

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO AO TRABALHO DE PARTO E PARTO DE ADOLESCENTES

EVALUATION OF THE QUALITY OF LABOR OBSTETRIC AND DELIVERY CARE TO TEENAGERS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN AL TRABAJO DE PARTO Y PARTO DE ADOLESCENTES

Lílian Machado Vilarinho^I
Lidya Tolstenko Nogueira^{II}
Elizabeth Eriko Ishida Nagahama^{III}

RESUMO: Pesquisa avaliativa que objetivou avaliar a qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto de adolescentes com filhos nascidos vivos em instituição de saúde de Teresina, Piauí, e identificar fatores associados à qualidade da atenção. Foram analisados 174 prontuários e entrevistadas 44 adolescentes de maio a julho de 2010. Com base em recomendações do Ministério da Saúde, selecionaram-se indicadores relacionados ao processo assistencial. A qualidade da atenção foi categorizada em adequada superior, adequada, intermediária e inadequada. Utilizou-se estatística descritiva uni e bivariada, adotando-se nível de significância de 5%. Verificou-se que a atenção ao trabalho de parto e parto foi adequada para 24,7% das adolescentes. Identificou-se que as adolescentes que realizaram menos de seis consultas no pré-natal, ou com antecedentes de cesárea, receberam atenção intermediária ou inadequada ao parto. Há necessidade de melhoria da qualidade e humanização da assistência durante o trabalho de parto e no processo de parturição.

Palavras-chaves: Avaliação em saúde; adolescente; trabalho de parto; parto.

ABSTRACT: Evaluative research aimed to evaluate the quality of care during labor and live births to teenagers in a health institution in Teresina, Piauí and identify factors associated with quality of care. We analyzed 174 medical records and interviewed 44 teenagers from May to July 2010. Based on recommendations from the Ministry of Health, indicators related to the care process were selected. The quality of care was categorized as more appropriate, adequate, intermediate and inadequate. We used univariate and bivariate descriptive statistics, adopting a significance level of 5%. It was found that labor and delivery care was adequate for 24.7% of teenagers. It was found that teenagers who had less than six prenatal consultations or a history of cesarean delivery care received intermediate or inadequate birth care. There is a need to improve the quality and humanization of care during labor and in the process of parturition.

Keywords: Health evaluation; adolescent; labor obstetric; parturition.

RESUMEN: Investigación evaluativa con el objetivo de evaluar la calidad de la atención al trabajo de parto y al parto de adolescentes con hijos nacidos vivos en institución de salud en Teresina, Piauí-Brasil e identificar los factores asociados con la calidad de la atención. Se analizaron 174 historias clínicas y se entrevistó a 44 adolescentes, de mayo a julio de 2010. Con base en las recomendaciones del Ministerio de la Salud se han seleccionado los indicadores relacionados con el proceso de atención. La calidad de la atención fue categorizada como más apropiada, adecuada, intermediaria e inadecuada. Se utilizó estadística descriptiva univariante y bivariante, con la adopción de un nivel de significancia de 5%. Se encontró que la atención al trabajo de parto y al alumbramiento era adecuada para el 24,7% de las adolescentes. Se identificó que las adolescentes que tuvieron menos de seis consultas prenatales o una historia de parto por cesárea recibieron atención intermediaria o inadecuada. Hay una necesidad de mejorar la calidad y la humanización de la atención durante el parto y en el proceso de parturición.

Palabras clave: Evaluación en salud; adolescente; trabajo de parto; parto.

INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência preocupa os diversos setores da sociedade, pois cerca de 14 milhões de adolescentes, de 15 a 19 anos, se tornam mães a cada ano, perfazendo um total de mais de 10% dos nascimentos

no mundo. Embora esses nascimentos ocorram em toda a sociedade, mais de 90% acontecem nos países em desenvolvimento, sendo a África o continente que apresenta as taxas mais altas de adolescentes grávidas¹.

