



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

CAMPUS CEILÂNDIA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ANDRESSA GOMES SOUSA

**As estratégias e experiências das crianças e adolescentes no
parto: uma revisão integrativa**

BRASÍLIA, DF

2019

ANDRESSA GOMES SOUSA

**As estratégias e experiências das crianças e adolescentes no
parto: uma revisão integrativa**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus
Ceilândia, como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a. Dra. Maria Inez Montagner

BRASÍLIA, DF

2019

ANDRESSA GOMES SOUSA

As estratégias e experiências das crianças e adolescentes no parto: uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília –UnB como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

COMISSÃO JULGADORA:

Doutora Maria Inez Montagner

Professora Orientadora

Sandra Mara Campos Alves

Professora-Examinadora

Priscila ...

Professora-Examinadora

Brasília, 17 de junho de 2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família, em especial aos meus pais que nunca duvidaram da minha capacidade, e sempre foram exemplo de força, coragem, determinação e amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente a Deus por ser a minha base durante todos esses anos, sempre me dando sabedoria, garra, força e principalmente por ter me concedido a oportunidade de concretizar mais este sonho.

Agradeço aos meus pais, Lieci Gomes e Vanderley de Castro por serem o motivo da minha força, meu exemplo de vida, nunca mediram esforços para me manter na universidade. Agradeço aos meus irmãos Vanessa e Magno por serem pacientes e compreensíveis, à minha sobrinha Heloísa, a bebe mais doce e amável que com o seu olhar inocente e o seu doce sorriso, nos trouxe a esperança. Eu amo vocês!

Agradeço imensamente ao meu noivo Rodrigo Ferreira, que está comigo desde o ensino médio, e me acompanha com muito amor e dedicação, fazendo sempre questão de dizer o quanto se orgulha da pessoa que eu me tornei, por ser meu amigo de todas as horas, por sempre me apoiar e ser tão paciente nos momentos mais difíceis desta caminhada. Amo você!

Aos meus amigos e companheiros da UnB em especial ao José Carlos, que me proporcionou risadas e descontrações nos momentos mais difíceis, me ouvindo e me aconselhando. Aos meus amigos: Luíza, Carol, Karine, Thaís, Cristiano entre outros, por sempre estarem por perto, oferecendo bons momentos. As minhas amigas da igreja que sempre tiveram paciência com a minha ausência, nestes últimos semestres. À minha família materna e paterna, tios, tias, primas, e primos que mesmo de longe sempre se orgulharam de quem eu estou me tornando.

E por fim a minha orientadora, Prof.^a Dra. Maria Inez Montagner, enviada por Deus, um ser de muita luz, que da forma mais amorosa me instruiu, me compreendeu, sempre acreditou na minha capacidade. Foi mais do que minha orientadora, foi minha companheira, durante todo meu percurso de formação sempre teve confiança em meu trabalho.

Muito Obrigada a Todos Vocês!

Parir

Sou mulher, sou mãe, sou deusa,
e assim mereço ser cuidada.

Se parir faz parte da natureza,
que esta força seja respeitada.

Respeitada pelos homens e por mim mesma,
pois fazemos a humanidade crescer.

Que as cesáreas, induções, tecnologia,
sejam usadas com magia e saber.

Saber que os médicos dominam,
e nós, mulheres, também.

Conhecendo nosso corpo e instinto,
sabemos mais do que ninguém.

Portanto, minha gente, é hora
de parir como e com quem quiser.

Se durante a noite ou na aurora,
a ordem é esperar quando vier.

Chega de intervir na natureza!

As mulheres precisam compreender,
receber o bebê no coração,
experimentalmente o "dar à luz e renascer".

(Lívia Pavitra)

RESUMO

O parto constitui para a mulher uma experiência de impacto emocional significativo. O relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para sua satisfação. Esta pesquisa tem como objetivo compreender as experiências e as estratégias das adolescentes e crianças com o processo gestacional e o parto a partir dos estudos encontrados na literatura. A pesquisa teve como metodologia a revisão integrativa, foram selecionados 19 artigos de diferentes bases de dados que respeitava o objetivo proposto. A gravidez indesejada na adolescência é profundamente perturbadora, é um susto existencial, um corte em seus planos de vida e, principalmente, um medo exacerbado da reação dos pais, do companheiro, e de todo ciclo familiar. Os serviços de saúde precisam estar preparados, para receber essas crianças e adolescentes, criando assim um vínculo entre a gestante e o serviço de saúde, de modo a oferecer um pré-natal efetivo e um parto humanizado.

Palavras-chave: Parto, Criança, adolescentes, Gravidez na adolescência.

ABSTRACT

Childbirth constitutes a significant emotional impact experience for women. The relationship of women with the team of health professionals is considered one of the factors that most affect the memory of woman in relation to the experience of childbirth and birth, having great importance for their satisfaction. This research aims to understand the experiences and strategies of adolescents and children with the gestational process and childbirth based on the studies found in the literature. The research methodology was the integrative review, 19 articles from different databases were selected, respecting the proposed objective. The unwanted pregnancy in adolescence is profoundly disturbing, it is an existential fright, a cut in its life plans and, especially, an exacerbated fear of the reaction of the parents, the companion, and the whole family cycle. Health services need to be prepared to receive these children and adolescents, thus creating a bond between the pregnant woman and the health service, in order to offer effective prenatal care and a humanized delivery.

Keywords: childbirth, child, adolescent, teenage pregnancy.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa inicial realizada e do retorno de artigos após aplicação de filtros.....	26
Imagem 1- Fluxograma da Fases da revisão integrativa.....	26
Figura 2 - Fluxograma dos artigos excluídos da amostra final selecionada.....	27
Imagem 2 - Mecanização do parto século 19.....	33
Imagem 3 - Parto no processo natural.....	34
Imagem 4- Folder Integração saúde e educação- PSE.....	71
Quadro 1 - Revisão dos estudos incluídos na revisão integrativa.....	42
Gráfico 1 - Gráfico de distribuição segundo faixa etária 10-49 anos de idade, Brasil, 2005.....	52
Gráfico 2 - Distribuição de Nascidos Vivos de mães segundo a região, Brasil, 2015.	53
Tabela 1 - Distribuição percentual das faixas etárias de idade da mãe, Brasil, 2000 a 2011.....	51

LISTA DE SIGLAS/ABREVIACOES

CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP/FCE	Comite de tica em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema nico de Saúde-
HRC	Hospital Regional de Ceilândia
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema nico de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UED	Unidade de Ensino e Docência
UBS	Unidade Básica de Saúde
CFM	Conselho Federal de Medicina
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
CONEP	Conselho Nacional de Ensino e Pesquisa
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
DESC	Descritores em Ciências da Saúde
RI	Revisão Integrativa
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
NV	Nascidos Vivos

SUMÁRIO

CAPÍTULO I.....	13
1.0 INTRODUÇÃO.....	14
2.0 JUSTIFICATIVA.....	16
3.0 OBJETIVO	18
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
4.0 REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
4.1 GRAVIDEZ	20
4.2- VIOLÊNCIA	22
5.0 METODOLOGIA	25
.....	29
.....	29
.....	29
6.0 ASPECTOS ÉTICOS	30
CAPÍTULO II DA GESTAÇÃO AO PARTO.....	31
7.0 PRÉ-NATAL: A PRIMEIRA RELAÇÃO DA MULHER COM A GESTAÇÃO	32
7.1 ESTÁGIOS DA GRAVIDEZ	33
7.2 CONTEXTOS HISTÓRICOS SOBRE O PARTO	34
7.3 PARTO HUMANIZADO: A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTENCIA.....	37
CAPÍTULO III REVISÃO INTEGRATIVA	44
8.0 QUALIFICANDO OS RESULTADOS.....	51
8.1 A GRAVIDEZ TEM NÚMEROS: CONHECENDO OS INDICADORES.....	54

CAPÍTULO IV GRAVIDEZ NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PARA ALÉM DAS INDIFERENÇAS	57
9.0 O PARTO E O MEDO: ONDE FORAM APRENDIDOS.....	58
9.1 SOLIDÃO E ABANDONO NA GESTAÇÃO.....	59
9.2 EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS COM O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.....	61
9.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	64
CAPÍTULO V DIRETRIZES PROTOCOLOS E PORTARIAS.....	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

CAPÍTULO I

Neste Capítulo serão apresentados a Introdução, a Justificativa, os Objetivos, a Metodologia, os Referenciais Teóricos e os Aspectos Éticos deste trabalho de conclusão de curso.

1.0 INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério da Saúde, MS e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde, DATASUS, a cada ano acontecem no Brasil cerca de 3 milhões de nascimentos, envolvendo quase 6 milhões de pessoas, ou seja, as parturientes e os seus filhos ou filhas. Cerca de 98% deles acontecem em estabelecimentos hospitalares, sejam públicos ou privados. Cabe destacar a importância de se pensar nos serviços de saúde, espaço onde as mulheres e seus acompanhantes irão procurar para a realização do parto. O serviço de saúde deve ter condições de acolher a mulher no processo de parto e nascimento e também atender adequadamente as demandas geradas por ela, compatibilizando suas escolhas, seus desejos e suas necessidades (SOUZA, 2015 p.08).

O parto é definido como um conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo da mãe; parturição. A história do parto e nascimento vem sendo transformada de maneira progressiva ao longo da história. Desde a época em que as parteiras realizavam os partos nos ambientes domiciliares, muita coisa se modificou com o desenvolvimento e a incorporação de novas tecnologias no campo da medicina (SEIBERT SL.2005). Ou seja, o parto é um processo natural que envolve fatores biológicos e psicológicos, mas, em especial, os fatores culturais e sociais. Por isso, segundo Longo, Andraus e Barbosa (2010), o parto constitui para a mulher uma experiência de impacto emocional significativo. O relacionamento da mulher com a equipe dos profissionais de saúde é tido como um dos fatores que mais afetam a memória das mulheres em relação à experiência do parto e do nascimento, tendo grande importância para sua satisfação (GREEN,1998 p.08). De acordo com a pesquisa de Elkin apud Domingues, Santos e Leal (2004), as mulheres valorizam conforto físico, suporte psicológico, cuidado personalizado, privacidade, além de um cuidado apropriado fornecido por um número pequeno de profissionais, que sejam responsivos às perguntas e que reconheçam as suas necessidades. A experiência vivida por elas neste momento pode deixar marcas indeléveis, positivas ou negativas, para o resto das suas vidas.

Em junho de 2011, o Governo Brasileiro instituiu a Rede Cegonha no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde) visando assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis Ministério da Saúde (2017).

Lopes (2008) cita em seu artigo “O Antes e o Depois: Expectativas e Experiências de Mães sobre o Parto” que o contato imediato com o filho após o nascimento é outro fator que parece estar associado a uma vivência mais positiva do parto. Por exemplo, Mercer e colaboradores (1983) encontraram que mulheres que tiveram contato precoce com seu bebê saudável logo após o nascimento apresentaram impressões mais positivas da experiência do parto.

Em uma pesquisa feita por Donelli (2005) o parto com dor seria sinônimo de uma má experiência, já que a crença social sugere que o que é bom não incluiria dor. Segundo Peterson (1996), muitas vezes, as mulheres são levadas até a mentir sobre a dor nos seus relatos sobre o parto para evitar sua desvalorização no meio social.

As mulheres precisam gerenciar suas experiências para o momento da gravidez e do parto. Suas experiências têm motivações e influências culturais, passadas de mãe para filha, irmãs mais velhas, ou até mesmo sociais, firmada em suas crenças e valores (TOSTES; SEIDL, 2016, p. 49).

Minha motivação para esse estudo é entender como o papel da maternidade vem sendo desmistificado, ou ainda, levantar discussões sobre a mistificação do papel da maternidade. Pretendemos compreender quais outros aspectos estão associados à ação de gravidez e parto, em especial, relacionados às suas estratégias e experiências com esse processo. Minha intenção é que esse estudo seja importante para a Saúde Coletiva, pois poderemos pensar em políticas públicas específicas para as diferentes faixas etárias bem como pensar a saúde da mulher e da criança sob a perspectiva de suas estratégias e experiências.

2.0 JUSTIFICATIVA

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei n.º 8069/90, adolescente é todo indivíduo com idade entre 12 e 18 anos. E criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos. Os limites cronológicos da adolescência são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos. A nomenclatura definida para desenvolvimento desta pesquisa foi a de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que determina criança até 12 anos incompletos e adolescente dos 12 anos completos aos 18 anos incompletos. Portanto, ao decorrer desta pesquisa quando surgir a palavra: “Mulheres” é referido a estas mulheres nestas faixas etárias.

Novas políticas públicas acenam possibilidades de melhoria para a saúde da mulher especialmente no ciclo do nascimento e perinatal. Contudo, suas implementações plenas e ações concretas constituem um longo caminho a ser percorrido por todos os cidadãos Longo, Andraus e Barbosa (2010). Segundo Jordan (apud DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004, p.1), embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ele é tratado de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

Estudo de Green et al. (2004) demonstra que fatores emocionais pré-natais parecem afetar os resultados psicológicos após o parto. Gestantes com poucas expectativas e muito ansiosas em relação à dor do parto também foram as que tiveram piores resultados emocionais (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004 p.54). Durante todo o processo, a gestante precisa exercer a sua autonomia e ser respeitada, e valorizada, no decorrer do parto ninguém tem o direito de inibir seus sentimentos.

Santos e Siebert (2001), em estudo realizado no Hospital Universitário de Santa Catarina, apuraram que alguns dos aspectos mais valorizados pelas mulheres durante o atendimento nessa maternidade foram a atenção imediata às suas necessidades, o bom humor, a dedicação e a preocupação da equipe. Aspectos

ligados a maternidade e situações que a gestante está sujeita a passar podem influenciar de forma negativa ou positiva durante o parto e após o parto.

A maternidade pode colocar a mulher em risco de desenvolver psicopatologia, pois muitos são os fatores que influenciam o aparecimento de dificuldades psicológicas na gravidez e no puerpério, em particular perturbações de ansiedade e depressão (FIGUEIREDO, 2009 p. 32). No Brasil, em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A constatação é do estudo *Factors associated with post partum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012*, realizado pela pesquisadora Mariza Theme (2012).

Do ponto de vista de Takiuti (2001), esse momento pode se tornar ainda mais difícil quando acontece uma gravidez não planejada, pois a adolescente em pouco tempo torna-se mãe e mulher, interrompendo o curso esperado socialmente para sua idade, deparando-se com inúmeras e novas responsabilidades na época que está passando por um processo de modificações, sendo ainda exigida pela sociedade, a definição de sua nova identidade.

O estudo realizado por Santos e Schor (2003), mostra que, apesar da sociedade ver "os adolescentes como um bloco único e em conflito, e a gravidez na adolescência como indesejada", existem diversas maneiras de viver a maternidade. Portanto, este trabalho se justifica pela necessidade de compreender estratégias e mecanismos que mulheres utilizam durante a gestação, parto e puerpério.

