência difícil, em que a passagem para esse status é vivida de modo extremamente sofrido e solitário.

Este estudo evidenciou também, a freqüente relação entre gravidez e abandono escolar, apontando para um possível agravamento das condições sócio econômicas dessas adolescentes, que terão limitadas suas possibilidades de ocupação e sustento, de si e de seus filhos, pude identificar que o acompanhamento pré-natal foi, em geral, realizado de maneira assídua e com início precoce. Entretanto, os Serviços de Saúde e a Escola foram poucas vezes apontados como “orientadores”, sugerindo que essas instituições não estão cumprindo a contento seu papel social frente às questões dessa natureza.

Ainda foi revelado através da pesquisa, que apesar de, na maior parte das vezes, a gestação não foi planejada, porém esta foi aceita. A visão idealizada dessas garotas acerca da gravidez e a ausência de preocupação com problemas concretos do dia-a-dia, incluindo seu sustento, estudo, trabalho, realização pessoal e outros ficou clara. Também ficou evidente a forma idealizada com que falam de suas expectativas futuras, especialmente as mais novas, não apresentando alternativas concretas e não visualizando caminhos promissores na sociedade em que estão inseridas.

Os resultados obtidos neste estudo são subsídios para uma reflexão acerca do parto e nascimento humanizados, como também para repensar as estratégias a serem utilizadas com parturientes nesse modelo de assistência.

Espera-se que, através da sensibilização das equipes, tanto médica quanto a de enfermagem, a instituição tenha condições de avançar, ampliar e consolidar o modelo de assistência humanizada à mulher no seu ciclo grávido-puerperal, implementando uma nova forma de gestão nos seus serviços, englobando, nessa assistência, não só enfermeiros, mas também toda a equipe de saúde que assiste a parturiente no ato de parir.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2 ed. São Paulo: Pioneira, 1999. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002. Disponível em: http://www.filch.usp.br/dl/simcam4/downloads_anais/SIMCAM4_Ricardo_Goldemberg_e_Cristiane_Otutumi.pdf. Acesso em: 22 de abril de 2011.

BRASIL, **Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Ministério da Saúde: Brasília, 2002. Disponível em: <http://www.portalhumaniza.org.br/ph/textoasp?id=80> Acesso em: 21 de abril de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Cad. nº5. Brasília, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf Acesso em: 20 de abril de 2011

CANTO, Jeniffer de Medeiros. **A importância da Humanização durante o Pré-Natal e Puerpério**. Artigo Publicado em: 5/11/2011. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/10840/1/A-Importancia-da-Humanizacao-Durante-O-Pre-Natal-e-Puerperio/pagina1.html#ixzz1K4aKGCSw> Acesso em: 20 de abril de 2011.

CATHARINO, Tânia Ribeiro; GIFFIN, Karen. **Gravidez e Adolescência – investigação de um problema moderno**. XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

DAVIM, Rejane Marie Barbosa; BEZERRA, Luiz Gonzaga de Medeiros. **Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência**.

Revista Latino-Americana de Enfermagem 2002 setembro-outubro; 10(5):727-32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n5/v10n5a16.pdf> Acesso em: 24 mar. 2011.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos; LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 1:S52-S62, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/06.pdf> Acesso em: 24 mar. 2011.

DIAS, Marcos Augusto Bastos. **Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas do cotidiano de uma Maternidade Pública**. TESE. Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.bvsam.icict.fiocruz.br/teses/mabdias.pdf>> Acesso em: 20 de abril de 2011.

DAMIANI, Fernanda Eloisa. **Gravidez na adolescência: a quem cabe prevenir?**. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (RS) 2003 ago;24(2):161-8.

FIALHO, Tatiana Cupertinho. **O papel do Enfermeiro no Parto Humanizado**. TESE. Viçosa, 2008. Disponível em: <<http://www.evata.com.br/downloads/MONOGRAFIA%20MODELO%20TATIANA%20CUPERTINO%20FIALHO.pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2011.

GODINHO, Roseli Aparecida et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Revista Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto** - v. 8 - n. 2 - p. 25-32 - abril 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n2/12414.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2011.

GODOY, Arilda S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, vol.35, n.2, Mar/Abr. 1995. Disponível em: <<http://fcap.adm.br/revistas/RCA/HTML/v01/RCAv01a14.htm>>. Acesso em: 17 abr. 2011.