^IMestre em Ciências e Saúde. Universidade Federal do Piauí. Professora Assistente I da Associação de Ensino Superior do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: lilianvilarinho@hotmail.com.

^{II}Doutora em Enfermagem. Professora Associada, Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e em Ciências e Saúde da Universidade Federal do Piauí. Teresina, Piauí, Brasil. E-mail: lidyatn@gmail.com.

^{III}Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Enfermeira do Hospital Universitário Regional de Maringá. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: ceinagahama@uem.br.

No Brasil, o número de partos em adolescentes, segundo dados do Ministério da Saúde, caiu 30% de 2000 a 2009 em todo o território nacional, e a maior redução ocorreu na Região Nordeste (26%). No Piauí, a redução de nascimentos com mães nessa faixa etária, registrados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e realizados na rede pública, atingiu 28,7%².

Apesar dessa redução, em 2009 foram realizados mais de 400 mil partos em adolescentes em todo o país². Portanto, constitui desafio para os serviços de saúde cuidar da adolescente gestante e parturiente e oferecer atenção de qualidade, baseada nos princípios filosóficos do cuidado holístico³.

Construir um olhar holístico sobre o processo saúde/doença, estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais, usuários e gestores – e estabelecer uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos reprodutivos⁴, constituem as bases para a qualificação do cuidado.

Este estudo objetivou avaliar a qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto de adolescentes que tiveram filho em uma instituição de saúde da rede pública municipal de Teresina, Piauí, e identificar fatores associados à qualidade da atenção.

REVISÃO DE LITERATURA

Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que impede a mulher de ser sujeito de sua própria história. Nesse contexto, determinantes históricos e sociais se refletiram em questões relacionadas à saúde da mulher, como a exaltação da maternidade².

Durante muito tempo as vivências do parto foram nas mais diferentes culturas uma tradição exclusiva entre mulheres, e o nascimento era considerado um evento natural e humano, no qual a mulher era a protagonista⁵. O parto era realizado no domicílio somente pelas parteiras, mulheres que se dedicavam a auxiliar a parturiente a dar à luz, pois conheciam a gravidez e o puerpério por experiência própria. Logo, por razões psicológicas e humanitárias, as mulheres preferiam que seus partos fossem realizados por parteiras^{5,6}.

Contudo, a profissão de parteira sofreu declínio, sobretudo, devido às discussões na esfera pública acerca da mortalidade materna e perinatal, à afirmação da obstetrícia como disciplina técnica e científica dominada pelo homem, que passou a desenvolver ações para disciplinar e comandar o nascimento, por meio do uso do fórceps, e a definir a cesárea como a melhor opção para parir. A partir daí, o parto deixa de ser privado, íntimo e feminino e passa a ser caracterizado como evento médico, com presença de outros atores sociais^{7,8}.

Dessa forma, a medicalização do corpo feminino e a institucionalização médica do parto tornam o nascimento um processo mecânico, tendo cada etapa do parto tempo e

espaço ordenados, com vistas à eficiência e à rapidez do serviço, não levando em conta a individualidade e autonomia da mulher. Portanto, os interesses institucionais e o saber médico se sobrepõem às necessidades das parturientes^{9,10}.

Em relação à atenção ao parto e ao nascimento, o Ministério da Saúde destaca que o atual modelo dominante é dependente da tecnologia médica, o que diminui a confiança na capacidade inata da mulher para dar à luz sem intervenção⁵. Tal valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto por profissionais, vem ocultando uma medicalização indiscriminada e retirando da mulher o papel de protagonista do momento do parto¹¹.

Quanto às políticas públicas voltadas para a atenção ao parto, destaca-se no âmbito internacional: a realização, por parte da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e dos escritórios regionais da Organização Mundial de Saúde (OMS) na Europa e nas Américas, de conferências sobre tecnologia apropriada para assistir ao parto e ao nascimento. Em decorrência dessas reuniões foi elaborado um documento que apresenta recomendações sobre as práticas relacionadas ao parto normal, como a abolição do uso rotineiro de diversas práticas obstétricas, consideradas inadequadas e prejudiciais na assistência ao parto¹².

