

**FACULDADE DA CIDADE DE MACEIÓ - FACIMA  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**RAQUEL APOLINÁRIO MENDES DE SOUSA**

**AS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE  
JOVENS DE 15 A 19 ANOS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

MACEIÓ

2020

**RAQUEL APOLINÁRIO MENDES DE SOUSA**

**AS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE  
JOVENS DE 15 A 19 ANOS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Faculdade da cidade de Maceió (FACIMA), como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientador(a): Profa. Msc. Karla Amorim

MACEIÓ

2020

## RESUMO

Do ponto de vista médico, a gravidez na adolescência é considerada como fator de risco, tanto para a mãe, quanto para o feto. Vários estudos fazem referências às possíveis complicações da gravidez em adolescentes, destacando a incidência nessa faixa etária. O presente artigo tem como objetivo compreender, através de revisão da literatura no campo de estudos da obstetrícia, como as complicações da gravidez na adolescência entre jovens de 15 a 19 anos se configuram como fator de risco, tanto para a vida da gestante quanto para a vida do feto, elevando-se ao patamar de caso de saúde pública. O método de abordagem optou pela análise teórica, baseada em procedimentos: Pesquisa Bibliográfica a partir da revisão de literatura sob a temática abrangendo enciclopédias, coleções, livros, artigos, revistas e jornais on-line, retirados de sites como: SCIELO e GOOGLE ACADÊMICO, entre o período de 2010 a 2019. Enquanto a pesquisa documental valeu-se de informações colhidas de trabalhos públicos e privados. Conclui-se com a apresentação extensa da gravidez na adolescência, seus agentes de risco, a precisão de novos estudos no campo, com o desígnio de averiguar tanto a modificável da idade materna, quanto inúmeros outros modificáveis que podem se relacionar à saúde do neonato.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Atuação de enfermagem. Saúde pública.

## **ABSTRACT**

Teenage pregnancy is considered as a risk factor from the medical point of view. For both mother and fetus. Several studies refer to the possible complications of pregnancy in adolescents, highlighting the incidence in this age group. This article aims to understand, through a literature review in the field of obstetrics studies, how the physiological complications of teenage pregnancy among 15 to 19-year olds constitute a risk factor for both the life of the pregnant woman and for her. the life of the fetus, rising to the level of a public health case. The approach method, opted for the theoretical analysis, based on procedures: Bibliographic search from the literature review on the theme covering encyclopedias, collections, books, articles, magazines and online newspapers, taken from sites such as: SCIELO and GOOGLE ACADEMIC, from 2010 to 2019, while documentary research drew on information gathered from public and private works. It concludes with the extensive presentation of adolescent pregnancy, its risk agents, socioeconomic and particular consequences, encompasses the precision of new studies in the field, with the aim of ascertaining both the modifiable maternal age, as well as numerous other modifiable ones. may relate to the health of the newborn.

Keywords: Pregnancy. Adolescence. Nursing practice. Public health.

## Sumário

INTRODUÇÃO .....	6
1. METODOLOGIA.....	8
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	10
2.1. ADOLESCÊNCIA.....	10
2.1.1. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA .....	11
2.1.2. ASPECTOS SOCIAIS .....	12
2.2. EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS COMUNS EM ADOLESCENTES.....	13
2.2.1. TRÍADE DO SANGRAMENTO DO PRIMEIRO TRIMESTRE .....	14
2.2.2. ABORTAMENTO .....	15
2.2.3. PLACENTA PRÉVIA .....	18
2.2.4. DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA .....	19
2.3. DEPRESSÃO PÓS PARTO.....	20
PARTO.....	24
2.4. TRABALHO DE PARTO E FISIOLOGIA.....	24
2.4.1. TIPOS DE PARTO.....	25
2.5. HUMANIZAÇÃO NO PARTO.....	28
2.6. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO.....	30
3. AS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE JOVENS DE 15 À 19 ANOS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	35
4. CONCLUSÃO.....	39
REFERÊNCIAS.....	42

## INTRODUÇÃO

A adolescência é uma fase da vida que necessita de maior atenção, porquanto se demonstra uma fase de transição entre a infância e fase adulta, que pode resultar em dificuldades futuras. O Estatuto da Criança e do adolescente, perante a Lei nº 8.069/90, descreve que a faixa etária da adolescência é entre 12 aos 18 anos de idade, no entanto a Organização Mundial de Saúde delimita entre 10 e 19 anos e a juventude como o período de 15 aos 24 anos (BRASIL, 1996).

A gravidez na adolescência é considerada como fator de risco, do ponto de vista médico, tanto para a mãe, quanto para o feto. Vários estudos fazem referências às possíveis complicações da gravidez em adolescentes, destacando a incidência nessa faixa etária. Segundo Santos et al (2008), nas jovens entre 15 a 19 anos, a probabilidade de mortes relacionadas à gravidez ou parto, é duas vezes maior do que nas mulheres de 20 anos ou mais.

A gravidez nessa etapa da vida, decorre em determinados riscos obstétricos elevados. A anemia é um desses agravos corriqueiros em adolescentes, especialmente os de baixa renda econômica, que possuem desse modo nutrição inadequada e grande índice de parasitoses. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2007), uma complicação procedente que mais atinge gestantes adolescente é o parto prematuro, que acarreta maior tempo de internação, baixo peso do feto ao nascimento e maior índice de óbito neonatal e infantil.

Na visão biológica, dentre as decorrências da gestação em adolescentes, aludem maiores taxas de síndrome hipertensiva da gestação; anemia, diabetes gestacional, complicações no parto, originando ampliação do óbito materno e infantil. É relevante compreender que determinadas pesquisas apresentam ampliação nas taxas de intercorrências pré-natais, no intraparto e pós-parto entre gestantes adolescentes (MICHELAZZO et al., 2014).

De acordo com Brasil (2010), através de pesquisas realizada no Sistema Único de saúde, entre as jovens de 15 anos, esse risco é aumentado 5 vezes, “verificam 24, 34% de uso de abortivos, no início da gestação em adolescentes grávidas”. Isso é justificado pela falta de informação sobre educação sexual e prevenção aos riscos da gravidez na adolescência, tanto nas escolas quanto dentro da própria comunidade e residência dessas jovens.

Pois, ao encontrar-se numa área de vulnerabilidade social, as informações que circulam sobre o assunto, apesar de existirem, ainda são muito escassas. Facilitando a alta proliferação de incidência dos casos de gestantes prematuras quando inseridos em áreas com elevados níveis de desigualdades sociais.

O Ministério da Saúde define que a adolescência é uma fase muito importante para o ser humano. A sexualidade, nesta fase, manifesta-se por meio da busca da realização de desejos desconhecidos, relacionamentos interpessoais e das sensações diferentes do nosso corpo, ocasionados pela puberdade. (BRASIL, 2009)

Levando em considerações estas importantes questões, o presente trabalho tem como objetivo geral compreender, através de revisão da literatura no campo de estudos da obstetrícia, como as complicações fisiológicas da gravidez na adolescência entre jovens de 15 a 19 anos se configuram como fator de risco, tanto para a vida da gestante quanto para a vida do feto, elevando-se ao patamar de caso de saúde pública.

O trabalho contempla ainda objetivos mais específicos, tais como revisar a bibliografia desenvolvida no campo da obstetrícia; identificar as patologias mais recorrentes oriundas das complicações fisiológicas da gravidez na adolescência entre jovens de 15 a 19 anos e entre jovens acima dos 20 anos.

Podemos destacar a relevância da pesquisa e sua contribuição para o eixo acadêmico e profissional, pois tal trabalho está em consonância com a realidade existente que ocorrem em tal fenômeno. Os dados e estatísticas proporcionados pelo Sistema de Informações de Nascidos Vivos, demonstram que gestações na adolescência tem elevado, e por meio desse acontecimento tem despertado o interesse pelo conhecimento relacionados a atuação de enfermagem e a necessidades de intervenções para promover saúde. O estudo é significativo pois aumentará o conhecimento da população e dos estudantes sobre o tema abordado. (BRASIL, 2010).

## 1. METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão da literatura que será realizada com base em material já elaborado, dentre seleção composta por livros e artigos científicos. A pesquisa constitui de abordagem qualitativa com o intuito de compreender as complicações fisiológicas da gravidez na adolescência entre jovens de 15 e 19 anos. Estudo de caráter descritivo que identificará os fatos e fenômenos do tema abordado. Optou-se por uma revisão de literatura, que de acordo com Gil, (2007) consiste na contextualização teórica do problema pesquisado para esclarecimento e pressupostos teóricos que fundamentam a pesquisa, disponíveis em materiais de pesquisa já publicados e impressos, tais como, teses, revistas, artigos e materiais disponibilizados pela internet.

De acordo com Fogliatto (2007), o estudo bibliográfico é aquele no qual aglomera conceitos procedentes de variáveis estudos, objetivando elaborar uma nova hipótese ou uma nova forma de aspecto para um tema já estudado. A alternativa dessa metodologia deu-se pelo episódio da mesma propiciar um baseamento científico que admitisse através de análises já concretizadas, abranger o universo especialista científico do assunto em ênfase. Dentre as vantagens apresentadas dessa metodologia em pesquisa encontrassem: a probabilidade de abreviação de artigos publicados; permitir exposições comuns a reverência de um campo de estudo; adaptar uma abrangência mais completa do assunto de empenho, resultando assim, uma ciência baseada.

Foram utilizadas as bases de dados eletrônicas LILACS, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), livros e manuais do Ministério da Saúde, utilizando os seguintes descritores: Gravidez, adolescência, atuação de enfermagem e saúde pública.

Foram incluídos nesta revisão somente artigos que apresentaram informações sobre a gestação na adolescência, escritos em português e inglês, publicados entre 2010 e 2019 disponibilizados na íntegra da internet.

Os critérios de exclusão são artigos que não tem relevância no tema e não foram disponibilizados na íntegra.

A coleta de dados seguiu da seguinte forma: leitura exploratória de todo o material selecionado, leitura seletiva e registro de informação extraído de artigos e



livros científicos selecionados. As publicações relacionadas foram analisadas criteriosamente e interpretadas de forma organizadas.

A pesquisa levou em consideração os aspectos éticos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão.

A evolução desse artigo desempenhou os seguintes passos: determinações dos resultados; identificações dos autores de conhecimentos disponibilizados; escolha dos artigos; extração das informações proeminentes; críticas e resumo dos resultados obtidos.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1. ADOLESCÊNCIA

O termo adolescência na língua portuguesa, é o momento da vida humana que começa com a puberdade e se distingue por modificações fisiológicas e mentais, abrangendo-se, quase, dos 12 aos 20 anos (LEAL; WALL, 2005).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) demarca a adolescência como a secundária década da vida, ocasião retribuída entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias. E a juventude como o momento que vai dos 15 aos 24 anos. Existe, assim sendo, entrecorte entre o segundo meado da adolescência e os primeiros anos da juventude (BRASIL, 2010).