Utilizaremos dados discutidos academicamente, em especial no campo das ciências da saúde e ciências sociais, por meio de análise bibliográfica, que apontam questões a serem estudadas e analisadas. Nosso foco serão as questões em torno da situação de vulnerabilidade destas mulheres no Sistema Único de Saúde, (SUS) e, como essa vulnerabilidade se relaciona com as políticas públicas. Em suma, a nossa proposta é de compreender quais os caminhos percorridos pelas mulheres e seus recém-nascidos nos serviços de saúde.

3.0 OBJETIVO

Compreender as experiências e as estratégias das adolescentes e crianças com a gravidez e o parto a partir dos estudos encontrados na literatura.

3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender a situação familiar das mulheres, suas redes de apoio;
- Compreender o significado da maternidade.
- Compreender quais experiências e estratégias crianças e adolescentes utilizaram com o pré-natal, parto e puerpério, bem como todo o processo gestacional.

4.0 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que suportará nossa pesquisa serão os conceitos de experiência e estratégia proposto por a Michael Bury. A ideia principal é como acontece o gerenciamento e administração dos acontecimentos na vida das pessoas.

Segundo Bury, conforme citado por Montagner e Montagner (2011, p.197) o conceito de estratégia refere-se a ações das pessoas provenientes da enfermidade, como um resultado empírico e prático, à administração dos problemas que envolvem sua condição. Deste modo, Bury atenta para o cuidadoso exame do contexto social, antes da inferência de opiniões, e ainda afirma que:

Na verdade, o termo “estratégia” traz à luz com mais clareza as “regras e recursos” da hierarquia social do que o termo *coping*. Ao mesmo tempo em que “recursos” pode se referir à energia e o esforço que os indivíduos na adaptação, ele igualmente chama a atenção para o nível de apoio disponível na realidade social mais ampla (BURY, 1997, p.131).

Com esta proposta, Bury propõe a análise das respostas pessoais para a adaptação em termos de “estratégia”, conceito referido às ações das pessoas provenientes da enfermidade, como um resultado empírico e prático, à administração dos problemas que envolvem sua condição. Apesar de Bury (apud

MONTAGNER, 2011, p.197) tratar das estratégias de pessoas com enfermidades crônicas, o conceito de estratégia se aplica a presente pesquisa, de forma a compreender as experiências e estratégias das mulheres puérperas frente a sua nova condição de vida, quais métodos e como elas buscam enfrentar esta nova circunstância.

A fenomenologia preocupa-se com a realidade cognitiva aliada aos processos de experiências humanas subjetivas, e a experiência é a atenção voltada para os objetos, sejam eles reais ou imaginários, materiais ou ideais, e todos esses objetos são intencionados, e as formas de consciência são associados ao conteúdo das experiências (SCHUTZ, 2012, p.7). Conforme a teoria fenomenológica, cada indivíduo constrói seu próprio mundo, mas com o amparo de materiais e métodos que são ofertados por outros: “o mundo da vida é um mundo social que aparece ao indivíduo de forma pré estruturada” (SCHUTZ, 2012, p. 27).

A questão do parto e gravidez pode ser vista como um poderio da mulher sobre o homem. Ou seja, o gênero como um aspecto social do parto. Partindo do conceito de micropoder proposto por Foucault (2008), demonstra se como os discursos construídos sobre a maternidade na contemporaneidade constroem saberes que se inserem na luta de forças e de construção de identidades do feminino/masculino.

As tecnologias médicas podem ser vistas como algo impositivo às mulheres, e tais tecnologias podem identificar as mulheres como um ser que produz vida, e para isso requererem uma produção do corpo, de acordo com (JANNOTTI, 2013 p.22) em torno do gestar, parir e nascer se constrói um mercado com lógicas de produção e consumo próprias, que reorganiza os processos de trabalho e as relações entre usuários, profissionais de saúde, serviços públicos e privados, produtores e fornecedores de tecnologias médicas, seguradoras de saúde e organismos reguladores.

Lisboa (2016) afirma que o que ocorre é que, para além do excesso de medicalização e intervenção que a anos vem influenciando na experiência e estratégias de mulheres com o parto correlacionado a questão de gênero, institucionalizada, naturalizada e invisibilizada. É preciso direcionar o olhar para as

raízes do problema, que se inserem nas relações de poder e desigualdades de gênero. É preciso reconhecer a singularidade de cada mulher e cada parto e restituir às mulheres o protagonismo e o poder sobre seus corpos e seus partos.

A nossa proposta é buscar compreender e analisar quais estratégias as crianças e adolescentes usam na administração da maternidade, ou seja, quais métodos utilizam para a reorganização da vida prática.

4.1 GRAVIDEZ

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a gravidez é um evento resultante da fecundação do óvulo (ovócito) pelo espermatozóide. Habitualmente, ocorre dentro do útero e é responsável pela geração de um novo ser. Este é um momento de grandes transformações para a mulher, para seu (sua) parceiro (a) e para toda a família. Durante o período da gestação, o corpo vai se modificar lentamente, preparando-se para o parto e para a maternidade. O MS afirma também que alguns sintomas são comuns na gravidez, mas nem todas as mulheres os apresentam.

O atraso menstrual é geralmente o sinal que mais chama a atenção da mulher para a possibilidade de uma gravidez. Além disso, pode-se perceber os seguintes sinais e sintomas: enjoos, vômitos, aumento dos seios, mais sono, fome, aumento da frequência urinária, maior sensação de cansaço. Nem todos os sintomas são iguais em todas as mulheres, algumas são mais sensíveis às mudanças hormonais ou possuem condições que favorecem a exacerbação de determinados sintomas.

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Estratégia Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal.

A Rede Cegonha é a estratégia lançada, em 2011, pelo Governo Federal para proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida.

Tem o objetivo de reduzir a mortalidade materna e infantil e garantir os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes. A proposta qualifica os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento familiar, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério (28 dias após o parto).

A ocorrência da gravidez na adolescência constitui um fenômeno de repercussão mundial, cujo significado diverge nas diferentes culturas e contextos, representando um desafio para as políticas públicas, especialmente no domínio da saúde, uma vez que pode acarretar problemas psicossociais, econômicos e complicações obstétricas que comprometem a saúde materna e do neonato afirma Martins et al. (2011).

A maternidade de crianças e adolescentes vêm mostrando um aumento na taxa de fecundidade para esta população quando comparada a mulheres adultas, especialmente nos países mais pobres, como é o caso da América Latina.

Além das mudanças físicas impostas pela faixa etária, a adolescência envolve um período de profundas mudanças biopsicossociais, especialmente relacionadas à maturação sexual, a busca da identidade adulta e a autonomização frente aos pais. A gravidez nesse momento de vida oferece implicações, tanto para o adolescente quanto para aqueles envolvidos nessa situação. A literatura tem tratado a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública, especialmente pelo fato de propiciar riscos ao desenvolvimento da criança gerada e da própria adolescente gestante (Gontijo & Medeiros, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a gravidez na adolescência teve uma queda de 17% no Brasil segundo dados preliminares do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos) do Ministério da Saúde (2004 a 2015). Em números absolutos a redução foi de 661.290 nascidos vivos de mães entre 10 e 19 anos em 2004 para 546.529 em 2015. A região com mais filhos de mães adolescentes é o Nordeste (180.072 – 32%), seguido da região Sudeste (179.213 – 32%). A região Norte vem em terceiro lugar com 81.427 (14%) nascidos vivos de

mães entre 10 e 19 anos, seguido da região Sul (62.475 – 11%) e Centro Oeste (43.342 – 8%).

A mudança de padrões da gravidez na adolescência está relacionada a vários fatores como expansão do programa Saúde da Família, mais acesso a métodos contraceptivos e ao Programa Saúde na Escola que oferece informação de educação em saúde, que leva ao empoderamento dos próprios adolescentes ao fazer escolhas livres e determinar o seu projeto de vida, segundo Ministério da Saúde (2017)

4.2- VIOLÊNCIA

No Brasil, segundo informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS, de 2015, os partos hospitalares representam 98,08% dos partos realizados na rede de saúde e, entre os anos de 2007 e 2011, houve um aumento de 46,56% para 53,88% de partos cesáreas. Os dados divulgados pelo Ministério da Saúde (2015) mostram que a taxa de operação cesariana chega a 56% na população geral, sendo que esses números variam entre o atendimento nos sistemas público e privado de saúde, que apresentam uma ocorrência de aproximadamente 40% e 85%, respectivamente.

Ao longo da história as mulheres vêm sendo vítimas de diversas formas de violência. Segundo a Organização Mundial da Saúde (World Health Organization, 1996b), violência é a imposição de um grau significativo de dor e sofrimento evitáveis. Nesse sentido, destaca-se a violência obstétrica como um tipo específico de violência contra a mulheres nesse sentido, quando revisada a literatura, não se encontra uma definição única para a violência obstétrica.

De Oliveira e Madeira (2002) Diniz e Schraiber (2002) definem a violência contra mulheres nas instituições de saúde e discutem em maior detalhe sobre quatro tipos de violência: negligência (omissão do atendimento), violência psicológica (tratamento hostil, ameaças, gritos e humilhação intencional), violência física (negar o alívio da dor quando há indicação técnica) e violência sexual (assédio sexual e estupro).

Sanfelice et al., (2014) e Wolff & Waldow, (2008) definem a violência obstétrica como violência psicológica, caracterizada por ironias, ameaça e coerção, assim como a violência física, por meio da manipulação e exposição desnecessária do corpo da mulher, dificultando e tornando desagradável o momento do parto. Incluem condutas como mentir para a paciente quanto a sua condição de saúde para induzir cesariana eletiva ou de não informar a paciente sobre a sua situação de saúde e procedimentos necessários, descreve Uribe (2007).

Alguns exemplos são a raspagem dos pelos pubianos, episiotomias de rotina, realização de edema, indução do trabalho de parto e a proibição do direito ao acompanhante escolhido pela mulher durante o trabalho de parto (Diniz, & Schraiber, 2002; Leal et al. 2014).

Nesse contexto, a violência cometida contra as mulheres em serviços de saúde é subdividida em 4 tipos: negligência, violência verbal, violência física e violência sexual. A negligência trata-se da omissão dos profissionais para com as parturientes. A violência verbal refere-se a tratamento rude, ameaças, gritos, repreensão, humilhação e abuso verbal. A violência física é identificada como agressões, procedimentos violentos e, até mesmo não utilização da analgesia quando indicado. Já a violência sexual é a menos praticada nos serviços de saúde, sendo caracterizada por estupro ou abuso sexual, de acordo com D'Oliveira; et al (2002).

Nesse sentido, a violência obstétrica institucional pode ser melhor identificada de várias formas, como: peregrinação por diversos serviços até receber atendimento; falta de escuta e de tempo para a clientela; frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais com os usuários, motivados por discriminação, abrangendo idade, orientação sexual, deficiência física, gênero, racismo, doença mental; violação dos direitos reprodutivos (discrição das mulheres em decurso de abortamento, aceleração do parto para liberar leitos, pre conceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas para o HIV, quando estão grávidas ou tencionam engravidar; desqualificação do saber prático, da experiência de vida, diante do saber científico, Rede Parto do Princípio,(2012).

No Brasil, procedimentos como a episiotomia, corte que envolve vários tecidos importantes do aparelho reprodutor feminino responsáveis pela contenção urinária e fecal, são realizados sem o consentimento da paciente, que não é informada dos riscos nem da necessidade ou efeitos adversos. Essas práticas médicas apresentam uma incongruência com os preceitos que propõe a Medicina Baseada em Evidências (Rede Parto do Princípio, 2012).

Zarnado (2017) afirma que o descaso e o desrespeito com as gestantes na assistência ao parto, tanto no setor público quanto no setor privado de saúde, têm sido cada vez mais divulgados pela imprensa e pelas redes sociais por meio de relatos de mulheres que se sentiram violentadas. Da mesma forma, esses dados têm sido analisados pela ouvidoria do Ministério da Saúde (2012) que computou que 12,7% das queixas das mulheres versavam sobre o tratamento desrespeitoso, incluindo relatos de terem sido mal atendidas, não serem ouvidas ou atendidas em suas necessidades e terem sofrido agressões verbais e físicas.

No mesmo sentido, Venturini e colaboradores (2010), através da pesquisa “A mulher brasileira nos espaços público e privado”, mostraram que 25% das mulheres entrevistadas relataram ter sofrido algum tipo de violência nos serviços de saúde durante a atenção ao parto, tanto públicos quanto privados.

Há um recorrente debate acerca do termo: “Violência Obstétrica”, de acordo com a Revista Ciências e Saúde (2019), “Os médicos entendem que a autonomia da mulher deve ter limites, principalmente quando existem fatores que possam colocar tanto a mãe quanto a criança em risco se o parto vaginal for escolhido, e em local que não seja o hospital”: diz o parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM)

Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota o termo e o define como "a apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos por profissionais de saúde, na forma de um tratamento desumanizado, medicação abusiva ou patologização dos processos naturais, reduzindo a autonomia da paciente e a capacidade de tomar suas próprias decisões livremente sobre seu corpo e sua sexualidade, o que tem consequências negativas em sua qualidade de vida".

Violência intrafamiliar é considerada como “todo ato e/ou omissão praticado(s) por pais, parentes ou responsável em relação à criança e/ou adolescente que – sendo capaz de causar dor ou dano de natureza física, sexual e/ou psicológica à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma “coisificação” da infância, isto é, uma negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento”, Azevedo (1995).

O estudo “Violência institucional obstétrica no Brasil: revisão sistemática” recomenda-se como estratégia de enfrentamento da violência obstétrica o conhecimento das mulheres sobre seus direitos, contemplando a elaboração e o respeito ao plano de parto, inclusive com a exigência da presença do acompanhante de sua escolha em todos os setores das maternidades.

5.0 METODOLOGIA

A revisão integrativa consiste num método de pesquisa que permite estabelecer uma síntese e conclusões gerais a respeito de uma área de estudo em particular, realizada de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de contribuir para o conhecimento investigado. Esse tipo de revisão deve seguir os mesmos padrões de rigor metodológico de uma pesquisa original, considerando os aspectos de clareza, para que o leitor possa identificar as reais características dos estudos selecionados e oferecer subsídios para os avanços da saúde pública de acordo com Whitemore e Knafl (2005).

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão (2008) a elaboração de uma a revisão integrativa pode ser enquadrada nas seguintes etapas:

Para elaboração da revisão integrativa, no primeiro momento o revisor determina o objetivo específico, fórmula os questionamentos a serem respondidos ou hipóteses a serem testadas então realizam a busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p.760).

Ainda segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) a revisão integrativa elege assuntos relevantes e atuais sobre uma temática específica e é conduzida de modo

a identificar, analisar e sintetizar os resultados de estudos sobre um mesmo assunto, o que contribui para o benefício na qualidade do cuidado prestado ao paciente ou para o conhecimento do leitor da pesquisa.