Mesmo com o movimento internacional de humanização do parto e nascimento desde a década de 80, algumas maternidades continuam adotando procedimentos considerados prejudiciais, como: a proibição de alimentação durante o trabalho de parto, a realização de tricotomia e de episiotomia, a imposição de posição litotômica, além da não aceitação da presença de acompanhante no processo de parturição. São notórias a forte resistência institucional à mudança e a insistência de maternidades e hospitais públicos em prestar uma assistência baseada no modelo obstétrico intervencionista, tornando o parto solitário, doloroso e sofrido, particularmente para jovens e adolescentes em sua primeira experiência de maternidade¹⁰.

Nesse sentido, o temor ao parto adquire significado peculiar entre as gestantes adolescentes, que relacionam sua imaturidade a uma suposta incapacidade biológica para parir, culminando com o medo de morrer. Assim, durante a gravidez, o ideal é que as adolescentes tenham atendimento em grupo para discutir os medos, ansiedades, fantasias e mitos sobre o parto, além de esclarecerem dúvidas relativas aos cuidados com o recém-nascido¹³.

METODOLOGIA

Pesquisa avaliativa, com abordagem quantitativa e enfoque na avaliação do processo do cuidado à adolescente no trabalho de parto e parto. O estudo foi realizado em uma instituição de saúde, pertencente à Regional Leste-Sudeste de Teresina, com população residente de 814.439 habitantes. Constitui o município mais populoso da região, considerado polo de saúde pela diversidade e quantidade de serviços que oferece na rede pública e privada¹⁴.

Para o cálculo amostral, considerou-se o número de partos SUS ocorridos na referida instituição, no ano de 2008, de acordo com o Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC). Obteve-se o total de 1.047 casos, o que correspondeu a 7,5% dos nascimentos do município de Teresina em 2008. A consulta ao sistema de informação da unidade de estudo permitiu o levantamento de 239 nascidos vivos de adolescentes.

Foram incluídas no estudo as gestantes adolescentes, residentes em Teresina, que realizaram pré-natal nas unidades de saúde deste município e cujo parto foi realizado na maternidade da instituição de saúde em estudo, no ano de 2008. Foram excluídas aquelas procedentes de outros municípios (26) e cujo prontuário não tinha registro de realização do pré-natal ou não haviam realizado pré-natal (38). Os dados foram obtidos por meio da análise de 174 prontuários e entrevista com 44 adolescentes (25,3% desses prontuários), durante visita domiciliar.

Dois instrumentos com perguntas fechadas foram aplicados entre os meses de março a julho de 2010. O primeiro foi utilizado para a coleta de dados referente à atenção ao trabalho de parto e parto em prontuário e, o segundo, utilizado na entrevista, englobava informações complementares sobre a atenção recebida no pré-parto e no parto.

As variáveis do estudo foram: exame obstétrico na admissão, tipo de parto, uso de partograma, realização de *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL) no momento da internação, presença de acompanhante, realização de analgesia no momento que antecede o parto, intercorrências no parto e profissional que realizou o parto.

Para avaliar a qualidade da atenção no trabalho de parto e parto, foram selecionados quatro indicadores: realização de exame obstétrico na admissão; uso do partograma; realização da analgesia no momento que antecede ao parto; realização do VDRL no momento da internação, como pode ser constatado na Figura 1. A seleção dos indicadores foi baseada na revisão de literatura e nas recomendações do Ministério da Saúde para a adequada assistência ao trabalho de parto e parto¹⁵.

A realização de exame obstétrico na admissão engloba procedimentos obrigatórios como a ausculta da frequência cardíaca fetal, a medida da altura uterina e a palpação obstétrica, sendo importante indicador de qualidade da assistência, pois permite confirmar o diagnóstico de trabalho de parto e avaliar o risco materno-fetal. Quanto ao uso do partograma, sob o ponto de vista da qualidade técnico-científica¹⁶, constitui um indicador relevante na atenção ao trabalho de parto, pois o desuso deste instrumento aponta para a má qualidade da atenção com a consequente indicação da cesárea de forma desnecessária.