GUNTHER, H. **Como Elaborar um Questionário** (Série: Planejamento de Pesquisa nas Ciências Sociais, Nº01). Brasília, DF: UnB, Laboratório de Psicologia Ambiental, 2003. Disponível em: <<http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2006/epistemico/01Questionario.pdf>> Acesso em: 17 abr. 2011.

LIRA, Joseneide Barbosa; DIMENSTEIN, Magda. Adolescentes avaliando um projeto social em uma unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 37-45, 2004.

LYRA, Jorge Lyra et al. (orgs.). **Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas**. Recife: Instituto PAPA/MAB/Canto Jovem, 2010. 136p.

MINAYO, M. C. De S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo, 1996. 269p.

MESQUITA, Ana Maria Otoni. **O significado da gravidez na adolescência a partir da ótica dos profissionais de saúde**. Rio de Janeiro; s.n; 2008. 220 p.

McCALLUM, Cecilia, REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7):1483-1491, jul, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/12.pdf>> Acesso em: 24 mar. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher**. FEBRASCO/ABENFO. Brasília, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/parto_aborto_puerperio.pdf> Acesso em: 20 abr. 2011.

NEVES, J.N. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo; vol.1, Nº 3, 2º SEM./1996. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2011.

OSAVA, R. H. **Parto Humanizado: Importante mudança para a saúde**, São Paulo: Nursing, revista técnica de enfermagem, n.6, p.10-11, fevereiro 2003. Disponível em: <http://www.fassp.edu.br/uploads/monografias_138.pdf> Acesso em: 18 de abril de 2011.

SANTOS, B. A. **A percepção da Parturiente frente ao parto realizado pela enfermeira obstétrica.** Curitiba: UFPR, 2001. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Universidade Federal do Paraná, 2001. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/download/Catalogo2005060507.pdf>> Acesso em: 17 de abril de 2011.

SANTOS-FILHO, Serafim Barbosa. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.4, pp. 999-1010. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232007000400021.

TERENCE, A.C.F., FILHO, E.E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização.** Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2006_tr540368_8017.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. - **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo, Atlas, 1987. 175p.

ZAGONEL, I. P. S. **Contribuição do cuidado de enfermagem à humanização da parturição.** *Revista Cogitare Enfermagem*, v. 2, n. 2, p. 34-38, 1997. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/revisao_02.htm> Acesso em: 17 de abril de 2011.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA – UACV
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO ECONÔMICA DAS PUERPERAS

1- Idade ____ anos (completos)

2- Estado civil: () casada () solteira () divorciada () viúva

Endereço:

BAIRRO:

Cidade:

Escolaridade () Ensino fundamental completo () Ensino fundamental incompleto
() Ensino Médio incompleto

Renda Familiar: () 1 a 2 salários mínimos () 3 a 4 salários mínimos () Mais de 4
salários mínimos.

Com que idade iniciou sua vida sexual?

Já usou anticoncepcionais? De que tipo? Quem lhe orientou a usar?

Acompanhada por:

Grau de parentesco:

INFORMAÇÕES SOBRE O PRÉ NATAL

1) Quantas consultas de pré-natal você realizou?

Menos de 6 () No mínimo 6 () Mais de 6 ()

2) Durante o pré-natal você foi orientada à:

Parto normal () Parto Cesárea () Não recebeu esse tipo de orientação ()

3) No pré-natal você foi informada sobre a importância do aleitamento materno
exclusivo até os 6 meses?

Sim () Não ()

4) Durante a gestação você teve alguma intercorrência?

() HAS () DMG () DPP () Uso de álcool () Uso de drogas ()

Tabagismo Quantos cigarros/dia ____ () Outras doenças

() Nenhuma Doença

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARANÁ

EXPECTATIVAS DAS ADOLESCENTES EM RELAÇÃO AO ATENDIMENTO QUE RECEBERAM NA MATERNIDADE

1. O que você acha da presença do acompanhante na sala de pré-parto e na sala de parto?
2. A equipe de Enfermagem te orientava ao que fazer na hora do parto?
3. Foi encorajada durante o parto, ouvindo palavra de incentivo? Houve algum comentário desnecessário?
4. Teve auxílio para controle da dor por meios não invasivos, não farmacológicos (massagens, banho, técnicas de relaxamento, etc)...
5. Teve contato com o bebê logo que nasceu? (Não se aplica se houve intercorrências com o RN)
6. Foi estimulada à amamentação na primeira hora?
7. Você foi chamada pelo seu nome?
8. Você achou que teve privacidade (que foi exposta somente o necessário)?
9. O enfermeiro passa sempre aqui no seu leito para saber como você está se sentindo?
10. Você recebe orientações do enfermeiro de como deve seguir a vida a partir do nascimento do seu filho?
11. Voltaria para ter um segundo filho aqui nessa maternidade? Por quê?