Para o desenvolvimento desta revisão integrativa foram percorridas 5 etapas. A primeira consistiu em identificação do tema e pergunta de pesquisa a ser estudada que se progrediu a respeito do tema pré-natal, parto e puerpério. Desta forma foi delimitada a seguinte questão: Quais os conhecimentos científicos a respeito das estratégias e experiências das adolescentes e crianças com o pré-natal, parto e puerpério? Buscou-se através dessa pergunta reunir e descrever resultados encontrados em pesquisas publicadas em revistas científicas sobre o tema.

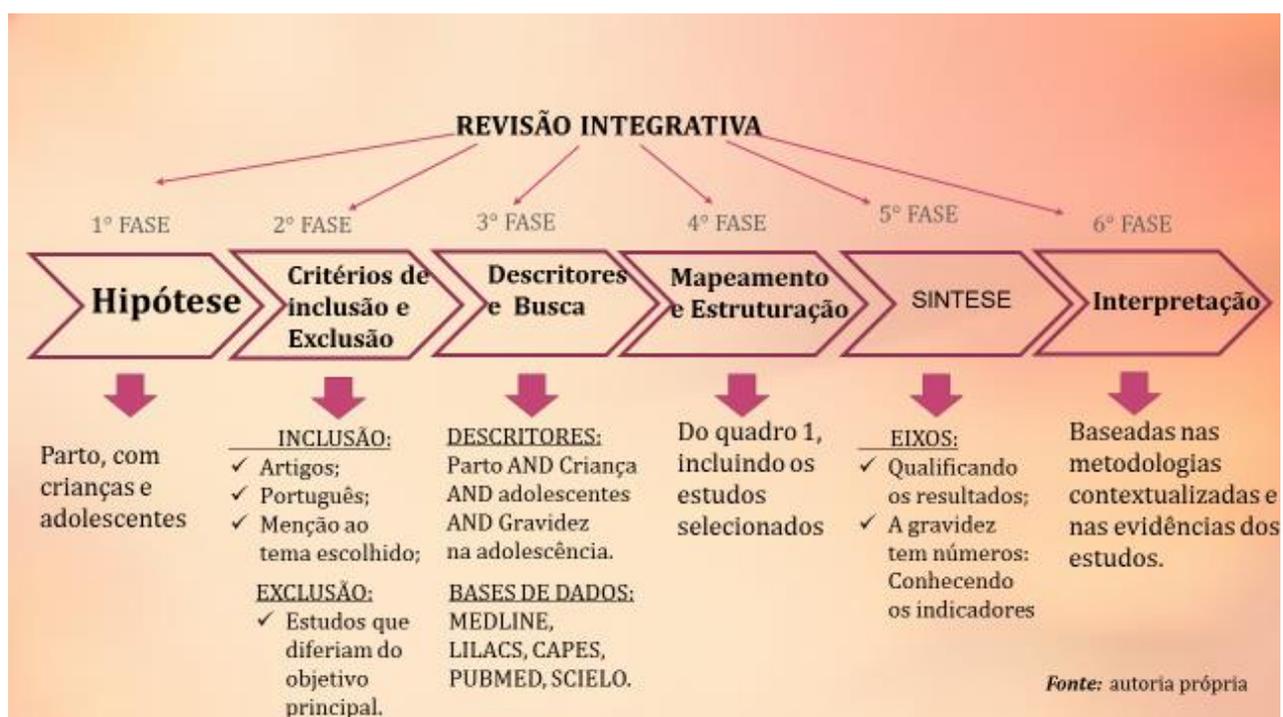
Na segunda etapa foram delimitados os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos em formato de artigos, publicados em periódicos nacionais de língua português, que fazem menção as estratégias e experiências de crianças e adolescentes com o pré-natal parto e puerpério, sem definição de recorte de tempo de publicação e independente da metodologia da pesquisa, e que possuíam títulos e resumos indexados e disponíveis nas bases de dados.

A terceira etapa foi de formulação dos descritores e extração dos artigos científico, busca da literatura se deu pela internet nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, CAPES, PUBMED, SCIELO. Para o levantamento das pesquisas nas seguintes bases de dados foi utilizado o site DeSC (Descritores em Ciências da Saúde) para melhor definição dos descritores para a busca, e foram estabelecidas as seguintes palavras- chave: Parto AND Criança AND adolescentes AND Gravidez na adolescência.

- 1- Foram encontrados 732 artigos a partir da busca realizada, destes 430 foram excluídos pois não se adequaram ao filtro de pesquisa, (1) coleção, (2) idioma: Português, (3) Tipo de literatura: artigo científico, restaram 302.
- 2- Após a leitura e aprimoramento com a temática baseando nos títulos e resumos dos estudos, selecionando assim os principais os artigos com maior relevância tendo assim informações e/ou dados referentes ao tema dos 302 artigos resultantes da primeira seleção 202 foram excluídos por não beneficiarem ao objetivo desta pesquisa. Dos 100 estudos restantes 66 foram

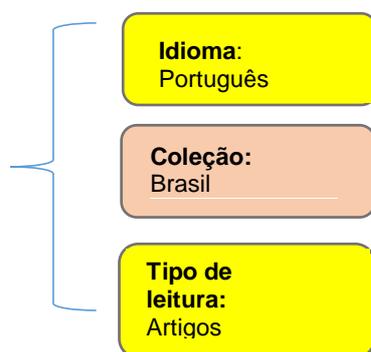
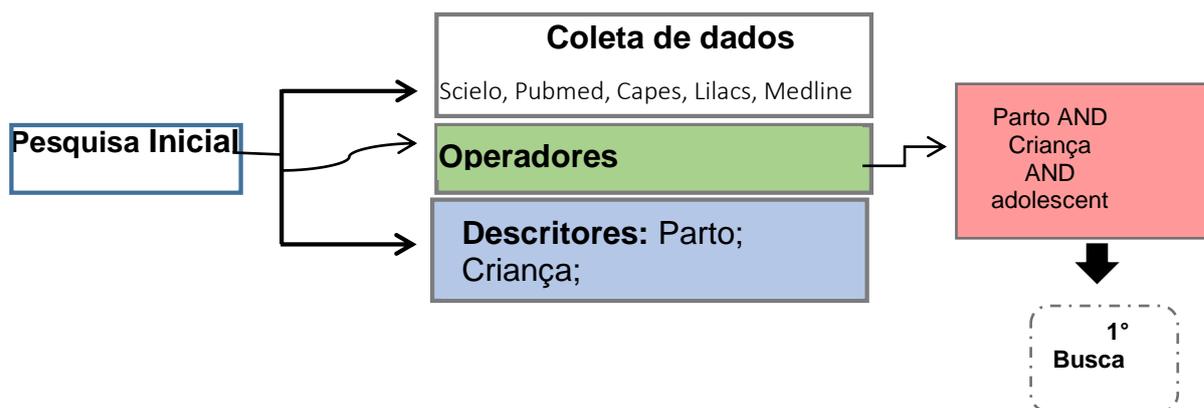
excluídos pois eram duplicados e 15 artigos foram excluídos por não terem sido realizado no Brasil, resultando assim 19 estudos. Portanto a amostra final para elaboração do presente estudo foi de 19 artigos científicos, detalhados no capítulo II revisão integrativa

Imagem 1- Fluxograma da Fases da revisão integrativa

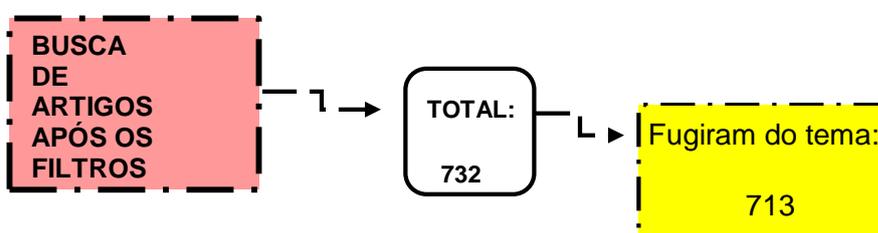


Para completar a compreensão será detalhado cada passo para busca e amostra da seleção, foram elaborados 2 fluxogramas:

Figura 1 - Fluxograma da pesquisa inicial realizada e do retorno de artigos após aplicação de filtros

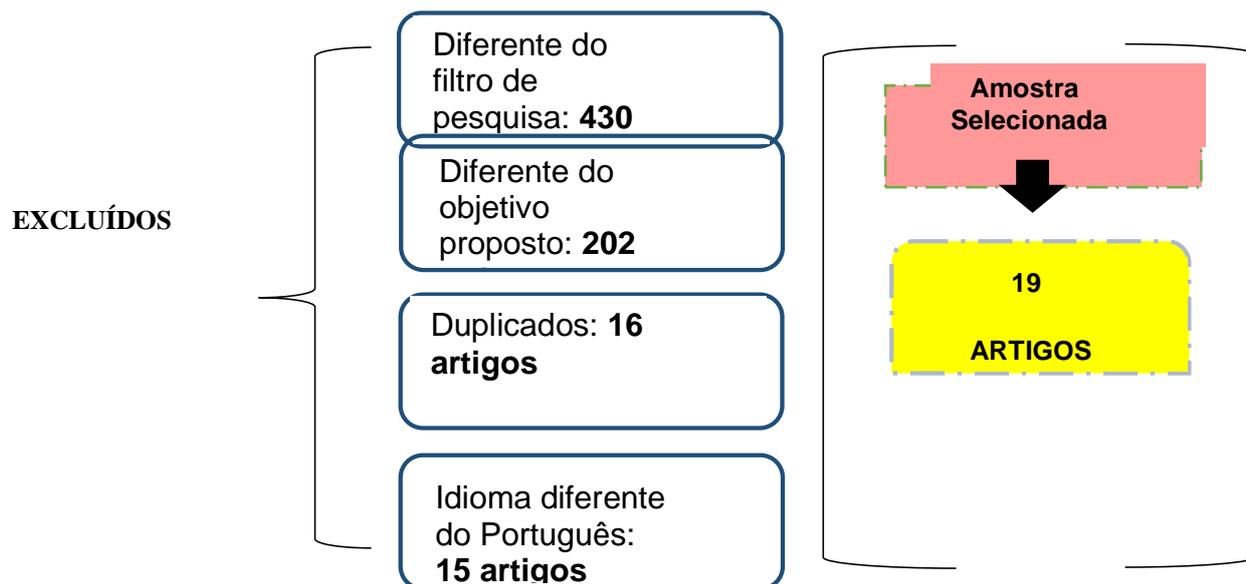


Filtros



Fonte: Da autora

Figura 2 - Fluxograma dos artigos excluídos da amostra final selecionada



Fonte: da autora.

Portanto conforme supracitado foram excluídos artigos que não contemplavam o objetivo central da pesquisa, os que apareciam de forma repetida, bem como os duplicados, os estudos que diferiam do idioma português também foram excluídos da pesquisa. Foram estabelecidos como critérios de inclusão estudos que haviam sido realizados no Brasil, e que referiam se as experiências e expectativas de crianças e adolescentes com a gravidez e o parto.

A quarta etapa foi de mapeamento e estruturação do quadro 1, apresentado posteriormente com os estudos incluídos na pesquisa, neste quadro. A quinta fase referiu se a interpretação e compilação dos resultados nos seguintes eixos: “Síntese dos resultados”, “conhecendo os estudos”, “aspectos relacionados ao parto” e “experiência e estratégias relacionadas com o pré-natal, parto e puerpério. Os estudos foram referenciados nestes eixos de acordo com as referências de abordagem.

Por fim, na sexta e última etapa, foi feita a apresentação da revisão integrativa com informações pertinentes e detalhadas, baseadas nas metodologias contextualizadas e nas evidências dos estudos. (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010 p.45).

6.0 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos legais e éticos desta pesquisa obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A resolução traz termos e condições a serem seguidos e trata do Sistema CEP/CONEP, integrado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/CNS/MS do CN) e pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) compondo um sistema que utiliza mecanismos, ferramentas e instrumentos próprios de interrelação que visa a proteção dos participantes de pesquisa. (BRASIL, 2012). A resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia; não maleficência; beneficência; justiça e equidade etc. e visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. (BRASIL, 2012). Essa pesquisa não precisou ser submetida ao Comitê de Ética por se tratar de um estudo feito com dados secundários, os quais não envolvem seres humanos de forma direta ou indireta. Os custos que envolveram o estudo foram de responsabilidade da pesquisadora.

CAPÍTULO II DA GESTAÇÃO AO PARTO

“[...] Ah, ela não foi planejada. Foi um acidente, mas um acidente bom! (risos). Minha mãe me apoiou... me ajudou. É que nem te falo, mãe é mãe! ”.

7.0 PRÉ-NATAL: A PRIMEIRA RELAÇÃO DA MULHER COM A GESTAÇÃO

Sobre aspectos relacionados ao pré-natal os estudos apontam a pouca divulgação dos programas e atividades educativas que envolvem as gestantes e familiares, durante o pré-natal ressaltando a importância do envolvimento e aprendizagem. As gestantes que não participaram das atividades educativas durante o pré-natal alegaram que há uma falta de divulgação das atividades educativas na unidade; muitas nem sabiam que a unidade realizava esse tipo de atividade, aponta Silva (2017).

Para Souza et al. (2011) é durante a realização do acompanhamento pré-natal, que surgem as oportunidades para as ações de educação em saúde devem ser criadas, possibilitando “o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz”. Segue o relato de um profissional da saúde de um estudo realizado pelo Instituto saúde da mulher (2017):

“Porque nessas atividades educativas a gente consegue abordar questões que não conseguimos durante a consulta, esclarecer dúvidas, também desmistificar algumas coisas que elas acreditam no parto e que também não perguntam na consulta; e também ali promover uma interação entre elas. ”

Segundo o Ministério da Saúde (2017), os grupos de gestantes são uma forma de complementar as informações recebidas durante as consultas, contribuindo para que as mulheres tenham hábitos mais saudáveis, diminuindo medos e ansios relacionados ao período gravídico-puerperal. Os profissionais de saúde consideram que as atividades educativas podem ajudar as mulheres a vivenciar de uma maneira mais tranquila seu trabalho de parto e parto.

7.1 ESTÁGIOS DA GRAVIDEZ

Gravidez é o nome dado a todo o período de tempo desde a fecundação do óvulo pelo espermatozoide até o momento do parto. Nesse processo, ocorre o desenvolvimento do bebê (BRASIL, 2011).

A gravidez é um processo natural de proliferação da espécie. Acontece com todos os animais e plantas. No ser humano, a duração natural é de até 40 semanas, o que equivale a 9 meses no calendário. A gravidez é dividida em trimestres e cada um é marcado com mudanças bastante características. No primeiro trimestre (que vai da 1ª ao fim da 12ª semana), o corpo começa a preparar-se para ser uma “casa” completa até o nascimento do bebê, oferecendo tudo que ele precisa. É comum a produção de alguns hormônios alterar-se e, com isso, a fome aumentar devido às mudanças metabólicas. No início do 1º trimestre alguns órgãos e tecidos começam a desenvolver-se, como coração, pulmão, fígado e medula. É também no 1º trimestre que há mais chances de ocorrer o aborto espontâneo, malformações e deficiências. Portanto, é necessário muito cuidado para que tudo ocorra bem para o desenvolvimento do bebê e bem-estar da futura mamãe afirma Caproni, et al. (2018).

O 2º trimestre de gravidez começa no início do 4º mês. Em semanas, o período compreende da 14ª semana até a 26ª semana, que marca o fim do 6º mês de gravidez. Nessa época, o tamanho da barriga começa a aumentar e os primeiros movimentos do bebê surgem. A 14ª semana de gravidez é a primeira deste semestre. O bebê começa a se esticar na barriga nessa fase ele ainda tem espaço para isso e uma camada de pelo surge em seu corpo, para protegê-lo e ajudar com a regulação de temperatura, como indica Mathias et. al (2018).

O processo de construção da maternidade inicia-se muito antes da concepção, a partir das primeiras relações e identificação da mulher passando pela atividade lúdica infantil, a adolescência, o desejo de ter um filho e a gravidez propriamente dita. Contribuem para este processo aspectos transgeracionais e culturais associados ao que se espera de uma menina e de uma mulher, tanto dentro da família como numa determinada sociedade, Aragão et al. (2006).

Na gravidez ocorrem mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da gestante, e maneira como ela vive estas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mão-bebê. O terceiro trimestre abrange da 28ª semana até a 40ª semana e é representado por um crescimento e desenvolvimento considerável do bebê, que deve estar pesando em torno de 2kg. É normalmente no terceiro trimestre que acontece o parto, sendo mais frequente nas 4 últimas semanas Caproni et al. (2018).

7.2 CONTEXTOS HISTÓRICOS SOBRE O PARTO

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo de parteiras-leigas. Estas detinham um saber empírico e assistiam domiciliarmente as mulheres durante a gestação, parto e puerpério, como também nos cuidados com o recém-nascido. Estas mulheres eram de inteira confiança do mulherio e eram consultadas sobre temas vários, como cuidados com o corpo, doenças venéreas, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio, afirma Brenes (1991). Apesar de seu corpo estar planejado para a reprodução da espécie, desde o início dos tempos, os métodos e os costumes que abarcam o parto têm se modificado ao longo do tempo e nas diferentes culturas (MALDONADO, 2002; MOTT, 2002).

Em todas as culturas, as mulheres, durante o trabalho de parto, sempre foram assistidas por uma ou mais pessoas que, a princípio, eram representantes do sexo feminino: parentes, amigas, parteiras e, posteriormente, no ambiente hospitalar, por um obstetra com formação médica, enfermeira e técnicas de enfermagem (HELMAN, 2003).

O parto, até o século XVII era considerado um assunto de mulheres, era resolvido de modo caseiro, havia a presença de uma parteira experiente e, geralmente, da mãe da parturiente. Em certas situações, como o da realeza, o parto tinha um caráter de espetáculo, onde várias pessoas assistiam (MALDONADO, 2002). De acordo com o blog Parto e luz (2011) ver como fazer citação de blog

A popularidade dos Chamberlens fez com que o parto fosse dominado pelos homens, considerados mais cultos e sábios, por toda a Europa, assim escantearam as parteiras. Para facilitar o seu trabalho, eles foram os responsáveis por tirar a

mulher da posição natural de cócoras ou sentada e a colocaram deitada, contra a gravidade justificando que os homens-parteiros não podiam ver as partes íntimas da mulher, então a maioria dos partos passou a ser realizado debaixo de panos ou até mesmo de olhos vendados

A medicina não tinha muito conhecimento em relação ao parto e as parteiras eram as representantes do que havia de melhor no conhecimento e assistência no parto (STORTI, 2004, p. 230). Normalmente, “os médicos eram chamados apenas ocasionalmente, em casos de partos difíceis, mas, ainda assim, nesta época, o poder de decisão continuava sendo da mulher, sua família e/ou amigas” (HELMAN, 2003, p. 159). O blog parto e Luz publicou que no final do século 19, dar à luz em maternidades passou a ser a norma. A mentalidade machista da época insistia em acabar com as parteiras convencendo as gestantes de que seria melhor estar nos hospitais dominados por doutores.

Entretanto, foi nesse período que o número de casos de mortes durante o parto atingiu o seu pico e ter um filho era como uma roleta russa. A grande maioria das mortes se dava devido a infecções. Ainda não havia conhecimento dos germes e ninguém se preocupava em lavar as mãos nos hospitais. Hoje se sabe que as mulheres que permaneciam em casa na hora do parto, na companhia de uma parteira, tinham melhores chances de sobreviver.

Imagem 1- Mecanização do parto século 19.



Fonte: Blog “Parto e Luz”

Imagem 2 - Parto no processo natural



Fonte: Blog “Parto e Luz”

A mudança de concepção começou quando passou a existir o fórceps, instrumento criado para extrair os bebês em casos de partos difíceis que poderiam resultar em mortalidade materna e perinatal (MALDONADO, 2002). Assim, nos meados do século XVI, início do século XVII, aos poucos, as parteiras foram perdendo lugar com o surgimento da figura do cirurgião na assistência ao parto (MALDONADO, 2002 p. 96). Segundo Tornquist (2002, p.78) as mulheres foram desapropriadas de seus saberes, de sua função como parteiras e dos domínios no campo da parturição.

O parto é uma experiência importante para a mulher, por seu potencial transformador. Este momento é um marco entre o bebê na barriga e o bebê nos braços, pois o bebê parido não voltará a habitar o ventre materno. Portanto, quando vivenciado plenamente, o parto, inaugura novas experiências na vida da mulher e serve como marco entre ser filha e tornar-se mãe, entre o bebê idealizado e o bebê real, entre o que a mulher sonhou para si e como será de fato, entre tantas outras mudanças que ocorrem de acordo com a cultura da parturiente abrangendo o plano físico, mental, emocional e social, Donelli, et al. (2003).

O parto e a assistência ao parto passaram por diversas transformações no decorrer dos tempos. Passou da residência ao hospital, de um evento que envolvia parteiras a um evento médico, da não medicalização a medicalização, do natural a um evento regrado. Devido a tantas transformações que foram desenvolvidas para melhor atender a equipe de saúde e a gestante, a parturiente passou de sujeito a objeto, ou seja, uma pessoa que pouco ou nada decide a respeito de como o parto será conduzido Brasil (2001).

7.3 PARTO HUMANIZADO: A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

De acordo com o dicionário humanizar vem de humano + izar, que significa 1. Tornar humano; dar condição humana. 2. ato de humanização. 3. Tornar benévolo. 4. afável, tratável. 5. Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar. Na assistência ao parto, o termo humanizar é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento do outro humano.

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento único, como o parto, seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora, resgatar o contato humano, ouvir, acolher e explicar e criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, é a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente, não defendidas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) Instituído pelo Ministério da Saúde em 2000.

O parto é voltado para as necessidades da mulher, é a futura mãe quem toma as decisões. As gestantes devem ficar em um local que tenham privacidade, não deve

passar fome, nem sede ou ter alguma privação. O ar-condicionado do hospital deve ser desligado, pois ela não pode passar frio. Se durante o parto normal ela sentir vontade de andar ou se agachar ela pode. Quando o bebe chega, deve haver aleitamento imediato, se a criança estiver bem. A prioridade é a experiência da mãe ao parir seu filho, afirma a editora Jornal e Tempo (2019). A editora contextualiza os vários tipos de partos, segue abaixo:

Natural



Neste caso o papel do médico é o de acompanhar, não há uso de anestesia e não são feitas episiotomia (corte do períneo), nem a indução.

Normal



Também conhecido como parto vaginal é realizado de acordo com a dilatação do colo do útero. Se as dores forem intensas podem ser aplicadas a anestesia peridural. Também podem ser realizadas a episiotomia e a indução (com medicamentos ou

Cesárea



Procedimento cirúrgico e indicado somente ao partos de alto risco, como quando há posição inadequada do feto ou descolamento da placenta.

 **Sem dor**

No Brasil é feito com a aplicação da anestesia peridural ou raquianestesia, acredita-se também que o acompanhamento da mãe por pessoas queridas tem papel fundamental no alívio da dor.

 **Domiciliar**

Realizado na casa da futura mãe, e recomendado apenas de baixo risco e deve ser conduzido por um médico e um enfermeiro obstetra.

 **De Cócoras**

Uma variação do parto normal ou natural, na qual a mãe fica de cócoras sentada em uma cadeira ou um banco especial. A posição alivia a saída do bebê e alivia a dor das contrações.

Fórceps



Usado nos momentos finais de um parto normal em que há sofrimento do bebê. O fórceps funciona como uma pinça auxiliando a saída da criança do útero.

Na água



Indicado apenas para gravidez de baixo risco. O nascimento é feito dentro de uma banheira com água a temperatura do corpo da mãe para que a saída da criança seja de um ambiente líquido e quente para outro com as mesmas características.

Leboyer



A ideia aqui é a um nascimento em ambiente com pouca luz dando banho no bebê, logo após o parto, para oferecer ao recém-nascido uma chegada calma e sem estresse no mundo.

A decisão acerca da via de parto é influenciada por diversos fatores como os riscos e benefícios, possíveis complicações e repercussões futuras. Portanto, as mulheres devem receber informações precisas para que possam fazer valer um dos elementos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: o direito de livre escolha da via de parto, que deverá ser respeitado, especialmente, quando estas forem devidamente orientadas e acompanhadas durante todo o processo de gestação e parto, conforme indica o Ministério da Saúde (2001).

A expectativa das mulheres a respeito da escolha do tipo de parto tem relação com o conhecimento das mesmas sobre o assunto e as informações que são tratadas pelos profissionais da área de saúde. Portanto, torna-se importante a troca de conhecimentos durante a realização do pré-natal, não somente com o intuito de informar às gestantes, mas também como meio de interação entre o profissional e a cliente, possibilitando o esclarecimento de dúvidas, reduzindo assim a ansiedade das mulheres em relação ao momento do parto e ao período gestacional, segundo Oliveira et al. (2002).

É fundamental para a decisão da via de parto pela gestante uma maior aproximação dela com o profissional, garantindo uma atenção integral e de qualidade à mulher, esclarecendo suas dúvidas e anseios no que se diz respeito aos aspectos da gestação, parto e puerpério. A responsabilidade e o papel do profissional na promoção da saúde das mulheres no ciclo gravídico-puerperal, na educação em saúde e na assistência ao processo parir/nascer é uma necessidade que urge por mudanças, Velasque (2011).

O grau de intervenção está intimamente relacionado com o modelo de atenção à saúde. Segundo Wagner (2001), existem atualmente três modelos de atenção ao parto: 1) o modelo altamente medicalizado, com uso de alta tecnologia e pouca participação de obstetrias, encontrado nos Estados Unidos da América, Irlanda, Rússia, República Tcheca, França, Bélgica e regiões urbanas do Brasil; 2) o modelo humanizado com maior participação de obstetrias e menor frequência de intervenções, encontrado na Holanda, Nova Zelândia e países escandinavos; e 3) os modelos mistos, encontrados na Grã-Bretanha, Canadá, Alemanha, Japão e Austrália.

O modelo de atenção ao parto no Brasil caracteriza-se por altos índices de intervenção, destacando-se, do total de partos, 38% de cesáreas em 2000 (ALTHABE; BELIZÁN; BERGEL, 2002). O medo do parto vaginal foi o fator mais citado, sobretudo entre as primíparas, sendo uma razão muito referida pelas mulheres para preferir uma cesariana não só no Brasil (POTTER, et al. 2001 p. 32). Em muitos casos, não há justificativa clínica nem evidências de benefícios para a mãe ou para o recém-nascido (OMS, 1996). O grau de intervenção sobre o parto também está relacionado com o nível socioeconômico, com maiores índices de analgesia peridural, ocitocina, episiotomia, fórceps e cesárea entre pacientes atendidas no setor privado do que no setor público, como indica Roberts, Tracy e Peat (2000).

A organização da assistência obstétrica no Brasil limita a possibilidade de escolha da mulher sobre o tipo de parto. No Sistema Único de Saúde (SUS), o Estado financia a assistência que será ofertada em serviços públicos ou privados contratados, os chamados serviços mistos. No SUS, as mulheres são geralmente acompanhadas por diferentes profissionais durante o pré-natal e assistência ao parto, com equipes nas maternidades atuando em regime de plantão, como indica Domingues et al. (2014). A decisão pela via de parto é influenciada por fatores culturais, socioeconômicos, obstétricos e, especialmente, pela forma de pagamento do parto, pelo subsistema de saúde privado ou público (DIAS, 2014).

O artigo “Parto normal ou cesariana, fatores que influenciam na escolha da gestante” indica alguns relatos referente a preferência das gestantes quanto ao parto:

Eu decidi pelo que já escutei sobre os tipos de parto. De certa forma, houve influência das pessoas mais próximas. Minha mãe e minha tia tiveram parto cesáreo e sofreram muito, sentiram muita dor. Elas me aconselham a parir normal. (Alecrim)

A partir do que já ouvi de outras pessoas, já que nunca passei pela experiência do parto antes. Uma pessoa que me

influenciou muito foi minha mãe. Ela teve dois filhos por parto normal e um por cesáreo, que foi o terceiro filho. Ela sofreu muito porque os pontos romperam e ela adquiriu uma infecção, por isso demorou muito tempo para se recuperar. De certa forma ela tem medo que isso aconteça comigo também (Jasmin).

Os autores do estudo supracitado Silva e Prates et al. (2014), observam

que a experiência anterior é bastante influente na escolha atual, quer seja dela própria, quer seja de outrem. Aquelas que já pariram por via natural permanecem acreditando ser esta a melhor forma. Já as mulheres que nunca passaram pela experiência, demonstram que possuem muitas dúvidas a respeito deste momento, mas, influenciadas por quem já vivenciou, acreditam ser o melhor a fazer.

CAPÍTULO III REVISÃO INTEGRATIVA

“Penso muito nas mulheres que a química consegue calar, que a técnica amordaça, das quais ela apaga a memória, a própria história. Que pena perder uma terapia tão formidável como a do parto!... Que pena não aproveitar essa fantástica oportunidade de renascer, de redimir-se!”

Marie Bertherat.

Os artigos encontrados ofereceram uma base para o desenvolvimento desta pesquisa, além de propiciar base teórica baseado nas evidências. O quadro 1 que está representado logo a baixo classifica os artigos encontrados por meio da busca, foram especificados por referências bibliográficas, objetivos, delineamento/referencial teórico, sujeitos, instrumento para a coleta dos dados. Entendemos que a partir destas categorias haverá maior facilidade de compreensão da pesquisa.

Ao examinar os artigos selecionados para compor este estudo identificou se que 9 (nove) dos artigos são de abordagem qualitativa, sendo a utilização do instrumento de coleta de dados foram: 3 entrevistas abertas, 5 entrevistas semiestruturadas. 1 (um) estudo com metodologia de corte transversal, a busca se deu na base de dados Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC-1998). 8 (oito) estudos selecionados para compor a pesquisa têm metodologia quantitativa, a coleta dos dados foi realizada em diferentes bancos de dados. 1 (um) relato de experiências dando origem a um documentário, e 1 (um) estudo longitudinal com entrevista semiestruturadas. Vários objetivos com diferentes referenciais teóricos e metodológicos foram traçados, mas a linha em comum é que todos estudavam experiências e estratégias de mulheres com o pré-natal, parto e puerpério, nas perspectivas das mulheres que vivenciaram. Todos os estudos com coleta de dados primários foram aprovados pelo Comitê de ética e pesquisa, e obedeceram a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que preza pelo respeito à dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

Quadro 1- Revisão dos estudos incluídos na revisão integrativa

Referências	Objetivo	Delineamento/ referencial teórico	Sujeitos	Instrumentos para coleta de dados
1 Reis, et al. 2006	Examinar o parto em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil, com base na perspectiva de mulheres jovens e adolescentes	Estudo antropológico, cujo método etnográfico combinou técnicas qualitativas	26 mulheres de uma maternidade pública em Salvador	Entrevistas semiestruturadas
Lopez Alegria, Schor e Siqueira (1989).	verificar as intercorrências e o tipo de assistência oferecida, durante o ciclo gravídico-puerperal, às gestantes adolescentes e adultas	Qualitativo	A população de estudo foi de 349 gestantes: 77 adolescentes e 272 adultos.	Prontuário clínico; cartão da gestante; e entrevista feita com a gestante e/ou equipe de saúde, no puerpério imediato.
Levando wsk, 2008. Et al.	Revisar estudos sobre a gravidez e a maternidade adolescente, com base em cinco temas: fatores associados à gravidez adolescente,	Descritiva, com delineamento transversal e quantitativo, comparando adolescentes e adultas, revelando uma vivência predominantemente negativa da	Adolescentes	Revisão de estudos em 5 bases de dados

	impacto para a jovem, vivência da maternidade, interação mãe-bebê e apoio familiar.	gravidez e da maternidade.		
	Conhecer características e associações entre idade materna e aspectos da gestação, parto e nascidos vivos de adolescentes e adultas jovens em Feira de Santana, Bahia.	Corte transversal com nascidos vivos e mães adolescentes (10-16 e 17-19 anos) e adultas jovens (20-24 anos), através do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC-1998)	Adolescentes e adultas jovens	Os dados foram processados usando a razão de prevalência e Análise multivariada
Oliveira, et al. 2002.	Compreender o que significa para as adolescentes passarem pelo parto dito Humanizado.	Fenomenologia como trajetória de pesquisa.	8 adolescentes que foram atendidas no Hospital Sofia Feldman, instituição filantrópica, sem fins lucrativos – Belo Horizonte/MG	Para a coleta de dados utilizei observação de campo e entrevista aberta.
Yazlle, 2002.	Conhecer o número e tipo de partos, categoria de internação, ocupação e diagnósticos obstétricos entre	Análise descritiva	Revisão bibliográfica com os parâmetros tipo e número de partos, categoria de internação, ocupação e diagnósticos obstétricos.	Para processar as informações, foram utilizados o Sistema Epi-Info 6.04

	adolescentes de 12 a 19 anos			
Costa, et al. 2001.	Estudar partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens do Município de Feira de Santana, Bahia	Estudo de corte transversal com base em dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC)	Mães adolescentes e adultas jovens	Foram aplicados testes de inferência estatística, com o objetivo de generalizar os dados do Município
Magalhães, et al. 2006.	Descrever aspectos da assistência e resultados obstétricos da gravidez em adolescentes atendidas em um centro de atendimento terciário do Ceará e comparar os resultados maternos e perinatais entre adolescentes precoces e tardias.	Em estudo transversal, analítico,	Avaliaram-se 2.058 casos, sendo 322 (15,6%) de adolescentes precoces e 1.736 (84,4%) tardias, atendidas no ano de 2000.	Os dados foram obtidos de forma retrospectiva
Godinho, et al. 2000.	Identificar onde as adolescentes grávidas buscaram apoio.	Metodologia de cunho qualitativo, buscando o significado que as pessoas	Pesquisa com coleta de dados foi realizada com 20 puérperas adolescentes de 13 a 19 anos de	Entrevista semi estruturada, gravada após a permissão da puérpera.

		dão às coisas e aos fatos de sua vida.	idade.	
Busanello, et al. 2011.	Analisar as práticas desenvolvidas na assistência à adolescente, a partir do relato dos Trabalhadores.	Estudo, de abordagem quantitativa, é um recorte do banco de dados da macropesquisa multicêntrica intitulada: "Atenção humanizada ao parto de adolescentes	Recorte de um banco realizadas com os 23 trabalhadores da saúde efetivos, e pesquisa documental no prontuário de adolescentes, totalizando 127 prontuários.	Entrevista semiestruturada
Persona, et al. 2004.	Identificou o perfil biopsicossocial das adolescentes com repetição da gravidez, atendidas num ambulatório de pré-natal.	Estudo descritivo com abordagem Quantitativa, realizado no Ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes do CAISM.	Foram entrevistadas 26 adolescentes durante o período de 5 meses de coleta de dados.	Dados obtidos através do prontuário médico.
Oliveira, et al. 2002.	Objetivo compreender o que significa para as adolescentes passarem pelo parto dito Humanizado.	Fenomenologia como trajetória de pesquisa, para chegar a essência do fenômeno.	Participaram do estudo oito adolescentes que foram atendidas no Hospital Sofia Feldman.	Coleta de dados utilizei observação de campo e entrevista aberta.
Carniel, et al. 2006.	Descrever o perfil das mães e seus recém	Estudo descritivo transversal que, a	Identificou as características das mulheres	Avaliação das declarações de Nascidos Vivos

	nascidos e apontar fatores de risco para gravidez na adolescência.	partir das Declarações de Nascidos Vivos.	moradoras de Campinas, São Paulo, Brasil, e de seus filhos nascidos no município em 2001.	(DNVs) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)
17/14 Almeida, et al. 2009	Analisar a importância da inclusão da perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.	Estudo qualitativo realizado em base a dados primários coletados para a avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	A coleta de informação foi feita em mulheres atendidas pelo Programa, abordada por meio de dezesseis grupos focais realizados em unidades de saúde.	Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo.
Mota, et al. 2011.	Conhecer os sentimentos e expectativas vivenciadas por primigestas adolescentes no terceiro trimestre de gravidez com relação ao parto.	Estudo qualitativo, realizado nos meses de janeiro e fevereiro de 2007, no ambulatório de pré-natal, do Município de Maracanaú-Cli-Brasil.	Fizeram parte do estudo 20 primigestas, adolescentes, que se encontravam no último trimestre da gravidez.	A coleta de dados foi feita por meio de entrevista Semi estruturada, utilizando questões norteadoras.
Ferreira, et al. 2011.	Buscar na produção científica, estudos sobre crenças e práticas relacionados a	Revisão bibliográfica narrativa.	O estudo foi realizado nas bases de dados Scielo e google acadêmico	Busca com os seguintes descritores: gestação, cuidados com recém-nascido, educação em

	gestão, parto e puerpério, e identificar as ações em educação em saúde.			saúde e cultura.
--	---	--	--	------------------

Fonte: Elaboração própria, a partir dos estudos extraídos nas bases de dados: Medline, Lilacs, Capes, Pubmed, Scielo.

8.0 QUALIFICANDO OS RESULTADOS

Os estudos encontrados revelam a perspectiva das mães adolescentes com o parto, enfatizando as experiências positiva ou negativas, vivenciadas por elas. Foi percebido que a gravidez nesta fase é vista para o ciclo familiar e de amigos da adolescente como algo ruim e de irresponsabilidade, e isto é relatado em vários estudos como fator principal para a depressão pós parto, bem como o trauma para uma futura gravidez. Há uma tendenciosa comparação nos estudos da gestante adolescente (10 a 19 anos) com a gestante adulta (20 aos 59 anos de idade), ressaltando com negatividade a gravidez na infância e adolescência, esta comparação acaba não sendo justa porque a criança e a adolescente pertencem a um meio social e tem condições financeiras completamente diferente das mães adultas.

Houve uma dificuldade para encontrar na literatura estudos que ressaltasse a experiências e estratégias da gravidez em mães na infância, pois neste caso houve muita associação com abuso sexual, maus tratos, problemas psicológicos, emocionais etc. O estudo “maternidade adolescente” os autores enfatizam que a gravidez na adolescência é referida como um problema de saúde pública em nosso país (Barker & Castro, 2002; Dadoorian, 1998; Santos, 1999), sendo frequentes os relatos de aumento do índice de gestações nesta faixa etária (CAMARGO, 2002).

Taxas mais alta de desemprego e de pobreza também são comumente mencionadas como decorrentes da gravidez adolescente (Barker, 2002). O artigo “Indicadores maternos-infantis, na adolescência e juventude: Sociodemográfico, pré-natal e nascidos vivos” afirma que pesquisas têm mostrado que RN de adolescentes apresentam características antropométricas semelhantes aos filhos de adultas, nas mesmas condições de vida. Entretanto, os RN de adolescentes da menor faixa etária (10 a 16 anos) apresentam maior prevalência de peso insuficiente (2.501-3.000g) e baixo peso (<2.500g) e menor prevalência de peso adequado (>3.000g), quando comparados com os de mães adultas nas mesmas condições de vida.

Outro artigo que contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento desta pesquisa foi o artigo “Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes” este relata que a adolescente, na vivência do parto, não é apenas um corpo físico, biológico, sujeito às leis de causa e efeito, mas um corpo que tem sentimentos, que mostra por gestos, gritos, choro, silêncio, como vivencia esse momento.

O artigo “ O estudo dos partos e nascidos vivos de mães adolescentes e adultas jovens, no município de feira de Santana, Bahia, Brasil,1998. Informa que os resultados apontaram, entre adolescentes, alta prevalência de NV e baixo nível de escolaridade, além do risco aumentado para analfabetismo, não-realização de pré-natal, baixo peso e peso insuficiente dos NV, na faixa de 10 a 16, comparada à de 20 a 24 anos.

É ressaltado em um dos estudos pelos autores Coarde e Silva (1988), que fizeram parte desta pesquisa e afirmam que surpreendentemente, um grupo de adolescentes apresenta uma segunda, terceira ou até quarta gestação durante a adolescência, a maioria sem ter planejado. Diversos autores constataram altas porcentagens de repetição da gravidez na adolescência (10 a 45%) acontecendo após pequenos intervalos entre as gestações (12-24 meses).

Neste mesmo estudo intitulado “Perfil das adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal”, o estudo revela o perfil das adolescentes repetição da gravidez que é o seguinte: adolescentes que tiveram

menarca precoce (até os 12 anos), a primeira relação sexual após curto intervalo da menarca, grande índice de repetência escolar, ou até mesmo abandono escolar, ausência de ocupação remunerada, baixa renda familiar, envolvimento com parceiros mais velhos, residir com o parceiro bem como união consensual com o parceiro, um parceiro fixo, história familiar de gravidez na adolescência (pela mãe, irmãs, primas), ausência do pai por morte ou abandono, reação positiva por parte da família à gravidez anterior, aborto anterior, parto anterior bem conceituado pela adolescente e ausência à revisão pós parto-anterior. É enfatizado a importância da educação sexual, nos âmbitos acadêmicos, o esclarecimento de dúvidas, e direcionamento a sobre o início da vida sexual que por muitas vezes não é abordado no meio familiar.

O estudo “Sentimentos e expectativas vivenciados pelas primigestas adolescentes com relação ao parto” realça que os sentimentos das gestantes adolescentes emergiram de suas expectativas com relação ao momento do parto, é possível observar que as adolescentes entrevistadas verbalizaram os seus sentimentos ambivalentes, deixando fluir emoções impregnadas de sensações de ansiedade, insegurança, medo, desinformações e felicidade.

Segundo Silva (2004) a maternidade na adolescência é um fator que envolve o processo de culpabilização da adolescente, principalmente se esta for solteira, tendo em vista representar irregularidade e conflito na convivência com a família ou grupos de amigos. As próprias adolescentes criticam a possibilidade da amiga ter engravidado, considerando-se a existência de métodos contraceptivos disponíveis. No entanto, apesar destes serem disponibilizados, há, por parte de algumas adolescentes, dúvidas quanto a sua utilização, enquanto, para outras, não há o acesso à educação sexual, nem mesmo ao serviço de planejamento familiar.

O artigo “Vivência do parto normal em adolescentes” os autores afirmam que a vulnerabilidade da população adolescente é inerente ao seu comportamento, como é a necessidade de buscar sua identidade psicológica e sexual para posicionar-se no meio social, enfim a necessidade de autoafirmação. Atualmente, os índices de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram o crescimento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas etárias de 10 a 14, 15

a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério correspondem a 37% das internações entre mulheres de 10 a 19 anos no SUS, como indica o Ministério da Saúde (2006), no estudo “Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez”, o estudo indica também que existem as crianças e adolescentes que optam pelo aborto, haja vista não quererem abrir mão das festas, das noites de sono bem dormidas, do corpo esbelto.

Outra consequência da gravidez na adolescência seriam eventuais problemas de saúde para a mãe e a criança. Quanto à saúde física das mães, os problemas médicos mais citados são: anemia, hipertensão, complicações no parto, disfunções uterinas, infecções durante a gravidez, hemorragias pós-parto e mortalidade (Costa et al. 2001).

8.1 A GRAVIDEZ TEM NÚMEROS: CONHECENDO OS INDICADORES

A tabela 2 mostra que a distribuição percentual por faixas etárias de idades das mães, em 2011 apresentam oscilações mínimas nas categorias definidas, similares às que se observam nos anos anteriores, de acordo com o DATASUS (2013)

Tabela 1- Distribuição percentual das faixas etárias de idade da mãe, Brasil, 2000 a 2011.

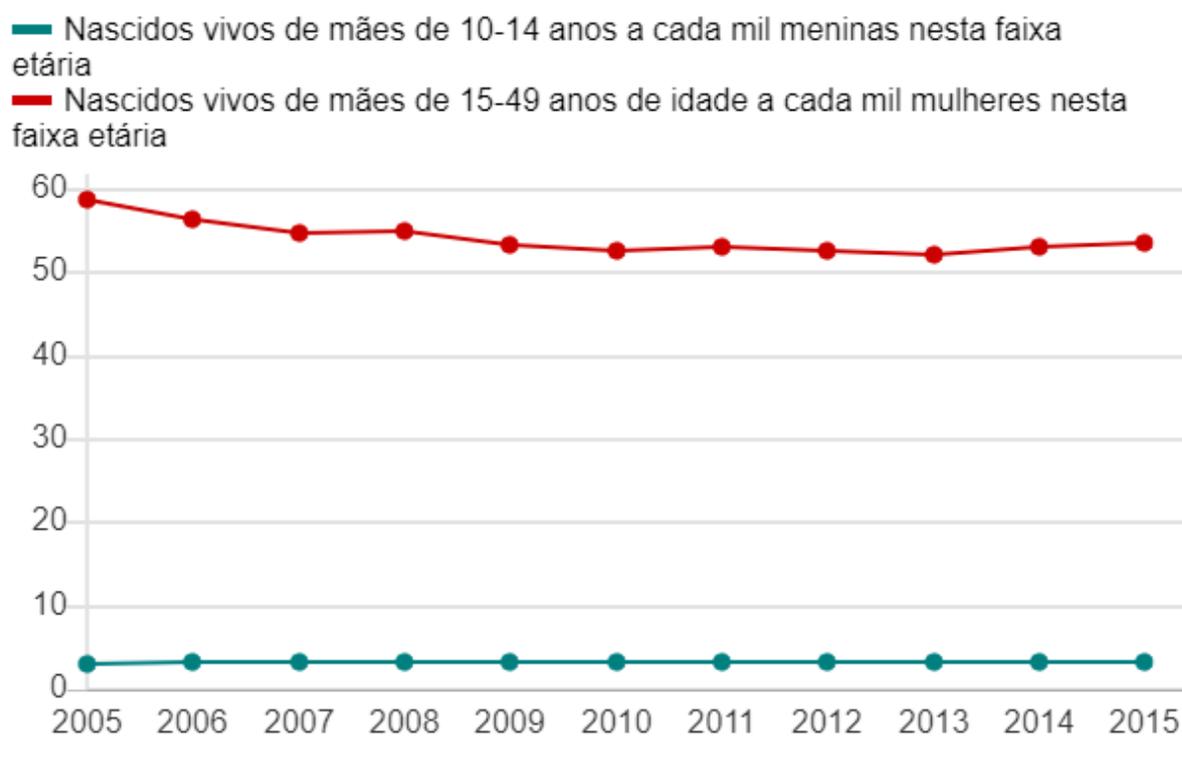
Fx. Padrão	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<10a	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
10-14a	0,903	0,897	0,904	0,897	0,868	0,881	0,938	0,967	0,977	0,965	0,945	0,954
15-20a	29,266	29,080	28,527	27,839	27,172	27,045	26,739	26,132	25,379	24,768	23,786	23,518
21-30a	50,407	50,514	50,883	51,496	51,752	51,781	51,518	51,605	51,741	51,724	51,753	50,969
31-40a	17,609	17,771	18,157	18,287	18,721	18,801	19,408	19,863	20,476	21,093	22,050	23,078
41-50a	1,234	1,263	1,283	1,287	1,318	1,330	1,383	1,414	1,416	1,440	1,451	1,470
51-55a	0,002	0,002	0,001	0,002	0,002	0,001	0,006	0,006	0,005	0,005	0,007	0,007
56-60a	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,001	0,000	0,001	0,001	0,001
61e+	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,001
Ign	0,579	0,473	0,244	0,192	0,167	0,161	0,006	0,012	0,005	0,003	0,007	0,003
Total	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000	100,000

Fonte: Sinasc - CGIAE/SVS/MS

Na série histórica, comparando-se a distribuição de idade das mães, em 2011, em relação à média dos últimos três anos publicados, observa-se redução de 35% de resposta “ignorada”, redução de 40% de registros com idade igual a 10 anos

(32 casos em 2011 frente a uma média dos últimos 3 anos de 54 casos), aumentos das idades de 11 (100% de incremento, passando de 143 para 284 em 2011), e 12 anos (40% de incremento, passando de 785 para 1081 observações). Nas demais idades e faixas etárias, observa-se oscilações habituais de 1 a 9% de um ano para o outro.

Gráfico 1- Gráfico de distribuição segundo faixa etária 10-49 anos de idade, Brasil, 2005 a 2015.



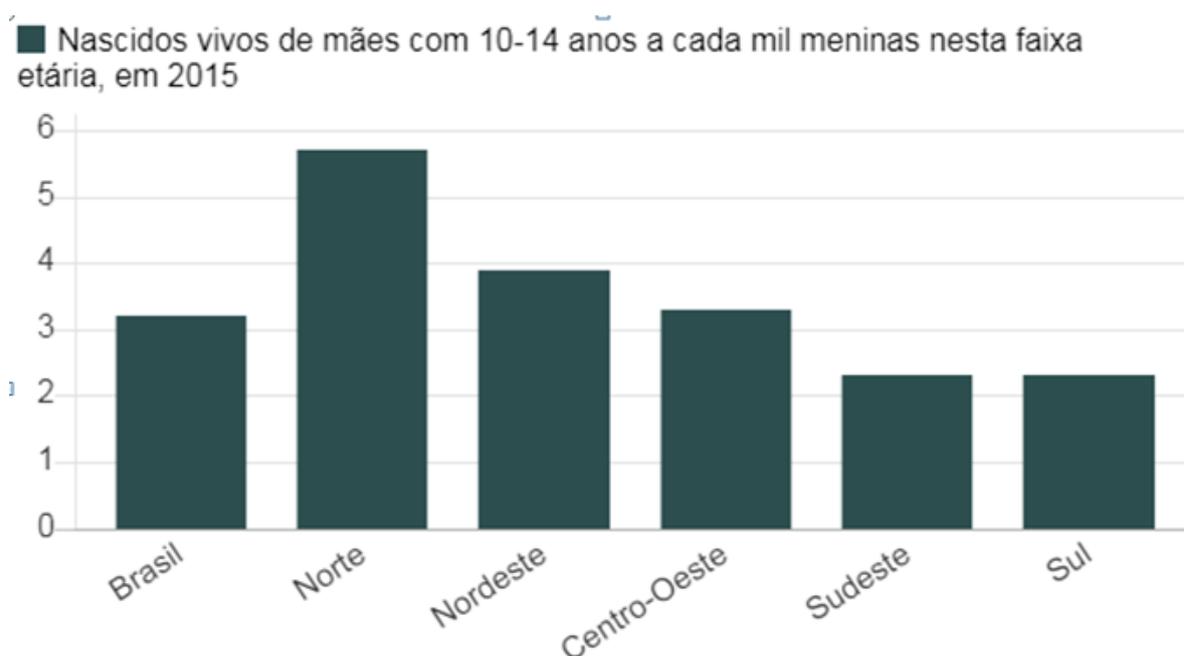
Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde).

Taxa de bebês de mães muito jovens se mantém estável enquanto, nas outras faixas etárias, houve queda nos últimos 10 anos. Os números mostram que a

gravidez entre meninas dessa idade ocorre em todo o país, principalmente nas áreas mais pobres, alcançando os piores índices na região Norte. O mais grave é que a taxa de fecundidade entre garotas nessa faixa etária não tem caído, ao contrário da tendência geral do país, em que se observa queda nos nascimentos tanto entre adolescentes (mulheres de 15 a 19 anos), quanto entre adultas (a partir de 20 anos).

Quanto mais ao norte do país, mais grave é a situação afirma a revista BBC Brasil (2017).

Gráfico 2- Distribuição de Nascidos Vivos de mães segundo a região, Brasil, 2015.



Fonte: DATASUS (Ministério da Saúde).

CAPÍTULO IV GRAVIDEZ NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: PARA ALÉM DAS INDIFERENÇAS



Maria, que engravidou aos 13 anos:

“Quando entendi que estava grávida, senti muito nervosismo. Pensei: não vou ser mais criança, agora eu vou cuidar de outra criança”.

9.0 O PARTO E O MEDO: ONDE FORAM APRENDIDOS

Diante de tantas modificações físicas, e de tantas mudanças na vida da mulher, certamente o fator psicológico será afetado, ela passa por uma crise adaptativa, e, portanto, por desarmonia entre o corpo mente e espírito (PEREIRA, 2005).

Segundo Silva, Lopes e Diniz (2002) os sentimentos da mulher na gestação oscilam entre medo, angústia e desesperança, insegurança e felicidade, também em situação que a gravidez não é desejada pela família há uma sobrecarga emocional sobre a mulher, tornando-a mais vulnerável e mais necessitada de apoio. Esses conflitos são transitórios, podendo iniciar-se no primeiro trimestre, mantendo-se pelo restante do ciclo gravídico-puerperal. No entanto, se não controlados, podem resultar em saída da crise, com sérias repercussões para sua saúde (MALDONADO, 1997).

“Estou com medo não posso contar pros meus pais [...] se eu contar, minha tia vai fazer um inferno [...] (Copo-deleite, 14 anos)”.

Estudos mostram a importância do contato pele a pele na primeira hora de vida, seja ele por parto vaginal ou por cesárea, para promover a amamentação, assim como apontam para potencial benefício fisiológico para lactentes durante a transição para a vida extrauterina (MOORE et al. 2016).

No estudo de Lopéz et al. (2017) foram valorizadas pelas mulheres participantes da pesquisa as práticas não farmacológicas de alívio da dor, como uso de bola e o banho terapêutico.

A vivência do parto normal institucionalizado foi traduzida pelo medo, acompanhado pelo pressentimento de que algo ruim fosse ocorrer no momento do

parto, seja pela possibilidade de surgirem complicações com o bebê, seja pelo medo da própria morte ou da morte do bebê (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006).

As mulheres expressaram o temor das dores, temor este, intensificado pelas histórias ouvida fora do hospital sobre a dor de parto e que, para algumas, poderiam levar à morte (SILVA; LOPES; DINIZ, 2002).

A insatisfação com a experiência do parto está também associada à má atenção da equipe, complicações com o bebê, parto demorado ou difícil, pouco ou nenhum controle do trabalho de parto pela parturiente, frequência de exames vaginais, limitações de movimentação e compartilhamento das salas com outras mulheres, durante as experiências negativas do trabalho de parto, elevando seus níveis de ansiedade, afirma Lopes (2005).

A busca pelo hospital é impulsionada pelo desejo de encontrar uma assistência que lhe ofereça acolhimento e segurança (ARMELLINI; LUZ, 2003).

Nesse sentido, conforme os relatos das entrevistadas, as experiências negativas em outras maternidades, juntamente com a opinião de pessoas da rede de relações das puérperas, pareceram ser mais significativas para escolher a maternidade do que as orientações dos profissionais de saúde (PEDROSO, et al.2017). A falta de recurso social, de acordo com Lesser e Escoto-Lloyd³, contribui para os problemas de saúde das adolescentes grávidas e das mães jovens. A sobrecarga de responsabilidade, decorrente da chegada do filho, ocasiona modificação radical no estilo de vida das adolescentes. Além disso, a discriminação ainda hoje existente, por parte da sociedade e até da própria família, afirma o artigo de Yazlle (2002), “A Adolescente Grávida: Alguns Indicadores Sociais”.

9.1 SOLIDÃO E ABANDONO NA GESTAÇÃO

Quando as adolescentes percebem que estão grávidas, elas recorrem, primeiramente, ao parceiro, depois a sua mãe e em seguida aos amigos, sendo que, habitualmente, a comunicação pode ser melhor estabelecida com a mãe (GRIFFITHS et al. 1994). Percebe-se, também, a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro, causando a interrupção do processo normal do

desenvolvimento psico-afetivo-social: na maioria dos casos a gestante não tem nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família. Ao contrário, frequentemente sofrem críticas de familiares, seja pelas pressões sociais envolvidas, seja por problemas financeiros. Ademais, muitas vezes, não podem contar com o apoio de amigos ou vizinhos, sentem-se envergonhadas, culpadas e têm dúvidas quanto ao seu futuro e ao de seu filho (FREDIANI; ROBERTO; BALLESTER, 1994). O estudo “Vivência do parto normal em adolescentes” trás relatos das adolescentes que vivenciaram momentos de solidão expresso pelo, sofrimento e abandono, revelados na convivência com os outros (representados pelos pais e companheiro), conforme depoimentos a seguir:

“Pra começar, na gravidez não foi uma gravidez desejada, depois, fazer com que meu pai e minha mãe aceitasse minha gravidez.”

[...] pensei até em me matar, porque meu namorado não queria se juntar comigo, eu não podia dizer nada pra mãe e pior pro pai [...] (Dália, 18 anos).

[...] Quando eu soube que tava grávida poxa, foi um sofrimento e não foi porque eu morava na casa dele e ele viajou[...] quando precisei [...] estava longe de mim.(Elizabeth)”

O abandono familiar é revelado com as manifestações de sentimentos de solidão e desamparo vivenciados por cinco adolescentes em decorrência do afastamento da família após o início do relacionamento afetivo com o namorado/companheiro. O afastamento da mãe emergiu nas falas de duas jovens como uma forma de denúncia, ou seja, como sentimento de rejeição ou abandono, segundo Lage, (2008).

Minha mãe, eu nem sei se ela sabe sobre a gravidez. Quando ela foi embora eu já tava namorando, e ela achou

muito ruim, porque ele é meu primo. Mas eles devem saber. Eu liguei lá, deixei recado com minha colega, deixei meu número para minha mãe me ligar, mas ela não me ligou. Ela está nervosa mesmo comigo[...] - AZALÉIA

“É saudades demais, mesmo tendo a minha sogra e o meu marido, eu me sinto sozinha. Não sei se é por causa da gravidez, às vezes eu me sinto muito sozinha mesmo, começo a chorar com saudades da minha mãe, saudades dos meus irmãos, saudades mesmo... Às vezes eu ligo para eles, mas ver mesmo tem muito tempo... Sinto muita falta mesmo... Nem sei se fiz certo em deixar a minha mãe, é muito chato[...] – LÍRIO”

As que não tinham pais temiam revelar para as pessoas com quem viviam e tinham os seguintes pensamentos: Será que eu conto? E se eu contar, e ele não quiser mais viver comigo? Será que ele gosta de mim? Será que ele ia ficar triste ou alegre? Vários são os questionamentos que passam por suas mentes e ficam nesse impasse, qual seja, contar ou não a respeito de sua gravidez, Moreira et al. (2008). O estudo: “Conflitos vivenciados pelas adolescentes” realizado com 12 adolescentes grávidas (da zona urbana do município de Jucás-CE) menciona em alguns depoimentos, que vários companheiros forjavam brigas, discussões, atingindo, assim, o objetivo, que era o término do relacionamento e a retirada da responsabilidade com a gravidez, resultando em mais um dos muitos problemas que as mães adolescentes têm de enfrentar.

9.2 EXPERIÊNCIAS E ESTRATÉGIAS COM O PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO

O puerpério, também denominado resguardo, é uma fase do ciclo grávido puerperal que se inicia após a dequitação da placenta e termina até o retorno do

organismo materno às condições passíveis de involução, que ocorrem por volta de seis semanas pós-parto. Essa fase puerperal é um momento crítico e de transição na vida das mulheres, marcada por modificações intensas e que estão presentes nas dimensões biológicas, psicológicas, comportamentais e socioculturais. Todos esses aspectos, individualmente ou sobrepostos, resultam em diferentes situações de vulnerabilidade para essas mulheres que vivenciam esse período, Silva (2009). O conceito de vulnerabilidade estrutural ou genética de acordo com (MONTAGNER e MONTAGNER, 2018, p.33):

É uma situação definida historicamente, cuja origem concreta dentro de um determinado campo social é reconhecida em termos simbólicos e relacionais por grupos ou estratos da sociedade, reconhecimento este remetido ao patamar coletivo, supra individual. (...) Essa situação de vulnerabilidade pode ser traduzida pela ausência dos capitais sociais (na lógica de Pierre Bourdieu) mais comuns e significativos, como o papel econômico, social, cultural, político, indicadores concretos da realidade simbólica e de classe deteriorada.

Dessa maneira, a adaptação à condição materna pela puérpera, abarca o desenvolvimento de habilidades para o cuidado ao filho frágil e dependente (SHIMO,2003).

Verificou-se que as mulheres que vivenciaram o parto normal sentiram no próprio corpo que outras posturas poderiam facilitar ou ser mais confortáveis na fase expulsiva. Estudos como o de Domingues et al. (2014) mostram que experiências anteriores negativas com o parto vaginal têm sido apontadas como fator de forte associação com a demanda por cesariana.

De acordo com o escrito de Pinheiro (2013), as mulheres apresentaram como argumentos a favor do parto normal: melhor recuperação no pós-operatório, possibilitando maior autonomia no desempenho das tarefas cotidianas e nos cuidados com o recém-nascido; experiência satisfatória com partos anteriores; menores riscos de infecção, como é possível observar nos relatos seguintes:

“Ai é uma dor que cê tem só na hora, mas depois você fica despreocupada. Pode fazê o serviço sozinha, é... cuidá do

bebê sozinha. Porque, cesárea não, cesárea você precisa de todo mundo. ” (A. C. O., 27 anos, 1ª gestação).

“Normal, ah, é mais tranquilo, a recuperação é mais rápida, ah, sei lá, já fala o nome né, normal, não tem ajuda de nada, então, é pela natureza mesmo. ” (A. V. C., 29 anos, 3ª gestação).

A postura do profissional pode, muitas vezes, interferir na evolução normal do trabalho de parto, afirma o estudo de Oliveira et al. (2002). Por exemplo: quando, de uma forma um tanto ríspida, chama a atenção da parturiente, com relação a maneira como se comporta no momento das contrações uterinas, impedindo-a de expressar livremente, por meio de seu corpo, o que está vivenciando. Dessa forma, está, também, contribuindo para a medicalização do parto, ou seja, interferindo no processo fisiológico do nascimento, como retratado no relato seguinte:

"Eu tava na sala agachada, eu fazia força, mas não dilatava, não acontecia nada...até que elas chamaram o médico para ajudar, aí foi ruim. Se eu soubesse que fosse para chegar lá e eu ganhar, tudo bem, mas agora, ficar lá esperando e o médico ficar em cima de você ajudando a sair, é ruim...aí me levaram pra sala da mesa deitada, me cortaram e puxaram o menino, porque já tava ficando sem ar lá dentro. Foi ruim e as pessoas nem entende..."

Entre as gestantes que desejavam que seu parto fosse cesárea, apareceram como motivos desta escolha, experiências anteriores satisfatórias com o parto cesariano; não terem sentido dor, nem incômodo durante o parto; porque consideravam que não tinham “estrutura óssea” necessária para o parto normal; e porque tinham medo de “não dar conta” de ter um parto normal, como mostram os depoimentos seguintes:

“Ah, eu preferia cesárea. Porque eu não senti nada do primeiro, aí eu tenho medo, sei lá, eu tenho medo de não dá conta e pelo fato, assim, da minha outra médica, do meu primeiro filho tê falado que a minha estrutura óssea, mesmo que eu dilatasse, o tanto suficiente, o nenê não ia tê passagem pra nascê, por causa do meu quadril sê muito estreito” (J. A. M., 26 anos, 2ª gestação).

O estudo realizado por Reis (2006) na maternidade pública de Salvador aponta que a expectativa é, sempre, de uma experiência sofrida. Entretanto, ao sentir suas primeiras contrações, Francine (19 anos) experimentou, simultaneamente, medo e alegria:

“Ao mesmo tempo eu ficava triste, por causa da dor, e ficava alegre porque ia ver minha filhinha”.

"Dá um medo, uma aflição, o pessoal tudo pedindo para ficar quieta, mas não tem jeito, a dor é muito forte, eu fiquei foi andando nas duas salas, eu não aguentei ficar deitada..."

O medo é um tema frequente nos relatos e surge de diferentes formas: medo da dor; medo de ser incapaz de expelir o bebê; medo da morte, de si próprias ou de seus bebês; também, em alguns casos, medo dos maus-tratos dos profissionais de saúde Reis (2006)

Talvez por ser a dor um acontecimento natural e esperado no processo do parto, o profissional de saúde pede com insistência controle e tranquilidade por parte da adolescente, esquecendo-se com isso que cada indivíduo tem um certo limiar de tolerância para a dor, o que, por sua vez, pode ser potencializado por questões

emocionais, psicológicas, culturais, etc. Os fragmentos das falas retratam essa situação:

"O pessoal não ajuda, a gente sente dor e ninguém ajuda, manda a gente ficar quieta, não gritá. Mas, quem tá sentindo a dor é nós. Eu não gostei daqui não"

"Ah, foi horroroso, muito horroroso. Ah, eu não podia gritar..."

O corpo é iminentemente um espaço expressivo. Ele é a origem de todos outros espaços expressivos, ele é o próprio movimento de expressão, aquilo que projeta as significações no exterior dando-lhes um lugar, aquilo que faz com que elas comecem a existir como coisas, sob nossas mãos, sob nossos olhos de acordo com Ponty (1999),

Diferentes estratégias são utilizadas pelas parturientes, com o objetivo de facilitar a admissão no hospital. A mais frequente, sugerida pelos parentes, e que as jovens se mantenham calmas e que não gritem, para não irritar os profissionais de acordo com McCallum (2006). Os problemas familiares durante a gravidez refletem na experiência com o momento, causando traumas psicológicos por toda a vida, no mesmo estudo Cristina de 32 anos relata:

"Nunca tive sorte em ter uma gravidez tranquila, sei que tem muitas mulheres que vivem essas coisas lindas nesse período, mas eu particularmente nunca tive isso... mas sou extremamente grata a Deus pela minha saúde, e pela saúde de todos os meus filhos, durante a gravidez, na realização do parto e depois do parto... o importante é isso, no final de tudo estamos todos bem".

Donelli (2005), em seu estudo indica que com relação aos achados sobre os sentimentos em relação ao parto, 3 meses depois do ocorrido, percebe-se que alguns relatos foram marcados por uma particularidade: inicialmente havia elevada

incidência de sentimentos negativos e, depois do parto, aumentaram os sentimentos positivos. Isto pode estar sugerindo que o parto foi, na prática, melhor do que o esperado pelas gestantes, ou então pode estar relacionado com uma tentativa de minimizar a culpa por não ter gostado da experiência ou, ainda, a tentativa de evitar sua depreciação.

Como destacam Gama et al. (2009), a experiência do parto é marcada por uma grande heterogeneidade social, variando de acordo com características culturais, religiosas, étnicas e de classe social, sendo que as circunstâncias e expectativas das mulheres também são parte integrante dessa experiência.

O parto é um ato cultural, na medida em que é moldado pelos valores sociais predominantes em cada sociedade, historicamente. É necessário conhecer cada caso, cada família e entender as suas particularidades, seus conteúdos e seus significados culturais, sem imposição e autoritarismo (TEIXEIRA; PEREIRA, 2006), e, além disso, o cuidado com o vocabulário deve ser tomado em todas as suas atividades de educação em saúde, devendo sempre adotar termos populares (HOGA, REBERTE, 2007).

Stuart Hall (1997 apud DUTRA, 2005), complementa ao afirmar que os processos de gerar e parir são perpassados de construções culturais e agregam rituais aos corpos, que ajudam a definir o que esse corpo “é” e como ele “pode” ou “deve” (re) agir em determinadas circunstâncias ou condições. Assim o evento de gerar e parir passa de evento estritamente biomédico e fisiológico, para evento político e cultural. Diversas estratégias individuais são empregadas pelas mulheres na tentativa de se expor menos à brutalidade e humilhações que marcam o encontro clínico no processo reprodutivo.

Para algumas mulheres, trata-se de procurar se adequar aos padrões de comportamento que julgam corresponder às expectativas dos profissionais de saúde e, nesse caso, o silêncio transpõe como estratégia privilegiada (RATTNER, 2002 p. 58).

Os pais ou responsáveis tem funções primordial na rede de apoio familiar com a descoberta da gravidez, nos estudos que compunha este trabalho apresentam diversos depoimentos das adolescentes ao contarem que estavam grávidas para seus familiares:

“O meu pai me botou pra fora de casa [...] (Margarida, 15 anos)”

“Não contei pra minha mãe, até que ela descobriu, ficou muito magoada comigo e hoje não me considera mais como filha [...] (Amélia, 16 anos);”

“O pai foi no meu trabalho e me deu uma surra na frente de todo mundo e me disse muita coisa humilhante [...] (Girassol, 15 anos);”

“[...] minha tia disse que eu ia ter que tirar essa criança [...] (Copo-de-leite, 14 anos).”

Ora, na adolescência, a maternidade não é apenas um ato biológico-reprodutivo, mas um processo social que afeta significativamente as relações entre homem, mulher e membros familiares, definindo novas identidade sociais (TIBA, 2005). Os estudos apontam que são poucas as famílias que acolhem e aceitam as adolescentes após estarem grávidas, e isto é um fator negativo em vista da fragilidade emocional do momento. No entanto, a grande maioria institui a experiência do casamento, mesmo que eles não o queiram, induzindo os jovens a abrir mão de seus desejos e expectativas. Outras impõem abortamento, abandono ou usam da violência. E muitos pais expulsam sua filha de casa, aumentando os problemas que as jovens mães terão que enfrentar, afirma Moreira, et al (2008).

É expressiva a quantidade de artigos que revelam o baixo nível socioeconômico das adolescentes associado a não aceitação dos familiares, trazendo como consequência a desistência dos estudos, seja qual foi o nível, conforme foram relatados a seguir:

“[...] eu nunca estudei e o único galho que arrumei foi de doméstica [...] (Papoula, 15 anos);”

“[...] depois da gravidez tive que ir trabalhar em Fortaleza pra me sustentar e foi muito difícil...só falta três semanas e eu não tenho como me sustentar [...] (Jasmim, 17 anos)”

“[...] parei de estudar e o que me sustenta é a aposentadoria da minha avó que mal dá pro tratamento dela, imagine pra mim e pro meu filho [...] (Girassol, 15 anos).”

Os índices de gravidez na adolescência nas classes sociais desfavorecidas têm aumentado consideravelmente nas últimas décadas e a faixa etária é de mulheres cada vez mais jovens, configurando um problema de Saúde Pública (BRASIL, 2006). A gravidez indesejada na adolescência é profundamente perturbadora, é um susto existencial, um corte em seus planos de vida e, principalmente, um medo exacerbado da reação dos pais e do companheiro, que é imprevisível (CASTRO; ABRAMOVAY; SILVA, 2004 p.89).

“[...] o pior de tudo é o medo dos meus pais, meu Deus ele vai me matar [...] (Orquídea, 16 anos);

Meu maior medo era contar para meus pais, porque meu pai é daquele tipo antigo e até hoje me bate [...] (Papoula, 14 anos);

[...] Tava com medo do meu pai, que é bruto (Rosa, 16 anos);

[...] estou com medo não posso contar pros meus pais [...] se eu contar, minha tia vai fazer um inferno [...] (Copo-deleite, 14 anos).

9.3- EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O artigo “Desenvolvimento de habilidades: estratégias de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência” afirma que as políticas públicas de saúde, desde a década de 1990, elaboram e incorporam na agenda a atenção à saúde do adolescente, não apenas pelos problemas que afligem ou que são gerados por este grupo populacional, ou pelas vulnerabilidades compreendidas como um conjunto de fatores de natureza biológica, epidemiológica, social, cuja interação amplia ou reduz o risco ou proteção de um grupo, de acordo com o Ministério da Saúde (2008).

A Carta de Ottawa estabeleceu as bases para um novo paradigma de saúde, formalizadas nos cinco campos da promoção da saúde, dos quais se destaca o desenvolvimento de habilidades pessoais, mediante a divulgação de informação e Educação em Saúde (GURGEL, et al, 2010,p.641).

Promover grupos de adolescentes é um caminho para o desenvolvimento de atitudes e habilidades, por constituir um espaço acolhedor, uma forma privilegiada de convivência com outros adolescentes; por propiciar o desenvolvimento de atitudes de respeito, solidariedade, desinibição; além de favorecer maior reflexão sobre os assuntos discutidos, facilitando o entendimento, troca de experiências, mudanças comportamentais, comunicação, negociação e promoção de saúde, afirma Gurgel et al, (2010). Uma pesquisa com coleta de dados primários realizada no artigo “Desenvolvimento de habilidades: estratégias de promoção de saúde e

prevenção da gravidez na adolescência”, os profissionais e adolescentes relatam sobre a experiência das atividades promovidas nas escolas:

[...] quando a gente vai fazer educação em saúde, se for uma coisa formal, com aqueles álbuns seriados, pode ter certeza da evasão, então como eu faço, fica todo mundo sentado, começo logo com as orientações da prevenção, entra anticoncepcional de emergência, vão fazendo pergunta, é assim.

[...] a gente esclarece tanto sobre o próprio planejamento, o direito que ela tem em planejar a gravidez, planejar a família, de praticar o sexo com liberdade mais também com proteção é escolha.

O processo educativo na promoção da saúde do adolescente deve ser sistemático e pode colaborar para a tomada de decisão, tanto individual quanto coletivamente, na perspectiva de uma vida saudável. Significa dizer que a Educação em Saúde deve promover, por um lado, o senso de identidade individual, a dignidade e a responsabilidade e, por outro, a solidariedade e a responsabilidade comunitária, Ministério da Saúde (2005).

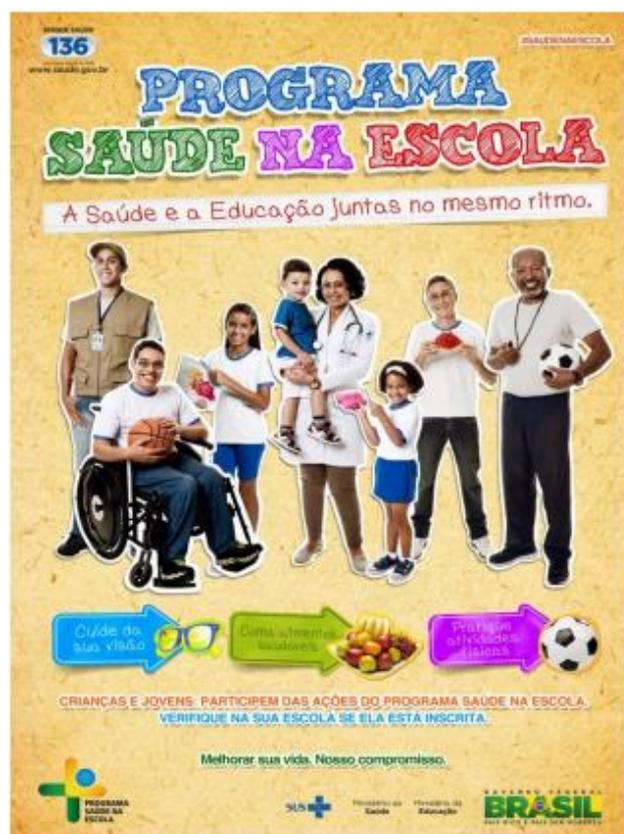
[...] então como acontece, a cada 15 dias é escolhido previamente o tema, na primeira eles elencaram os assuntos, o primeiro assunto que saiu foi justamente a gravidez na adolescência, porque eles tinham no grupo uma adolescente de 15 anos, que estava grávida.

Na atualidade, a Educação em Saúde, passa a ser vista, como um dos pilares da ideia da promoção humana. Essa nova perspectiva, associada à da promoção da saúde, torna-se mais ampla, quando se consideram a capacitação e a qualificação de pessoas, tendo como resposta a ampliação do conhecimento, o desenvolvimento de habilidades e a formação de uma consciência crítica, como indica Barroso (2003).

9.4- PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA -PSE

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. O PSE, é uma política intersetorial da Saúde e da Educação, que foi instituído em 2007. Nele, as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral dos estudantes da rede pública de ensino. A articulação entre Escola e Rede Básica de Saúde é a base do Programa Saúde na Escola. O programa é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras.

Imagem 4- Folder Integração saúde e educação- PSE



Fonte: Ministério da Saúde

Uma das vertentes de atuação do programa é o “Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS”. De acordo com o Ministério da saúde 2010, os direitos sexuais e os direitos reprodutivos são Direitos Humanos reconhecidos em leis nacionais e documentos internacionais. Estão ligados às dimensões do exercício da cidadania, saúde, cultura, educação, viver com autonomia e sob o respeito social às suas expressões, como a sexualidade e a orientação sexual.

O Ministério afirma também que tratar a saúde sexual e saúde reprodutiva no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso de quem

adere à sua implementação. Neste sentido, as equipes de saúde da Atenção e da Educação básicas precisam incluir no planejamento estas ações. Para tanto, é necessário conhecer princípios que orientam esta temática no PSE.

A promoção sobre a reflexão sobre a sexualidade e potencializar o senso crítico responsável sobre a temática abordada. O programa atua para evitar atitudes preconceituosa e carregada de códigos morais ou religiosos. Quando se fala em sexualidade e saúde reprodutiva, as práticas educativas são indispensáveis para a formação de adolescentes. Estas atividades visam facilitar também a troca de informações e a apropriação do conhecimento necessário a prática do sexo seguro.

A escola e os serviços de saúde, trabalhando de maneira integrada, podem constituir-se como uma rede de proteção e de cuidado. Na escola, por exemplo, é essencial ter espaços para conversas sem constrangimento sobre sexualidade. Esses espaços devem ser democráticos, respeitosos e participativos, que funcionarão como fatores e processos de proteção.

CAPÍTULO V DIRETRIZES PROTOCOLOS E PORTARIAS

A todos que estão sós, daí sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcione apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração”.

(Madre Teresa de Calcutá)

O Ministério da Saúde considerando a necessidade de se estabelecer parâmetros sobre a operação cesariana e sobre o parto normal no Brasil estabeleceu diretrizes, protocolos e portarias nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres. Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) são documentos que visam a garantir o melhor cuidado de saúde possível diante do contexto brasileiro e dos recursos disponíveis no Sistema Único de Saúde.

A tarefa de desenvolver diretrizes informadas por evidências científicas envolve a realização de diversas revisões sistemáticas, classificação e interpretação das evidências científicas e o desenvolvimento de recomendações em consenso que inclui os profissionais da saúde e os representantes da sociedade civil.

A Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal é um esforço da Coordenação Geral de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde para a qualificação do modo de nascer no Brasil. De acordo com o relatório de protocolos de parto normal (2016), o nascimento no ambiente hospitalar se caracteriza pela adoção de várias tecnologias e procedimentos com o objetivo de torná-lo mais seguro para a mulher e seu filho ou filha. Se por um lado, o avanço da obstetrícia moderna contribuiu com a melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e perinatais, por outro permitiu a concretização de um modelo que considera a gravidez, o parto e o nascimento como doenças e não como expressões de saúde, afirma Ministério da Saúde (2016).

As presentes Diretrizes são oriundas do trabalho normativo do Ministério da Saúde do Brasil e têm a finalidade de promover o uso de políticas e práticas informadas por evidências científicas no território nacional.

A partir da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências; houve constantes avanços no que diz respeito a saúde da mulher, portarias, diretrizes leis e protocolos foram criados com o objetivo de promover e conceder o direito das gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério para desfrutarem de uma gravidez sem riscos e agravos, promovendo uma saúde integral a todas que necessitam dos serviços de saúde no Brasil.

Em agosto de 1999, portaria 985 cria o Centro de Parto Normal (CPN) no âmbito do SUS, na qual coloca o enfermeiro obstétrico como o responsável pela

equipe de assistência ao parto normal sem distócia, dentre outros critérios estabelecidos, tendo como principal objetivo a humanização do parto e nascimento. (BRASIL, 1998; BRASIL, 1999).

A Portaria nº 569/GM/MS, de 01 de junho de 2000 que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, e pós-parto imediato no âmbito do SUS. A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. A portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015 redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal.

A resolução do CFM Nº 2.144/2016 prevê a integridade do médico em atender à vontade da gestante ao realizar um parto cesariano, garantida a autonomia do médico, da paciente e a segurança do binômio materno fetal.

A portaria nº 353, de 14 de fevereiro de 2017, aprova as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal Considerando a necessidade de se estabelecerem parâmetros sobre o parto normal no Brasil e diretrizes nacionais para a sua utilização e acompanhamento das mulheres a ele submetidas.

Com o avanço da informação e identificação das necessidades em saúde adotou se diversos meios de resguardar os direitos das mulheres de gerir e dar à luz com condições favoráveis, promovendo assim no campo feminino o direito reprodutivo.

O Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Art. 3º, dispõe de forma mais geral, considerando que: A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção integral de que trata esta lei assegurando-lhes por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, afim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante esta pesquisa percebe-se os conflitos familiares com a descoberta da gravidez, enfatizando para as crianças e adolescentes a gestação como um erro grande e irreversível, bem como o medo da dor do parto que é passado de geração em geração. A dor do parto faz parte da natureza humana e está associada a possibilidade do ser humano gerar uma vida. Foi ressaltado também nesta pesquisa o abandono do parceiro e a maneira de como as recém mães são expulsas de casa. O não apoio e toda pressão psicológica que as adolescentes ficam sujeitas a fazem desenvolver traumas e temor de uma futura gestação. A criança e adolescente acabam vivendo um momento de dúvida, medo e de contestações, a sensação é de despreparo, sobre todas as cobranças presentes e futuras que virão, e por esse novo papel de intensos obstáculos que é ser “mãe”.

A gravidez na infância ou gravidez infantil, em sua maioria está associada a violência sexual, meninas são abusadas na infância e acabam sendo estimuladas ao ato sexual. A gravidez infantil pode trazer efeitos negativos, tanto para as meninas quanto para seus bebês, estudos mostram, crescente índice de evasão escolar, depressão pós-parto, nascimento de bebês prematuros e com baixo peso, e não há um constante acompanhamento no pré-natal, fator ímpar para descoberta de várias doenças no período gestacional bem como saúde materna e da criança que é gerada. A amamentação é interrompida pois há despreparo do corpo com a produção do leite em alguns casos. O diálogo aberto sobre a temática, faz grande diferença indicam os estudos. Nos estados do Norte há uma cultura enraizada de aceitação da relação sexual entre crianças e adultos, por essa justificativa os indicadores são alarmantes.

A gravidez na adolescência há um maior consentimento do casal, como indicam os estudos. Neste caso é necessário políticas e campanhas e uma forte educação em saúde, delineada nas escolas para conscientização dos adolescentes quanto ao uso do preservativo, bem como as consequências de uma gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis e sobre todos os riscos obstétricos.

A sociedade carece de sistemas educacionais que envolvem os adolescentes. O diálogo por meio de roda de conversas abertas, para as adolescentes exporem suas ideias, dúvidas e contentamentos, fariam grande diferença nesse processo educativo.

Os profissionais de saúde precisam firmar confiança com o casal ou com a gestante para que estes se sintam acolhidos e não envergonhados mediante a situação que em sua maioria já é um processo doloroso, e não se sintam encorajados a praticarem o aborto ou o suicídio. É necessário por parte dos profissionais da saúde, a escuta qualificada conhecendo assim a situação das adolescentes, seus principais medos, angustias, dúvidas e etc, demonstrando respeito e valorização do ser.

Segundo autores pesquisados a violência no pré-natal, parto ou puerpério acontece quando os interesses dos profissionais de saúde ou da instituição são colocados sob a vontade da paciente, o período da gestação até o momento do parto as mulheres ficam vulneráveis, é de extrema importância que o seu ciclo familiar e de amigos a proteja, pois, qualquer ato de violência nesse momento pode gerar um trauma inesquecível. A preferência pela via de parto deve ser respeitada, ao menos que a vida do bebê e da mãe estejam em condições de risco.

Esta pesquisa corroborou para pensarmos a mulher como protagonista do momento de reprodução humana, esta deve ser ouvida nas suas experiências e estratégias. É necessário respeito com o momento da dor da mulher, e compreensão do profissional de saúde com a trajetória de cada criança e adolescente, para que sejam tratadas sem preconceito, criando assim um vínculo entre gestante e serviço de saúde, de modo a oferecer um pré-natal efetivo e um parto humanizado.

O incentivo de pesquisas com esse público, é de grande valia para o meio científico. A escuta qualificada de crianças e adolescentes, promovem embasamento para campanhas, projetos e políticas públicas para a atenção e promoção, da saúde da mulher, respeitando-a e garantindo o que é proposto nos princípios do sistema único de saúde que é oferecer uma saúde integral, universal e com equidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J.M.; BERGEL, E.. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. **Bmj**, v. 324, n. 7343, p. 945-946, 2002.

Azevedo MA, Guerra VNA. Violência doméstica na infância e na adolescência. São Paulo: Robe Editorial; 1995.

Barroso GT, Vieira NFC, Varela ZMV, organizadores. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços a saúde.

Brasília (DF); 2005

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília; 2006.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. spe2, p. 1326-1330, 2009.

BETTIOL, H. et al. Atenção médica à gestação e ao parto de mães adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 8, p. 404-413, 1992.

CAMPOS, C. **Relação da mãe adolescente com o seu filho e o brincar como ato de cuidado**: histórias de vida na Ceilândia–DF. 2013. P. 42 In: Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade de Brasília- Campus Ceilândia. Ceilândia, 2013.

CARNIEL, E. F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2006.

CASTRO, M.G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B.. Juventudes e sexualidade. Brasília: **UNESCO**; 2004.

COSTA, M. C. O. et al. Indicadores materno-infantis na adolescência e juventude: sociodemográfico, pré-natal, parto e nascidos-vivos. **J Pediatr** (Rio J), v. 77, n. 3, p. 235-42, 2001.

DE OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F.. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 36, n. 2, p. 133-140, 2002.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C.. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S52-S62, 2004.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30 supl. 101-116, 2014.

DUTRA, I. L. **Parto natural, normal e humanizado**: a polissemia dos termos e seus efeitos sobre a atenção ao parto. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6067/000524538.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 15 de maio de 2010.

FRANÇA, E. ; LANSKY, S.. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. **Anais**, p. 1-29, 2016.

FREDIANI, A.M.; ROBERTO, C.M.; BALLESTER, D.A.P. Aspectos psicossociais da gestação na adolescência. **Acta Med.**, v. 15, p. 349-60, 1994.

GAMA, A. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2480-2488, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n11/17.pdf>>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

GODINHO, R. A. et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. **Revista latino-americana de Enfermagem**, p. 25-32, 2000.

Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(4):800-6.

GRIFFITHS, E.A. et al. Características psicossociales de la embarazada adolescente en Valdivia. **Cuad. Med. Soc.**, v. 35, n. 2, p. 31-7, 1994.

LONGO, C. S. M.; ANDRAUS L. M. C.; BARBOSA, M. A.. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 386-91, 2010.

LOPEZ ALEGRIA, F. V.; SCHOR, N.; SIQUEIRA, A. A. F.. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Revista de Saúde Pública**, v. 23, p. 473-477, 1989.

MARÇURA, J. N.; CURY, M.. Estatuto da Criança e do Adolescente. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, v.4, p. 32 n. 41, mai, 2007.

MALDONADO, M. T.. Psicologia da Gravidez: parto e puerpério. 16ª. ed. São Paulo: **Saraiva**, 2002.

_____. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 14ª ed. São Paulo: **Saraiva**, 1997.

MARTINS, M.G. et al. Association of pregnancy in adolescence and prematurity. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011.

MONTAGNER, M.A. MONTAGNER, M.I. Ruptura Biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Tempus Actas da Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 193-216, 2011.

MONTAGNER, M.; MONTAGNER, M. I. Desigualdades sociais e o pensamento social em saúde: vulnerabilidade social na sociedade pós-moderna. In:_(Orgs). **Manual de Saúde Coletiva**, Curitiba: CRV, p.17-38. 2018.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 312-320, 2008.

MOTT, M. L.. Parto. **Revista Estudos Feministas, Florianópolis**, v. 10, n. 2, p. 399-401, 2002.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D.. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2011.

NOGUEIRA, P. Estatuto da criança e do adolescente comentado: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. **Saraiva**, 1991.

OLIVEIRA, S. M. J. V. et al. Childbirth types: women's expectations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 667-674, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra; 1996.

PERSONA, Lia et al. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2004.

POTTER, J. E. et al. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. **Bmj**, v. 323, n. 7322, p. 1155-1158, 2001.

ROBERTS, C. L.; TRACY, S.; PEAT, B.. Rates for obstetric intervention among private and public patients in Australia: population based descriptive study. **Bmj**, v. 321, n. 7254, p. 137-141, 2000.

SCHUTZ, A.. Sobre fenomenologia e relações sociais. In: Alfred Schutz. Edição e organização Helmut T. R. Wagner; tradução de Raquel Weiss. Petrópolis, RJ: **Vozes**, 2012.

SILVA, J. M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F.. Uma aproximação ao ser adolescente primípara através da entrevista fenomenológica. **Revista de enfermagem**. UERJ, v. 10, n. 3, p. 222-225, 2002.

SOUZA, S. R. R. K.; GUALDA, D. M. R.. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 1, 2016.

TEIXEIRA, N. Z. F.; PEREIRA, W. R.. Parto hospitalar: experiências de mulheres da periferia de Cuibá-MT. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 740-744, 2006.

TIBA I.. Adolescentes: quem ama, educa!. **Integrare**. São Paulo, p. 301, 2005.

TORNQUIST, Carmen Susana. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 483-492, 2002.

TOSTES, N. A.; SEIDL, E. M. F.. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 2, p. 681-693, 2016.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K.. The integrative review: updated methodology. **Journal of advanced nursing**, v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

HELMAN, Cecil G. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

YAZLLE, M. E. H. D.. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 8, p. 443-445, 2006.