A realização de analgesia é um direito da mulher brasileira durante o trabalho de parto e, sob o ponto de vista da humanização do cuidado, é um indicador de qualidade da assistência.

INDICADOR	ESCORE
1. Realização de exame obstétrico na admissão	Sim: 1 Não: 0
2. Uso do partograma no acompanhamento do trabalho de parto	Sim: 2 Não: 0
3. Realização da analgesia no momento que antecede ao parto	Sim: 3 Não: 0
4. Realização do VDRL no momento da internação	Sim: 2 Não: 0

FIGURA 1: Indicadores de processo da qualidade na atenção ao trabalho de parto/parto e respectivos escores.

Em relação à realização do VDRL no momento da internação, a recomendação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) é que, se o exame não for realizado durante o pré-natal, deve-se fazê-lo na hora do parto. Entretanto, recomenda-se que as maternidades realizem o VDRL para 100% das parturientes no momento do parto, visando a prevenir a transmissão vertical da sífilis, um marcador da qualidade da assistência à saúde materno-fetal¹⁷.

Como parâmetro para avaliação da atenção ao trabalho de parto e parto, estabeleceu-se uma escala de escores que variou de zero a três pontos, segundo a adequação na realização de cada indicador de qualidade da atenção. Foram atribuídos pesos diferentes para cada um dos indicadores, conforme a relevância para a população específica em estudo e a representatividade do indicador na atenção qualificada no trabalho de parto e parto.

Para analisar a qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto foram considerados todos os escores e calculado o somatório obtido individualmente em cada item, que variou de um escore mínimo de zero até escore máximo de oito. Dessa forma, determinaram-se quatro níveis de qualidade conforme as escalas somadas de classificação: inadequada - de 0 a 2 pontos; intermediária - de 3 a 4 pontos; adequada - 5 a 6 pontos; adequada superior - 7 a 8 pontos.

Os dados coletados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 18.0. Na análise estatística, utilizaram-se técnicas descritivas uni e bivariadas para identificar fatores associados à qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto. Foram aplicados também o teste qui-quadrado (χ^2) e o teste exato de Fisher, adotando-se nível de significância de 5%.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, protocolo n° 0228.0.045.000-09, estando em conformidade com as diretrizes estabelecidas na Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. As adolescentes ou seus responsáveis, em caso de menores de 18 anos de idade, que concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Registrou-se maior frequência de gravidez entre adolescentes de 15 a 19 anos, 164(94,3%), que

viviam em união consensual, 88(50,6%), com nível fundamental de escolaridade, 103(59,2%) e cuja ocupação consistia nos cuidados com o lar, 41(23,6%).

Quanto à história reprodutiva, 121(69,5%) adolescentes eram primigestas, com baixo percentual de cesáreas anteriores, 14(8,0%) e de abortamento, 16(9,8%).

Em relação à atenção ao trabalho de parto, todas as adolescentes foram examinadas ao serem admitidas na instituição em estudo e 38(86,4%) afirmaram terem sido atendidas logo na chegada, o que evidencia a disponibilidade dos profissionais e agilidade no atendimento, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 1. Distribuição de mães adolescentes segundo as variáveis de atenção ao trabalho de parto e parto. Teresina (PI), Brasil, 2008.

Variáveis de atenção ao parto	f	%
Registros dos prontuários		
Exame obstétrico na admissão(n=174)		
Sim	174	100
Não	-	-
Tipo de parto(n=174)		
Vaginal	105	60,4
Cesárea	69	39,6
Uso de partograma (n=174)		
Sim	8	4,6
Não	166	95,4
Realização de VDRL(n=174)		
Sim	158	90,8
Não	16	9,2
Realização da analgesia(n=105)		
Sim	38	22,4
Não	67	38,5
Intercorrências no parto(n=174)		
Sim	1	0,6
Não	116	66,7
Sem registro	57	32,7
Relatos de entrevistas		
Realização do Exame obstétrico(n=44)		
Na chegada	38	86,4
1 ou 2 horas após	6	13,6
3 ou 5 horas após	-	-
Complicação no parto(n=174)		
Nenhuma	40	90,9
Pré-eclâmpsia	1	2,3
Hipertensão arterial	1	2,3
Placenta retida	2	4,5
Acompanhante durante o parto(n=44)		
Sim	1	2,3
Não	43	97,7
Realização do parto(n=44)		
Médico-plantonista	44	100
Médico do pré-natal	-	-

Quanto ao tipo de parto, 105(60,4%) tiveram partos vaginais e 69(39,6%), cesarianos. A taxa de cesarianas encontrada neste estudo é preocupante, sendo superior ao recomendado pela OMS (15%) para cesarianas realizadas por indicações estritamente médicas¹⁸.

Estudo realizado no Espírito Santo, em 2007, encontrou percentuais elevados de cesáreas entre

mães adolescentes e afirmaram que as cesarianas deveriam ser indicadas apenas nas situações de risco, porém, estão sendo realizadas de maneira descontrolada, sem que haja uma preocupação com os riscos que envolvem este procedimento cirúrgico¹⁹.

Outro estudo compara o parto de grávidas adolescentes e de adultas, em Lisboa, Portugal, e identifica menor proporção de cesarianas entre as adolescentes do que entre as adultas, 72(10,6%) e 1.932(20,7%), respectivamente²⁰. Além destes, outros autores observaram que, no Maranhão, o número de partos cesáreos aumentou com a idade e que, entre as adolescentes, os percentuais de parto operatório foram menores quando comparados aos de mulheres adultas²¹.

Segundo o Ministério da Saúde, a elevação no número de cesáreas é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo, embora tenha avançado mais no continente americano e, especificamente, no Brasil, onde é considerada epidêmica. Os argumentos usados para justificar esses altos índices são a prevalência de processos patológicos próprios e associados à gestação, à idade materna precoce ou elevada e ainda à paridade baixa ou muito elevada⁵.

Entre os motivos que levaram à realização do parto cesáreo em adolescentes, destacam-se a desproporção céfalo-pélvica, 24(30,4%), e a distócia de colo, 14(17,7%), sendo que algumas delas apresentaram mais de um motivo para a realização da cesárea. Comparando-se os achados deste estudo com outro, observou-se situação semelhante, uma vez que esses autores, apesar de encontrarem frequência menor de desproporção céfalo-pélvica entre as adolescentes do que entre as adultas, essa foi a principal indicação de cesárea, seguida por pré-eclâmpsia e apresentação anômala²¹, que também foram achados deste estudo.

Evidenciou-se que o partograma foi utilizado como monitoramento da evolução do trabalho de parto para 8(4,6%) parturientes. Estes dados são concordantes com estudo realizado em Teresina, no qual se registrou a utilização do partograma em apenas uma das cinco maternidades estudadas²². Nesse sentido, este estudo aponta aspectos negativos relacionados à atenção durante a evolução do parto das adolescentes, visto que a OMS recomenda o uso do partograma nas maternidades desde 1994, pois tal instrumento pode determinar a real necessidade de cesáreas e permitir o acompanhamento da evolução do trabalho de parto e o diagnóstico precoce de distócias, melhorando a qualidade da atenção ao parto⁵.

Quanto à realização do VDRL no momento da internação, observou-se que 158(90,8%) das adolescentes foram submetidas ao exame, a fim de rastrear a sífilis e evitar a transmissão vertical durante o parto normal. Vale ressaltar que, mesmo após a realização

do exame pela maioria das adolescentes no pré-natal, elas coletaram amostras de sangue para realizar o VDRL no momento da internação.

Nesse sentido, a disponibilidade do VDRL no momento da internação da adolescente também foi considerada um indicador de qualidade da atenção ao parto. Esse exame deve ser realizado por todas as gestantes que não realizaram VDRL no pré-natal, por gestantes com sinais e sintomas de qualquer doença sexualmente transmissível (DST) durante a gestação, por aquelas cujos parceiros apresentaram teste rápido positivo e por gestantes no terceiro trimestre gestacional que realizaram o VDRL no início da gestação com resultado negativo¹⁷.

O Ministério da Saúde, por meio das Portarias nº 2.815/98 e nº 572 de 2000, incluiu a analgesia de parto na tabela de procedimentos obstétricos remunerados pelo SUS⁵. Mais da metade, 67 (63,8%), das parturientes submetidas ao parto vaginal não receberam analgesia no período anteparto. Esse fato pode ser justificado pela ausência do médico anestesiológico no momento do parto devido à escassez desse profissional. Outras justificativas seriam o desconhecimento das adolescentes quanto ao seu direito de receber analgesia ou por medo de complicações durante o parto em decorrência deste procedimento.

Contudo, observou-se que o percentual de adolescentes que recebeu analgesia, 38 (36,2%), foi superior ao encontrado no estudo do Rio Grande do Sul, 23 (18,7%), o qual identificou que esse procedimento não é realizado de forma rotineira, porém, a analgesia peridural no parto é indicada pelos médicos participantes da pesquisa como meio de favorecer o conforto da parturiente, contribuindo para um parto humanizado²³.

Quanto às intercorrências e complicações durante o parto, verificou-se que a maioria das adolescentes não as apresentou, 116 (66,7%) e 40 (90,9%), respectivamente. Entre as complicações que atingiram 4 (9,1%) adolescentes, destacam-se placenta retida, 2 (4,5%) e pré-eclâmpsia e hipertensão, ambas com 1 (2,3%). Tais resultados se assemelham aos encontrados em estudo que constatou em 89,9% de mulheres ausência de problemas de saúde durante o parto²⁴.

Em relação à presença de acompanhante durante o parto, 43 (97,7%) adolescentes não foram acompanhadas por familiar, permanecendo apenas com a equipe médica e de enfermagem na sala de parto ou centro obstétrico. Nesse contexto, ressalta-se que a qualidade da atenção ao parto depende de um espaço acolhedor e favorável à implementação das ações preconizadas pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre as quais estão a presença de acompanhante e o envolvimento da família no processo de parturição.

O direito ao acompanhante foi estabelecido pela Portaria 569/2000 e reforçado pela Lei 11.108/2005.

Entretanto, estudo recente a respeito da concepção das categorias profissionais de médicos e enfermeiros acerca da presença de acompanhante durante o trabalho de parto e o parto, identificou que os médicos reconheciam a importância do acompanhante, embora considerassem essa questão polêmica, em virtude de a estrutura física do serviço ser inadequada e o acompanhante, geralmente, não ser preparado para participar positivamente desse processo²³. Por outro lado, os enfermeiros percebem a presença do acompanhante como direito da parturiente, especialmente quando se trata de adolescentes, amparadas por legislação específica, e destacam a importância do bom relacionamento e do fornecimento de informações ao acompanhante sobre as condições da parturiente, visando à atenção humanizada.

Alguns estudiosos apontaram os motivos alegados pelos profissionais de saúde contra a presença do acompanhante, como a imposição dessa regra pela instituição, a ausência de vigor da lei, o fato de a internação ser feita pelo SUS e o acompanhante acaba *atrapalhando* a atenção da equipe durante o trabalho de parto e o parto²⁵.

Quanto à realização do parto pelo mesmo profissional que acompanhou o pré-natal, observou-se que todas as gestantes adolescentes realizaram o parto com o médico plantonista, e não com o médico que acompanhou sua gestação. Tais achados são discrepantes do estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) no Art. 8º, § 2º do Capítulo I - Do direito à vida e à saúde, o qual determina que "a parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que o acompanhou na fase pré-natal"⁴¹¹.

No que se refere à avaliação da atenção ao trabalho de parto e ao parto, verificou-se que 116 (66,7%) adolescentes tiveram atenção ao parto categorizada como intermediária, 41 (23,6%) adequada, 15 (8,6%) inadequada e 2 (1,1%) adequada superior. Portanto, o percentual de adequação do cuidado foi de apenas 43 (24,7%). Tal resultado deveu-se aos itens não utilização do partograma e da analgesia para a maioria das adolescentes.

Para os trabalhadores da enfermagem, as condições de trabalho, a harmonia entre os componentes da equipe de trabalho e o impedimento da realização de práticas intervencionistas desnecessárias são considerados elementos que qualificam a atenção ao parto²⁶.

Quanto à associação entre a qualidade da atenção ao trabalho de parto e ao parto e as variáveis número de consultas no pré-natal, faixa etária, escolaridade e realização de cesárea anterior, observa-se que apenas o número de consultas de pré-natal e a realização de cesáreas anteriores estão associados à qualidade da atenção ao parto ($p < 0,05$). As adolescentes que realizaram seis ou mais consultas de pré-natal e não tinham antecedentes de cesáreas obtiveram melhor qualidade da atenção, como pode ser observado na Tabela 2.

Tais resultados apontam que as adolescentes não têm sido merecedoras de atendimento especializado nos serviços de saúde, dado que somente 43 (24,7%)

TABELA 2: Variáveis associadas à qualidade da atenção ao trabalho de parto e parto em adolescentes atendidas em hospital público municipal, Teresina (PI),

Variáveis	Atenção ao trabalho de parto e parto			χ^2 (*) Fisher(**)	p valor
	Inadequado f (%)	Intermediário f (%)	Adequado f (%)		
Nº de consultas no pré-natal				8,842(*)	0,01
Até 05 consultas	11 (73,3%)	41 (35,3%)	14 (32,6%)		
06 ou mais	4 (26,7%)	75 (64,7%)	29 (67,4%)		
Faixa etária				(**)	0,45
10 a 14 anos	1 (6,7%)	8 (6,9%)	1 (2,3%)		
15 a 19 anos	14 (93,3%)	108 (93,1%)	42 (97,7%)		
Escolaridade				1,170(*)	0,55
Até ensino fundamental	09 (60,0%)	73 (62,9%)	23 (53,5%)		
Ensino médio	06 (40,0%)	43 (37,1%)	20 (46,5%)		
Cesáreas anteriores				(**)	0,02
Sim	2 (13,3%)	12 (10,3%)	-		
Não	13 (86,7%)	104 (89,7%)	43 (100,0%)		

(*) Qui-quadrado (**) Teste exato de Fisher

tiveram atenção adequada. Portanto, é necessário melhorar a qualidade da atenção sob o ponto de vista técnico e da humanização do cuidado, visto que humanizar o parto não significa realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios²⁷. A atenção deve respeitar a dignidade e a autonomia das mulheres, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê.

CONCLUSÃO

O estudo apontou a necessidade de melhoria da qualidade e humanização da assistência durante o trabalho de parto e o processo de parturição. Para tanto, é preciso romper com o paradigma no qual a qualidade em saúde está ligada ao acúmulo de tecnologias e de pessoal altamente especializado. Orienta-se a implantar uma nova concepção de serviços, cujas ações sejam centradas na individualidade da adolescente.

Organizar a rede assistencial exige adequação dos serviços de saúde às necessidades individuais e específicas dos adolescentes, com respeito aos princípios da ética, privacidade, confidencialidade e sigilo, objetivando implementar uma atenção integral e resolutiva.

Considerando a importância desse tema, recomenda-se que no pré-natal sejam esclarecidos os direitos reprodutivos das mulheres no trabalho de parto e parto, com ênfase na garantia do acompanhante no pré-parto, durante o parto e no pós-parto, além da analgesia no parto normal. É preciso aliar conhecimento científico à humanização, que é o desafio dos serviços de saúde na atenção qualificada ao parto.

Sugere-se que a equipe multidisciplinar receba educação permanente para acompanhar a evolução do trabalho de parto de adolescentes, incluindo a utilização do partograma para identificar distócias e a real necessidade da realização de cesáreas, melhorando assim a qualidade da assistência.

A pesquisa apresenta a limitação relacionada à insuficiência dos registros nos prontuários de algumas variáveis estudadas, o que dificulta a identificação das deficiências no processo assistencial à adolescente durante o trabalho de parto e parto. Esses dados são essenciais para a obtenção de resultados que contribuirão para a melhoria da qualidade da assistência. Recomenda-se, portanto, que os registros de enfermagem sejam realizados com qualidade, pois integram avaliação das práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope. Geneva, Switzerland: WHO; 2006. [citado em 15 jan 2013]. Disponível em: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241593784/en/
2. Ministério da Saúde (Br). Portal da Saúde. Notícias. Brasil acelera redução de gravidez na adolescência. 2010. [citado em 10 de janeiro de 2013]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>
3. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 48:5-23.
4. Ministério da Saúde (Br). Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
5. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
6. Nagahama EEI, Santiago SM. A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciênc saúde coletiva.* 2005; 10:651-7.

7. Osava RH, Mamede MV. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. *J Bras Ginecol.* 1995; 105:3-9.
8. Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. *Humanização do Parto: dossiê.* São Paulo: Rede Feminina de Saúde; 2002. [citado em 23 jan 2013]. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/hotsite/2002/index.html>
9. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciênc saúde coletiva.* 2005; 10:627-37.
10. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22:1483-91.
11. Boaretto MC. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2003.
12. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.* Genebra (Swi): OMS; 1996.
13. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde do adolescente: competências e habilidades.* Brasília (DF): Editora MS; 2008.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Contagem da População.* 2010. [citado em 10 jan 2013]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
15. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 569/GM em 1 de junho de 2000. [citado em 13 jan 2013]. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sas/portarias/port2000/gm/gm-569.htm>.
16. Vuori H. Garantia de calidad em Europa. *Salud Publica (Mexico).* 1993; 35:291-7.
17. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Ministério da Saúde (Br). Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de DST e AIDS. *Como prevenir a transmissão vertical do HIV e da Sífilis no seu município: guia para profissionais de saúde.* Brasília (DF): Editora MS; 2008.
18. World Health Organization. *Appropriate technology for birth.* *Lancet.* 1985; 2:436-7.
19. Nader PRA, Cosme LA. Parto prematuro de adolescentes: influência de fatores sociodemográficos e reprodutivos, Espírito Santo, 2007. *Esc Anna Nery.* 2010; 14:338-45.
20. Metello J, Torgal M, Viana R, Martins L, Maia M, Casal E, et al. Desfecho da gravidez nas jovens adolescentes. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30:620-5.
21. Santos GHN, Martins MG, Sousa MS, Batalha SJC. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009; 31: 326-34.
22. Borba AS, Brandim MR, Nogueira NN. Análise situacional da assistência obstétrica e perinatal em Maternidades de Teresina. Teresina (PI): UNICEF; 2001.
23. Busanello J. As práticas humanizadas no atendimento ao parto de adolescentes: análise do trabalho desenvolvido em um Hospital Universitário do extremo sul do Brasil [dissertação de mestrado]. Rio Grande (RS): Universidade Federal do Rio Grande; 2010.
24. Almeida SDM, Barros MBA. Equidade e atenção à saúde da gestante em Campinas (SP), Brasil. *Rev Panamericana de Salud Pública.* 2005; 17:15-25.
25. Nagahama EEI, Santiago SM. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008; 24:1859-68.
26. Busanello J, Keber NPC, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Sassi RAM, Azambuja EP. Parto humanizado: concepção dos trabalhadores de saúde. *Rev enferm UERJ.* 2011; 19: 218-23.
27. Seibert SL. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. *Rev enferm UERJ.* 2005; 13: 245-51.