ANEXO(S)

ANEXO A
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM
PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**Titulo da Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS.**

Eu, **Aissa Romina Silva do Nascimento**, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, portadora do RG: 1839967 SSP-PB declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Profa. Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento
Orientadora

Érika Gualberto Coura
Orientanda

Cajazeiras, ____ de _____, 2011.

ANEXO B
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**PESQUISA: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA
ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS.**

Eu, **Aissa Romina Silva do Nascimento**, Professora da Universidade Federal de Campina Grande, portadora do RG: **1839967 SSP/PB** e CPF: **023.643.454-30** comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

Cajazeiras, _____ de _____, 2011.

ANEXO C
TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE
DADOS EM ARQUIVO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
GARZEMAS PARAÍSO

TERMO DE COMPROMISSO PARA COLETA DE DADOS EM ARQUIVO

Título do projeto: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS.

Pesquisadores:

Os pesquisadores do projeto acima identificados assumem o compromisso de:

- I. Preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados;
- II. Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- III. Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa.

Cajazeiras, _____ de _____, 2011.

Nome do Pesquisador Responsável

Assinatura do Pesquisador
Responsável

Nome(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

Assinatura(s) de todos pesquisador(es) participante(s)

ANEXO D
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Prezada Senhor(a),

Esta pesquisa é sobre **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS** e está sendo desenvolvida por **ÉRIKA GUALBERTO COURA**, aluna do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores(CFP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), campus de Cajazeiras, sob a orientação da Profa. **AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO**

O objetivo geral do estudo é: Analisar a assistência de enfermagem a partir da visão das puérperas, na cidade de Cajazeiras.

Solicitamos a sua colaboração para a aplicação de questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador(a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura do Pesquisador(a)

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor contatar o pesquisador(a) **ÉRIKA GUALBERTO COURA**

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS - PARAIBA

Endereço: Rua Manoel Medeiros Nº 246 Bairro: Centro

Fone: 83-87619852

Cajazeiras, _____ de _____ de 2011.

ANEXO E
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES
DE 18 ANOS**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de _____ anos na a Pesquisa **“GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS.**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **“GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS** terá como objetivo geral Analisar a assistência de enfermagem a partir da visão das puérperas.

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que seja realizada a entrevista e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 9996-8057 com Aissa Romina Silva do Nascimento.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador Responsável _____

Assinatura do responsável legal pelo menor _____

Assinatura do menor de idade _____



Assinatura Dactiloscópica
menor

Responsável legal

Assinatura do participante

de idade

ANEXO F
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS**CNPJ: 08.778.268.0020-23****Rua Tabelião Antônio Holanda, S/N. Bairro Barão do Rio Branco****TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado **“GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS PUÉRPERAS”** desenvolvida pela aluna Érika Gualberto Coura do Curso Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Campina Grande sob a orientação da professora **AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO**

Cajazeiras, ___ de _____, 2011.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO G
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP - UEPB



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ - REITORIA DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB

**PROJETO: CAAE N: 0268.0.133.000-11
DATA DA ENTREGA: 10/06/2011
PARECER**

x APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

**TITULO: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA PARA AS
PUÉRPERAS.**

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO

ORIENTANDO: ERIKA GUALBERTO COURA

PARECER: O projeto aborda temática relevante e, considerando a objetividade e clareza do pesquisador, bem como a observância aos aspectos éticos, somos de parecer favorável ao desenvolvimento da pesquisa. Entretanto, recomendo adequação no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) nos moldes da Resol.196/96 do CNS/MS. No entanto, somos favoráveis pela aprovação do referido projeto.

Campina Grande, 13 de junho de 2011

Relator: 09

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

**Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa**