

GRAVIDEZ E PARTO NA ADOLESCÊNCIA – ESTUDO TEÓRICO

CLECI DE FÁTIMA ENDERLE^{*}
LULIE ROSANE ODEH SUSIN^{**}
NALÚ PEREIRA DA COSTA KERBER^{***}
ALESSANDRA MENDES DE BARROS^{****}

RESUMO

Este estudo de reflexão teórica busca dar visibilidade a alguns dados relativos à gestação na adolescência e sobre as ações dos profissionais da saúde em momento tão importante na vida das mulheres adolescentes, justificando-se em vista do elevado número de gestantes adolescentes na cidade do Rio Grande. Trata-se de um estudo de reflexão teórica, evidenciando a necessidade de discussão e reflexão por parte dos trabalhadores em saúde, uma vez que humanizar a atenção e o atendimento das adolescentes demanda uma contínua reciclagem de conhecimentos, atos, condutas e comportamento. Como resultado, verifica-se necessária a discussão desses aspectos entre autoridades de saúde e gestores para melhorar a realidade assistencial, com foco nessa parcela da população com necessidades tão específicas, em um momento tão singular de suas vidas. Portanto, as práticas de assistência prestadas pelos profissionais e pelas unidades de saúde poderão ser revistas, buscando atender aos preceitos do Ministério da Saúde.

PALAVRAS- CHAVE: Gravidez na adolescência; parto; humanização da assistência.

ABSTRACT

PREGNANCY AND PARTURITION IN ADOLESCENCE – A THEORETICAL STUDY

In sight of the increasing number of pregnant adolescent in the city of Rio Grande, this theoretical study aims to discuss some data related to pregnancy in adolescence and the actions of health care professionals at such important moment in the life of adolescent women. As a theoretical reflection, this study evidences the necessity of discussion and reflection on the part of health professionals, a once humanizing the health care and attendance of adolescent women demands, on the part of health professionals, a continuous recycling of knowledge, acts and behavior. As a result, it was found necessary the discussion of these aspects between health authorities and managers to improve the care reality, with a focus on this parcel of the population, with specific necessities, at a so singular moment of life. In conclusion, the care given by health professionals and the health units should be revised in order to comply with the provisions of the Health Ministry.

KEYWORDS: Pregnancy in adolescence. Parturition. Humanization in health care.

RESUMEN

EL EMBARAZO Y EL PARTO EN LA ADOLESCENCIA - ESTUDIO TEÓRICO

Este estudio de reflexión teórica busca dar visibilidad a algunos datos relativos a la gestación en la adolescencia, acerca de las acciones de los profesionales de la salud, en momento tan importante en la vida de las mujeres adolescentes, justificándose por el gran número de gestantes adolescentes en la ciudad de Rio Grande. Se trata de un estudio de reflexión teórica, evidenciando la necesidad de discusión y reflexión de parte de los trabajadores en la salud, pues humanizar la atención a las adolescentes exige un reciclaje continuo del conocimiento, actos, comportamientos y comportamiento. Es necesaria la discusión de esos aspectos entre las autoridades sanitarias y los encargados para mejorar la realidad assistencial, focando esa parte de la población con necesidades tan específicas, en un momento tan singular de sus vidas. De esta forma, se concluye que las prácticas de ayuda por los profesionales y las unidades de la salud pueden ser reconsideradas, buscando cumplir las reglas del Ministerio de la Salud.

PALABRAS-CLAVE: Embarazo en adolescencia. Parto. Humanización de la atención.

INTRODUÇÃO

^{*} Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. E-mail: clecienderle@yahoo.com.br.

^{**} Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. E-mail: susin@mikrus.com.br.

^{***} Doutora em Filosofia, Saúde e Sociedade pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. E-mail: nalu@vetorial.net.

^{****} Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande – FURG. E-mail: alessandramb@yahoo.com.br.

A adolescência tem sido reconhecida como uma etapa de transitoriedade entre a infância e a idade adulta em todas as sociedades¹, porém, as fronteiras da adolescência têm variado e isso tem sido motivo de discussões. Atualmente, seu início se dá de forma mais precoce, por volta dos 10 anos, e caracteriza-se por um aumento acelerado do crescimento, amadurecimento físico e o surgimento de conflitos emocionais. Apesar de ser considerado o limite cronológico de 10 a 18 anos, este não é fixo, variando conforme vários fatores, como: constitucionais, econômicos, sociais, psicológicos, geográficos e culturais².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a adolescência como a segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e a juventude, dos 15 aos 24 anos. Esses conceitos permitem dividir a juventude em pré-adolescentes (10 a 14 anos), adolescentes jovens (15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos)³. No Brasil, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a idade adolescente se enquadra entre 12 e 18 anos de idade⁴.

Adotar um critério cronológico objetiva a identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, na elaboração de estratégias de políticas de desenvolvimento coletivo e programação de serviços sociais e de saúde pública, mas ignora as características individuais. Por isso é importante ressaltar que os critérios sociais, biológicos e individuais devem também ser levados em consideração na abordagem conceitual da adolescência e da juventude⁴.

A adolescência se caracteriza, também, como o momento em que ocorre o despertar para a sexualidade. Com a iniciação sexual cada vez mais precoce e, não raro, sob condições sociais bastante desfavoráveis, muitas vezes a sexualidade é vivenciada com gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), abortamentos e agravos decorrentes de complicações na gravidez, parto e puerpério, entre outras⁵.

É importante considerar o desejo das adolescentes em relação à gravidez e a maternidade. Muitas escolhem ficar grávidas como um modo de constatar a capacidade reprodutiva, de construir a identidade feminina, de buscar um novo *status* social, em que o papel materno aparece como o mais importante a ser desempenhado neste contexto socioeconômico⁶.

A gravidez na adolescência pode evidenciar necessidades inconscientes, representando simbolicamente um renascimento, ou carência afetiva, em que o bebê é considerado alguém que poderá suprir essa carência, ou ainda uma relação de insatisfação com a mãe⁷.

A gravidez é, muitas vezes, o único plano de vida dessas adolescentes, e vem suprir a falta de perspectiva de uma vida melhor, sem condições de um futuro profissional e social. Gerar filhos e tentar oferecer-lhes um futuro melhor e diferente do seu, passa a ser o objetivo dessas adolescentes⁸.

São muitas as causas relacionadas à frequência da gravidez na adolescência. Entre aquelas consideradas mais discutidas na literatura estão: maturação sexual precoce, início da vida sexual mais cedo, pouco conhecimento do uso de métodos contraceptivos, retardo da idade do casamento, fragilidade da tutela familiar e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida⁵.

Em vista do significativo número de adolescentes grávidas que se tem presenciado chegar aos hospitais, apresenta-se este estudo teórico que objetiva dar visibilidade aos dados existentes na literatura sobre a gravidez e parto na adolescência, buscando evidenciar a necessidade de discussão e reflexão por parte dos trabalhadores em saúde.

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E OBSTÉTRICOS

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de natalidade entre as adolescentes está em queda. Entre as adolescentes de 15 a 17 anos que tinham, pelo menos, um filho, a taxa caiu, passando de 7,2% em 2002 para 6,5% em 2003. Mas, analisadas de forma isolada, algumas regiões apresentaram aumento na proporção de

adolescentes com pelo menos um filho. É o caso do Norte e do Sul, onde os respectivos aumentos de 13,0% e 25,5% fizeram suas taxas saltarem de 9,2% para 10,4% e de 5,5% para 6,9%⁹.

No Brasil, os adolescentes representam uma parcela aproximada de 19% da população. Sendo a população brasileira de 184,3 milhões de pessoas, os adolescentes perfazem 35.029.705 pessoas¹⁰.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), 21,8% dos partos realizados no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2005 foram de adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos⁴, e a taxa de fecundidade adolescente, em 2006, cresceu em 0,14 nas classes econômicas mais baixas⁹. Os índices de atendimento do SUS demonstram que 37% do número de internações para atendimento por gravidez, parto e puerpério correspondem a mulheres nessa faixa etária¹¹.

No que se refere à assistência ao parto, os hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se estruturando para oferecer uma atenção mais humanizada. Porém, o modelo intervencionista ainda predomina nos sistemas público e privado de saúde, e se expressa na manutenção de altas taxas de partos cirúrgicos. Considerando os dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), a taxa de cesarianas no País elevou-se de 39% em 1994 para 44,2% em 2005¹¹.

Destaca-se o elevado percentual de partos cesáreos ocorridos no estado do Rio Grande do Sul (Tabela 1), o que não condiz com as recomendações da OMS, que preconiza uma taxa máxima de 15% de cesarianas para qualquer país³.

Tabela 1 – Número de nascimentos por tipo de parto no estado do Rio Grande do Sul, de 2005 a 2009

ANO	Parto vaginal	Parto cesáreo	Total
2005	74.454	72.267	146.721
2006	69.587	71.481	141.068
2007	63.637	69.264	132.901
2008	62.534	72.558	135.092
2009	59.258	74.312	133.570

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC

A realidade do Rio Grande do Sul acima apresentada, com altos índices de cesarianas, se faz presente também no município do Rio Grande/RS, conforme dados da tabela 2, num comparativo dos últimos dez anos.

E ao se focalizar as adolescentes, percebe-se o grande número de partos envolvendo essa faixa etária. Dados de 2007 mostram que neste Município ocorreram 2.585 nascimentos por parto hospitalar; destes, 19,9%, ou seja, 506 partos eram de mulheres com idade abaixo de 19 anos. Em 2008, o número foi de 2.506 nascimentos por parto hospitalar, sendo 20,2% (516) de mulheres com idade entre 10 e 19 anos¹³. Houve, também, uma queda na taxa bruta de natalidade, porém essa redução não é observada entre as adolescentes na faixa de 10-14 anos.

Tabela 2 – Nascimentos na cidade do Rio Grande na última década

Informações sobre nascimentos – Rio Grande, RS										
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Número de nascidos vivos	3.580	3.329	2.979	2.846	2.744	2.775	2.666	2.641	2.585	2.506

Taxa bruta de natalidade	19,6	17,8	15,8	15,0	14,4	14,4	13,6	13,4	13,0	12,8
Percentual de partos cesáreos	42,6	39,8	43,3	45,2	47,8	49,2	48,3	48,5	52,3	53,5
Percentual de mães de 10-19 anos	22,5	23,3	22,5	21,3	21,5	18,4	21,9	20,6	19,8	20,2
Percentual de mães de 10-14 anos	0,5	0,7	0,6	0,9	0,8	0,5	0,6	1,1	0,6	1,0

Fonte: SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. Munic.do Rio Grande RS

HUMANIZANDO O ATENDIMENTO OBSTÉTRICO

Os avanços tecnológicos na área da medicina e saúde são inúmeros e de suma importância, porém o que se observa muitas vezes na prática é o uso indiscriminado desses avanços, como a medicalização e o excesso de partos cesáreos¹⁴. O progresso tecnológico fez com que o parto deixasse o âmbito domiciliar e adentrasse no hospitalar. Esse processo acometeu não só a assistência obstétrica, mas toda a área da saúde¹⁵.

A Organização Mundial da Saúde divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal³, com base em revisão sistemática de estudos controlados e na aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, que norteiam os profissionais de saúde para conduzir o cuidado na gestação e no parto normal⁹.

O Ministério da Saúde, buscando uma assistência mais humanizada, instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), por meio da portaria GM n.º 569, cujo objetivo é assegurar a melhoria do acesso da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério¹⁶.

O PHPN tem como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O programa se fundamenta no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério¹⁶. O programa não contempla em especial as adolescentes, mas todas as mulheres, o que não impede os profissionais de estarem atentos a essa clientela com características ímpares, em pleno crescimento físico e intelectual.

No Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei n.º8.069, de 13 de julho de 1990, estão assegurados os direitos universais e integrais de saúde à criança e ao adolescente. A lei prevê que sejam desenvolvidas ações referentes ao atendimento pré e perinatal das gestantes, o direito ao acompanhante e a vinculação entre os serviços e profissionais que fazem o atendimento pré-natal e parto das mulheres⁴.

Sugere-se compreender, sobretudo, que a gestação não se resume simplesmente a uma “questão médica”. Esta deve ser parte integrante da vida sexual e emocional das mulheres. Assim, toda a equipe deve intervir o mínimo possível, incorporando, então, o papel de facilitadora^{17,18}. No contexto da humanização, a assistência não pode ocorrer desvinculada da percepção da mulher como um ser completo, e das especificidades do momento do parto, que englobam ansiedade frente a uma experiência muito esperada e cercada pelo imprevisível e pelo medo do desconhecido. Com o passar dos anos, o ato fisiológico do parto passou a ser visto como um evento ligado a doença, privilegiando a técnica medicalizada e despersonalizada, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência¹⁴.

Evidenciando o medo dos procedimentos, a insegurança frente à equipe obstétrica, e as mudanças corporais que o nascimento do bebê provocará, as mulheres descrevem o trabalho de parto como cercado pelo medo, solidão e dor¹⁹.

A ansiedade nos momentos que antecedem o parto, aliada à insegurança e ao despreparo frente ao parto, incrementa a dor, sendo esta o maior medo dessas mulheres adolescentes²⁰. Porém, a dor do parto tem uma finalidade, pois o bebê vem para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço.

Em estudo com adolescentes grávidas²¹, buscando conhecer o significado de parto humanizado, foi observada a falta de interação entre os sentimentos expressos pela parturiente e o cuidar; o corpo é visto como um objeto destituído de sentimentos, tudo em prol da eficiência e da boa resolatividade. O estudo identificou, também, a intensa medicalização, intervenções desnecessárias, o isolamento familiar e a falta de privacidade.

Buscando conhecer as percepções das adolescentes gestantes, outro estudo mostra que as expectativas e as projeções vivenciadas na experiência proporcionada pela gravidez fizeram com que todas as alegrias e frustrações fossem depositadas no filho²².

É necessário que os gestores públicos atentem também para as dimensões subjetivas quando se trata da qualidade da atenção, como o conforto, o acolhimento e a satisfação das usuárias. Segundo o MS¹⁶, há necessidade de muitas modificações na qualidade e humanização da assistência na quase totalidade das maternidades brasileiras.

Analisando o contexto social das adolescentes grávidas, outro estudo conclui que a função social feminina está intimamente relacionada à maternidade, ou seja, ser mulher equivale a ser mãe. Ter um filho é como um rito de passagem, em que a menina passa a ser mulher. É a mudança de *status* social. A carência afetiva também pode desencadear esse desejo, pois o filho passa a ser visto como a solução para essa carência⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente à realidade encontrada, cabe uma reflexão acerca das adolescentes no contexto obstétrico, pois entende-se que essa clientela necessita de cuidados direcionados à sua especificidade como mulher. Avalia-se que as adolescentes devem ser instrumentalizadas durante o pré-natal, para a importância e benefícios do parto natural, de forma a exercerem sua autonomia e estarem preparadas para realizar cesariana somente em casos claros de indicação clínica.

É necessária a discussão dos dados apresentados no texto, entre os profissionais, autoridades de saúde e gestores, para melhorar a realidade assistencial, focando essa parcela da população com necessidades tão específicas e em um momento tão singular de suas vidas. Dessa forma, práticas de assistência prestadas pelos profissionais e pelas unidades de saúde poderão ser revistas, buscando atender aos preceitos do Ministério da Saúde.

Reflete-se que a efetivação da humanização da atenção só pode ser alcançada a partir de uma contínua reciclagem de conhecimentos, atos, condutas e comportamentos, de todas as pessoas envolvidas no processo.

REFERÊNCIAS

1. Lopes FA, Campos DJ. Tratado de pediatria. São Paulo: Manole; 2006.
2. D'Andrea FF. Desenvolvimento da personalidade: um enfoque psicodinâmico. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2001.
3. World Health Organization. Adolescent pregnancy, 2004.
4. Brasil, Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.
5. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO. Gravidez na Adolescência – Manual de Orientação; 2000. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br>>. Acesso em: 02 out. 2009.

6. Dadoorian DA. Gravidez na adolescência: um novo olhar. *Psicol. Cienc. Prof.*, Brasília, 2003 mar.; 23(1). Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>>. Acesso em: 27 mar. 2013.
7. Frizzo GB, Kahl MLF, Oliveira EF. Aspectos psicológicos da gravidez na adolescência. *Psico*, Porto Alegre, PUCRS, 2005; 36(1):13-20.
8. SILVA AF et al. Os fatores emocionais gerados pela gravidez na adolescência. *Conscientia e Saúde* 2009;8(1):91-7.
09. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília; 2005.
10. Brasil, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2006. <www.ipea.org.br>. Acesso em: ago. 2010.
11. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informações e Informática do Sistema do SUS. Indicadores e dados básicos. IDB. Brasília; 2003. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2003/matriz.htm>>. Acesso em: jul 2010.
12. Sousa L. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul. Enferm.* 2009; 22(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103>.
13. SINASC. Situação da base de dados nacional em 14/12/2009. Munic. do Rio Grande RS.
14. Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2005;13(6):960-7.
15. Osava R H. Parto humanizado: Importante mudança para a saúde. *Rev. Técn. Enferm.: Nursing: São Paulo*, 2003;6.
16. Brasil, Portaria GM/MS n. 569, de 01 jun. 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília; 2000.
17. Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife*, 2011; 11(4).
18. Moraes JF. Fatores que interferem na assistência humanizada ao parto. *Saúde Rev.*, Piracicaba, 2006; 8(19):13-9. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude19art02.pdf>>.
19. McCallum C, Reis AP. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2006;22(7).
20. Lopes RCS, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Rev. de Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 2005; 2(18):247-54.
21. Oliveira ZMLP, Madeira AM. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob ótica de adolescentes. *Rev. Escola Enferm UERJ* 2002; 36(2):133-40.
22. Procópio EVP, Araújo EC. Percepção de adolescentes gestantes sobre a gravidez atendidas na clínica de pré-natal. *Rev. Enferm UFPE [on line]* 2007;1(1):28-35.