De acordo com Yazlle (2006), a adolescência delimita-se ao momento da vida demarcado pela Organização Mundial de Saúde quando acontecem expressáveis modificações anatômicas e comoveis, nascem os atributos sexuais secundários, acontece a conscientização da sexualidade, a estruturação da individualidade, acomodação no ambiente e consistência social.

Na visão de Leal e Wall (2005), na visão científica clínica, adolescência compõe etapa complementar do adiantamento da classe humana, cujo maior atributo incide na obtenção da competência reprodutiva, seguida de modificações de desempenho e sociais que induzem a pessoa a vivenciar o mundo perante novos aspectos.

Ainda na visão de Leal e Wall (2005) aludem que do ponto de vista psicológico, é a ocasião da desordem para reestruturar o sistema psíquico; de consignações, desde a abdicação da fase infantil à acepção sexual, momento do conflito do “eu”.

A adolescência diferencia-se por ser um momento do descobrimento do mundo, dos conjuntos sociais, de uma relação social mais extensa. As progressivas modificações no campo da sexualidade dos adolescentes permaneceram acontecendo e, recentemente, a introdução sexual advém cada vez mais precocemente, tornando-se tema de inquietações por parte dos fluxogramas governamentais. A etapa primitiva é comumente mais tumultuosa por estar o adolescente à benefício de tantas modificações, em característico as modificações corporais e conflitos pela asseveração da sexualidade, vivenciando desde o autoerotismo até o começo do relacionamento com o sexo antagônico. Os jovens

conhecem a pressão de emoções alheias e ignorados, à maneira que seus impulsos divulgam o despertar da sexualidade (LEAL; WALL, 2005).

### **2.1.1. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

A gravidez é uma etapa de modificação biológica determinada, diferenciada por modificações metabólicas complexas e por amplas concepções de modificação na função social, na precisão de novas adaptações e ajustamentos pessoais (JORGE et al., 2008).

Na visão de Zanin, Moss e Oliveira (2011), a mulher sofre três fases críticas no decorrer de sua vida, nas quais possuem crises e dificuldades que se tornam evidentes, essas fases são a adolescência, gravidez e o climatério, nessa visão, a gestação na adolescência demonstra o enfretamento de duas crises intensas de maneira simultânea.

De acordo com Porto, Rabelo e Silva (2013) o começo do exercício sexual com abarcamento genital advém, em comum, no decorrer da adolescência e, na contemporaneidade, trazem advindo em idades mais precoces, o que pode proceder em gestações não desejadas e enfermidades sexualmente transmissíveis.

Porto, Rabelo e Silva (2013, p. 135) ressalta que a pouca idade da menarca/semenarca pode beneficiar a precocidade do primeiro coito, logo que os hormônios pubertários ativam o anseio sexual. Em afinidade ao adiantamento psíquico, a adolescência é uma etapa de acepção da analogia sexual, em que existe experimento e variabilidade de parceiros.

A gestação do decorrer da adolescência auferiu da sociedade abundante atenção no meado e no fim dos anos 70. A incidência de nascimento elevou no conjunto etário inferiormente dos 16 anos, enquanto atenuou nos demais conjuntos. Essas gestações, comumente idealizadas antes do casamento, simulam um estresse expressivo para jovens complexas, suas famílias e a sociedade como um conjunto (LEAL; WALL, 2005).

São agentes de caráter objetivo e subjetivo que induzem à gestação nos anos primitivos da vida reprodutiva, tais como o desconhecimento de métodos contraceptivos, a complicações de acesso do adolescente a tais metodologias, a dificuldades das adolescentes em requerer a utilização do preservativo, inocência, bestialidade, servilismo, aspiração de situar uma relação firme com o parceiro, intensa

aspiração pela maternidade, com esperança de modificação social e de aquisição de autonomia por meio da maternidade (COSTA; SENA; DIAS, 2011).

Em estudo efetivado por Dias e Teixeira (2010) muitos estudiosos delineiam que a gestação na adolescência acontece pelo anseio de ser mãe e ainda pode ser estimada uma existência gratificante, mesmo trazendo em consideração as diversas dificuldades descritas na bibliografia. Ressaltando que “a gestação nessa etapa pode conceber a procura por consideração e materialização de uma ideação de vida viável para determinadas adolescentes, notadamente aquelas de coeficiente socioeconômico menos beneficiados.”

Para a maioria dos adolescentes, especialmente aquelas que não contêm amplas concepções de vida, a gestação se proporciona como uma escolha viável onde as mesmas ambicionam a independência, o reconhecimento social e o fortalecimento da analogia feminina tornando-se desse modo uma ideação valorizada (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

A gestação na adolescência, ambicionada ou não, ocasiona um grupo de empecilhos comunicativos no campo igualitário, doméstico e individual. Involuntariamente, da circunstância socioeconômica e cultural dessas adolescentes, a procura incessante de deparar especialmente a si mesmo, induz jovens a confiarem que são intocáveis, em outras palavras, não ocorrerá comigo, expondo-se ao risco da gravidez indesejada. Em diferentes termos, a gestação na adolescência ocasiona sérias dificuldades para ideações educativas, para a vida doméstica, e para a evolução particular, igualitária e profissional da jovem gestante como vem constituindo conhecido pela bibliografia. O prejuízo é duplo, tais como nem adolescente completa, nem adulta absolutamente capaz. Ao engravidar, a jovem tem de afrontar, paralelamente, tanto os procedimentos de modificação da adolescência como os da gestação (LEAL; WALL, 2005).

### **2.1.2. ASPECTOS SOCIAIS**

A responsabilidade que a maternidade e a composição familiar precoce podem provocar se proporcionam com o programa do avanço da escolarização das mães intervindo na admissão no mercado de trabalho, cooperando para a ininterrupção do

período de pobreza com todas as decorrências para a deficiência na qualidade de vida dessas adolescentes (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Apoiando com a menção acima, determinadas pesquisas fazem citações as decorrências negativas que a gravidez, nesta faixa etária, pode ocasionar à saúde da mulher e à sua admissão no mercado de trabalho, conjeturando no seu desenvolvimento individual e profissional. A qualidade de vida da adolescente é lesada tendo em vista que suas classes de pesquisas são mudadas, suas conexões familiares são elevadas, originando decorrências negativas no seu aspecto de vida e trabalho no andamento gravídico e na maternidade. (LEAL; WALL, 2005).

A gestação na adolescência, em especial, é explanada como problema de saúde pública e um obstáculo para que a adolescente possa se evoluir enquanto um indivíduo provido de escolhas. Muitas pessoas corroboram que a gestação na adolescência se oferece pelo pretexto da deficiência de conhecimento contraceptivo e um pouco coeficiente sociocultural (BRASIL, 2010).

Pela faceta da reprodução social propriamente dita, condena-se a gestação nessa etapa por impedir o desenvolvimento escolar da gestante grávida, que na maior parte das vezes acaba por abdicar ou interromper os estudos, especialmente se pertence a uma família de pouco poder aquisitivo. Com a cessação dos estudos, são escassas as oportunidades de a adolescente alcançar um emprego que lhe admita enfrentar com o encargo pela concepção de um filho. Com pouca qualificação, as adolescentes apresentam um problema maior de abrangência ao mercado de trabalho. Esta, quando acontece, comumente se reduz ao nível de subemprego, o que avigora a questão de determinados pesquisadores sobre a feminização da pobreza e a sua reprodução pelas mulheres.

## **2.2. EMERGÊNCIAS OBSTÉTRICAS COMUNS EM ADOLESCENTES**

As urgências obstétricas são condições que a resolução deve acontecer imediatamente contando com toda equipe de saúde. Nas últimas décadas surgiram a necessidade de melhoria na qualificação dos profissionais da enfermagem, devido a falta de conhecimento nas intervenções obstétricas, constatado pelo alto índice de

mortalidade materna em decorrência da deficiência da assistência prestada. (OLIVEIRA; PERSINOTTO, 2001).

As ocorrências que mais abordam as gestantes, na maior parte das ocasiões, resultam em sintomas clinicamente detectáveis no transcorrer da gravidez. Entretanto, frequentemente os sinais e sintomas surgem exclusivamente no derradeiro trimestre da gestação, quando as alterações patológicas se deparam em um estágio avançado, provocando condições temíveis à vida da mãe ou do feto, sujeitando as gestantes necessitadas de subsídio especializado a ocasiões de urgências ou emergências obstétricas, que determinam intervenções imediatas e, em alguns episódios, até mesmo a cessação da gestação. (SMELTZER; BARE, 2009).

### **2.2.1. TRÍADE DO SANGRAMENTO DO PRIMEIRO TRIMESTRE**

O sangramento vaginal no primeiros meses de gestações são comuns, ocorrem em aproximadamente 25 % da gestantes conscientes da gravidez, em muitas gestantes o sangramento é auto restrito, e é resultado de uma implantação ovular no endométrio decidualizado, porém, existe outras causas tais como cervicites, , ectrópio cervical, câncer de colo uterino e trauma vaginal.(SASS; OLIVEIRA, 2013).

As cervicites são inflamações que acometem o Colo do útero, causados por agentes patógenos, são frequentemente causadas pela *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, e comumente acomete mulheres em idade fértil. (RIBEIRO; JUNIOR, 2014).

Todas as gestantes com sangramento vaginal no primeiro trimestre, deverão ser submetidas a exames abdominal, especular e toque. A equipe de enfermagem deverá manter um ambiente calmo, limpo e conforto para com o paciente. (BRASIL,2012).

A Mola Hidatiforme, consiste em uma complicação na gestação, que pode ser nomeada como doença Trofoblástica gestacional, pode-se apresentar completa ou parcial, que compreende outras formas como comportamentos malignos como neoplasias Trofoblástica gestacional, cario carcinomas, tumor Trofobilístico do leito placentário. Os sinais e sintomas são um aumento do útero, ausência de rechaço fetal

e batimento cardíaco fetal, hiperemese gravídica, comprometimento do estado geral. (BRASIL, 2012).

Na gestação molar pode acontecer sangramentos vaginal indolores e de intensidade progressiva, às vezes conexo à eliminação de vesículas com aspecto de cachos de uva. E em resultado da avaria sanguínea pode existir anemia, hemorragia precoce, dor abdominal e lombar, o colo e o útero encontram-se amolecidos com o aumento do volume ovariano em função da presença de cistos Tecaluteínicos. (BRASIL, 2012).

O esvaziamento uterino preferencialmente por intermédio de dilatação e a aspiração manual intrauterina é o método mais apropriado para iniciar o tratamento inicial da mola hidatiforme. O esvaziamento molar é realizado até as 12 semanas de gestação ou com o fundo uterino a meia distância entre a sínfise e a cicatriz umbilical. De treze a vinte semanas o fundo uterino acima da metade entre a sínfise e a cicatriz umbilical é realizado a vácuo aspiração. (BRASIL, 2012).

A absolvição é espontânea em 70% dos casos, os 30 % evoluem para as formas invasoras, a remissão é espontânea a partir do momento em que os níveis de beta HCG decrescem progressivamente e negativa. A involução uterina e imediata cessação da hemorragia, náuseas e vômitos tendem a desaparecer progressivamente; a involução uterina e a suspensão do sangramento ocorrem em cerca de cinco semanas. A equipe de enfermagem deve orientar a todas as gestantes com mola hidatiforme realizar acompanhamento clínico e laboratorial dirigindo a detecção precoce de recorrência bem como evolução para formas malignas. (BRASIL, 2000).

### **2.2.2. ABORTAMENTO**

O termo abortamento refere a interrupção da gestação, da vigésima a vigésima segunda semanas de gestação, ainda o termo pode ser utilizado como óbito ou expulsão ovular ocorrida antes da vigésima segunda semana, ou, quando o feto apresentar peso inferior ou igual a 500 gramas. (SASS; OLIVEIRA, 2013).

O abortamento pode ser classificado quanto a forma sendo assim, ameaça de aborto, trabalho de aborto espontâneo, aborto incompleto, aborto completo e aborto retido.

A ameaça de abortamento é a ocorrência de sangramento uterino discreto, acompanhado ou não de cólicas, útero compatível com a idade gestacional. A atividade cardíaca do feto está presente, colo uterino longo e fechado sem eliminação de tecidos ovulares, e a metade evolui para o aborto. (BRASIL, 2012).

O abortamento inevitável acontece a partir de um sangramento intenso, com presenças de coágulos, acompanham cólicas intensas quando ameaça de aborto. O útero é combinado com a idade gestacional, colo uterino proporciona dilatação, porém, não adveio a eliminação do conteúdo uterino, pois o material ovular pode ser identificado pelo canal cervical. (BRASIL, 2000).

No abortamento completo, sua ocorrência acontece quando existe a totalidade de eliminação do conteúdo uterino, ocorre em gravidez superior de oito semanas. O sangramento vaginal reduz, reduzindo também as cólicas após a expulsão. O útero é menor que o esperado para a idade gestacional o colo uterino pode ser aberto ou fechado. (BRASIL, 2012).

O abortamento incompleto acontece somente, quando o conteúdo uterino foi eliminado. A gestante se apresenta com quadros de cólicas variáveis, o sangramento é persistente, maior que na ameaça de aborto, reduzindo a saída de coágulos ou restos ovulares. O colo do útero encontra-se aberto e o útero é menor que o esperado para a idade gestacional. (SASS; OLIVEIRA, 2013).

O abortamento retido ocorre a partir da morte do feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado, o sangramento pode ser discreto ou ausente, o útero é menor que o esperado para a idade gestacional, na maior parte das vezes o colo se apresenta fechado, existe regressões dos sinais e sintomas de gravidez e a gestação se encontra sem evoluções.(BRASIL, 2000).

Em situações de abortamento acompanhado de infecções genitais, como exemplo a endometriose, parametrite e peritonite. As causas podem ter relações com a manipulação uterina com instrumentos e técnicas inadequadas. São infecções graves que podem desencadear a septicemia e choque séptico e necessitam ser tratadas independente da viabilidade do feto. Podem estar acompanhadas de febre acima de 38° c, calafrios, taquicardia, taquipneia, sudorese, hipotensão, hemorragias,



corrimentos com odor fétido, dores abdominais, eliminações de secreções purulentas e útero amolecido. (BRASIL, 2000).

O abortamento habitual são perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações. O trabalho de abortamento da gestação, é a perda involuntária da gestação, acompanham cólicas intensas, o sangramento vaginal se apresenta moderado, o colo uterino se encontra aberto e apresentam quadros de cólicas intensas. O abortamento provocado é ilegal no Brasil, exceto por situações de estupro ou risco da vida da gestante, quando advindo clandestinamente a alta de morbimortalidade se apresenta alta, resultado de perfurações uterinas e vísceras abdominais, pode ocorrer presença de hemorragia, infecções localizadas ou sistêmicas, choque séptico e se apresenta a causa mais frequente de esterilidade. (RIBEIRO; JUNIOR, 2014).

Outro tipo de aborto, constitui o induzido, acontecem riscos no tocante a criminalização do aborto, no qual a inferência é agravada pelo limite da utilização do Cytotec (misoprostol), o mesmo opera no útero provocando ampliação das contrações do miométrio, solicitando um abortamento com menos riscos, atenuando o caso de perfuração do útero, hemorragias e infecções graves. Entretanto sua venda no Brasil é proibida, constituindo esta conduta como crime hediondo (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2017).

Tantas vezes o pretexto de aborto por 100 nascimentos vivos como a incidência de abortos induzidos por mil mulheres de 15 a 49 anos no país brasileiro proporcionaram diminuição no decorrer do período analisado, causado pelo ampliação da escolaridade das mulheres, pela maior cobertura populacional de emprego de metodologias anticoncepcionais competentes, pela utilização de pílulas anticoncepcionais de emergência, mais versadas como “pílula do dia seguinte” e ainda da utilização clandestina de Misoprostol. Entretanto a ocorrência do aborto induzido inseguro é intensamente alta, quando colacionada a mesmo conjunto em países onde o abortamento induzido não é considerado como crime (MONTEIRO; ADESSE; DREZETT, 2017).

A atuação da equipe de enfermagem dependerá do tipo de abortamento, porém, deve-se aconselhar quanto ao repouso, orientar quando existir a probabilidade de internação, manter acesso venoso se necessário, manter controle rigorosos dos sinais vitais, administrar medicamentos conforme prescrição, oferecer conforto e apoio psicológico. (BRASIL, 2000).

### 2.2.3. PLACENTA PRÉVIA

O termo “placenta prévia” tem como significado placenta primeiro, e conceitua um distúrbio no qual a placenta se implanta totalmente ou parcialmente no segmento inferior do útero. Sua classificação depende do grau de cobertura ou proximidade do orifício interno, do seguinte modo (RICCI, 2008):

A placenta prévia total advém quando todo orifício cervical interno está coberto pela placenta; a placenta prévia parcial advém a partir do orifício interno encontra-se parcialmente coberto pela placenta; a placenta prévia marginal acontece quando a placenta se encontra na margem ou na borda do orifício interno; e a placenta prévia baixa acontece quando a placenta se encontra implantada no segmento inferior e encontra-se próximo do orifício interno, mas não o alcança. (RICCI, 2008).

A etiologia da placenta prévia é desconhecida, o processo é iniciado pela implantação do embrião no segmento inferior do útero. Nessa localização, a vascularização da placenta se torna imprópria, o que permite que ela se acople espontaneamente ao miométrio, submerja o miométrio ou adentre no miométrio. A disfunção é multifatorial e está relacionada aos agentes de risco, mencionados pelo Ministério da Saúde (2010), tais como, antecedentes de cesarianas, idade materna avançada, lesões uterinas, placenta previa pregressa, aborto induzido antecedente, miomectomia para remoção de fibroide e tabagismo.

Todos os tipos de placentas prévias se apresentam assintomáticos, antecedente ao início da hemorragia, a hemorragia se apresenta um vermelho vivo indolor, que acontecem ao segundo ou terceiro trimestre de gestação, o sangramento de início não se apresenta intenso e cessa espontaneamente, entretanto, é relapso. A consistência do útero é amolecida e não dolorosa a palpação. (EINKIN, 2005).

Os cuidados de enfermagem a pacientes acometidas por tal condição, são medidas, como posicionar a gestante em decúbito lateral; tal ato, melhora a perfusão placentária. Coletar toda anamnese para identificar informações importantes, estabelecer acesso venoso, monitorar débito para a avaliação adequada da perfusão renal; monitorar o volume de sangue perdido, avaliar sinais vitais maternos, monitorar os resultados de exames laboratoriais e promover apoio emocional.(RICCI, 2008).

#### 2.2.4. DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

O deslocamento prematuro da placenta é conceituado como o afastamento da placenta da parede uterina, após a vigésima semana de gestação e antecedendo o parto. (RICCI, 2008).

O deslocamento pode ser parcial ou total, e é classificado em três graus, se faz pertinente realizar a divisão por graus utilizando a classificação de Sher, relatada por Brasil (2010):

O grau 1 apresenta sangramento genital discreto sem hipertonia uterina relevante. Viabilidade fetal conservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. geralmente diagnosticado após o parto com a identificação do coagulo retroplacentário.

O grau 2 representa um sangramento moderado e contrações tetânicas, acompanhadas de taquicardia materna e alterações posturas da pressão arterial. Alterações iniciais da coagulação com quedas dos níveis de fibrinogênio, batimentos fetais presentes, mas com sinais de comprometimento de vitabilidade.

O grau 3 apresenta sangramento genital relevante com hipertonia uterina, hipotensão arterial materna e conseqüente morte fetal. (BRASIL, 2010).

A etiologia é desconhecida, porém, existe diversos agentes de riscos, como gestação tardia ou precoce, nutrição inadequada, tabagismo, gestações multiplicas, pressão intrauterina excessiva ocorrência de hipertensão arterial, deslocamento prematuro pregresso em uma gestação anterior, traumatismo importante. (BRASIL, 2010).

O descolamento da placenta prévia deve ser abordado imediatamente e segundo sua classificação, a equipe de enfermagem devem auxiliar no melhor desenvolvimento da gestação, a competência da enfermagem é a avaliação da gestante que apresenta dor abdominal ou sangramento vaginal. A avaliação deve ser realizada atenciosamente, pois é primordial na conduta clínica e nas intervenções. (RICCI, 2008).

### 2.3. DEPRESSÃO PÓS PARTO

Estudos atuais sobre saúde mental ligados ao parto modificaram o conceito de depressão pós-parto, portanto conceituam a depressão pós-parto como um transtorno depressivo e ansioso que tem seu início no período perinatal. Essa mudança está relacionada ao reconhecimento da necessidade de promoções e prevenções precoces nesse período. (AUSTIN,2004).

O nascimento é um acontecimento celebrado mundialmente e geralmente está diretamente relacionado a sentimentos de felicidade e satisfação. No entanto, a gestação, o parto e o puerpério são também fatores de estresse *psicossocial* e as demandas que envolvem a maternidade podem alavancar a ocorrência/recorrência de alterações na saúde mental dos pais. (FONSECA; CANAVARRO, 2017).

A depressão pós-parto se apresenta como um estado de sofrimento intenso e profundo com graves alterações de humor, sendo uma condição mais preocupante e persistente que a tristeza puerperal. (LOWDERMILK, 2012)

Define-se a DPP como um quadro de depressão não psicótico que pode variar entre níveis leves, médios e grave. O distúrbio muitas vezes ocorre antes do parto, já durante a gestação, mas pode apresentar-se até 12 meses após o nascimento do bebê. Se os sintomas da disforia pós-parto não desaparecem após algumas semanas ou até mesmo intensificam-se, poderá estar presente uma depressão pós-parto. Este transtorno é a segunda causa de adoecimento de mulheres no mundo, possibilitando a ocorrência de suicídio, que é um dos principais motivos de óbito entre mulheres em idade fértil. A relação mãe e bebê é importante para o desenvolvimento da criança, a falta desse vínculo pode ser repercutido negativamente na vida social da criança. (MARQUES; et al, 2016).

Sobreira e Pessoa (2010), conceitua a depressão pós-parto como uma patologia que se interliga a sofrimento sem controle e a sua etiologia está relacionada a fatores como gestação indesejada, idade inferior ou igual a 16 anos, dificuldade financeira, entre outros. É considerado DPP quando o quadro de tristeza não desaparece e os sintomas começam após um mês do parto.

Algumas literaturas designam este tipo de depressão através de duas denominações: depressão pós-parto e depressão materna, mesmo não existindo uma diferença nos sintomas ou definição do quadro clínico da doença. A expressão pós-parto se utiliza para detecção no período de quatro a seis semanas após o parto,

diferente da depressão materna que é utilizada para relacionar à mãe com sintomas depressivos em qualquer momento do desenvolvimento do bebê, exceto no puerpério. Tanto a depressão pós-parto quanto a depressão materna manifestam os mesmos sintomas de outros transtornos depressivos, como oscilações de humor, falta de concentração, aumento de apetite, distúrbio do sono, irritabilidade, entre outros (ALVARENGA et al, 2016).

A DPP é conhecida pelas taxas de morbidade materna e as síndromes depressivas causam desequilíbrio no âmbito familiar, acarretando a depressão no cônjuge e os bebês estão propensos a possuírem déficits no crescimento, no desenvolvimento cognitivo e sociais, distúrbios do sono, doenças intestinais e distúrbios nutricionais. (LOBATO; MORAES; REICHENHEIM ,2011).

O quadro depressivo da mãe, causam grandes impactos nos vínculos de afetividade da mãe-bebê, pode resultar para o bebê diversos déficits de desenvolvimento em diferentes fases do crescimento, podem sofrer alterações neurológicas, endócrinas, mentais, socioemocionais e comportamentais. No primeiro ano de vida pode ter prejuízos nos desenvolvimentos cognitivos e sociais. Os sintomas depressivos afetam as relações interpessoais, gerando uma déficits nos vínculos afetivos, aos doze meses pode desenvolver baixos níveis de desempenhos e insegurança ao ficar com a mãe. (SCHMIDT; PICCOLOTO; MULLER, 2005).

Durante todo seu ciclo de vida a mulher passa por diferentes transformações, e uma das mais importantes é o momento da gestação, em que resulta em grandes modificações corporais. No ciclo gravídico a mulher passa por transformações vitais, ocorrendo alterações em seu corpo, oscilações hormonais e diferentes sensações. Emoções e sentimentos novos são vivenciados por cada mulher de forma diferente, intensa e marcante. Tudo isto possibilita o amadurecimento da futura mãe, alterando as suas responsabilidades, ampliando e modificando sua consciência e personalidade. Porém está metamorfose é um processo lento e gradual, que se inicia com a gestação e se mantém após o nascimento do bebê. (SILVA, 2018).

O ciclo gravídico, o parto e o período do puerpério são fases muito importantes na vida de uma mulher, e podem ser consideradas um risco para a saúde mental destas. Trata-se de eventos emocionalmente marcantes que trazem consigo alterações sociais, hormonais e físicas para a puérpera. (MARQUES; et al, 2016).

O pós-parto é um período em que há um maior risco da mulher desenvolver distúrbios de origem social, física ou mental. Tais alterações podem se relacionar as

dores e incômodos decorrentes do parto ou amamentação; aflições e preocupações com a responsabilidade de cuidar do bebê, muitas vezes não sabendo como agir ou se está cuidando da criança corretamente; diminuição da autoestima e do cuidado pessoal, geralmente por falta de tempo, por ocupar-se integralmente com o recém-nascido, alterações na vida sexual, relações familiares conturbadas, entre outros motivos. Dessa forma, a mulher pode vir a apresentar sentimentos de melancolia, incapacidade e desesperança, alterações de humor, choro frequente, irritabilidade, transtornos alimentares e do sono, ansiedade e fragilidade psíquica. Estes sintomas podem levar ao surgimento de transtornos psiquiátricos como a depressão pós-parto. (TEIXEIRA et al., 2015).

Após o parto a mulher geralmente está muito sensível e passando por variadas emoções. Neste período ela requer suporte e proteção do pai da criança, de familiares, amigos e profissionais de saúde. O puerpério está relacionado com adaptações, como a de um corpo diferente daquele antes da gestação e a responsabilidade do cuidado integral ao bebê, modificando horários e rotinas da mulher. O período pós-parto está também associado a algumas perdas, como a do corpo gravídico, a separação do binômio mãe-bebê, após o parto o bebê se torna um ser real, com exigências e necessidades. (SARMENTO; SETÚBAL, 2012).

Um dos fatores vinculados à DPP são o medo de falhar na responsabilidade de cuidar do bebê. Existem expectativas da própria mulher, do pai da criança, de familiares e de toda a sociedade sobre o cuidado que uma mãe deve ter com um filho, pressionando a mulher para que tudo ocorra da melhor maneira possível. Sendo assim, o cumprimento dessa responsabilidade, embora atrelado às necessidades da criança, não deixa de ser uma necessidade da própria mulher, para garantir a si mesma a sensação de dever cumprido. Muitas mulheres acreditam que não conseguem cuidar do filho, realizar tarefas da casa e tantas outras atividades diárias, falharam nos seus papéis de mãe, esposa e dona de casa. (TEIXEIRA et al., 2015).

São classificados em cinco fatores de riscos principais associados a depressão pós-parto, são eles a história previa de depressão na parturiente, gestação sem planejamento, primeira gestação, atitudes negativas dos familiares em relação a gestação e estado da saúde do recém-nascido. (MARQUES et al.; 2016)

Em estudos realizados para compreender os aspectos da etiologia da DPP sugere que as mulheres com sensibilidades subjetivas as alterações hormonais que se iniciam na menarca e conseqüentemente elevam o níveis de estressores

psicológicos ,ambientais e fisiológicos .Em mulheres predispostas essas alterações hormonais resultam em manifestações de transtornos de humor , especialmente em situações como o parto que possuem alterações hormonais .(BLOCH; et al.,2015).

As principais teses sobre a origem da Depressão pós-parto é a teoria da retirada hormonal e os estudos genéticos. Na teoria da retirada hormonal se baseiam na elevação de estradiol e progesterona na gestação e sua retirada bruscas através do parto. Em experimentos realizados demonstram que os escores na escala de depressão são elevados durante a fase de retirada de hormônios em mulheres com história prévia de DPP, foram constatadas interações entre o eixo hipotálamo-pituitária-gonadal e o sistema serotoninérgico. Os baixos níveis de esteroides gonodais típicos de puerpério podem reduzir a atividades serotoninérgica central e proporcionando fragilidade ao desenvolvimento de sintomas em mulheres susceptível. (BLOCH; et al.,2015).

Essas mudanças são causadas pela elevação de hormônios que tem como função o desenvolvimento fetal. São quatro hormônios são responsáveis por alterações emocionais da gestante eles são progesterona, estrogênio, gonadotrofina coriônica, somatomamotropina coriônica humana. (ZOLLER,2008)

A teoria relacionada a genética se baseia em hipótese de componentes biológicos, foi levantada partindo de estudos de histórico familiar e gêmeos. Existe evidencias que o sistema serotoninérgico tem relações diretas e reciprocas com os hormônios gonodais. Existe uma predisposição genética a atividade alterada do sistema de transporte de serotonina, em mulheres com disforia pré-menstrual graves. Um polimorfismo promotor relacionado ao transporte de serotonina, nomeado 5-HTTLPR foi associado a depressão maior. (VIEIRA.,2018).

## **PARTO**

### **2.4. TRABALHO DE PARTO E FISILOGIA**

O sistema reprodutivo feminino incide em órgão que exerce o papel de cultivo da progênie. Nas mulheres os órgãos reprodutivos interiores incidem de vagina, útero, tubas uterinas e ovários, dentre diferentes. Esses órgãos evoluem-se e exercem empregos segundo com as influências hormonais características onde influenciam na fertilidade e na gravidez da mulher (RICCI, 2008).

Ainda na visão desse estudioso, a vagina é um caminho musculomembranoso com extensa aptidão de distensão, sendo um aparelho fibromuscular tubular, revestido por uma mucosa perante uma fila de dobras transversais apelidadas rugas, essas admitem a expansão exterioriza do caminho no decorrer do trabalho de parto e o ato de nascer. O útero é um aparelho muscular no formato de pera que se estabelece no artificio elevado da vagina. É a localidade onde ocorre a menstruação, da fundação de um ovário fertilizado, da evolução do feto no decorrer da gestação e do exercício de parto, adequando antes da primeira gestação 7,5 cm de extensão, 5 cm de largura e 2,5 cm de profundidade, e depois a menopausa, torna-se menor e suporta uma atrofia (RICCI, 2008).

As tubas uterinas são órgãos cilíndricos ocos, que se distendem, de 5 a 7,5 cm, desde as margens superiores do útero em direção aos ovários. As tubas uterinas conduzem o óvulo do ovário até o útero e os espermatozoides do útero em direção ao óvulo. Esse movimento se efetiva através da atuação ciliar e peristalse. Se existir espermatozoide ou inseminação artificial pode acontecer a fertilização do óvulo, de tal modo, dividindo-se no decorrer de um período de quatro dias, enquanto se move ventralmente, de caráter lento, para a tuba uterina e o interna do útero (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Os ovários são um conjugado de glândulas análogas a amêndoas sem casca. Eles conectam o sistema reprodutivo ao sistema de glândula endócrinas da constituição, no modo que dão os óvulos e secretam, de maneira cíclica, os hormônios femininos estrogênio e progesterona, assim em seguida a sua maturação o óvulo vai para as tubas uterinas (RICCI, 2008).

O parto é estimado um momento relativamente breve, aonde inicia com a primária contratura uterina, jaz com horas de esforço no decorrer do momento de



expansão cervical e finaliza com o nascimento do recém-nascido (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Os estudiosos aludidos adiante classificam o parto em etapas, a primeira etapa do parto inicia com as contraturas uterinas regulares adotando com a expansão cervical conclui. A segunda etapa do parto alude ao ato de nascer do feto que inicia com a expansão total e o apagamento completo da cérvix completando assim com o ato de nascer do feto. Essa etapa abrange três etapas: a latente, a da descida e a de transição (RICCI, 2008).

A etapa latente compõe um momento de repouso e relaxamento. A etapa de descimento diferencia pela precisão de fazer uma ampla força para baixo, excita e libera ocitocina pela hipófise posterior, causando contraturas e expelindo o feto. A etapa de mudança, exibe-se no períneo onde os esforços para o banimento são mais eficazes, solicitando assim o ato de nascer (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

A distócia constitui problemas de trabalho de parto e é marcada pelo avanço anormalmente pausado do trabalho de parto. Em comum, o trabalho de parto atípico é corriqueiro quando existe desproporção entre o aspecto fetal e o caminho de parto. É decorrência de quatro irregularidades distintas que podem haver particularmente ou em concordância (LEVENO et al. 2005).

Irregularidade de força, irregularidades de passagem; irregularidades envolvendo o feto: aspecto, caráter ou desenvolvimento; irregularidades dos tecidos moles do trato reprodutivo que desenvolvem um impedimento à descida fetal (LEVENO et al. 2005).

#### **2.4.1. TIPOS DE PARTO**

Têm diversos tipos de parto, constituindo que os mais versados são o normal, natural e o cesáreo. O parto normal é aquele que acontece por acesso vaginal de modo fisiológico com a apresentação de influências medicalizadas. Por diferente lado, o parto cesáreo incide em um artifício cirúrgico de remoção do feto por meio de uma incisão na região abdominal (SILVANI, 2010).

O parto natural, é o tipo de parto que adia do parto normal por ser um a modalidade aonde não existe influências medicamentosas no procedimento (BRASIL, 2013).

Além do mencionado, existe o parto domiciliar, o qual é definido como um modo de parto natural efetivado na casa da grávida, seguido por um profissional habilitado. Ainda, este modo de parto pode acontecer carecido a problemas de acesso da população desprovida ao hospital ou ainda mesmo de chegar a tempo em uma instituição (COLACIOPPO et al., 2010).

O parto domiciliar aparece a percepção e o nascimento como componente da história da vida humana, como um pouco fisiológico, que admite uma atitude fisiológica e cultural (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

Entretanto, no Brasil, o parto domiciliar, apesar anos advindos tenha acontecido habitualmente, hoje em dia tornou-se um episódio aleatório e fora da realidade civil, acontecendo comumente em localidades onde o acesso a maternidades é mais complexa (COLACIOPPO et al., 2010).

De tal modo, o parto domiciliar deixou de ser um estágio contínuo, como nos primórdios da humanidade, oferecendo espaço a um exemplar de amparo hospitalar, ao qual aconteceu a estabelecer a aderência aos partos cesáreos e a diminuição dos identificadores de partos naturais. Perante disso, passou a fortificar o exemplar de parto hospitalocêntrico, com ampliação significativa do número de partos cesáreos, aonde existe uma redução dos agentes fisiológicos do trabalho de parto carecido a utilização de fármacos (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A despeito disso, existe um estímulo quanto ao emprego do parto domiciliar, com adotes à mudança do exemplar hospitalar, com aspecto na metodologia parturitiva que procura oferecer modos naturais e fisiológicos humanizados de acesso do parto e nascimento, conquanto ainda seja um modo simples por parte dos profissionais médicos e enfermeiros (MARTINS; ALMEIDA; DE MATTOS, 2012).

Entretanto, o Ministério da Saúde assegura que elevar o número de partos hospitalares em dano de atenuar os partos domiciliares, relevados pela anticoncepção de complicações no parto e pós-parto contíguo, não afiançam a qualidade da atenção humanizada (BRASIL, 2013).

Por consecutivo, há hoje em dia um conflito com afinidade à alternativa do parto pela gestante e pelo grupo de saúde, aonde nem consecutivamente o anseio da mulher é consentido. Segundo Silvani (2010, p. 03) “o parto cesáreo se tornou tão habitual e distribuído que a probabilidade do parto normal admitiu de ser um exercício nas maternidades, ainda sendo uma aspiração da grávida”.

Segundo Cunha, Gomes e Santos (2012) sobre o parto normal, creem que a opção deste tipo de parto pelas mulheres transcorre do anseio pela ligeira recuperação pós-parto, receios pertinentes às intercorrências e contaminações na cesariana. Por diferente lado, têm grávidas que optam pelo parto cesáreo trazendo que não anseiam sentir a dor do parto, ou mesmo solicitam um procedimento de prevenção decisivo anexo ao artifício cirúrgico.

Silvani (2010) conclui que têm circunstâncias que são alusivas de cesáreo mesmo que a mãe tenha escolhido por um parto natural, como por exemplo, a apresentação do feto, neste acontecimento, pélvica.

Entretanto, “a percentagem abusiva de parto cesáreo no país a partir da década de 1980 compõe um pretexto de dificuldade no parto [...] cada cesariana supérflua constitui um risco maior de complicações, como infecção, hemorragia [...]” (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2011).

Essas dificuldades supracitadas podem provocar decorrências tanto para a gestantes quanto para o feto, até mesmo o óbito materno. Desse modo, no que alude ao óbito materno, acredita-se que um elevado eventual dessa complicação obstétrica poderia ser evitado, com o maior estímulo ao parto normal humanizado, empregado o padrão cesariano exclusivamente em acontecimentos legitimamente indispensáveis a esta operação. Cunha, Gomes e Santos, (2012) separam que, [...] as puérperas avaliam o parto normal como lucrativo perante da cesariana carecido a recuperação mais ligeira no pós-parto e a facilidade que elas apresentam de regressar aos seus exercícios diários, assim como o contato e o bem-estar no cuidado com o filho.

Constituindo que é mais simples o exercício da ação de aleitar para uma paciente de parto normal, porquanto ela proporciona menos problemas, tendo em vista que o primitivo dia do pós-parto se conecta a um certo nível de indisposição para a mãe. Assim, semelham coesos que o procedimento de desospitalização e de desmedicalização do parto, constituam passagens a serem conjecturados, ao estreito em que, de acordo com a história, a medicina relevou a institucionalização e a assimilação do parto como componente da obstetrícia a partir do seu hipotético possível agente patológico (MENEZES; PORTELLA; BISPO, 2012).

De acordo com Mattos, Vandenberghe e Martins (2014) no argumento contemporâneo existe uma procura pelo amparo ao parto com a adoção de medidas menos intervencionistas, em que as grávidas apresentam escolhido pelo parto domiciliar.

## 2.5. HUMANIZAÇÃO NO PARTO

A palavra Humanização se define como humanizar, volver humano, oferecer atributo humano a uma atuação. Ainda quer proferir ser carinhoso, cortês, comunicativo. É efetivar alguma ação analisando o ser humano como um ser singular e complicado, onde estão inerentes em deferência e a comisseração para com o outro (FERREIRA, 2009).

Essas definições podem ser traduzidas como uma procura incessante pela comodidade física, psíquica e espiritual do paciente, família e equipe, esclarecendo de tal modo a relevância da mesma no decorrer do momento da hospitalização (BOLELA, JERICÓ, 2006).

Humanizar é a ação de cuidar, atentar se com o bem-estar do próximo, atuar com afabilidade e afeição, abonar atributos humanos de vida, abordar com compostura, reverenciando as categorias e personalidade de cada indivíduo (WALDOW, 2010).

Diante disso, a humanização concebe um grupo de ações que objetivam à prestações de assistências em saúde, apropriadas para adaptar a melhor metodologia disponível com promoção de amparo, deferência ética e cultural do paciente, ambientes de trabalho adeptos a boa prática técnica e a contentamento dos profissionais de saúde e pacientes (SOARES, et al., 2012).

A humanização como tática de operação nas metodologias de trabalho e na preparação de qualidade de saúde, vai de encontro dos valores do Sistema Único de Saúde, ao ressaltar a precisão de se asseverar atenção integral à população, bem como táticas que expandam atributos de direitos e de cidadania das pessoas (POTTER; PERRY, 2013).

Fundamentado em Bedin, Ribeiro e Barreto (2004) a humanização necessita realizar artifício da filosofia da enfermagem. O espaço, os recursos materiais e tecnológicos não são mais expressivos do que a essência humana. A humanização necessita direcionar os exercícios de enfermagem do enfermeiro volvendo adequada para edificar uma realidade mais humana. No ano 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) que tem como objetivo garantir a assistência à mulher e à criança desde o pré-natal até o puerpério. O PHPN dá às mulheres direito

a um atendimento adequado e digno, além de preconizar que todos os cuidados sejam realizados de forma humanizada e segura. (BRASIL, 2012).

A humanização compreende pelo menos dois aspectos de grande relevância. O primeiro refere-se ao conceito de que é dever das unidades de saúde receber com respeito a gestante, seus familiares e o recém-nascido. Trata-se de uma postura ética e solidária que todos os profissionais de saúde e serviços de saúde devem ter. O segundo aspecto está relacionado à adoção de medidas e realização de procedimentos benéficos para a mãe e o bebê, evitando práticas intervencionistas desnecessárias. (BRASIL, 2012).

No acolhimento à saúde, no Brasil, a humanização do paciente jaz abrangida na Constituição Federal Brasileira de 1988 que abona a todos a promoção da assistência à saúde de modo resolutivo, igualitário e integral. Em 2001 o Ministério da Saúde do Brasil difundiu o Programa Nacional De Humanização da Assistência Hospitalar, de tal maneira entre si, como na instituição com a comunidade. Para isto, é necessário apreciar o ser humano, considerando os hospitais públicos, modificando-os em disposições atualizadas, solidárias, com vistas a abordar as esperanças dos gestores e da comunidade (SOARES, et al, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi lançada em 2003 a fim de colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano dos serviços de saúde, de modo a produzir mudanças nas formas de gestão e cuidado ao usuário. A PNH tem como alicerce orientações clínicas, éticas e políticas que se traduzem em uma composição no serviço de assistência à saúde. Uma das diretrizes da PNH visa a implantação do acolhimento com avaliação e classificação de risco nos serviços de urgência e emergência de hospitais, clínicas e pronto-socorros. Esta diretiva objetiva, acolher e atender, de forma humanizada a demanda de usuários conforme a avaliação de risco. (BRASIL, 2013).

Sendo assim, as definições de humanização do cuidado são, na maioria das vezes, determinadas pela ocasião, pelas metodologias econômicas, pelas afinidades interpessoais. O que vela é abranger o desenvolvimento das definições, o que os geraram, a ter ciência o que os tornou admissíveis, porquanto de determinado modo eles modificaram determinadas atuações e exercícios em saúde (SOARES, et al., 2012).

## 2.6. ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTÉTRICO

A história da enfermagem obstétrica tem modificado nos derradeiros anos. Esta decorre sendo conhecida pelo seu desempenho e pelo aperfeiçoamento das suas noções. Desde o final dos anos 80, os enfermeiros decorrem conquistando seu recinto no subsídio ao parto, decorrência disso, foi à admissão na graduação de enfermagem, no Brasil, em 1922, como artifício curricular e em 94, como pós-graduação. (GONÇALVES et al., 2011).

De acordo com a história os empregos de parteira ou enfermeira obstétrica, são diferentes. No argumento histórico a profissão de parteira é a mais remota, com o advir dos anos foi atenuando a quantidade de parteiras e seu espaço foi constituindo trocado pela enfermeira obstétrica, que em seguida ganhou o título de obstetras. Logo a enfermeira obstétrica alude ao portador de habilitação de nível elevado em enfermagem com particularização no campo obstétrico (HOGAB; PINTO, 2007).

Hoje em dia a especificação em obstetria apenas é aceita para médicos e enfermeiros. Embora são insuficientes os enfermeiros obstétricos que operam efetivando parto. Esse fato decorre tentando ser mudada pelo Ministério da Saúde, até mesmo com base financeira no desenvolvimento desses profissionais. (BARROS; SILVA, 2004)

Embora das aquisições e estímulos viventes, também têm diversos profissionais que não se consideraram para a concretização desses partos, estudando de maneira informal com a advertência e procissão de diferentes. (DOTTO; MAMEDE, 2007).

O cuidado consecutivamente permaneceu atual nas pertinências da enfermagem e necessita ser desempenhado de modo absoluto e com um espectro humanístico, ampliando a abrangência do homem (HOGAB; PINTO, 2007).

A enfermagem opera acomodando a mulher, no decorrer do parto, maior garantia e comodidade, sempre com uma escuta ativa e obsequiosa. A concepção de conexão com a paciente é primordial para abranger as suas precisões e então saber quais as atuações a serem concretizadas (HOGAB; PINTO, 2007).

É de intensa relevância dos enfermeiros a diminuição da preocupação das grávidas e parturientes, oferecendo-lhes mais entusiasmo, comodidade e segurança (BARROS; SILVA, 2004).

A função da enfermagem perante a uma assistência humanizada no decorrer do parto estabelece um profissional sem preconceitos, o prestamento de serviço livre de algum detrimento e emprego mínimo de influências em seus exercícios. O respeito, solidariedade, base, direção e estímulo são agentes que comprovam o cuidado e seriedade da assistência humanizada desse profissional (HOGAB; PINTO, 2007).

Em parágrafo único do Artigo 3º o enfermeiro quando certificado para a subsídio obstétrica poderá ser cognominado enfermeiro obstetra, competindo a este profissional oferecer auxílio à mulher no ciclo gravídico-puerperal em casa ou no hospital, seguir o parto e o puerpério habituais limitando-se aos cuidados forçosos à parturiente e a criança (CASTRO; CLAPIS, 2005).

No transcorrer dos anos a influência excessiva da medicina no parto apresenta suscitado um amplo anseio de incerteza por parte da grávida no andamento da parturição. E, apesar as enfermeiras obstetras preencham um papel ressaltante quando se discorre da fundação do subsídio humanizado no parto, embora se faz imprescindível maior apoio e base tanto às profissionais quanto aos programas de humanização para volver seu exercício mais corriqueiro no andamento do nascimento (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011)

O seguindo da enfermeira partindo do pré-natal até o puerpério e o estímulo oferecido para a amamentação materna exclusiva traz intensa relevância para a adequada afinidade com a grávida e puérpera, e todos os profissionais necessita ter uma visualização humanística dessa atenção, abrangendo toda a circunstância emocional convvida pela grávida e não vê-la somente como mais uma paciente na sala de parto (CASTRO; CLAPIS, 2005).

A dádiva de um campo que abone a comodidade necessária para o andamento do exercício de parto; o prestamento de um auxílio voltado para a autêntica precisão da grávida; a utilização de metodologias não farmacológicas para conforto da dor; o estímulo da amamentação materna em seguida depois do parto, admitindo o contato pele a pele do bebê com sua mãe; a reverência dos profissionais de saúde com os agentes comoveis, culturais e igualitárias maternas; a boa receptividade; a relação entre equipe e gestantes especialmente sobre o que acontecerá no decorrer do parto, explanando os equívocos; e a aceitação do acompanhante selecionado pela grávida para apresentar base nesta ocasião; distinguem determinados exercícios humanizados da assistência (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

A afinidade dos enfermeiros com suas pacientes exige dinamismo, para que os saberes da paciente constituam agrupados a informação científica e sua autonomia seja conservada (RABELO; OLIVEIRA, 2010).

O enfermeiro conhece a importância do prestamento de um subsídio adequado e de qualidade, por isso busca consecutivamente está acolhendo a mulher, harmonizando segurança, conhecendo agentes que provocam estresse, como a dor, designando uma atmosfera de cuidado e comodidade tanto para gestante como para os familiares. Desse modo a enfermagem vem cada vez mais erguendo uma história caracterizada, despontando a sua aptidão, habilidade e extensão, agrupado a autoconfiança e conhecimento na metodologia de gerar, conservando sempre as categorias físicas, emocionais e os princípios da gestante (CASTRO; CLAPIS, 2005).

O enfermeiro contém o ensino em saúde como uma das pertinências relacionadas a sua profissão. É relevante desmistificar a cultura da cesárea e destacar para as gestantes as benfeitorias de um parto normal e sem influências, quando admissível, para que esta possa deliberar com mais consciência sobre a metodologia a ser escolhida (BRUZADELLI; TAVARESII, 2010).

As direções ministradas por componente das enfermeiras, o amparo da gestante, o substitutivo de artifícios, em ocasiões dispensáveis, por procedimentos menos invasivos e não farmacológicos que torna mínimo a dor e o sofrimento, e acomodando elucidações sobre as categorias de desenvolvimento do parto, são táticas registradas para a superação desses problemas. Se os profissionais de enfermagem junto aos profissionais multidisciplinar não desenvolver um manejo apropriado, a experiência do parto poderá ser traumatizante, existindo maior possibilidade de dificuldades obstétricas (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

As gestantes submergiram a cultura de que o parto normal traz sofrimento e problemas. Compete ao enfermeiro, como instrutor, amparar essa gestante a abranger melhor sobre o parto normal e seus benefícios (PRAGIANTI; COSTA, 2008).

Além dos exercícios assistenciais, os enfermeiros obstétricos apresentam empregos relevantes quando se aborda do artifício administrativo, constituindo conhecidos pela gerência de pessoal de enfermagem, fornecendo os recursos imprescindíveis para a direção da unidade para que de tal modo todos os exercícios prestados sejam efetivos. (DIAS; DOMINGUES, 2005)

O papel do enfermeiro regressado para exercícios administrativos também é muito priorizado por organizações de saúde, abduzir do contato administrado com o



paciente. Realizando deste modo com que o enfermeiro admita muitas vezes de lado a concretização dos exercícios humanizados, porquanto essa pertinência promove uma demanda de tempo e afeto para o emprego (ANDRADE; VIEIRA, 2005).

O enfermeiro obstétrico também depara muitas dificuldades no seu desempenho, seja pelas demarcações impostas pelas estruturas físicas deparadas nas maternidades hoje em dia, ou rotinas hospitalares, constitua pela cultura situada nos médicos que também prevalece (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

Em resumo, o prestamento de uma assistência humanizada ao parto contém amplo princípio, visto que abrange atuações evoluídas por profissionais como as enfermeiras, médicos, assistentes sociais entre diferentes que apreciam a base emocional, a excitabilidade em escutar, o contato e o acolhimento com as gestantes no pré-parto, intra-parto e pós-parto. Quando se aborda da procura pelo desenvolvimento do subsídio à gestante, o déficit de informação das gestantes quanto a apropriada definição do parto humanizado, e a carência de enfermeiras obstetras nas organizações de saúde, compõem determinados dos empecilhos achados para que a política de humanização seja inserida de modo concreto (CASTRO; CLAPIS, 2005).

Dentre os básicos desafios achados para inauguração do cuidado humanizado no procedimento parturitivo, são registrados: a descuido dos profissionais de saúde em abonar os elementos necessários para as gestantes e suas famílias; o desenvolvimento profissional dos médicos mais regressado para o biológico e o tratamento das patologias do que para o cuidar, fazendo com que esses interfiram nos partos com metodologias atualizadas, que por muitas vezes podem ser supridas por diferentes mais singelas e com real comprovação científica; o despreparo tanto da equipe quanto das organizações em receber e guiar o acompanhante sobre sua relevância nessa ocasião (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

No exemplar aonde a preeminência médica é acentuada, acontece a carência da importância da enfermeira obstetra nas instituições de saúde e a dificuldade de implantação deste profissional nas equipes, originando desse modo uma desvalorização profissional e na restrição de seu desempenho profissional (GONÇALVES et al., 2011).

O Conselho Federal de Enfermagem ao se aludir ao parto humanizado, assegura que a enfermeira obstetra devidamente registrada no Conselho Regional de Enfermagem está competente a efetuar partos domiciliares sem distócia, satisfazendo

os preceitos do Ministério da Saúde implantadas pelo SUS. Entretanto, para que este tipo de parto advenha é conciso existir uma instituição de saúde de referência para alguma intercorrência que venha advir (SOUZA; GAIVA; MODES, 2011).

O substitutivo dos médicos obstetras nos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras tem ampla relevância para o implante da assistência humanizada, tenha aspecto, que esses profissionais tem um desenvolvimento voltado para o cuidar, a qual abrange a mulher como o enfoco fundamental do parto. Além disso, oferecem solenidade aos exteriores sociais, comoveis e fisiológicos desta ocasião abrangendo que cada mulher tem um assunto de vida caracterizado (GONÇALVES et al., 2011).

### **3. AS COMPLICAÇÕES DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA ENTRE JOVENS DE 15 A 19 ANOS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Durante a pesquisa, é correto afirmar que nas últimas décadas, apresentam debatido muito a respeito da adolescência, com uma relevância maior no que diz respeito à complicação e às repercussões da gravidez nessa etapa. Considerando as intercorrências maternas pertinentes à gravidez na adolescência, a presente revisão deparou uma menor quantidade de trabalhos pertinentes ao assunto, portanto, no que tange as complicações fisiológicas da gravidez nas adolescências houve um resultado insuficiente em decorrência da carência de pesquisas frente a esse fenômeno.

A gestação na adolescência, estimada de alto risco pela complicação de agentes torna-se uma dificuldade de saúde pública carecido às decorrências que atribui à sociedade como um conjunto (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007).

Costa, Sena e Dias (2011) mencionam que segundo a OMS a gestação na adolescência carecido as decorrências que podem ocasionar para a mãe e para o bebê são estimadas uma gravidez de elevado risco. Acontecem agravos como prematuridade, baixo peso dos recém-nascidos provoca gastos altos de despesas hospitalares, toxemia gravídica podendo acontecer desde pré-eclâmpsia, eclâmpsia, convulsão, coma e risco de morte da mãe e do bebê. O parto pode ser antecipado, delongado, com precisão de cesárea e com risco de ruptura do colo do útero e infecções urogenitais. O risco de anemia e contemporizo da evolução uterina, por isso analisa-se um grave problema de saúde pública. A decorrência de morbimortalidade na infância é elevada em países insuficiente desenvolvidos, entretanto especialmente nascidos de mães adolescentes.

No decorrer da gestação existe modificações fisiopsicológicas dramáticas que, se acrescentadas às modificações que uma adolescente sofre, ocasiona múltiplos agravos no decorrer da gestação. Tais agravos abrangem a anemia, malária, HIV e diferentes enfermidades sexualmente transmitidas, hemorragia pós-parto e fístulas vesico-vaginais. Aproximadamente 65% das mulheres com fístula de genealogia obstétrica evoluíram a mesma no decorrer da adolescência tendo decorrências para a suas vidas, física e socialmente (OMS, 2017).

Por momento do parto normal, apresenta constituído aludida maior taxa de lesões vaginais e perineais. Diferentes agravos tais como tentativas de abortamento,

anemia, desnutrição, sobrepeso, estado nutricional danificado, desproporção céfalo-pélvica, infecção urinária, placenta prévia, baixo peso ao nascer, depressão pós-parto, complicações no parto e puerpério, se relacionam à experiência de gestação na adolescência (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Além do corpo da adolescente se deparar em etapa de evolução, originando agravos, diferentes agentes de risco se relacionam à gestação precoce, como o etilismo, drodicção, ou mesmo o pré-natal no decorrer da gravidez. A aderência ao acolhimento pré-natal é aproximadamente que primordial para permanecer a saúde da gestante e do recém-nascido, já que a assistência de profissionais da saúde contribui para pequena incidência de quase todas os agravos expostos, diminuindo, de tal modo, a mortalidade materna e perinatal (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Os dados supracitados preocupam pela ocorrência de que abortos ilegais quase sempre procedem em agravos nem sempre reversíveis, como violência ao útero, evitando novas gestações, hemorragias que podem induzir a morte dentre diferentes. A mortalidade materna segundo com a Organização Mundial de Saúde é um das maiores agravos que a gestação na adolescência pode abonar. Aborda-se do óbito de uma mulher no decorrer da gestação ou até 42 dias depois da consumação desta, involuntariamente do decorrer ou da localização da fundação do ovo, por qualquer ensejo relacionado ou agravado pela gestação, ou por medidas adotadas em afinidade a ela, excluindo-se acidentes ou incidentes (OMS, 2017).

Os óbitos maternos se subdividem em óbito materno obstétrico direto ou indireto. O óbito materno obstétrico direto é resultante de agravos obstétricos gestacionais, no parto ou no puerpério, derivados de internamentos, eliminações, iatrogênica ou de acontecimentos resultantes de alguns agentes mencionados. Já o óbito materno obstétrico indireto é a resultante de enfermidades pré-existentes ou que se desenvolveram no decorrer da gestação e não decorrentes de agentes obstétricos diretos, porém agravados pela gestação. As três maiores agentes de mortalidade materna mundial, responsáveis por 50% de todos os óbitos, são: eclampsia, hemorragia e infecção (BRASIL, 2010).

Entretanto, analisar a gestação nessa etapa como um agente de risco para finais tormentosos é um tanto reducente, uma vez que o acontecimento acontece numa abundância de modificações e que a vulnerabilidade, tanto da mãe quanto do bebê, pode ser atenuada através de agentes protetores. Dessa maneira, pode-se corroborar que nem toda gestação na adolescência é de elevado risco obstétrico

(BOUZAS; MIRANDA, 2014).

Na presente pesquisa, analisou-se que os agravos associados à gestação na adolescência mais frequentes na literatura permaneceram mais relacionados ao recém-nascido que propriamente à genitora, com predominância de manuscritos que destacaram a prematuridade, o BPN e a mortalidade. O acontecimento de nascimentos prematuros, recém-nascidos de baixo peso ou muito baixo peso e mortalidade foi expressamente maior entre os filhos de mães adolescentes.

Conexo à ocorrência socioeconômica e à carência de apoio no acompanhamento da gestação, as adolescentes não recebem elementos adequados quanto à nutrição materna apropriada, seriedade da amamentação e imunização infantil, ocasionando danos às crianças, conflito na saúde pública, além do limite na evolução particular, social e profissional da gestante (RIOS; WILLIAMS; AIELLO, 2007).

O aleitamento é um exercício que proporciona benefícios para a mulher nutriz e ao neonato, tais como, para a nutriz proporciona harmonização à mãe a diminuição do sangramento pós-parto, a involução uterina mais acelerada, acrescenta o espaçamento entre as gestações desde que seja exercitada a amamentação exclusiva ou predominante sob livre demanda, admite a recuperação do peso pré-gestacional mais ligeiramente carecida da ingestão calórica, reduz os índices de neoplasias ovarianas, de anemia e auxilia na prevenção da osteoporose. No que se diz aos benefícios para os bebês, colabora para a redução da desnutrição, dos identificadores de morbidade e mortalidade infantil, para a influência mútua da mãe e bebê, resguarda o bebê em afinidade as diarreias, doenças respiratórias, otites e infecções urinárias, acomoda melhor incremento cognitivo, resguarda contra botulismo, afecções alérgicas, meningite bacteriana, enterocolite necrotizante, bacteremias, síndrome da morte súbita do lactente, linfomas, leucemias, diabetes mellitus, osteoporose, enfermidades cardiovascular ao decorrer da vida, desenvolvimento a intensidade visual e a resposta às imunizações, impedindo o internamento hospitalar. (MACHADO et al., 2012).

A ação de amamentar é a alternativa perfeita para o atributo de vida saudável para as nutrizes e o bebê, de tal maneira no componente fisiológico, alimentar, quanto no componente psicológico e afetivo. A amamentação evolui a conexão afetiva, beneficia o bem-estar da mãe e inclui uma distância maior entre os partos. O aleitamento na mama é uma ação ecológica, econômica e prática. (BRUDER, 2006).

De acordo com o boletim da Organização Mundial de Saúde todos os dias nascem aproximadamente 13 milhões de recém-nascimentos prematuros no mundo, aproximadamente 10% do total de nascimentos. Isso ocasiona um índice de mortalidade em cerca de 28% em crianças menores de cinco anos, constituindo a principal pretexto de morte nesta faixa etária (COSTA; SENA, DIAS, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde uma ampla dificuldade para os empregos de saúde é o de inserir atuações de saúde que consintam as particularidades dessa população, de maneira incondicional e rebatendo os processos colocados pelas classes decorrentes das diferentes circunstâncias de vida dos adolescentes e jovens do país. Essa realidade multicausal demonstram as carências na implantação de políticas públicas determinando movimento do governo e da sociedade para solicitar a saúde e a evolução da juventude (BRASIL, 2010).

A representação dos adolescentes brasileiros, segundo o Panorama Situacional da Saúde Sexual e da Saúde Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens Brasileiros, a Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas da sociedade brasileira em afinidade ao HIV e diferentes DST, entre pessoas de 15 a 54 anos, concretizada pelo Ministério da Saúde, em 2004, demonstrou que com afinidade aos exercícios sexuais, que 74% dos jovens apresentaram determinada relação sexual na vida e 66,4% apresentaram afinidade no último ano. O começo do exercício sexual adveio em cerca dos 15 anos e quase 36% dos jovens apresentaram a primeira relação antes dos 15 anos. Aproximadamente 16% apresentaram mais de 10 parceiros e aproximadamente 7% apresentaram mais de 5% de parceiros aleatórios. Quanto ao sexo seguro na primeira relação sexual foi descrito por 53% dos jovens. Aproximadamente 40% descrevem utilização de camisinha em todas as relações, 38,8% com parceiro fixo e 58,4% com parceiro eventual (BRASIL, 2006).

Com afinidade à contracepção a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, efetivada em 2016 examinou que as mulheres iniciaram a vida sexual cada vez mais precoce, o mesmo advindo com a contracepção. Em 2006, 66% das jovens de 15 a 19 anos sexualmente ativas já existiam utilizado algum procedimento anticoncepcional, constituindo que o preservativo (33%), a pílula (27%) e os injetáveis (5%) constituíram os mais empregados (BRASIL, 2010).

## 4. CONCLUSÃO

Conclui-se com a apresentação extensa da gravidez na adolescência, seus agentes de risco, decorrências socioeconômicas e particulares, abrange-se a precisão de novos estudos no campo, com o desígnio de averiguar tanto a modificável da idade materna, quanto inúmeros outros modificáveis que podem se relacionar à saúde do neonato. É admissível que os índices de mortalidade mais elevados, deparadas nos filhos de adolescentes, possam conjeturar os debates socioeconômicos e demográficos das famílias, quando colacionadas à própria modificável idade.

A partir das grandes modificações que decorre sendo advindas perante da enfermagem e as diferentes políticas plantadas para abonar assistência caracterizada com apoio na humanização, a enfermagem também decorre recebendo seu lugar dentro da obstetrícia, porquanto esse profissional ainda não tem integral autonomia, prevalecendo ainda os exercícios dos médicos. Ainda da prática das Portarias 2815 e 613 pelo Ministério da Saúde que admite assistência da enfermagem ao parto de baixo risco, ainda assim são escassos os enfermeiros obstétricos que operam no parto.

O enfermeiro desempenha sua função fundamentada na ação de cuidar e acomodar conforto e segurança para a parturiente. Entre as suas pertinências além da assistência a essa mulher, estão os assuntos administrativos que exigem mais tempo desse profissional, ocasionando falta no desempenho da prática humanizada. O enfermeiro obstétrico também necessita embasar-se no ensino em saúde com isso a parturiente sente-se mais amparada e segura no decorrer do parto. É imprescindível conjeturar nas atitudes a serem adotadas e no melhor caráter de inserir os exercícios humanizados, porquanto para modificar a vida é necessário primeiro modificar o modo de nascer.

O cuidado da enfermagem a uma gestante que apresentem algum quadro de urgência, envolve séries de atuações da equipe de enfermagem que podem auxiliar em uma melhor resposta de recuperação. A enfermagem precisa conhecer os sinais e sintomas das síndromes hemorrágicas que podem ocorrer durante a gestação e o parto para fazer o diagnóstico diferencial e tomar a conduta específica para cada caso. A atividade na atuação de enfermagem nos episódios de urgências ou emergências obstétricas será o diferencial para o sucesso do final, conservando a vida da mãe e do filho.

As competências para atuação em classificação de risco em urgência e emergência obstétrica, na perspectiva dos enfermeiros participantes deste estudo, estão diretamente ligadas à experiência profissional e ao desenvolvimento do trabalho nessa área. Além disso, essas competências encontram-se condicionadas, intrinsecamente, ao desenvolvimento profissional, conhecimento técnico de atividades específicas da atenção obstétrica, como o pré-natal e o acolhimento da mulher, e ao julgamento clínico com tomada de decisão.

De tal modo, abrangem-se que é imprescindível evoluir programas em educação para a saúde que não constituam exclusivamente aleatórios curativos e preventivos, programas que não somente corroborem, entretanto ainda desenvolvam pais e filhos, que abordem, além da anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor humano, as existências emocionais, sociais e culturais dos indivíduos.

A falta de informação contribui para que estes eventos prevaleçam. Estudiosos afirmam que se houvesse diálogos dos pais, para com os filhos adolescentes, haveria uma redução no quadro de gestantes adolescentes. A atuação de órgãos governamentais, voltados para a área da saúde, não são suficientes. É preciso que haja um trabalho em conjunto com a família, instituições de ensino, sociedade e o sistema de saúde, evitando assim abortos, gravidez indesejada e suas complicações.

A adolescência é uma fase de transformações, descobertas, mudança de personalidade, alterações comportamentais, sociais e sentimentais, acompanhados pelo despertar das aptidões sexuais, mudanças psicológicas e fisiológicas. Neste momento de descobertas, é de suma importância o amparo familiar, social e governamental. Palestras de orientação sexual, informações sobre a importância do uso de preservativos, os riscos das doenças sexualmente transmissíveis, possibilidade de gravidez não planejada e suas consequências e o retrocesso na vida profissional dos adolescentes.

É preciso que haja um trabalho mais intensivo, principalmente no grupo de maior vulnerabilidade social, promovendo cultura, saúde, educação e informação. É importante e relevante promover estudos e discussões sobre o assunto, para reduzir o número de gestação adolescente e suas complicações. O acesso a essas informações acaba se tornando extremamente necessário para o desenvolvimento saudável da nossa juventude.

Por meio de uma ação de qualidade, voltada para atender as necessidades da população adolescente, estaremos reduzindo gastos públicos com despesas



hospitalares e aumentando os investimentos, em educação e qualificação profissional oferecendo aos adolescentes mais oportunidades, ampliando conhecimentos e visando um futuro promissor, quebrando assim um ciclo de continuidade da pobreza, em grupos sociais de baixo poder aquisitivo.

As complicações da gravidez em adolescentes é um problema de saúde pública por oferecer gastos financeiros ao poder público, pelos riscos que as complicações podem acarretar na vida dos adolescentes e as sequelas físicas e psicológicas que geram consequências para a vida futura dos mesmos, contribuindo para que haja um retardo no desenvolvimento profissional, social e intelectual.

As doenças sexualmente transmissíveis também se tornam fator preocupante, tendo em vista a desinformação como causa principal para estes eventos e a banalização do sexo realizado sem as devidas precauções e advertências.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, J. S.; VIEIRA, M. J. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. **Rev. bras. enferm.** 2005.

ALVARENGA, P. et al. As relações entre depressão materna e relatos maternos acerca do envolvimento paterno: um estudo longitudinal. **Temas em Psicologia**, v.24, n. 3, p. 911-925, 2016.

AUSTIN, M. P. **Antenatal screening and early intervention for perinatal distress, depression and anxiety: Where to from here?** Archive of Woman Mental Health, 7(1), 1-6,2004.

BARROS, L. M.; SILVA, R. M. **Atuação da enfermeira na assistência à mulher no processo de parturição.** Texto & contexto enferm. 2004.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Ap. Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** Goiás v. 07, n. 01, 2004.

BOLELA, F.; JERICÓ, M.C. Unidade de terapia intensiva: considerações da literatura acerca das dificuldades e estratégias para sua humanização. **Esc. Anna Nery**, v.10, n.2, p.301-8, 2006.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. **Gravidez na adolescência.** Adolesc Saude. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Profissionalização de auxiliares de enfermagem: Cadernos do aluno: saúde da mulher, da criança e do adolescente.** 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.** Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de atenção à saúde do adolescente: bases na programáticas.** Brasília, Secretária Executiva. Coordenação da Saúde Criança e Adolescente, 1996.

BRASIL. **Lei nº 10.639, de 09 de janeiro de 2003.** Altera a Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para incluir no currículo oficial da Rede de Ensino a obrigatoriedade da temática "História e Cultura Afro-Brasileira. D.O.U. de 10.1.2003. Disponível em: <[www.planalto.gov.br/ccivil](http://www.planalto.gov.br/ccivil)>. Acesso em: 20 mar. 2018.

BROCCHI, Beatriz Servilha; BUSSAB, Vera Silvia Raad; DAVID, Vinícius. Post partum depression and pragmatic skills in children: a comparison between boys and girls from a low-income Brazilian population. **Audiology-Communication Research**, v. 20, n. 3, p. 262-268, 2015.

BRUZADELII, D. S.; TAVARESII, B. B. Expectativa quanto ao parto e conhecimento do motivo da cesárea: entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev. eletrônica enferm.** 2010

CASTRO, J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. latinoam enferm.** 2005.

COLACIOPPO, P. M. et al. Parto domiciliar planejado: resultados maternos e neonatais. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, Portugal, v. 3, n. 2, p.81-90, dez. 2010.

COSTA, E. L., SENA, M. C. F., Dias, A. Gravidez na Adolescência – Determinante para Prematuridade e Baixo Peso. **Com. Ciências Saúde** - 22 Sup 1: p.183-188, SP, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br>. Acesso em: 01/11/19

CUNHA, K. J. B; GOMES, L. S. V; SANTOS, R. M. A. O vivido de mulheres no parto humanizado. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina, v. 5, n. 2, p.32-38, abr./jun. 2012.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. **DESAFIOS na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto**. Ciênc. saúde coletiva. 2005.

DIAS, A. C. G., TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. R S. jan.-abr. 2010, v. 20, n.. 45, p. 123-131RS. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01/11/19

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V. Atenção qualificada ao parto: a equipe de enfermagem em Rio Branco, Acre, Brasil. **Rev. Esc. Enferm. Usp.** 2007

ENKIN, M. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**, 5.a edição, Rio de Janeiro, Editora Positivo, 2009.

FONSECA, A.; CANAVARRO, M. C. Depressão pós-parto. **PROPSICO**: Programa de atualização em Psicologia Clínica e da Saúde – Ciclo 1. 2017

LOBATO, G.; MORAES, C. L.; REINCHENHEIM, M. E. Magnitude da depressão pós-parto no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 369-379, 2011.

LOWDERMILK, D. L. et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev. Esc. Enferm. Usp.** 2011.

HOGAB, L. A. K.; PINTO, C. M. S. Assistência ao parto com a presença do acompanhante: Experiências de profissionais. **Invest. educ. enferm.** 2007.

JORGE, M.S.B. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. Da escola de enfermagem da USP**, v.42. n.2, 2008.

LEAL, A.C., WALL, M. L. Percepções da Gravidez para Adolescentes e Prespectivas de Vida Diante da Realidade Vivenciada. PR. 2005, set/dez, p. 44 – 52, PN. Disponível em: <http://bases.bireme.br>. Acesso em: 01/11/19

LEVENO, K. J., et al. **Manual de obstetrícia de Williams**. Porto Alegre: Artmed, 21ª ed, 2005.

LONGO, C. S. M; ANDRAUS, L. M. S; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 2, p.386-391, abr./jun. 2010.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5 eds. São Paulo: Artmed, 2002.

MACHADO, M.O.F.; HAAS, V.J.; STEFANELLO, J.; NAKANO, A.M.S.; SPONHOLZ, F.G. **Aleitamento materno: conhecimento e prática**. Rev Esc Enferm USP (SP), v. 46, n. 4, p. 809-15, 2012.

MATTOS, D. V. de; VANDENBERGHE, L; MARTINS, C. A. **Motivação de enfermeiros obstetras para o parto domiciliar planejado**. REUOL, Recife, v. 8, n. 4, p.951-959, abr. 2014.

MARTINS, C. A; ALMEIDA, N. A. M; MATTOS, D. V. de. Parto domiciliar planejado: assistido por Enfermeiro Obstetra. **Enfermería Global**, Murcia, Espanha, v. 1, n. 27, p.312-317, jul. 2012.

MARQUES, L. C.; et al. Saúde mental materna: rastreando os riscos causadores da depressão pós-parto. **Journal Health NPEPS**. v.1, n.2, p.:145-159, 2016.

MENEZES, P. F. A de; PORTELLA, S. D. C; BISPO, T. C. F. A situação do parto domiciliar no brasil. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Salvador, v. 1, n. 1, p.3-43, dez. 2012.

MICHELAZZO, D.; YAZLLE, M. E.; MENDES, M. C.; PATTA, M. C.; ROCHA, J. S.; MOURA, M. D. Indicadores sociais de grávidas adolescentes: estudo caso-controle. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2014.

NAGAHAMA, E. E. I; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 4, p.415-425, out./dez. 2011.

NARCHI, N. Z. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. **Rev. bras. enferm.** 2009.

OLIVEIRA, S. M. J. V.; PERSINOTTO, M. O. A. Revisão de literatura em enfermagem sobre hipertensão arterial na gravidez. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 35, n.3, p. 214-22, mar., 2001.

OLIVEIRA, M.W. **Gravidez na adolescência: dimensões do problema.** Cadernos CEDES, Campinas, v. 19, n. 45, p.48 -70, 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Por que é importante dar atenção especial aos adolescentes para alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio?** Organização Mundial de Saúde, Suíça, 2008.

POTTER, P.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem.** Rio de Janeiro:Elsevier, 2013.

PORTO, A. V. C., RABELO, M. G., SILVA, M. R. B. Relato de Experiência: Adolescentes e Atividade Sexual precoce em uma Unidade de Saúde na Zona Oeste – RJ. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, ano 2013, v. 17, n. 17, p. 134 –138. Disponível em: <http://www.castelobranco.br>. Acesso em: 01/11/19

PRAGIANTI, J. M.; COSTA, R. F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2008

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. Percepção de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Rev. Esc. Enferm. Usp.** 2010

RIBEIRO, G. G.; ALENCAR JÚNIOR, C. A. **Protocolos de condutas em obstetrícia.** 2014.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIOS, K. S. A.; WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil.** Adolesc Saúde. 2007

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos; MARTINS, Marília da Glória; SOUSA, Márcia da Silva. **Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 224-231, May 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032008000500004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000500004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25/05/2019.

SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. Abordagem psicológica em obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. **Rev. Cienc. Med.**, v.12, n.3, p.261-68. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000111&pid=S1414-8145200900020002100001&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000111&pid=S1414-8145200900020002100001&lng=pt). Acesso em 02 NOV 2019.

SASS, N.; OLIVEIRA, L. G. **OBSTETRÍCIA**. Editora Guanabara Koogan, 1 ed. Rio de Janeiro, 2013.

SCHMIDT, E.B; PICCOLOTO, N.M; MÜLLER, M.C. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. **Psicologia-USF**, v. 10, n. 1, p. 61-68, 2005.

SILVA, D. C. **Depressão Pós-Parto: O Papel do Enfermeiro Durante o Pré-Natal**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 03, Ed. 08, Vol. 07, pp. 138-162, agosto de 2018. ISSN:2448-0959

SILVANI, C. M. B. **Parto Humanizado: Uma revisão bibliográfica**. Curso de Especialização em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Enfermagem em emergência**. In: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (Org.) Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 11. ed. Rio de Janeiro: Koogan, cap. 71, p. 2131- 2142, 2009.

SOARES, D. H. P.; LUNA, I. N.; LIMA, M. B. F.; ANDRADAS, L.K. **A arte de aposentar-se: Programa de preparação para aposentadoria com policiais federais**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 2012.

SOBREIRA, N.A.P; PESSÔA, C.G.O. Assistência de enfermagem na detecção da depressão pós-parto. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga:Unileste-MG, V.5, n.1.2015.

SOUZA, T. G.; GAÍVA, M. A. M.; MODES, P. S. S. A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. **Rev. gauch. enferm.** 2011.

TEIXEIRA, R. C.; et al. Necessidades de saúde de mulheres em pós-parto. **Esc Anna Nery** v.19, n.4, p.:621-628, 2015.

VIEIRA, E. S.; et al. Breastfeeding self-efficacy and postpartum depression: a cohort study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.26:e3035, 2018.

WALDOW, V.R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 3a ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2010.

YAZLLE, M. E. H. D. Gravidez na Adolescência. **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.28 n.8 Rio de Janeiro Agosto, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 01/11/19.

ZANIN, M.; MOSS, A.T.; OLIVEIRA, L. A. **Representação social da gravidez na percepção de adolescentes gestante de baixa renda**. Unoesc e Ciência- ACHS, Joaçaba, 2011.