CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO PARTO EM ADOLESCENTES PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE CUIABÁ-MT¹

Angélica Pereira Borges*
Ana Luiza Rabello da Silva**
Áurea Christina de Paula Correa***
Janete Tamami Tomiyoshi Nakagawa****

RESUMO

O objetivo foi analisar a assistência ao parto de adolescentes primigestas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Cuiabá, Mato Grosso. Estudo transversal, descritivo e documental com amostragem aleatória simples composta por 164 prontuários de puérperas adolescentes coletados por meio de ficha estruturada durante os meses de dezembro de 2012 a maio de 2013. Foi realizada análise descritiva simples dos dados. Os resultados indicaram que o parto cesáreo apresentou taxa de 37,2%, a amniotomia foi adotada em 62,1%, a ocitocina em 53,4% e a episiotomia em 82,4%. A desproporção céfalo-pélvica representou 27,9% das indicações de cesariana e dentre as complicações maternas, a hemorragia destacou-se em ambos os tipos de parto. Conclui-se a existência de uma forte influência do modelo tecnicista sobre os resultados maternos na assistência obstétrica de adolescentes primigestas e que o fato do desconhecimento atrelado à vulnerabilidade deste grupo populacional evidencia a soberania do profissional em relação às decisões obstétricas.

Palavras-chave: Parto humanizado. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher.

INTRODUÇÃO

O parto caracteriza-se como um evento único e delineado por um misto de sentimentos que denota uma etapa bastante significativa na vida da parturiente e de seus familiares. Em qualquer idade, a mulher vivencia esse processo de forma singular onde as mudanças de ordem física, psicológica, emocional e social transformam sua visão de mundo e suas relações sociais. Na adolescência, essas mudanças representam um impacto ainda maior, pois estão intermeadas com alterações hormonais, não planejamento da gravidez e relações conjugais e familiares fadigas, evidenciando a necessidade emergente de atenção qualificada⁽¹⁾.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde tem buscado realizar um amplo trabalho de conscientização, reflexão e mudanças de atitudes dos profissionais de saúde no que concerne à humanização da assistência e da gestão no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) ao criar em 2003 a Política Nacional de

Humanização (PHN). Quanto ao processo de gestação, parto e puerpério, o movimento de humanização vem se consolidando através do lançamento do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) no ano 2000 e da Rede Cegonha em 2011 que visa qualificar as redes de atenção e reduzir as elevadas taxas de morbimortalidade materno e infantil no país⁽²⁾.

No entanto, evidencia-se em nosso país o predomínio de um modelo de atenção ao parto com excesso de intervenções, como o uso de ocitócitos e a realização de amniotomias, episiotomias, manobra de Kristelere cesarianas, cujas elevadas taxas evidenciam a forma indiscriminada e rotineira com que são executadas nas instituições hospitalares do país⁽³⁾. Tais práticas refletem sobremaneira no aumento das taxas de morbimortalidade materna e neonatal⁽⁴⁾. Um importante indicador do modelo assistencial tecnicista são as altas taxas de parto cesáreo que registraram em 2013 a proporção de 56,6% do total de partos entre os serviços públicos e privados brasileiros⁽⁵⁾.

A cascata de intervenções não baseadas em

¹Extraído da dissertação intitulada "O uso de tecnologias do cuidado em vista a humanização do parto", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, no ano de 2014. Não foi discutido em evento científico e não foi publicado em revista estrangeira.

*Enfermeira. Mestrado em Enfermagem, Universidade do Estado de Mato Grosso. Tangará da Serra, MT, Brasil. E-mail: angelica.borges@unemat.br.

**Enfermeira. Graduação, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil E-mail: analuiza.rabello@hotmail.com.

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil E-mail: aureaufmt@gmail.com.

****Enfermeira. Doutora em Ciências, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil. E-mail: tominaka2003@hotmail.com.

evidências científicas realizadas durante o processo de hospitalização da parturiente reflete a falta de compromisso e responsabilidade dos profissionais para com o cuidado iniciado ainda no pré-natal. Nessa fase inicial, as mulheres não são informadas sobre os benefícios do parto vaginal, os cuidados obstétricos apropriados e as boas práticas de atenção ao parto e nascimento recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽⁶⁾. Tais práticas incluem o direito de escolha da mulher sobre seu acompanhante, privacidade do local do parto, oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto, uso do partograma, de métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, dentre outros.

As discussões acerca da assistência obstétrica realizada no Brasil revelam uma realidade pautada na interferência sobre o processo de nascimento, sem que haja evidência científica suficiente para justificá-la⁽⁷⁾ e no que se refere às gestantes adolescentes é importante ressaltar que, devido às especificidades da própria faixa etária, faz-se necessário uma assistência diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto e puerpério.

Dessa forma, os profissionais de saúde precisam reconhecer a singularidade do parto de uma adolescente e terem a sensibilidade de exercer o cuidado obstétrico com segurança, destreza e respeito, pois essas jovens experimentam diversos sentimentos conturbadores ao longo do processo gravídico-puerperal, especialmente durante o parto. O que se observa na realidade é a pouca ou nenhuma especificidade no cuidado dispensado à adolescente parturiente⁽⁸⁾. O discurso que o parto vaginal é danoso, principalmente quando se trata de adolescentes primigestas, é um discurso que veicula entre os profissionais de saúde e se estende entre as gestantes e seus familiares.

Em face disso, esse estudo teve como objetivo analisar a assistência ao parto de adolescentes primigestas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Cuiabá, Mato Grosso. A relevância do presente estudo justifica-se por analisar se a assistência ao parto realizada neste município é concordante com a perspectiva da humanização do parto e em que medida as práticas obstétricas favorecem ou não a evolução natural do parto, tendo como indicador as condições de saúde materna.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, com amostragem aleatória simples, sem reposição com análise documental em prontuários. Os locais de estudo foram três instituições hospitalares responsáveis por mais de 95% de partos financiados pelo SUS no município de Cuiabá, MT. O período do estudo correspondeu aos meses de dezembro de 2012 a maio de 2013.

Utilizou-se uma amostra representativa de uma população composta por 839 mulheres com idade menor ou igual a 19 anos, primigestas, que tiveram como resultado da gestação filho nascido vivo nos três hospitais selecionados⁽⁹⁾, adotando-se o intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, chegando-se ao valor de 164 adolescentes a serem pesquisadas. Como critérios de inclusão para compor a amostra da pesquisa – mulheres adolescentes, primigestas e que realizaram pré-natal nas Unidades Estratégia Saúde da Família do município de estudo. Foram excluídos prontuários incompletos, com letras ilegíveis e sem os dados registrados no partograma. A primiparidade como um dos critérios de inclusão no estudo se justificou para diminuir os elementos que pudessem se comportar como fatores de confusão no momento da análise dos dados, uma vez que a evolução do parto em multigestas e múltiparas ocorre de forma mais breve⁽⁴⁾. A escolha por puerperas adolescentes ocorreu para homogeneizar as características anatomo-fisiológicas do grupo de primigestas.

Inicialmente, os setores de arquivamento dos hospitais disponibilizaram os prontuários requeridos para verificação e nesse momento aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa até ser obtida a amostra de 164 prontuários. Posteriormente, deu-se início a coleta de dados por meio de uma ficha padronizada previamente elaborada, contendo tópicos relacionados às características maternas (idade, raça/cor, escolaridade, situação conjugal e ocupação) e características do parto (tipo de parto, indicação de cesarianas, dilatação cervical, estado das membranas amnióticas no momento da admissão, tipo de ruptura das membranas, uso de ocitocina, episiotomia com e sem laceração, duração do período expulsivo, evolução do parto e complicações/intercorrências no parto e pós-parto).

Para avaliação da evolução dos partos se considerou o trabalho de parto eutócico, aquele cuja velocidade de dilatação esperada para a mulher que entra na fase ativa do trabalho de parto, atingisse 1,2 cm/h em nulíparas. Assim, foi considerado eutócico aqueles partos com média de dilatação variando de 0,8 a 1,3 cm/h, e parto distócico aquele que a dilatação ocorreu com menos de 0,8 cm/h⁽¹⁰⁾. Quanto a delimitação das fases latente e ativa do trabalho de parto admitiu-se as internações que ocorreram até 3cm de dilatação para a fase latente e maior que 3 cm para a fase ativa⁽¹⁰⁾.

Foi utilizado o *software* Epi-Info, versão 3.5.2 para a construção do banco de dados e análise estatística. Foi realizada dupla digitação dos dados e posteriormente aplicado o recurso do Epi-Info - *date compare*, para corrigir possíveis erros de digitação. Para a análise dos dados foi utilizada estatística descritiva simples. A distribuição dos dados foi apresentada utilizando-se frequência absoluta e relativa.

A pesquisa matricial foi submetida à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, atendendo a Resolução CNS 466/2012 e obtendo aprovação para o seu desenvolvimento através do parecer nº 112.146.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do universo de 164 adolescentes estudadas, identificou-se que a idade das mesmas compreendeu entre 13 e 19 anos, com média de 16,8 anos com maior proporção da raça/cor parda (79,8%). Quanto à escolaridade, 60,3% tinham oito ou mais anos de estudo, sendo que a maioria era casada ou com união estável (71,9%), e não exercia atividade remunerada (95,1%).

A Tabela 1 mostra as características obstétricas das adolescentes no momento da internação, de acordo com as vias de nascimento no contexto dos partos financiados pelo SUS.

Considerando as variáveis obstétricas estudadas, a Tabela 1 mostra que 62,8% foram partos vaginais e a taxa de partos cirúrgicos foi de 37,2%. Há de se considerar uma taxa de cesárea elevada, visto que a Organização Mundial da Saúde (OMS) admite números entre 10 e 15% e afirma que ao nível populacional as taxas de cesárea maiores que 10% não estão associadas

com redução de mortalidade materna e neonatal⁽⁶⁾.

Os dados mostram que dentre as 43 adolescentes admitidas na fase latente do trabalho de parto, ou seja, antes da dilatação cervical atingir 3 cm, a maioria (67,4%) foi submetida ao parto cesáreo. Para aquelas que internaram na fase ativa do trabalho de parto, predominaram os partos por via vaginal (76,0%). São conhecidos os benefícios da hospitalização após a fase latente, salvo em algumas situações clínicas, pois reduz o tempo na sala de pré-parto, diminui a possibilidade de receberem ocitócicos intraparto, minimiza a necessidade de analgesia e apresenta mais controle durante o trabalho de parto⁽¹¹⁾, favorecendo a evolução do parto via vaginal.

Outro dado obstétrico que interfere na decisão pela internação hospitalar da mulher é o estado das membranas ovulares, que reflete diretamente sob as condutas adotadas durante o trabalho de parto. Nesta pesquisa verificou-se que a amniotomia foi um dos procedimentos mais utilizados na rotina hospitalar para a aceleração do trabalho de parto. Tal fato foi observado na maioria das adolescentes, visto que em 62,1% foi realizada a ruptura artificial da membrana amniótica. Cabe afirmar que este procedimento é indicado na presença de uma distócia na evolução do trabalho de parto⁽¹²⁾. Este método pode ocasionar efeitos indesejáveis, como a desaceleração precoce dos batimentos cardíacos fetais, alterações sobre o polo cefálico⁽¹³⁾, entre outros citados na literatura.

Assim como a amniotomia, a utilização da ocitocina no manejo ativo do trabalho de parto deve ser reservada a casos selecionados, não sendo recomendada na rotina. Porém, nesse estudo, 53,4% das adolescentes fizeram uso de ocitocina, destas, somente 56,4% tiveram seu uso justificado. Ao analisar os partogramas, foi possível detectar que em 43% das parturientes não foi constatado a real indicação da ocitocina. Dados semelhantes foram encontrados em outro estudo, no qual 91,3% das adolescentes receberam infusão de ocitocina e 73,9% realizaram amniotomia durante a assistência ao parto⁽¹³⁾.

Estudo realizado com 655 primíparas assistidas em quatro maternidades de Belo Horizonte, sendo que três utilizam o modelo tradicional de assistência ao parto no Brasil caracterizado pela

presença do médico obstetra e pela atenção hospitalar, e uma trabalha com o modelo colaborativo de assistência obstétrica que significa a integração do médico e da enfermeira obstétrica na equipe, identificou taxas acima de 50% tanto para a infusão de ocitócitos quanto para a prática

de amniotomia em ambos os modelos de atenção ao parto, indicando uso rotineiro dessas intervenções⁽¹⁴⁾, o que nos leva a considerar que independente da faixa etária e da primiparidade, o parto vaginal vem sendo praticado nos serviços hospitalares brasileiros.

Tabela 1. Características obstétricas de adolescentes primigestas segundo via de parto, Cuiabá, 2012-2013.

Variáveis	Parto		
	Vaginal (n=103) n (%)	Cesáreo (n=61) n (%)	Total (n=164) n
Dilatação cervical no momento da admissão hospitalar*			
<3 cm	14 (32,6)	29 (67,4)	43
≥3 cm	89 (76,0)	28 (24,0)	117
Não informado	0 (00,0)	4(100,0)	4
Membranas amnióticas no momento da admissão hospitalar*			
Rotas	39 (78,0)	11 (22,0)	50
Íntegras	64 (60,4)	42 (39,6)	106
Não informado	0 (00,0)	8(100,0)	8
Tipo de ruptura das membranas:			
Amniotomia	64 (62,1)	-	64
Oportuna	54(84,4)	-	54
Prematura	01(1,6)	-	01
Tardia	09 (14,0)	-	09
Espontânea	39 (37,9)	-	39
Uso de ocitocina			
Sim	55 (53,4)	-	55
Justificado	31(56,3)	-	31
Não justificado	24 (43,7)	-	24
Não	48 (46,6)	-	48
Uso de episiotomia			
Sim	85(82,5)	-	85
Com laceração	02 (2,4)	-	02
Sem laceração	83 (97,6)	-	83
Não	18(17,5)	-	18
Com laceração	08 (44,5)	-	08
Sem laceração	10 (55,5)	-	10
Evolução do Parto			
Eutócicos	60(58,3)	-	60
Distócicos	43(41,7)	-	43

*4 prontuários não constavam registros quanto a dilatação cervical no momento da internação e em 8 prontuários não constavam informações quanto a integridade das membranas amnióticas.

Ainda em relação às condutas realizadas na assistência ao parto, a episiotomia foi observada em 82,5% das adolescentes deste estudo. Essa prática foi incorporada à assistência ao parto na intenção de reduzir possíveis danos oriundos do processo de laceração natural do períneo, reduzir riscos de posterior incontinência urinária e fecal, e proteger o neonato do trauma do parto⁽³⁾. Vale ressaltar que conforme as recomendações da

(OMS)⁽⁶⁾, a realização constante e sem indicações precisas de episiotomia não apresenta benefícios devendo ocorrer de forma seletiva em cerca de 10 a 15% dos casos. Estudo de revisão sistemática concluiu que, quando comparada com o uso rotineiro, a episiotomia seletiva apresenta um índice menor de trauma de períneo posterior, menor realização de sutura, e complicações durante o processo de cicatrização⁽¹⁵⁾.

As mulheres que realizam parto normal estão suscetíveis à ocorrência de traumas no períneo decorrentes de episiotomia ou lacerações espontâneas mesmo com a adoção de políticas de assistência obstétrica baseadas em evidências científicas como registrado no estudo que acompanhou 6.365 partos normais, dos quais 38,4% ocorreram com trauma perineal considerado grave, que inclui a episiotomia e a laceração perineal de segundo ou terceiro grau⁽¹⁶⁾. No nosso estudo foi identificado que dentre as 18 adolescentes que não foram submetidas ao procedimento de episiotomia, 44,5% apresentaram lacerações de primeiro e segundo graus, e apenas uma teve laceração de quarto grau sendo associada com a prática de episiotomia. É importante ressaltar que a episiotomia associada à laceração perineal pode determinar maior morbidade materna uma vez que atinge tecido muscular favorecendo o processo de infecção e comprometendo a evolução clínica com repercussão negativa nas atividades da puerpera⁽¹⁶⁾.

Esses dados levam à reflexão de que as intervenções no processo parturitivo caracterizam o modelo hegemônico e tecnicista, onde a autoridade profissional se sobressai ao poder decisório da mulher que, devido ao desconhecimento sobre os processos intervencionistas durante o parto, perde sua autonomia e fica excluída das decisões obstétricas. Esse quadro se agrava no caso de adolescentes que vivenciam pela primeira vez a experiência do parto, pois, na maioria das vezes, elas nem são informadas sobre os procedimentos realizados, especialmente a episiotomia⁽¹⁵⁾. Isto demonstra a falta de diálogo e responsabilidade dos profissionais de saúde para com o cuidado dispensado à mulher, uma vez que ignora seus direitos sexuais e reprodutivos. Os partos foram classificados em eutócicos e distócicos. O parto eutócico é aquele que ocorre fisiologicamente, se inicia de forma espontânea, evolui e termina sem complicações ou intercorrências, e que não implica meios de intervenções para além do apoio integral e respeitoso do mesmo. Em contrapartida, o parto distócico é caracterizado por uma falha na progressão do parto, ou seja, quando a dilatação cervical na fase ativa do trabalho de parto encontra-se abaixo da média devido a contrações uterinas ineficazes ou a uma desproporção

cefalopélvica absoluta ou relativa⁽¹⁰⁾. Nesse estudo observou-se que 58,3% das adolescentes tiveram uma evolução do trabalho de parto fisiológico.

Dentre as adolescentes que tiveram parto normal, a média de duração da fase latente do trabalho de parto foi de 11 horas e 30 minutos, com variação de 8 a 21 horas. A duração do trabalho de parto nas mulheres nulíparas pode chegar a 20 horas e nas múltiparas até 14 horas, caso a fase latente exceda esses valores, o diagnóstico é de fase latente prolongada, indicando distócia do período preparatório do parto e, portanto a indução com medicamentos como a ocitocina é recomendada. No entanto, a fase latente prolongada não deve ser uma indicação para cesariana⁽¹⁰⁾.

A Tabela 2 aponta as indicações de cesariana ocorridas nas adolescentes estudadas. Observou-se que algumas são relativas às complicações gestacionais e de trabalho de parto, situação clínica da mulher e do feto, entre outras.

Os casos de desproporção céfalo-pélvica (DCP) representaram 27,9% das indicações de cesariana, seguidos pela parada de progressão (23,0%) e sofrimento fetal (13,1%). Dentre as situações obstétricas identificadas no estudo, constatou-se que as mulheres com indicação de desproporção céfalo-pélvica foram submetidas em maior proporção à infusão de ocitocina (62,5%) quando comparadas com outras indicações.

A cesariana, como qualquer procedimento cirúrgico, pressupõe riscos e está frequentemente associada com maiores taxas de morbimortalidade materna e seus benefícios conferidos ao feto são pequenos⁽¹⁷⁾. Dessa forma, é importante ressaltar que a realização de um parto cesáreo deve ocorrer após a prova de trabalho de parto, com uma indicação precisa e racionalizada.

Dentre as indicações de parto cesáreo em primigestas, a desproporção céfalo-pélvica e apresentação pélvica estão associadas ao maior risco de operação cesariana⁽¹⁸⁾. Quanto às demais indicações de cesariana, como amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, oligoâmnio e DHEG, a justificativa para a realização de parto cesáreo seria plausível se outros fatores estivessem contribuindo para o risco de vida materna ou fetal, pois tais indicações correspondem a situações que, *per se*,

não necessitam de parto cirúrgico, podendo ser corrigido e realizado via vaginal⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que a cesárea demonstra sua importância e utilidade como uma tecnologia apropriada em diversas situações obstétricas que necessitam da interrupção para resguardar a vida da mãe ou do feto, contanto que apresentem indicação real e necessária.

Tabela 2. Frequência das indicações de cesarianas em primigestas, Cuiabá, 2012-2013.

Indicações	N	%
Desproporção céfalo-pélvica	17	27,9
Parada de progressão	14	23
Sofrimento fetal agudo	8	13,1
DHEG grave	5	8,2
Falha na indução por ocitocina	3	4,9
Apresentação pélvica	3	4,9
Oligoâmnio	3	4,9
Doença inflamatória pélvica	2	3,3
Trabalho de parto prematuro	1	1,6
Amniorrexe prematura	1	1,6
Pós-datismo	1	1,6
Ascite volumosa	1	1,6
Falso trabalho de parto	1	1,6
Nada consta	1	1,6
Total	61	100

De acordo com problemas pré-existentes, o desenvolvimento da gestação ou da evolução do trabalho de parto pode apresentar complicações que interferem na qualidade de vida materna e fetal. A hemorragia constituiu-se a principal complicação/intercorrência durante o período do parto e pós-parto com distribuição uniforme entre as vias de parto, resultando em um caso mais grave no parto cesáreo devido a realização de histerectomia em decorrência de um choque hipovolêmico. Estudo observacional identificou que 27,6% das mulheres apresentaram complicações no parto de origem hemorrágica sendo que 16,2% dos casos não apresentavam etiologia aparente e 11,8% eram provenientes de atonia uterina⁽²⁰⁾.

Vale destacar que as complicações hemorrágicas podem ocorrer também no parto vaginal, uma vez que apresenta diversas intervenções em seu curso. O uso de episiotomia também se relaciona com hemorragia e aumenta o risco de laceração perineal de terceiro e quarto graus e de infecção sem diminuir as complicações relacionadas à dor, incontinência urinária e fecal a longo prazo⁽¹⁶⁾. Desta forma, as intervenções tecnológicas no trabalho de parto podem ocasionar hemorragias dentre outras complicações como constatado neste estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou os principais resultados maternos da assistência obstétrica prestada às primigestas indicando uma forte influência do modelo tecnicista. Embora o estudo tenha sido realizado em instituições de saúde que estão se adequando à humanização da assistência ao parto, os dados revelam uma interferência de ações pautadas na supremacia médico-intervencionista que se distanciam das propostas de humanização.

Pressupõe-se que o desconhecimento das adolescentes e sua exclusão acerca das decisões obstétricas imprimem algumas das características do modelo atual de assistência ao parto, tornando-as mais vulneráveis quando comparadas às mulheres adultas, pois geralmente pertencem às classes sociais e econômicas mais desfavoráveis, com atraso escolar e dificuldades no acesso ao pré-natal. Nesse contexto fica mais evidente uma imposição autoritária por parte dos profissionais que reiteram seu poder sobre o corpo feminino. Logo, os profissionais devem conscientizar-se de que tais práticas não devem ser realizadas de forma costumeira e mecanizada procurando alternativas que resguardem a individualidade da mulher e a coloque no centro do processo parturitivo, a fim de estabelecer uma assistência democrática e efetiva na direção do cuidado humanizado.

Os altos índices de intervenções no parto revelam uma contrariedade em relação aos preceitos do parto humanizado, que reitera a importância e os benefícios do parto normal e proporciona à mulher o reestabelecimento da sua confiança, permitindo-lhe tornar-se mais segura

e pró-ativa durante o parto e no cuidado com seu filho.

Ressalta-se que uma das limitações do estudo foi a coleta de dados se basear em prontuários e partogramas com possibilidade de influência de alguns fatores como, a ausência de um protocolo para indicação de cesariana e a falta de registros precisos no partograma que poderia ter uma interferência na interpretação do pesquisador.

Diante do exposto, entende-se que as mulheres sujeitas ao modelo vigente de atenção ao parto estão cada vez mais vulneráveis e suscetíveis aos riscos de uma iatrogenia no

parto, pois quanto mais as parturientes são expostas às intervenções no parto, mais são as chances de sofrerem os efeitos adversos dessa tecnologia. Um bom nascimento não depende de um número abusivo de intervenções e, de acordo com os princípios da humanização do parto, se configura nas relações entre os sujeitos do processo parturitivo, permitindo a compreensão da realidade através de um olhar multidimensional que ajuda a intervir e propor soluções para os problemas encontrados no cotidiano da assistência obstétrica.

CHARACTERIZATION OF PREGNANCY LABOR ASSISTANCE OF PRIMIGRAVIDA ADOLESCENTS IN THE CITY OF CUIABÁ-MT

ABSTRACT

It aimed to analyze labor assistance for primigravida adolescents in the context of the Unified Health System (SUS) in the city of Cuiabá, Mato Grosso. Cross-sectional, descriptive and documental study with a random sample composed of 164 medical records of postpartum adolescent collected through structured file during the months of December 2012 to May 2013. Data were analyzed through simple descriptive analysis. The results indicated that cesarean section showed rate of 37.2%, amniotomy was adopted in 62.1%, oxytocin 53.4% and 82.4% in the episiotomy. Cephalopelvic disproportion represented 27.9% of cesarean section indications and among maternal complications, hemorrhage stood out in both types of delivery. It is concluded that there is a strong influence of the technician model on maternal outcomes in obstetric care to pregnant adolescents and that the lack of knowledge linked to the vulnerability of this group shows the professional sovereignty in relation to obstetric decisions.

Keywords: Humanizing delivery. Obstetric nursing. Women's health.

CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PARTO EN ADOLESCENTES PRIMIGESTAS EN EL MUNICIPIO DE CUIABÁ-MT

El objetivo ha sido analizar la atención al parto de adolescentes primigestas en el contexto del Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio de Cuiabá, Mato Grosso. Estudio transversal, descriptivo y documental con muestreo aleatorio simple compuesto de 164 registros médicos de puérperas adolescentes recogidos a través del formulario estructurado durante los meses de diciembre de 2012 hasta mayo de 2013. Fue realizado el análisis descriptivo simple de los datos. Los resultados indicaron que el parto por cesárea ha presentado tasa de 37,2%, la amniotomía fue adoptada en 62,1%, la oxitocina en 53,4% y la episiotomía en 82,4%. La desproporción cefalopélica ha representado 27,9% de las indicaciones de la cesárea y entre las complicaciones maternas, la hemorragia se ha destacado en ambos tipos de parto. Se concluye que existe una fuerte influencia del modelo técnico sobre los resultados maternos en la atención obstétrica a las adolescentes primigestas y que el hecho del desconocimiento relacionado a la vulnerabilidad de este grupo poblacional evidencia la soberanía del profesional en relación a las decisiones obstétricas.

Palabras clave: Parto humanizado. Enfermería obstétrica. Salud de la mujer.

REFERÊNCIAS

1. Luz NF, Assis TR, Rezende FR. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. *ABCS Health Sci.* 2015; 40(2):80-4.
2. Ministério da Saúde(BR). Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Brasília(DF); 2012.
3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Pereira MN, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres

brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 sup:S17-S47.

4. Gomes ML. Enfermagem obstétrica: diretrizes assistenciais. Centro de Estudos da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.

5. Ministério da Saúde(BR). Informações de saúde. [citado 2015 jun17]. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nv.uf.def>>

6. Organização Mundial da Saúde(OMS). Saúde Reprodutiva e da Família. Unidade de Saúde Materna e

Neonatal/ Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático: relatório de um grupo técnico. Genebra; 1996.

7. Gomes ML, Moura MAV. Modelo humanizado de atenção ao parto no Brasil: evidências na produção científica. Rev enferm UERJ. 2012; 20(2):248-53.

8. Gomes VLO, Fonseca AD, Roballo EC. Representações sociais de adolescentes mães acerca do momento do parto. Esc Anna Nery. 2011;15(2):300-5. [citado 2015 jun17]. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200012>

9. Ministério da Saúde(BR). Informações de saúde. [citado 2012 set 20]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>

10. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 1: safe prevention of the primary cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2014; 123(3):693-711.

11. Porto AMF, Amorim MMR, Souza ASR. Assistência ao primeiro período do trabalho de parto baseada em evidências. Femina. 2010; 38(10):527-37.

12. Amorim MMR, Souza ASR, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências - Parte I. Femina. 2010; 38(8):415-22

13. Busanello J, Kerber NPC, Mendonza-Sassi RA, Mano PS, Susin LRO, Gonçalves BG. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas

em um centro obstétrico. Rev bras enferm. 2011; 64(5):824-32.

14. Vogt SE, Silva KS, Dias MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. Rev Saúde Pública. 2014; 48(2):304-13.

15. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev; 2009. [citado 2015 maio 12]; 1:CD000081. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175536/>

16. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev enferm UERJ. 2011; 19(1):77-83.

17. Azevedo WF, Diniz MBD, Fonseca ESVB, Azevedo LMR, Evangelista CB. Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. Rev Einstein. 2015; 13(4):618-26.

18. Reis ZSN, Lage EM, Aguiar RALP, Gaspar JS, Vitral GLN, Machado EG. Associação entre risco gestacional e tipo de parto com as repercussões maternas e neonatais. Rev Bras Ginecol Obstet. 2014; 36(2):65-71.

19. Souza ASR, Amorim MMR, Porto AMF. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. Femina. 2010; 38(10):505-16.

20. Reisdorfer SM, Madi JM, Rombaldi RL, Araújo BF, Barazzetti DO, Pavan G, et al. Características clínicas de pacientes obstétricas admitidas em uma Unidade de Tratamento Intensivo Terciária: revisão de dez anos. Rev Amrigs. 2013; 57 (1):26-30.

Endereço para correspondência: Angélica Pereira Borges. Universidade do Estado de Mato Grosso. Curso de Enfermagem, Km 07, Jd. Aeroporto, Tangará da Serra- MT CEP: 78300-000. E-mail: angelica.borges@unemat.br

Data de recebimento: 22/10/2015

Data de aprovação: 02/08/2016