



**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**A EXPERIÊNCIA DA CESARIANA ENTRE GESTANTES
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS DO MUNICÍPIO DE
MARINGÁ/PR**

PRISCILA AMANDA RAMOS GALEGO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

MARINGÁ

2013



**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**A EXPERIÊNCIA DA CESARIANA ENTRE GESTANTES
ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADAS DO MUNICÍPIO DE
MARINGÁ/PR**

Dissertação de mestrado apresentada ao Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), como requisito à obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde tendo como orientadora a Doutora Cristiane Faccio Gomes e como co-orientadora a Doutora Ana Paula Machado Velho.

**MARINGÁ/PR
JULHO DE 2013**

Ficha Catalográfica

Galego, Priscila Amanda Ramos Galego

A experiência da cesariana entre gestantes adolescentes institucionalizadas do Município de Maringá/PR

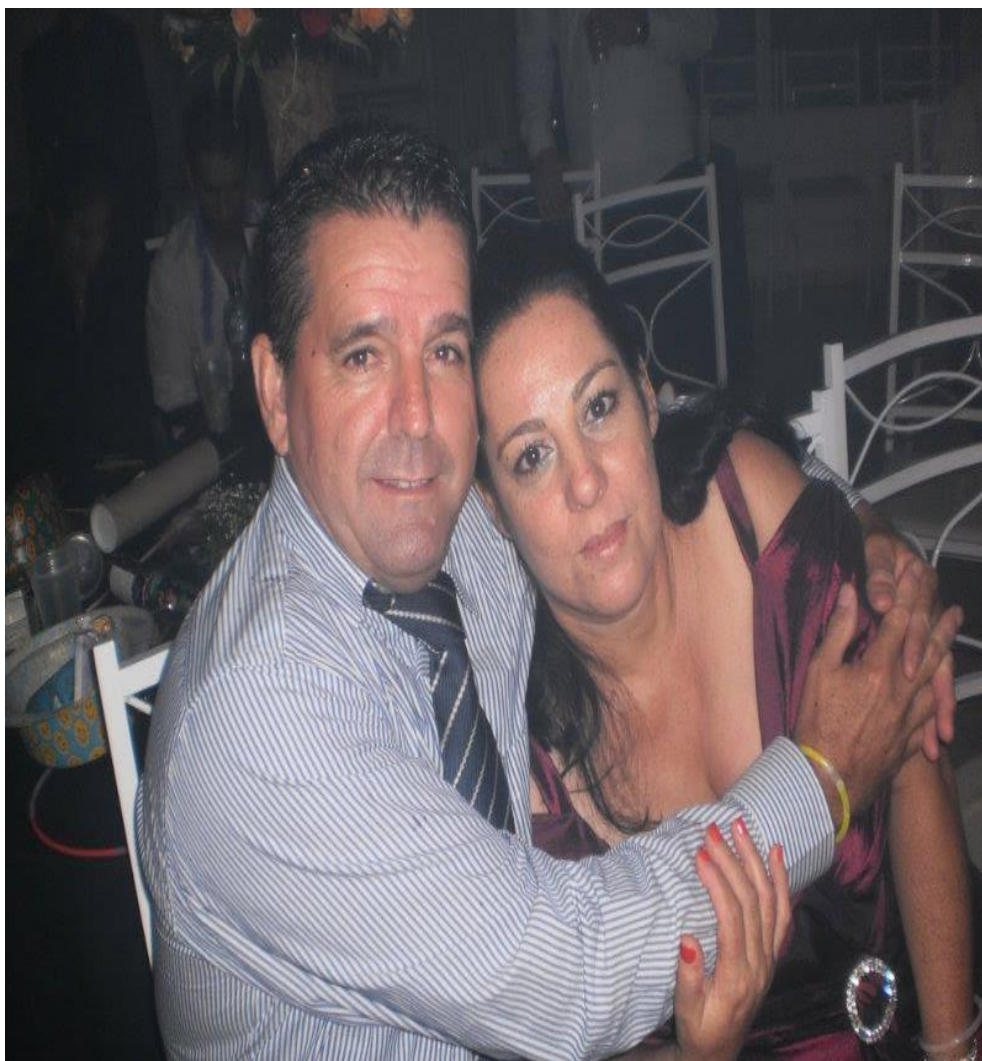
Maringá, 2013

67 p.; 33 cm

Dissertação (Mestrado) – Centro Universitário Cesumar - UNICESUMAR
Área de Concentração: Ciências da saúde

Orientador: Prof^a . Dr^a. Cristiane Faccio Gomes
Co orientadora Prof^a . Dr^a Ana Paula Machado Velho

1.Adolescente; 2. Cesariana; 3. Comunicação em Saúde.



Dedico este trabalhado aos meus pais Edilene dos Santos Ramos Galego e Antonio dos Reis Galego que nunca mediram esforços para me deixar o maior legado de todos: o conhecimento.

AGRADECIMENTOS

*“Obrigado por que tivestes compreensão comigo, por que suportastes meus destemperos, por que tolerastes meus erros, por teres sido realmente meu amigo.”
(Augusto Branco)*

Primeiramente agradeço a Deus, meu maior guia, que por Seu grande amor me presenteou colocando em meu caminho pessoas capacitadas, que não só me orientaram como também se tornaram fundamentais em minha vida.

Meu especial agradecimento à minha orientadora Dra. Cristiane Faccio Gomes, pela disposição em me orientar e, claro, por dividir comigo o seu conhecimento científico que possibilitou a execução desse trabalho.

À minha Co-orientadora Dra. Ana Paula Machado Velho, por todas as colaborações, por acreditar em mim e, acima de tudo, pela paciência no decorrer desse período.

À senhora Helena Carmen Bressan, diretora da Instituição Lar Preservação da Vida, pela autorização concedida e pela confiança depositada.

Aos colegas de turma, pelo incentivo, amizade e bom humor, que amenizaram momentos difíceis e divertiram momentos leves.

Às minhas amigas-irmãs que sempre me apoiaram nessa caminhada, acreditando sempre em meu potencial e entendendo os meus momentos de ausência.

Ao meu irmão Robson, por ser um dos meus maiores incentivadores.

À minha família (tios, tias, avós, avôs, primos) pelo apoio e, principalmente, orações que fortaleceram toda a minha caminhada.

À família “de Paula”, por ter me recebido como uma filha em seu lar e me dado todo o amor e carinho. Serei eternamente grata por tudo que me proporcionaram.

EPÍGRAFE



**"Não basta conquistar a sabedoria, é preciso usá-la."
(CÍCERO)**

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

1.INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Descrição do problema.....	11
1.2 Revisão da Literatura.....	13
1.2.1 Adolescência.....	13
1.2.2 O parto.....	14
1.2.3 Cesariana.....	16
1.2.4 Humanização.....	19
1.2.5 Comunicação em Saúde.....	22
1.3 Objetivos.....	28
1.3.1 Objetivo geral.....	28
1.3.2 Objetivos específicos.....	28
2.MÉTODOS.....	29
2.1 Aspectos Éticos.....	29
2.2 Descrição da pesquisa.....	29
2.3 Local.....	29
2.4 Participantes.....	30
2.5 Material.....	31
2.6 Procedimentos.....	31
2.7 Análise dos dados.....	32
3 RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	31
3.1 Caracterização das participantes da pesquisa.....	31
3.2 Apresentação das categorias.....	31
3.2.1 Participação do companheiro e da família e a relação social.....	32
3.2.2 Sentimentos e percepções relacionadas à gravidez.....	37
3.2.3 Pré – Natal, relação com o médico e parto.....	38
3.2.4. O parto, a assistência da equipe médica e o parto realizado x parto escolhido.....	41
3.2.5 Procedimentos e técnicas realizadas.....	45
3.2.6 Medos do parto e dúvidas sobre os tipos de parto.....	48
3.3 Material educativo.....	51
4. CONCLUSÃO.....	51
REFERÊNCIAS.....	53

APÊNDICE A.....	59
ANEXOS.....	61

RESUMO

A importância de se discutir e ampliar o conhecimento das mães sobre os tipos de parto e suas vantagens e desvantagens está intimamente ligada à educação em saúde, uma vez que essa vertente tem como foco principal alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais, ou seja, quando o indivíduo toma decisões pautadas em fatos adquiridos por meio de informações e conhecimentos prévios do assunto, ele passa a ser realmente responsável por transformar e intervir em suas condições objetivas e, para que esse sujeito alcance autonomia é preciso que sejam desenvolvidos projetos educativos que visem à promoção da saúde em todos os seus âmbitos, tanto em dimensões de vida social como individual. Na atualidade, o número de adolescentes grávidas aumenta gradativamente. Além de todos os conflitos enfrentados, a mãe precisa decidir como deseja que seu filho venha ao mundo. Nesse momento, muitas são as influências e, por falta de conhecimento da forma mais adequada, opta por aquela que julga mais segura para ela e para o bebê: a cesariana. A falta de informação e de orientação quanto aos benefícios do parto natural faz com que as adolescentes tenham esse tipo de parto. Com o conhecimento de todos os benefícios encontrados no parto natural, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, fez-se necessária uma investigação, um aprofundamento no tema que permeia a cesariana e as causas de tal escolha, com a finalidade de promover a saúde da mãe e do bebê através de informações e mudança de paradigmas para o conhecimento da importância e dos benefícios do parto natural. As participantes do estudo foram 15 mulheres, mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, que residiam em um lar de apoio e acompanhamento da gestação, parto e pós-parto. A pesquisa foi descritiva e exploratória e os dados foram analisados de forma qualitativa. São inúmeros os sentimentos que envolvem esse momento como a insegurança, o medo da rejeição tanto do parceiro como da família, a solidão, a decepção, a ansiedade, a angústia, a tristeza. Muitas são as dúvidas das adolescentes no que diz respeito aos tipos de parto e suas vantagens e desvantagens. Por esse motivo, faz-se necessário a orientação tanto da equipe médica sobre o assunto como de políticas públicas que esclareçam e informem sobre estes aspectos, para que assim, as futuras mães possam decidir sobre o tipo de parto desejado.

Palavras – Chave: Adolescente, parto, Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Currently, the number of teenage pregnancies increases gradually beyond all conflicts faced this new mother need to decide how you want your son come into the world. Right now, there are many influences, for lack of knowledge in the most appropriate, one that chooses to judge safer for her and the baby, a cesarean. The lack of information and guidance on the benefits of natural birth makes teens fear this type of delivery. With the knowledge of all the benefits found in normal birth for both the mother and the newborn, it was necessary to investigate which type of delivery is usually chosen by teenage mothers and the causes of such a choice, with the purpose of promoting the health of mother and baby through information and changing paradigms for understanding the importance and benefits of vaginal delivery. Study participants were 15 women, teenage mothers, aged 10 to 19 years old, living in a home support and monitoring of pregnancy, childbirth and postpartum. The research was descriptive and exploratory and data were analyzed qualitatively. Countless feelings surrounding this moment as insecurity, fear of rejection as both partner's family, loneliness, disappointment, anxiety, anguish, sadness. Many are the questions of adolescents with regard to the types of childbirth and their advantages and disadvantages for this reason it is necessary to guide both the medical team about the issue as public policies that clarify and inform on these aspects so that the Mothers can decide on the type of delivery desired. The importance of discussing and increase knowledge about these kinds of mothers giving birth and their advantages and disadvantages are closely linked to health education since this strand focuses primarily on achieving health as a right socially earned from the performance individual and collective political and social subjects, ie when the individual makes decisions guided by facts acquired through information and prior knowledge of the subject he becomes really responsible for transforming and intervene on their objective conditions for this subject and scope this autonomy it needs to be developed educational project aimed at promoting health in all its dimensions in both spheres of social life and individual.

Key Words: Teen, childbirth, Communication in Health.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Descrição do problema

A adolescência é um período marcado por inúmeras transformações, sejam elas no âmbito físico ou emocional.

Na atualidade, o número de adolescentes grávidas tem aumentado gradativamente, mesmo com todas as campanhas de prevenção realizadas. De acordo com Michelazzo (2004), além das mudanças vividas pela própria fase do desenvolvimento, entram em cena as mudanças decorrentes de uma gravidez precoce. Nesse momento, a adolescente se sente deslocada, desamparada e, principalmente, confusa.

As alterações que ocorrem no corpo da mulher durante a gravidez fazem com que a adolescente tenha que se reestruturar e se readequar a uma nova realidade (geralmente não desejada) e adquirir uma nova identidade (a de mulher e mãe).

Ao se deparar com esses dois momentos, gravidez e adolescência, muitas são as mudanças que ocorrem. Segundo Moreira et al. (2008), a gestação em si é um momento delicado que requer atenção e, semelhante à adolescência, possui particularidades próprias. Quando se consideram os dois momentos, adolescência e gravidez, um leque de transformações ocorre, e estas, levam a um turbilhão de emoções e acontecimentos.

Além de todos os conflitos enfrentados (familiar, social, etc.), a futura mãe precisa decidir como deseja que seu filho venha ao mundo. Segundo Meller e Schäfer (2011) nesse momento, muitas são as influências, como por exemplo, familiar, médica e da própria mãe que, por falta de conhecimento da forma mais adequada, opta por aquela que julga mais segura para ela e para o bebê, a cesariana.

A busca por esse tipo de intervenção cirúrgica tem apresentado aumento significativo. Segundo o Ministério da Saúde (2010), a taxa nacional de cesarianas

no ano foi de 52%, a taxa no estado do Paraná foi de 41,6% e a taxa do Município de Maringá no Paraná foi de 84% que equivale a 5.692 cesáreas, todos esses dados são dados do período de 2010, sendo que a taxa recomendada é entre 5% e 15%. Muitas gestantes relatam que a cesariana é mais segura por ser um método que faz uso de tecnologias, que oferece mais conforto para ela e para o bebê, que oferece menos riscos, no entanto, o Ministério da Saúde é enfático ao afirmar que a o parto natural é o mais indicado.

A falta de informação e de orientação quanto aos benefícios do parto natural faz com que adolescentes tenham esse tipo de parto, especialmente pelo medo da dor, do medo de tal tipo de parto acarretar problemas ao bebê, entre outros fatores (LAMARCA; VETORRE, 2011).

O parto natural beneficia tanto a mãe quanto o bebê. De acordo com Schneck e Riesco (2006), há recuperação mais rápida, participação efetiva da mãe e do bebê no processo de nascimento, envolvimento psicológico mais ativo, menores riscos de infecções hospitalares, liberdade da paciente permanecer em posições nas quais se sinta mais confortável e traz inúmeros benefícios para o recém-nascido, como o vínculo mãe-bebê que, estabelecido de forma mais rápida, favorece a amamentação precoce, a redução nos riscos de desconforto pulmonar do recém-nascido, entre outros.

Com o conhecimento de todos os benefícios do parto natural descritos na literatura, tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, faz-se necessária uma investigação sobre qual o tipo de parto geralmente é escolhido por mães adolescentes e as causas de tal escolha, com a finalidade de promover a saúde da mãe e do bebê através de informações e mudança de paradigmas para o conhecimento da importância e dos benefícios do parto natural.

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

1.2.1 ADOLESCÊNCIA

O Ministério da Saúde (1996), em seu documento Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), conceitua adolescência como um período de vida caracterizado por crescimento e desenvolvimento, que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas e psicossociais, e limita uma faixa etária entre 10 e 19 anos.

O período da adolescência é marcado por inúmeros anseios. De acordo com Silva, Lopes e Diniz (2004), a adolescência é caracterizada por um processo em que os modelos e padrões infantis são questionados, reelaborados e permite que o adolescente se insira no mundo adulto, o que significa a construção de uma identidade própria que envolve o desenvolvimento afetivo-sexual e o profissional.

Todos os âmbitos da vida de um adolescente percorrem conflitos e dúvidas. De acordo com Yazlle (2006), a adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que implica em um período de mudanças físicas e emocionais considerado, por alguns, como momento de conflito ou de crise. Deve ser considerada não apenas como simples adaptação às transformações corporais, mas como importante período no ciclo existencial da pessoa, que exige tomada de posição social, familiar e sexual perante os membros do grupo a que pertence.

Com relação a essas mudanças, existe a que está relacionada com as mudanças físicas. De acordo com Potter e Perry (2006), o amadurecimento sexual ocorre com o desenvolvimento das características sexuais primárias e secundárias. As características primárias são alterações físicas e hormonais necessárias à reprodução e as secundárias diferenciam externamente o sexo masculino do feminino.

Segundo Bouzas e Miranda (2004) a gestação, nessa faixa etária, embora possa ser desejada de forma consciente ou inconsciente, geralmente não é

planejada e está relacionada a fatores intrínsecos como faixa etária, e extrínsecos, como socioculturais e econômicos.

Durante a gestação, a mulher vivencia alterações das manifestações corporais ao lado das emocionais, que são apresentadas como estados de tensão, medo e insegurança. Essas interpretações têm seu suporte psicológico em mecanismos de defesa e de regressão. Naturalmente, esta é uma defesa mental transitória, que possibilita à mulher adaptar-se à nova etapa de seu ciclo biológico (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004).

Problemas familiares aparecem nesse período, segundo Neto *et al.* (2007), e geralmente tem início após a confirmação e divulgação da positividade da gravidez. Os problemas vão desde a não aceitação da família, o incentivo ao aborto pelo parceiro e pela família, o abandono do parceiro, a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina-mulher-adolescente.

Quando uma adolescente se depara com a gravidez, além de seus conflitos internos decorrentes da idade, ela passa também por conflitos externos advindos do seu estado gestacional. Segundo Bergamaschi e Praça (2008), a gravidez na adolescência é a interação entre a crise da adolescência e a crise da gravidez e ocorrerá diante dos conflitos da adolescência, simultaneamente aos da gravidez.

Para Moreira *et al.* (2008), a gravidez é uma transição que integra o desenvolvimento humano, mas revela complicações no ocorrer da adolescência, pois envolve a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, são verificadas mudanças na identidade e nova definição de papéis; a mulher passa a se olhar e a ser olhada de forma diferente.

1.2.2 O PARTO

São inúmeras as decisões a serem tomadas pela adolescente com relação a sua gestação. Uma delas diz respeito ao tipo de parto. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), o objetivo da assistência ao parto é manter

mulheres e recém-nascidos sadios, com o mínimo de intervenções médicas e buscar garantir a segurança de ambos. Sendo assim, o profissional da saúde só deve intervir caso seja necessário.

As mães que são atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) passam por situações muitas vezes não vividas por aquelas que são atendidas nos convênios particulares ou no sistema privado de saúde. De acordo com Hotimsky *et al.* (2002), as gestantes sem acesso a convênios médicos ou serviços particulares frequentemente não têm a chance de escolher o médico que irá assisti-las e, provavelmente, não terão poder de negociação sobre o tipo de parto de sua preferência ou a forma de atendimento que desejam.

As intervenções médicas podem se tornar traumatizantes para a mãe, já que a humanização, muitas vezes, não está presente nesse tipo de procedimento. Segundo Oliveira e Madeira (2002), o parto hospitalar afasta a mulher de seu ambiente, coloca-a em local desconhecido e, na maioria das vezes, pouco acolhedor, fato que torna a experiência do nascimento alienante e desumana.

O momento do parto deve ser visto como um momento marcado individualmente, ou seja, cada gestante vivencia de acordo com suas experiências intrínsecas e extrínsecas. Segundo Domingues *et al.* (2004), embora a fisiologia do parto seja a mesma, em nenhuma sociedade ela é tratada de forma apenas fisiológica, pois é um evento biossocial, cercado de valores culturais, sociais, emocionais e afetivos.

De maneira corriqueira, o parto é atendido por um profissional médico diferente daquele que fez o acompanhamento do pré-natal. Para Victora *et al.* (2011) essa desvinculação entre pré-natal e parto no serviço público pode ser considerado fator contribuinte para a realização de cesarianas, em função da ausência de informações no momento do parto, sobre a gestação atual e as anteriores.

O parto é marcado por inúmeros processos, tanto no âmbito biológico quanto no emocional. Por isso, a gestante deve estar realmente preparada para esse momento. Segundo Meller e Schäfer (2011), o parto é considerado como um

processo psicossomático, no qual o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto socioeconômico, personalidade, simbolismo, etc.

1.2.4 CESARIANA

Existem médicos que só indicam esse tipo de procedimento quando realmente faz-se necessário, ou seja, quando existe um risco para a mãe ou para o bebê. No entanto, os médicos, em sua maioria, realizam a cesariana de forma indiscriminada e utilizam como justificativa a segurança oferecida por esse tipo de procedimento. De acordo com Harer (2000), muitos médicos dão preferência à cesariana em qualquer circunstância, baseados na suposta segurança fornecida por novas técnicas de anestesia e aprimoramento da técnica cirúrgica.

Muitas mães mudam de opinião quanto ao tipo de parto por interferência do médico que realiza o acompanhamento pré-natal, de acordo com Hopkins (2000). A mudança do tipo de parto, em relação à preferência anterior, parece moldada pela conduta intervencionista do médico.

São muitos os médicos que indicam a cesariana e, para isso, utilizam justificativas como, por exemplo, ser mais seguro tanto para a mãe quanto para o bebê (PATAH; MALIK, 2011). Potter *et al.* (2001) trazem três justificativas mais frequentes entre os médicos para a indicação da cesariana. Em primeiro lugar, muitos obstetras acreditam realmente que a cirurgia seja mais segura para o bebê e mais confortável para a mãe. Em segundo lugar, podem não ter treinamento satisfatório para a assistência ao parto e assumem que a cesariana pode eliminar situações difíceis de contornar. Em terceiro lugar, as intervenções agendadas seriam mais convenientes e poupariam tempo.

Alguns médicos indicam a cesariana com a justificativa de ser a técnica mais segura e que ofereça maiores benefícios. No entanto, segundo Oliveira *et al.* (2002), o aumento da frequência desse tipo de cirurgia não apresenta uma associação positiva com o aumento simétrico dos benefícios para a mãe e recém-nascido. Na

comparação entre o risco de morte materna segundo o tipo de parto, há acréscimo na morbimortalidade materna entre as mulheres submetidas à cesariana devido a infecções puerperais, acidentes e complicações anestésicas.

Muitas das adolescentes optam pela cesariana por questões externas. De acordo com Behague, Victora e Barros (2002) e Barbosa *et al.* (2003), as circunstâncias que cercam a assistência no momento do pré parto e do parto incluem a ausência de um acompanhante, o tempo entre a admissão e o parto e a experiência anterior de parto. Esses geralmente são fatores relacionados com o pedido de cesariana. Essa escolha pode ser realizada no início da gravidez ou até mesmo nas últimas semanas gestacionais.

Uma justificativa para a preferência de gestantes adolescentes pela cesariana pode ser a falta de conhecimento e de reflexão sobre a via de parto. Isso é justificado por Tedesco *et al.* (2004), que afirmam que, quanto maior a idade, maior a preferência pelo parto vaginal natural, fato que revela maior ponderação e reflexão sobre as consequências de uma ou outra via de parto com o amadurecimento da mulher.

A taxa de cesarianas é algo preocupante e o aumento pode estar relacionado à visão dos profissionais da saúde em relação à assistência à mãe. De acordo com Domingues, Santos e Leal (2004) vigora, no Brasil, um modelo de atenção ao parto definido como evento médico ou tecnológico, segundo o qual a gestante é tratada como paciente, os nascimentos.

A prática obstétrica precisa ser revista com o objetivo de otimizar seu trabalho com benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. De acordo com d'Orsi *et al.* (2005), é preciso rever a forma de organização da prática obstétrica para que ocorram mudanças na assistência ao parto que se busque respeitar a fisiologia da mulher e favorecer os interesses de todos os envolvidos.

A cesariana realizada de forma indiscriminada e sem reais indicações pode trazer inúmeras consequências. Como afirmam Villar *et al.* (2006), independentemente do nível de desenvolvimento local, capacitação do sistema de

saúde, do tipo de paciente assistida e nível de complexidade hospitalar, em todos os cenários existe associação entre a cesariana e eventos adversos, como maior necessidade de antibióticos após o parto, maior morbidade e mortalidade materna, prematuridade, permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e morte neonatal.

São evidentes as vantagens existentes em um procedimento natural, em que a própria fisiologia colabora para que este aconteça e, na mesma proporção dessas vantagens, ficam evidentes os prejuízos da realização de uma cesariana quando não existem riscos para a gestante ou para o bebê. De acordo com Schneck e Riesco (2006), os resultados maternos e perinatais favoráveis verificados em diversos estudos sobre o emprego mínimo de intervenção no parto de mulheres de baixo risco, em comparação ao cuidado tradicional, indicam a segurança e viabilidade da atenção ao parto e nascimento com base na fisiologia.

Com as novas práticas de intervenção, muitas mães se sentem despreparadas para o momento do parto. Segundo Moura *et al.* (2007), o parto passou a ser vivenciado como um momento de intenso sofrimento físico e moral. O medo, a tensão e a dor das parturientes, nesse modelo de assistência, impedem o processo fisiológico do parto natural, fato que pode culminar em práticas intervencionistas que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas.

A cesariana é uma técnica que se aperfeiçoa cada vez mais e faz-se necessário ter um real conhecimento de sua indicação. Amorim *et al.* (2010) afirmam que suas indicações foram ampliadas e, hoje, incluem: distócia ou falha na progressão do trabalho de parto, desproporção cefalopélvica, má posição fetal (posteriores e transversas persistentes) e apresentação pélvica.

A formação dos profissionais da saúde deve ser voltada ao incentivo do parto natural. Segundo Sass e Whang (2009), a centralização do ensino médico em hospitais de referência e de maior complexidade poderia limitar o acesso dos médicos em formação, alunos e residentes, à assistência obstétrica fisiológica, fator que resulta em uma formação capacitada para enfrentar situações complexas, porém limitada para acompanhar e investir no parto natural.

O presente estudo justifica-se pela problemática local e regional, que revela taxa de cesariana, no Município de Maringá, de 84% e, pela análise das possíveis consequências e riscos da cesariana, é fundamental o desenvolvimento de projetos e ações de incentivo ao parto natural.

Para se obter a melhoria na qualidade de vida desse grupo, faz-se necessário uma real comunicação, que inclui os quatro níveis de análise: espaço, tempo, história e causa para que se possa, por meio da investigação, resultar o mínimo de possibilidades. Para Busanello *et al.* (2011), as orientações realizadas acerca do parto, configuram-se como uma prática relevante na atenção à parturição, já que o ciclo gravídico-puerperal pode trazer dúvidas, inseguranças e medos, principalmente para as adolescentes.

As adolescentes, em especial, são alvo de indicações desnecessárias ou escolhas de terceiros sobre o tipo de parto, e isso pode trazer problemas físicos, emocionais, psicológicos, entre outros. Para que o parto natural seja incentivado e praticado, especialmente pelas gestantes, há necessidade de sua humanização, e para que esta ocorra, faz-se necessária uma mudança de postura dos profissionais da saúde que atuam diretamente no trabalho de parto, bem como o acesso a informações sobre as vias de parto.

1.2.3 HUMANIZAÇÃO

O processo de humanização pretende estender o diálogo com os profissionais de saúde sobre a violência institucional, que ainda permeia a maioria das maternidades públicas do Brasil e chamar a atenção sobre as práticas abusivas e sem evidências científicas que são aplicadas durante o processo parturitivo à mulher, sem a devida participação da mesma, o que tem colocado em risco não só sua integridade física, mas principalmente, trazido danos, muitas vezes irreversíveis, a sua condição emocional (DAVIM; BEZERRA, 2002).

Quando a mãe adolescente se encontra no momento do parto, a humanização considera que a adolescente está inserida em um meio social e, mais

ainda, está envolta em um mundo de interação entre a mesma e o mundo. De acordo com Oliveira e Madeira (2002), é preciso compreender que a vivência do parto não é algo que acontece desgarrado da experiência de vida da adolescente, de sua facticidade, mas realiza-se paralelamente a outras dimensões existenciais, conforme condição vivida por ela, ou melhor, na sua relação com o mundo e com o outro.

A humanização do parto aparece num cenário em que as intervenções aumentam a cada dia e a assistência obstétrica se preocupa apenas com a técnica e se esquece da assistência à mãe em todos os seus aspectos e não só orgânico. De acordo com o Brasil (2003), para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento num momento único e especial.

No processo de humanização, a mulher tem direito a um acompanhante durante o trabalho de parto e o parto em si, inclusive, às gestantes adolescentes, esse direito é assegurado por uma legislação específica. A lei assegura o direito a acompanhante, identificado como responsável legal, durante a assistência ao ciclo gravídico puerperal (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990)(BRASIL, 1990).

Outro aspecto relevante para que o trabalho de parto se torne mais agradável para a mãe são as formas de relaxamento como técnicas de respiração, banho morno, deambulação e massagem lombar. Segundo Reberte e Hoga (2009), a massagem traz inúmeros benefícios para a parturiente, faz com que a sensação de dor durante as contrações seja diminuída. A deambulação e as técnicas de respiração auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto, além de tornar as contrações uterinas mais intensas e eficientes para a dilatação cervical (BRASIL, 2001). A massagem lombar, não apenas como um ato mecânico e físico das mãos, mas como a concretização de um cuidar mais abrangente, pode favorecer a diminuição da dor e das tensões da parturiente (OLIVEIRA; MADEIRA, 2002).

Essa nova visão de Humanização não está pautada apenas na técnica, mas também em toda natureza política que envolve esse novo foco. Segundo Diniz (2005), na interpretação dos ativistas, a humanização, no caso do parto, pressupõe que a técnica é também de natureza política e que inscritos nos procedimentos de rotina – na imobilização, na indução das dores do parto e cortes desnecessários, na solidão, no desamparo, estão ‘encarnadas’ as relações sociais de desigualdade: de gênero, de classe, de raça, entre outras. Nesse caso, há uma apropriação política do discurso técnico – o que considera uma estratégia não isenta de riscos.

Outro fator relevante no âmbito da humanização do parto diz respeito ao incentivo do contato precoce da mãe com o recém-nascido e à amamentação na primeira hora. As orientações e o incentivo ao contato precoce podem favorecer o vínculo entre mãe e filho, além de serem consideradas ações que potencializam o mecanismo para a promoção do aleitamento materno (MONTEIRO; GOMES; NAKAMO, 2006).

Para Moura *et al.* (2007), nas últimas décadas têm emergido vários movimentos governamentais e não governamentais em prol de uma assistência humanizada e holística, em que se considera a pessoa como principal sujeito do seu corpo e vida e não apenas simples objeto que obedece passivamente às ordens de quem detém o poder do saber, sem qualquer questionamento.

A humanização busca, acima de tudo, o bem-estar tanto da mãe quanto do recém-nascido, bem como reduzir os riscos para os mesmos. Segundo Moura *et al.* (2007), a grande conquista para o Ministério da Saúde está em incentivar a realização do parto natural e reduzir o índice das cesarianas.

Mesmo em um cenário em que a assistência à mulher ainda é focada no modelo biomédico e que fragmenta o ser humano, existem muitos profissionais capacitados para uma mudança de postura quanto ao atendimento da gestante, com tratamento ético e digno. Para isso, faz-se necessária uma visão holística do atendimento.

Quando se trata do parto com adolescentes, a humanização é de extrema significância para que estas não fiquem com traumas e para que as mesmas se sintam acolhidas no momento do nascimento de seu filho (BUSANELLO *et al.*, 2011).

1.2.4 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação torna possíveis as relações entre as pessoas e destas com o seu meio social. De acordo com Araújo (2007), a comunicação pode ser percebida de muitos modos e cada modo determina uma compreensão diferente da relação entre pessoas, contextos institucionais e sociais. Os diferentes modos implicam diferentes formas de intervir na realidade.

A comunicação se desenvolveu e evoluiu ao longo do tempo. Inicialmente, a função da comunicação era prover o conhecimento, seu emissor era o detentor do conhecimento e o receptor era aquele vazio de conhecimento (tábula rasa). Atualmente a função da comunicação é transformar o receptor em um ser mais maleável. O emissor é o sujeito do processo e o receptor é o objeto do processo (ARAÚJO, 2007).

Toda essa evolução da comunicação possibilitou a autonomia dos indivíduos, afinal, por meio de informações e conhecimentos prévios, ele passa a ser responsável por transformar e intervir em suas condições objetivas. De acordo com Araújo (2007), com informação adequada, as pessoas desenvolvem uma atitude favorável ao progresso, adotam os hábitos recomendados e mantêm-se ideologicamente saudáveis.

A conquista da autonomia do indivíduo permite sua busca por informações e conhecimentos. Tal busca ganhou proporções que vão além do meio científico, uma vez que essas informações são buscadas com a finalidade de modificar todo o contexto histórico e social. Para Velho (2002), nos dias de hoje o conhecimento de temas voltados ao meio científico se tornou indispensável, uma vez que o homem precisa ter o domínio sobre certos conceitos para que, assim, consiga manter-se vivo.

Como muitos grupos que necessitam de informações não tem o devido acesso aos estudos científicos ou até mesmo não realizam a adequada interpretação dos mesmos, os meios tecnológicos facilitam o acesso e a compreensão por meio de uma linguagem mais acessível. Os usuários podem absorver a informação e colocá-la em prática. De acordo com Velho (2012), o uso de uma comunicação com forma mais coloquial é utilizada para expor conteúdos com temas relacionados a tecnologias desenvolvidas em laboratório e isso tem por objetivo aproximar a população a esses modelos de pesquisa.

Com a globalização, as redes de comunicação surgem como um dos maiores instrumentos de comunicação com destaque para a *internet*. Por meio dos instrumentos de comunicação atuais há maior abrangência e eficácia no que se refere à rapidez em se transmitir informações e, assim, transformar o meio.

De acordo com Galli (2002), uma das marcas da globalização é a velocidade com que a tecnologia evolui. Desde o seu advento, no final da década de 1980 até hoje, ainda com mais intensidade, a informática, responsável pelo avanço da tecnologia, tem contribuído para a melhoria da qualidade dos serviços em todas as áreas de conhecimento, além da rapidez e precisão de dados com que tais serviços são executados.

A evolução da comunicação traz consigo partes dos avanços tecnológicos e favorecem, assim, a democratização do saber e da informação. Segundo Galli (2002), a comunicação virtual introduz um conceito de descentralização da informação e do poder de comunicar. O espaço cibernético tem se tornado um lugar essencial, um futuro próximo de comunicação e de pensamento humano.

A *internet* é um meio de comunicação que permite a interação entre diferentes grupos e permite a troca de informações e a construção de um ideal comum. De acordo com Galli (2002), pode-se dizer que a Internet é um meio de comunicação que se enquadra no dispositivo “Todos e Todos”. Ela proporciona a interação entre locutor e interlocutor, uma vez que, na rede, qualquer elemento adquire a possibilidade de interação, com a ocorrência de interconexões entre pessoas dos

mais diferentes lugares do planeta e facilita, portanto, o contato entre elas, assim como a busca por opiniões e ideias convergentes.

Como a *internet* é considerada um meio com capacidade ampliada de informações, torna-se essencial sua utilização para dissipar assuntos referentes à comunicação em saúde, já que é um dos meios que desperta o interesse do interlocutor por todas as suas configurações informais que atraem a atenção.

De acordo com Soares (2004), a *Internet* é um meio de comunicação absolutamente singular e extremamente poderoso em comparação aos meios convencionais. É redundante lembrar que ela já é um veículo com recursos para gerar interesse visual, pelo uso da cor, da variedade de fontes, fotos, grafismos, movimento (filmes e animações), num ambiente sonoro e interativo. São condições propícias ao planejamento e produção de mensagens atraentes, com fortes atrativos gráficos.

A comunicação da cultura digital é hoje o meio mais utilizado, principalmente entre os jovens, por se tratar de um grupo que procura informações que sejam encontradas de forma ágil. Para Velho e Vermelho (2012), a criação de meios de comunicação mais interativos foi possível a partir dessas novas tecnologias e esses meios liberam os indivíduos das limitações de espaço e tempo, além de tornar a comunicação mais flexível.

Com toda a evolução nos meios tecnológicos e na comunicação, houve uma popularização de informações ligadas à saúde e todo o movimento transformador coloca em destaque uma nova área de estudo: a Comunicação em Saúde. De acordo com Velho (2012, p.147), “*Comunicação em Saúde é um campo de investigação da comunicação humana mediada na prestação e promoção de cuidados de saúde, uma área de colaboração entre as Ciências de Comunicação e a Saúde Pública*”.

A comunicação interativa em saúde possibilita ao seu usuário compartilhar ideias, dúvidas, conflitos e informações com pessoas que possuem os mesmos interesses em comum ou até mesmo de outros grupos similares.

De acordo com Soares (2004), a comunicação interativa em saúde significa uma série de benefícios para os usuários. Ela aumenta as oportunidades para levantar informações talhadas para necessidades específicas ou características de indivíduos ou grupos de usuários. Melhora as capacidades de vários meios, visto que combinam texto, áudio e imagens, a fim de encontrar formas específicas a propósitos determinados ou aos gostos dos usuários.

Além disso, permite aos usuários permanecerem anônimos ao obterem informações, enquanto as pessoas poderiam se sentir desconfortáveis numa situação pública ou numa discussão face a face. Ela aumenta a disposição dos participantes em discutir sobre saúde, riscos comportamentais, medos e incertezas e amplia o acesso à informação e o apoio solicitado, porque os recursos podem ser utilizados de forma mais versátil.

A busca por informações de saúde na *internet* pode ser caracterizada, segundo Napoli (2001), por três modelos: modelo de sinergia, que apresenta as pessoas alertadas inicialmente por tópicos específicos. Cria-se a consciência do problema e os indivíduos são motivados a adotar tentativas de mudança de comportamento; modelo de busca de informações, que focaliza quatro fatores relacionados à saúde: demográficos, experiência direta, saliência e crenças; e abordagem de produção de sentido, que é criada pelos observadores, dos quais nunca pode ser separada.

A abordagem de produção é considerada aquela que enfatiza que a informação é socialmente construída. De acordo com Napoli (2001), a comunicação da informação deve ser conceituada não em termos de transmissão de informação de um emissor para um receptor, mas, antes, em termos de um diálogo entre ambas as partes, com a instituição (o provedor de informação) e a audiência concebidas como parceiras semelhantes. O sentido construído pelas pessoas, a partir das mensagens dos meios, não se limita ao que as fontes pretendem, mas é sempre enriquecido pelo que as pessoas criam.

Para que ocorram transformações faz-se necessária a participação da comunidade para pontuar os aspectos que necessitam de mudanças, ou seja, uma

nova visão em que existe a participação comunitária e a educação e comunicação para a saúde. A educação em saúde, bem planejada, orientada e executada será um dos elementos mais importantes do êxito a ser alcançado em qualquer programa de saúde pública a ser implementado, com a participação indispensável da comunidade a que se destina e fundamentada nas técnicas educacionais e de comunicação social (RODRIGUES, 1979 *apud* PITTA, 1994).

A participação social é algo determinante, uma vez que o grupo se reconhece e tem possibilidade de julgar o que é realmente importante para aquela determinada população. De acordo com Vázquez *et al.* (2003), a perspectiva de participação social reconhece o direito da população em participar das decisões que afetam sua vida cotidiana e se promove como espaço democrático para o controle social das instituições.

A comunicação é a responsável por essa junção entre a participação social e os núcleos de assistências, e ela desempenha um papel de democratização da informação e da cidadania. Segundo Peruzzo (2004), a comunicação é mais que meios e mensagens, pois se realiza como parte de uma dinâmica de organização e mobilização social; está imbuída de uma proposta de transformação social e, ao mesmo tempo, de construção de uma sociedade mais justa; abre a possibilidade para a participação ativa do cidadão comum como protagonista do processo.

A comunicação em Saúde relacionada às gestantes do Lar Preservação da Vida pode ser construída com a finalidade de promover o esclarecimento de todas as dúvidas e anseios das mães. Segundo Moura e Rodrigues (2003), as atividades de comunicação/informação em saúde devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação. O Ministério da Saúde ressalta que o foco principal do processo de orientação/informação deve ser as gestantes, incluindo, porém, seus companheiros e familiares (BRASIL, 2000).

Quando as atividades comunicativas são desenvolvidas, ocorre uma mudança de paradigma, uma vez que as mesmas são construídas em conjunto com todos os

envolvidos a interação e toda a mudança é de extrema importância durante o pré-natal para que a mãe seja orientada e, assim, tome as decisões necessárias para o momento. De acordo com Moura e Rodrigues (2003), o desenvolvimento de atividades de comunicação/informação em saúde na assistência ao pré-natal merece ser priorizado, planejado e desenvolvido com vistas a gerar mudanças de comportamentos, pela adoção de práticas sistemáticas e participativas por todos os profissionais que integram as equipes de assistência a essas gestantes.

Considerando tais informações, faz-se necessário conhecer a vivência de gestantes adolescentes com relação ao parto, suas percepções, emoções e expectativas, para que, a partir da comunicação em saúde, possa ocorrer uma mudança de visão relacionada à tomada de decisão do tipo de parto a ser escolhido por futuras mães dessa faixa etária.

1.2 Objetivos da Pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Compreender a vivência de mães adolescentes institucionalizadas em relação à cesariana;

1.2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar o perfil das gestantes adolescentes que residem num lar que presta assistência de alta complexidade para gestantes;

Descrever as experiências das gestantes adolescentes em relação à cesariana;

Identificar as principais dúvidas das mães adolescentes sobre os tipos de parto, vantagens e desvantagens para ela e o bebê;

Identificar aspectos positivos e negativos do tipo de parto realizado, suas vantagens e desvantagens do ponto de vista das adolescentes, suas expectativas e a realidade vivenciada;

Caracterizar e analisar sentimentos, opiniões, conhecimentos e percepções acerca do parto natural e cesariana.

2 MÉTODO

2.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi analisada e avaliada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Cesumar, tendo seu parecer ético, de acordo com a Resolução CNS 196.96 que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país. Obtida sua aprovação, CAAE - 05041012.6.0000.5539, a coleta de dados foi realizada.

2.2 Descrição da Pesquisa

A pesquisa foi descritiva, e tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2009).

2.3 Local

O estudo foi realizado no Lar Preservação da Vida, localizado no Município de Maringá, Paraná, que é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, reconhecida de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal, com registro nos Conselhos Municipal e Federal de Assistência Social. A Instituição está classificada de acordo com a Política Nacional de Assistência Social como Proteção Especial de Alta Complexidade que são aqueles que garantem a proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos e atende em regime de acolhimento institucional e familiar.

O Lar foi fundado em 27 de agosto de 1987. Possui sede própria há 25 anos, com 20 leitos para gestantes adolescentes, 10 leitos para mães com bebês e 8 leitos para mães com outras crianças.

A Instituição recebe gestantes que foram abandonadas por suas famílias, bem como moradoras de rua, ex-dependentes químicas e vítimas de abuso sexual.

As gestantes recebem todo o apoio e passam por acompanhamento psicológico que auxilia tanto na aceitação da gestação como na valorização da mãe como sujeito pertencente a uma sociedade.

2.4 Participantes

Os participantes do estudo foram 15 mulheres, mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, que residem em um lar de apoio e acompanhamento da gestação, parto e pós-parto. Os critérios de exclusão foram adolescentes que sofreram abuso sexual, com problemas mentais e que faziam uso de drogas ilícitas.

Para a segmentação dessas participantes foram utilizados, como base, os autores Bauer e Gaskell (2007), que afirmam que, para a segmentação, faz-se necessário empregar grupos “naturais”. Nesse grupo as pessoas interagem conjuntamente e podem partilhar de um passado comum ou ter um projeto futuro comum.

Foram selecionados, mediante sorteio, 15 adolescentes para participação de entrevista. Esse número foi determinado, pois em uma pesquisa qualitativa há um limite de entrevistas que permanece entre 15 e 25 entrevistas individuais e esse número é justificado por dois aspectos. O primeiro é que há um número limitado de interpelações ou versões da realidade. O segundo diz respeito ao tamanho do *corpus* a ser analisado (BAUER; GASKELL, 2007).

2.5 Material

Foi elaborado e utilizado um roteiro de entrevista com questões abertas referentes a expectativas, percepções e anseios de gestantes adolescentes com relação ao tipo de parto esperado e vivenciado (APÊNDICE A).

2.6 Procedimentos

Na primeira etapa, foi realizado o levantamento e a revisão bibliográfica, que busca a literatura de obras que trataram de assuntos referentes ao tema, como tipos de parto, gravidez na adolescência, sensações e emoções vividas por gestantes, inseguranças presentes tanto no pré-natal como no momento do parto, expectativas relacionadas ao nascimento, comunicação em saúde bem como pesquisa em bases de dados científicas para levantamento de artigos relacionados.

A seguir, foi efetuado contato com a Instituição na qual o trabalho foi realizado para solicitação de autorização do responsável. Foi realizado um primeiro contato com a Instituição a fim de esclarecer os objetivos da pesquisa. O encontro ocorreu no Lar Preservação da Vida com a coordenadora e a diretora da Instituição. A pesquisadora conheceu a ideologia da Instituição bem como sua infraestrutura.

Uma vez autorizado o estudo, o projeto foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Cesumar, para análise e parecer ético, de acordo com a Resolução CNS 196.96 que regulamenta a pesquisa em seres humanos no país. Após aprovação, CAAE - 05041012.6.0000.5539, a coleta de dados foi iniciada.

A Instituição foi responsável por assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) das adolescentes que aceitaram participar da pesquisa e eram menores de 18 anos de idade, visto que a Instituição possui a guarda provisória das adolescentes que são atendidas em regime de internato. As maiores de 18 anos assinaram o termo quando consentiram a participação.

Em um primeiro momento foi estabelecido contato com as mães adolescentes com estratégias de *rapport*, com o intuito de estabelecer uma relação de confiança e segurança antes de aplicar a entrevista (BAUER; GASKELL, 2007). Esse contato aconteceu em grupo com o objetivo de informar as adolescentes sobre a pesquisa e esclarecer possíveis dúvidas sobre o assunto.

Para a coleta de dados, os encontros foram realizados de forma individual, dentro da Instituição e com possibilidade de manter o sigilo das informações. Cada mãe respondeu a uma entrevista com questões abertas referentes aos conhecimentos, experiências vividas, percepções, sentimentos e dúvidas sobre o parto (Apêndice A), que esclareceu desde sua vivência do parto, a decisão por qual tipo de parto e a realização do mesmo. A entrevista foi gravada para posterior transcrição e análise das informações obtidas.

2.7 Análise de dados

Os dados foram analisados de forma qualitativa proposta por Gibbs (2009), que se inicia com uma coleta de dados e, posteriormente, os mesmos são processados por meio de procedimentos analíticos, até que se transformem em uma análise clara, compreensível, criteriosa e confiável.

Para Gibbs (2009), a análise e a coleta de dados podem ser realizadas ao mesmo tempo, com isso novas questões podem ser levantadas, o que torna a pesquisa qualitativa flexível. Grande parte das pesquisas qualitativas são indutivas, pois privilegiam uma abordagem na qual as teorias e conceitos são desenvolvidos junto com a coleta de dados, para produzir novas generalizações.

Nessa forma de análise, o fenômeno é descoberto, desenvolvido e verificado provisoriamente por meio da coleta e análise sistemática dos dados. A Teoria Fundamentada em Dados para Strauss (1987), é um método sistemático de se estudar a riqueza e a diversidade da experiência do ser humano e, ao mesmo tempo, gerar uma teoria capaz de compreender o comportamento do indivíduo.

A entrevista teve como base o tópico guia que deve ser planejado para dar conta dos fins e objetivos da pesquisa e deve ser utilizado de forma flexível e que possibilitem que o entrevistador possa explorar melhor alguns aspectos que julgar importante no decorrer das entrevistas (BAUER; GASKELL, 2007).

Para que a entrevista não tivesse seu método invalidado, Becker e Geer (1997) sugeriram uma tríplice. Primeiro, o entrevistador não deve aceitar nada como se fosse pacífico. Segundo, ele deve sondar cuidadosamente mais detalhes do que aqueles que o entrevistado pode oferecer em uma primeira resposta à pergunta. Terceiro, é através do acúmulo de informações obtidas a partir de um conjunto de entrevistas que se compreende dos mundos da vida dentro de um grupo de entrevistados.

A entrevista foi realizada de forma individual. Bauer e Gaskell (2007) indicam a entrevista individual quando a pesquisa tem como objetivo explorar em profundidade o mundo da vida do indivíduo, quando o tópico da entrevista se refere a experiências individuais detalhadas.

A análise dos dados incluiu as etapas denominadas codificação dos dados, amostragem teórica, memorandos, comparação constante dos dados e delimitação da teoria (GIBBS, 2009).

A codificação dos dados refere-se, no primeiro momento, a conceituar os dados, ou seja, separar os dados através de unidades de análises e conceituá-los, nomeando de tal maneira que tenham o significado do fenômeno representado. Na Teoria Fundamentada em Dados são sugeridos três tipos de codificação (Codificação Aberta, Codificação Axial e a Seletiva). Para a análise do presente estudo a codificação utilizada foi a Codificação Aberta, que analisa os dados detalhadamente e os códigos emergem diretamente das entrevistas (GIBBS, 2009).

3 RESULTADOS e DISCUSSÃO

3.1 Caracterização das Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram quinze com faixa etária média de 15 anos; duas mães casadas e treze mães solteiras.

Das quinze mães, quatro com escolaridade de Ensino Fundamental incompleto, sete com escolaridade de Ensino Fundamental completo e quatro com escolaridade de Ensino Médio incompleto.

No que diz respeito à ocupação das mães, a maioria era do lar. Em relação à paridade, quatorze mães possuíam um filho e uma mãe possuía dois filhos.

Quatro adolescentes realizaram partos naturais e onze mães realizaram cesariana.

3.2 Apresentação das categorias

Diante dos dados coletados, muitas foram as evidências encontradas, no que diz respeito ao momento do parto e aos aspectos que determinam a escolha do mesmo pelas adolescentes institucionalizadas que passaram por essa experiência.

O momento do parto é marcado por inúmeros processos, tanto no âmbito biológico quanto no emocional, por isso a gestante deve estar realmente preparada para esse momento. Segundo Patah e Malik (2011), o parto é considerado como um processo psicossomático, no qual o comportamento da gestante ou parturiente vai depender, além da própria evolução do trabalho de parto, do nível de informação da mulher, sua história pessoal, contexto sócio-econômico, personalidade, simbolismo, etc.

3.2.1 Participação do companheiro e da família e a relação social

Para as adolescentes, a participação do parceiro durante todo o processo é de extrema importância, no entanto muitos deles as abandonaram e não ofereceram o apoio necessário para que as mesmas se sentissem mais seguras. Para as adolescentes entrevistadas essa ausência acarretou muito sofrimento, uma vez que a não aceitação do parceiro trouxe consigo o medo de enfrentar toda a gestação sozinha e, principalmente o momento do parto, situação em que muitas se sentiram abandonadas.

Com relação à participação e à aceitação do parceiro, a maioria das mães relatou que os mesmos nunca participaram de nada, nunca assumiram o filho e usaram como justificativa para isso o fato de serem muitos jovens para assumir tal responsabilidade. Disseram não terem certeza da paternidade ou se sentiram enganados pela mãe da criança, justificando que ela “engravidou de propósito”.

De acordo com Piccininni (2004), muitas vezes os pais não conseguem criar um vínculo concreto e sólido com o bebê. A formação do vínculo entre pai e filho costuma ser mais lenta, consolidando-se gradualmente após o nascimento e no decorrer do desenvolvimento da criança. O fato de o pai não contar com a realidade das mudanças corporais e do desenvolvimento do bebê no seu próprio corpo, pode, ainda, suscitar sentimentos de ciúme, inveja, ansiedade e solidão no homem. Isso pode ser observado no relato de E8 *“Nunca participou de nada, quando tive coragem pra contar que estava grávida, já estava com quatro meses e, depois disso ele começou a me evitar, fingindo que eu nem existia, até sumir de vez do mapa”*.

Para fugir de suas responsabilidades, muitos pais assumem um papel agressivo para, então, romper o relacionamento. Segundo Moreira *et al.* (2008), vários companheiros forjam brigas, discussões, atingindo, assim, o objetivo, que é o término do relacionamento e a retirada da responsabilidade com a gravidez, resultando em mais um dos muitos problemas que as mães adolescentes têm de enfrentar. É o caso de E2 que durante a entrevista relatou *“Quando eu contei que*

tava grávida ele não aceitou, disse que não era assim que ele ia ficar comigo, que não adiantava eu engravidar que isso não ia mudar em nada e sumiu de vez”.

A ausência do parceiro aumenta ainda mais os conflitos vivenciados pela adolescente, afinal não ter o apoio do parceiro dificulta ainda que a mãe enfrente o seu meio social e familiar. De acordo com Godinho *et al.* (2000), a falta de apoio, despreparo ou abandono por parte do parceiro causam a interrupção do processo normal do desenvolvimento psico-afetivo-social; na maioria dos casos, a gestante não tem nem vínculo com o parceiro, nem o apoio da família. A entrevistada E9 deixou bem claro como essa não aceitação influenciou em sua gravidez, *“Nossa ele nunca quis nem saber se o bebê nasceu ou não, quando eu contei que tava grávida ele disse que tinha certeza que ele não era o pai. Depois disso não tinha mais prazer em nada, não queria nem levar essa gravidez em frente, realmente uma vontade de sumir também”.*

A presença do companheiro pode influenciar positivamente no decorrer da gestação e no desenvolvimento do bebê. Segundo Sant’Anna e Coates (2001), a presença do companheiro influencia favoravelmente na evolução da gravidez e diminui riscos e efeitos desfavoráveis à saúde da criança, pois a insegurança e a solidão podem causar riscos físicos e psicológicos, principalmente quando a mulher é adolescente. Para E8 essa ausência mudou toda a gravidez *“Eu queria que ele ficasse do meu lado, afinal não tinha feito esse filho sozinha. A falta dele me fez muito mal, chego até pensar que fez mal pro meu filho, porque eu não tinha vontade de fazer nada, não comia e não me cuidava, só chorava!”.*

Outro aspecto relevante é a presença da família. No período da gravidez, a adolescente fica bem mais sensível e precisa, principalmente, do apoio familiar para superar todos os anseios e dúvidas referentes a esse processo. Afinal, a família é sua base e, por meio do estudo, notou-se que as adolescentes não tiveram o apoio familiar necessário, uma vez que suas famílias rejeitaram tanto a gravidez como a mãe. Das adolescentes entrevistadas, a maioria relatou que esse foi o processo mais difícil, pois seus pais não aceitaram e, muito menos, participaram da gestação.

O apoio familiar, segundo Nogueira e Marcon (2004), é fundamental para que a adolescente consiga superar as dificuldades psicossociais de uma gravidez precoce. No relato de E2 é possível observar como a ausência familiar causa traumas e decepções que são levadas para toda a vida, *“Quando disse que estava grávida minha família se revoltou, não me apoiaram em nenhum momento. Tive que enfrentar todas as minhas dificuldades, tanto financeira e também a solidão. Acho que se eles tivessem ficado do meu lado, tinha passado por tudo com mais força, com mais animo.”*

Para a família, é um período muito difícil e cheio de conflitos e todas as mudanças levam a algumas atitudes marcantes para toda a vida da adolescente. Segundo Lima *et al.* (2004), as reações da família diante da adolescente grávida tendem a ser contraditórias e é comum a sobreposição dos sentimentos de revolta, abandono e aceitação do "inevitável". No início, a rejeição à gravidez e o constrangimento podem levar a família a tomar atitudes radicais, tais como expulsar a adolescente de casa, induzir ou forçar o aborto e impor responsabilidades, exigindo o casamento ou a união estável e a assunção da maternidade. Isso pode ser observado no relato de E4, *“A minha família é muito conservadora, quando contei que estava grávida meu pai quase me bateu, só não me bateu porque minha mãe entrou no meio, mas meu pai, claro, me expulsou de casa. Nossa fiquei, sem rumo, nunca tinha passado por isso. Perdi totalmente o contato com eles e, quando encontrei o lar, foi a minha salvação”.*

A relação social é outro aspecto relevante nesse período. Uma gravidez na adolescência, além de todas as alterações físicas, há também as repercussões negativas no que se refere ao processo de socialização e organização de personalidade dessa mais nova mãe e, durante as entrevistas, foi possível inferir que as adolescentes se colocam no papel de rejeitadas, ou seja, passaram a ter uma visão distorcida de seu meio social, a qual ela própria não aceita sua mais nova condição, não consegue frequentar os mesmo ambientes e principalmente, não mantêm o contato com seu o meio social estabelecido antes do período gestacional.

Durante a pesquisa foi possível constatar que a maioria das adolescentes relatou ter abandonado os estudos; se isolaram de seu convívio social; e se sentiram

rejeitadas pelos amigos. Elas relataram sentimentos de vergonha das pessoas e disseram não aceitar o fato de ter que mudar de comportamento como, por exemplo, deixar de “ir para baladas” e “bares”, por estarem grávidas.

Uma gravidez na adolescência do ponto de vista social, segundo Mandu (2000), evidencia implicações como abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e consequente circularidade da pobreza. No caso de E6 isso pode ser observado: *“Nossa, depois que eu descobri que tava grávida, sumi da onde eu morava, sai do meu emprego e por isso não tinha condição pra nada! Fiquei até alguns dias sem comer! Daí encontrei o Lar e meus amigos agora são os daqui. Acho que fiquei com vergonha...”*

O abandono escolar é algo bem característico das adolescentes gestantes. Segundo Costa *et al.* (2005), no contexto da maternidade na adolescência, no que se refere à trajetória acadêmica, as gestantes e mães adolescentes apresentam defasagem na escolaridade, com altas proporções de evasão e de abandono escolar. Para E8 o abandono escolar foi algo inevitável, *“Não consegui continuar na escola. Ficava todo mundo com aquelas perguntas do tipo: 'nossa você não sabia como se cuidar pra não arrumar filho agora vai ver sua vida vai acabar'. Aquilo ia me deixando cada vez mais mal, então resolvi sair”*.

A adolescente se afasta de seu grupo social. Muitas vezes, se sente deslocada sem a aceitação que a mesma gostaria de ter. De acordo com Bouzas e Miranda (2004), ao engravidar, a adolescente acaba afastando-se do seu grupo de amigos e passa a se sentir meio perdida, sem lugar. No caso de E10 o isolamento foi algo muito marcante, *“Fiquei totalmente deslocada quando vi que estava grávida. Não conseguia mais frequentar os mesmos lugares e, pior de tudo, me afastei até de amigos que já tinha desde criança”*.

A gravidez na adolescência carrega consigo papéis que a nova mãe terá que assumir e acontece, na maioria das vezes, sem planejamento. Para Carlos *et al.* (2007), a gravidez na adolescência implica novas responsabilidades que, geralmente, são incompatíveis com as atividades normais de uma adolescente,

quais sejam: frequentar a escola e manter uma atividade social ativa com os pares, implicando perda de liberdade. No relato de E13 essa mudança radical fica nítida, *“Mudou bastante, não acho que foi eles que mudaram comigo, fui eu mesmo que mudei. Parece que já não me encaixava nas coisas que eles faziam, um dia fui pra uma balada com eles tipo pra dançar mesmo, nossa parecia que eu era um ET no meio deles, que tava todo mundo me olhando, tipo pensando: o que essa maluca grávida ta fazendo aqui? Sei que podia ser coisa da minha cabeça, mas era assim que me sentia. Então acabei me afastando”*.

As gestantes adolescentes tentam, muitas vezes, esconder a gravidez ou se isolam do seu meio social, para não se sentirem rejeitadas pelo seu grupo. Segundo Pantoja (2003), as expectativas em torno da gravidez são traduzidas no cotidiano da escola por meio de alguns comportamentos manifestados pelas meninas, sendo estes, em geral, tomados por outras como indicativos de uma suposta gravidez. Há, no entanto, casos em que preferem retrair-se, mantendo-se silenciosas ou mesmo afastando-se, pelo menos num primeiro momento, dos grupos de convívio e sociabilidades construídos na escola. Para E3 esconder a gravidez foi a possibilidade encontrada para enfrentar esse período, *“Nossa, na verdade, eu fingia que não estava grávida. Usava umas roupas que apertassem a barriga! As vezes eu pensava: ‘nossa será que devia contar que to grávida’, mas depois já mudava de idéia, não conseguia aceitar que todo mundo, todo mundo mesmo, ia me olhar e me criticar”*.

Para Sabroza *et al.* (2004), as responsabilidades que envolvem esse novo momento também influenciam para que a adolescente se isole e tenha a sensação de exclusão por sua turma. A responsabilidade precoce imposta pela gravidez, paralela a um processo de amadurecimento, ainda em curso, resulta em uma adolescente mal preparada para assumir as responsabilidades psicológicas, sociais e econômicas que a maternidade envolve. É o caso de E1 *“Eu não tinha preparo nenhum pra assumir tudo isso, acho que por isso que acabei me isolando do mundo. Na verdade queria evitar que ficassem me cobrando, o tempo todo, sobre essas coisas que grávida tem que fazer tipo: não beber, não fumar”*.

4.2.2 Sentimentos e percepções relacionadas à gravidez

Quando a adolescente se depara com a gravidez, além de seus conflitos internos decorrentes da idade, ela passa também por conflitos internos decorrentes de fatores externos advindos do seu estado gestacional e isso foi verificado durante a pesquisa.

Foram elencados os sentimentos e percepções dessas mães ao se depararem com uma gravidez; momento em que a maioria delas relatou que sentiram muito medo tanto de enfrentar essa nova situação como de revelar que estavam grávidas; também se sentiram angustiadas, afinal, é uma mudança radical em todos os aspectos; descreveram insegurança, não se sentiam capazes para enfrentar essa nova fase. Também enfatizaram a tristeza, tanto por estarem grávidas como por se sentirem abandonadas nesse momento tão novo. Pontuaram a solidão, vivenciar a gravidez tanto sem seus parceiros como sem suas famílias lhes causaram a sensação de estarem sozinhas, vulneráveis a qualquer situação e se sentiram culpadas, relacionando essa culpa à rejeição de seu filho no primeiro momento.

Durante a gestação, a mulher vivencia as alterações das manifestações corporais ao lado das emocionais, que são apresentadas como estados de tensão, medo e insegurança. Essas interpretações têm seu suporte psicológico em mecanismos de defesa e de regressão. Naturalmente, esta é uma defesa mental transitória, que possibilita à mulher adaptar-se a essa nova etapa de seu ciclo biológico (SILVA; LOPES; DINIZ, 2004). No caso de E5 essa adaptação foi bem conturbada, *“Nunca imaginei que ia ter um filho tão nova!! Então, tudo isso mexeu muito comigo, fiquei muito assustada com toda a mudança, tanto no meu corpo como na minha vida. Tive que parar de fazer coisas que gostava, como baladas e tal, para cuidar da minha gravidez. Tive medo de ter um filho com alguém problema, não me via como mãe acho que isso era o mais difícil.”*

Para as adolescentes, as manifestações e mudanças são vivenciadas de forma mais intensa. De acordo com Bouzas e Miranda (2004), a adolescência

constitui um período entre a infância e a idade adulta, com profundas alterações físicas, psíquicas e sociais. Em poucos anos, a menina transforma-se em mulher, fato que exige uma definição de sua nova identidade, o que gera questionamentos, ansiedades e instabilidade afetiva. Para E7 essa transição trouxe insegurança e medo, *“Fiquei muito nervosa quando descobri que estava grávida. Escondi minha barriga por um tempão, não queria que ninguém soubesse disso, acho que tinha vergonha. Tive medo do que ia ter que mudar depois, pensava em como ia conseguir criar um filho”*.

As alterações emocionais advindas dessa fase são apontadas como algo significativo na construção dessa nova figura materna. Segundo Oliveira *et al.* (2002), a dimensão emocional é abalada e a gravidez vivida como momento de renúncias. É um corte em seu desenvolvimento, a perda de identidade, a interrupção nos estudos, a perda da confiabilidade da família, muitas vezes a perda do namorado, de expectativa de futuro e, por fim, a perda da proteção familiar.

Para a maioria das adolescentes a gravidez não é vista como algo prazeroso. Para Moreira *et al.* (2008), esta não se apresenta como ato gratificante, e sim como algo que traz desprazer, insegurança, medo e angústia, pois as mesmas, muitas vezes, são excluídas do convívio social e, por isso, se sentem mal-amadas e inseguras. Além disso, na gravidez, a mulher está vulnerável emocionalmente, portanto, ela necessita de apoio redobrado. No caso de E1 foi um momento marcado por alterações emocionais e sociais, *“Quando descobri que estava grávida levei um susto. Não tinha ideia de como contar para os meus pais e muito menos para o meu namorado. Fiquei insegura e tive muito medo da rejeição que eles teriam, afinal eu era muito nova para ter um filho. Me senti sozinha no início, muito triste, chorava o tempo todo...”*

3.2.3 Pré – Natal, relação com o médico e parto

Sabe-se que a relação entre a gestante e seu médico é de extrema importância para que a gravidez ocorra de forma tranquila e segura, já que os sentimentos de medo, insegurança, impotência e perda de controle acompanham a

gestante e ela vive um período desconhecido, carregado de fantasias, expectativas e desejos.

No decorrer das entrevistas, constatou-se que as mães não tiveram um bom relacionamento com seus médicos e essa falta de empatia trouxe consigo a dificuldade em sanar as dúvidas tanto com relação à gestação como do próprio parto. A maioria das adolescentes relatou que os médicos as trataram muito mal, sem ao menos tirar suas dúvidas durante as consultas, as tratando sempre de forma impessoal.

Segundo Lopes *et al.* (2005), a figura do médico é fundamental para amenizar os sintomas psíquicos causados pela dúvida e insegurança, pois é ele o responsável pela manutenção do bem-estar da paciente durante toda a gestação e parto, orienta e desmistifica as fantasias tão comuns nessa situação. No caso de E5 foram pontuados esses aspectos, *“Eu tinha muito medo de tudo, porque na verdade, tudo era muito novo né. Quando cheguei no hospital pela primeira vez, pensei: ‘agora posso ficar calma, porque o médico vai me ajudar a entender tudo o que to passando’. Uma pena isso não ter acontecido”*.

De acordo com Hotimsky *et al.* (2002), a relação entre profissionais de saúde e pacientes é muitas vezes marcada pela desconfiança, desrespeito e conflito, particularmente quando se trata de pacientes de camadas socioeconômicas desfavorecidas, muitas vezes em decorrência de seu treinamento profissional, manifestam insensibilidade ao invés de empatia. Essa característica impessoal de alguns profissionais ficou evidente no relato de E2, *“Ele nem olhava direito na minha cara, só via se estava tudo bem com o bebê e pronto, nem conversava comigo. Era muito estranho, parecia que eu estava até incomodando, sei lá, tomando o tempo dele”*.

A escolha do tipo de parto é um aspecto muito relevante, principalmente se tratando de mães adolescentes, uma vez que o meio de convívio e até o próprio médico as julgam incapazes de decidir sobre o que as mesmas consideram melhor tanto para elas como para seu bebê.

Entre as adolescentes entrevistadas grande parte relatou que a escolha foi feita pelo médico ou pela família em comum acordo com o médico.

Com a nova visão que trata a atenção ao parto como uma atenção médica, a escolha do parto torna-se algo de escolha quase que sempre exclusiva do médico que considera o método com intervenções obstétricas bem mais seguro. De acordo com Domingues *et al.* (2004), essa visão médica abstrai a gravidez do restante da experiência de vida da mulher, tratando-a como episódio médico isolado. Os significados que as mulheres atribuem às experiências de gravidez e nascimento são ignorados e seus sentimentos e sua satisfação com o cuidado são considerados menos importantes do que sua segurança e a de seu bebê. Essa visão médica pode ser evidenciada no relato de E9, *“O médico disse que ia ser parto cesárea e foi assim que decidi. Ele me falou que esse tipo de parto era muito mais seguro, pra mim e pro bebê também”*.

Na maioria das vezes a adolescente não tem voz ativa no momento da escolha do tipo de parto, e é muito importante que ela decida sobre si e sobre seu corpo, pois, a partir daí, começa a autonomia sobre sua nova condição. Segundo Oliveira e Madeira (2002), a vivência do parto não é algo que acontece desgarrado da experiência de vida da adolescente, de sua facticidade, mas ela se realiza paralelamente a outras dimensões existenciais, conforme condição vivida por ela, ou melhor, na sua relação com o mundo e com o outro. Para E14 a decisão do parto não considerou sua vontade, e sim a do médico e de sua família, diferente do que indica a literatura, *“O médico me explicou os dois tipos e disse que era mais feito a cesariana, que tinha menos risco pra mim e pro bebê também. Minha mãe também disse que era melhor pra mim, então aceitei o que eles falaram e fiz cesariana”*.

O conhecimento sobre os tipos de parto é de extrema importância para que a mãe decida sobre a maneira que deseja ganhar o seu bebê. Saber todos os procedimentos que envolvem esse momento, quais os cuidados necessários para cada tipo de parto, entre outros aspectos.

No que se refere ao conhecimento dessas adolescentes referentes aos tipos de parto, a maioria delas demonstrou não ter nenhuma informação, ainda que

superficial sobre o assunto, além de que o parto natural era melhor para o bebê e que a cesariana era melhor porque a mãe não passava por todas as dores presentes no momento do parto.

As decisões que envolvem o momento do parto não estão isoladas do contexto social e da vivência da adolescente. Sendo assim, a falta de informações referente aos tipos de parto, principalmente entre as adolescentes, causa conflitos quando elas se deparam com aspectos que envolvem a gravidez, inclusive a escolha do parto. Afinal, sem informações relevantes que apontem os aspectos que envolvem esse momento é impossível que a adolescente tenha certeza de qual é a melhor decisão.

Muitas mães relacionam o momento do parto relacionado à dor. De acordo com Bezerra (2006), como poderá uma jovem que nunca passou pela experiência de ter um filho pensar de outra maneira, a não ser com medo. Esse medo pode ser observado no discurso de E13: *“Hum acho que sabia que a cesariana não tinha dor e isso me agradava (risos). Tinha medo dessa famosa dor na hora do bebê nascer”*.

O conhecimento sobre os tipos de parto é de extrema importância e a partir desse conhecimento a mãe decide qual a melhor forma de ganhar o seu bebê. Segundo Brasil (2003), a mulher durante o pré-natal, deve ser orientada sobre os dois tipos, sobre os benefícios do parto normal para a mãe e para criança e sobre os riscos da cesariana para, a partir daí, ela própria poder fazer a sua escolha. No caso de E15 essas informações não foram concedidas e ela não conhecia nada a respeito: *“Nossa, eu não conhecia nada, só sabia que existia os dois tipos, mas não sabia nada sobre eles e o medico não me falou nada também”*.

3.2.4 O parto, a assistência da equipe médica e o parto realizado x parto escolhido.

As mães idealizam o momento do parto e planejam como tudo irá transcorrer e com isso, muitas frustrações podem ocorrer.

Entre as adolescentes entrevistadas a maioria relatou que o parto não foi como o esperado, pois foi mudado o tipo do parto; pontuaram que o parto não foi como o esperado, pois ocorreu a mudança do médico no momento do parto e que o parto não foi como o esperado, pois queriam ter vivenciado mais o momento.

Quando o assunto é a expectativa no momento do parto, muitas mães se frustram principalmente com o sistema público de saúde. De acordo com McCallum e Reis (2006), na maioria dos hospitais e maternidades públicos persiste um modelo em que os interesses institucionais sobrepõem-se às necessidades das parturientes, o que resulta na organização do serviço à semelhança de uma “linha de montagem”, com cada etapa do parto realizada em tempo e espaços ordenados, de modo a maximizar a eficiência e rapidez do serviço. No caso de E5 essa frustração ficou evidente: *“Não, não foi como eu esperava porque na hora tudo foi mudado, o médico mudou, o parto mudou, fiquei muito decepcionada”*.

O momento do parto pode interferir totalmente na visão que essa nova mãe terá com relação a esse momento em experiências futuras. Segundo Lopes *et al.* (2005), as memórias sobre o parto permanecem vivas em nível cognitivo e psicológico, e continuam influenciando as percepções da mulher sobre a experiência por muito tempo, sendo assim, o parto, especialmente do primeiro filho, exerce um impacto, positivo ou negativo, que repercute durante sua vida inteira. Para E8 essas memórias negativas ainda estão evidentes: *“Não foi como eu queira. Eu já tinha me preparado pra ganhar minha filha de parto normal e, como mudou de médico, eu tive que fazer cesariana, porque ele disse que ia demorar muito pro bebê nascer e que o cordão tava enrolado no pescoço também. Nossa não consigo esquecer esse momento, me senti muito mal; Não quero passar por isso nunca mais”*.

A assistência médica tem um papel fundamental em toda a evolução do parto, pois traz sempre o amparo necessário para as mães e auxilia para que as mesmas vivenciem o parto da melhor maneira possível.

Quando o assunto tratado foi a assistência da equipe médica no momento do parto, a maioria das adolescentes relatou que a mesma foi falha e que foram tratadas com descaso pela equipe médica, pontuaram também a desatenção da

equipe médica, pois se sentiram abandonadas, sem os cuidados que realmente mereciam no momento.

Quando o assunto é a assistência ao parto, muitos são os aspectos discutidos e relevantes, principalmente os referentes a mais nova visão de parto humanizado. Segundo Brasil (2003), para o bom desenvolvimento do trabalho de parto, é necessário o bem estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações. Para tanto, o respeito ao direito da mulher à privacidade, à segurança e ao conforto, com uma assistência humana e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição, transformam o nascimento num momento único e especial. Não foi o que ocorreu com E5: *“Eu acho que não tive a assistência que uma pessoa que vai ganhar bebê merece. Começou por ter mudado o médico. Onde já se viu colocar um medico que nem nunca tinha me visto? Isso me deixou muito nervosa e acho que ajudou a me traumatizar. E depois que ganhei o bebê, fiquei sem saber como amamentar porque o leite não descia”*.

O Ministério da Saúde propõe uma nova visão para o momento do parto, a humanização. Segundo Diniz (2005), a humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no “que fazer” diante do sofrimento do outro. No caso, trata-se do sofrimento da outra, de uma mulher. Para E9 a falta de assistência percorreu todo o processo de parturição: *“Não fui nada bem atendida, nem pelo super médico nem pelas enfermeiras. Mal falaram comigo. Só me arrumaram e pronto, sem nenhuma palavra pra me acalmar, nada! Quando comecei a sentir as dores, nossa, parecia que eu era maluca, ninguém me ajudou ou conversou comigo. Depois que ganhei o bebe tive muita dor e não conseguia amamentar e eles nem me falaram que isso podia acontecer”*.

No caso de mães adolescentes, a assistência humanizada no momento do parto é ainda mais necessária, uma vez que tudo o que for vivenciado nesse momento pode interferir em seu psicológico. De acordo com Busanello *et al.* (2011), quando se trata do parto com adolescentes, a humanização é de extrema significância para que estas não fiquem com traumas e para que as mesmas se sintam acolhidas no momento do nascimento de seu filho. No caso de E10 a falta

dessa humanização deixou traumas que são lembrados a todo instante: *“Cheguei no hospital sete horas da noite e fui ganhar o bebê oito horas da manhã. Nesse período não tive apoio nenhum, passei por tudo praticamente sozinha. Me senti abandonada! Faziam o toque e só, eu parecia um objeto. Sempre me lembro desses momentos, e realmente não quero viver isso nunca mais”*.

Outro aspecto investigado foi sobre o parto escolhido no pré-natal e o parto realizado. É certo que uma mudança de decisão no momento do parto pode acarretar muitos conflitos para a mãe, afinal ela se preparou durante toda a gestação por um tipo de parto e uma eventual mudança trará consigo insegurança, angústia e ansiedade o que pode prejudicar o parto.

A maioria das adolescentes entrevistadas declarou que o parto realizado foi o mesmo escolhido durante o pré-natal.

A decisão do tipo de parto deve ser feita em parceria entre a mãe e seu médico, no entanto, o médico acaba sendo o ser supremo nessa decisão, uma vez que são considerados por muitos como detentores do saber, e acabam convencendo essa mãe durante o pré-natal a um tipo de parto e a partir daí essas se preparam para isso. De acordo com Mandarino *et al.* (2009), a aparente “liberdade de escolha” outorgada à mulher é, muitas vezes, acompanhada da falta de informações adequadas sobre os riscos envolvidos nos procedimentos relacionados ao parto e ao nascimento. Isso fica evidente no discurso de E1: *“Foi sim, desde o começo foi decidido fazer cesariana e o médico disse que era o melhor método e que estava tudo bem comigo e com o bebê, então quando foi para eu ganhar já estava tudo certo”*.

Por outro lado, a falta de liberdade de escolha no momento do parto é algo evidente. As adolescentes não têm voz e muitas ainda demonstram por meio de seu discurso, que o distanciamento entre elas e a equipe médica trouxeram a sensação de um falso cuidado. A relação com a equipe médica foi uma relação de distanciamento, não houve interação no sentido do afeto, da aproximação, do cuidar verdadeiro.

Nessa situação, o corpo é visto e manipulado como um objeto, que à semelhança de uma máquina recebe tratamento semelhante. Não importam os sentimentos expressados pela parturiente, naquele momento a eficiência, a resolutividade falam mais alto. A cliente fica à mercê do profissional de saúde submetendo-se às normas e rotinas impostas pela Instituição. O profissional não entende que este é um momento especial, singular para ela, e que gostaria de lembrar-se dele com carinho, alegria e satisfação de ter podido dar à luz (OLIVERIA; MADEIRA, 2002).

Para E3 esse distanciamento do próprio médico com toda a sua história fica evidente em seu discurso: *“Quando fomos conversar sobre como eu queria ganhar meu bebê, disse pra ele que, queria parto normal porque minha mãe disse que era melhor para meu filho, Nossa parecia que tava falando com as paredes! Ele nem me escutou, disse que ia fazer cesariana, porque era o tipo de parto mais feito hoje em dia. Infelizmente aceitei né, porque ele era o médico e sabia bem mais do que eu”*.

3.2.5 Procedimentos e técnicas realizadas

Para a realização dos procedimentos anteriores ao momento do parto os profissionais da saúde devem estar atentos ao estado dessa parturiente. Afinal é um momento de muita sensibilidade, ou seja, tudo o que for ser realizado deve ser explicado para que a mesma tenha confiança nesse profissional e aceite de bom grado que o procedimento seja realizado.

Com relação aos procedimentos realizados anteriores ao momento do parto a maioria das adolescentes relataram que foram hidratadas durante o período que antecedeu o parto e foram submetidas à tricotomia de rotina. A minoria das adolescentes foi alimentada nos momentos anteriores ao parto, submetidas à episiotomia e não vivenciaram nenhum procedimento.

Segundo Frello e Carraro (2010), o cuidado dos profissionais de saúde transcende a utilização de procedimentos técnicos; envolve a sensibilidade e no processo de parir todas as habilidades podem ser utilizadas pelas enfermeiras,

delineando um cuidado sensível. Esse cuidado é imprescindível nos momentos que antecedem o parto e durante o nascimento do bebê, já que o estado emocional da parturiente muitas vezes se mostra extremamente sensível e vulnerável às condições apresentadas pelo ambiente e pelas relações com as pessoas ao seu redor. A vulnerabilidade e insegurança descrita são confirmadas no discurso de E6: *“Nossa eu fiquei perdida quando me falaram que tinham que me depilar. Queria sumir de lá! Rasparam tudo lá embaixo. Pensa na vergonha que eu fiquei! E também fizeram aquele corte lá embaixo pro bebê sair mais fácil”*.

Muitos profissionais ainda sujeitam as gestantes a realizarem procedimentos que hoje são considerados desnecessários. Segundo McCallum e Reis (2006), o modelo tecnocrático explica porque as maternidades continuam adotando rotineiramente procedimentos tidos como danosos como exemplos a proibição de alimentação durante o trabalho de parto, a exigência de tricotomia, a realização rotineira de episiotomia, a imposição de posição de litotomia, além da exclusão da presença de familiares e/ou amigos (as) do processo de parturição. É clara uma forte resistência institucional à mudança, nesse contexto. A resistência da instituição é observada no discurso de E15 *“Rasparam os pelos e ainda cortaram lá embaixo! Me senti muito mal, porque ninguém me explicou o que estava acontecendo direito. Outra coisa que me deixou muito chateada, foi ter pedido pra meu namorado entrar comigo e, eles não deixaram, falaram que ele podia atrapalhar, mas já ouvi dizer que isso hoje em dia pode!”*.

Faz-se necessária uma mudança de visão dos novos profissionais no que diz respeito aos procedimentos realizados antes do parto. De acordo com Sodré e Lacerda (2006), sendo o médico o agente condutor deste processo de trabalho, é ele que exclusivamente prescreve todos os procedimentos. As prescrições generalizadas de jejum, enema e retirada de pêlos denotam a falta de embasamento científico sobre a necessidade de tais procedimentos, cuja tomada de decisão pelo médico é influenciada pela sua formação acadêmica tradicional. O que norteia suas ações é a possibilidade sempre presente de intercorrências durante o trabalho de parto. A assistência é massificada e autoritária; as mulheres se relacionam com o saber médico de forma passiva e submissa, são sempre denominadas de pacientes, o que reforça a conotação de agente passivo sobre seu próprio corpo.

Com uma nova perspectiva, na qual essa mãe passa a ser olhada como peça principal e fundamental durante todo o procedimento, permite, depois de orientada, que a mesma decida aquilo que julga aceitável para seu corpo, de acordo com Machado e Praça (2008), a assistência obstétrica centrada nas necessidades da cliente caracteriza-se pelo direito à autonomia da parturiente, em que a informação é fator relevante, sendo a base principal para que tenha a liberdade de escolher ou recusar qualquer procedimento relacionado com seu próprio corpo, e que esta escolha seja pertinente e convergente ao seu bem-estar.

As técnicas de acolhimento fazem parte da nova proposta do parto humanizado, por meio delas é possível tranquilizar a mãe para que a mesma possa vivenciar esse momento de forma mais prazerosa e sem traumas ou receios.

A maioria das adolescentes relatou que não vivenciou nenhuma dessas técnicas, o que colaborou para um sentimento de abandono no momento do parto. A minoria das participantes declarou que os profissionais conversaram com as mesmas durante todo o trabalho de parto o que as ajudou a manter a calma; e relataram que foram submetidas a um banho quente, o que colaborou para que se acalmassem e relaxassem antes do nascimento do seu filho.

Muitas técnicas são relevantes para que o trabalho de parto se torne mais agradável para a mãe, são as formas de relaxamento como técnicas de respiração, banho morno, deambulação e massagem lombar. Segundo Oliveira e Madeira (2002), a massagem traz inúmeros benefícios para a parturiente, faz com que a sensação de dor durante as contrações seja diminuída. A deambulação e as técnicas de respiração auxiliam no alívio da dor durante o trabalho de parto, além de tornar as contrações uterinas mais intensas e eficientes para a dilatação cervical. No caso de E13 o banho quente e a massagem foram realizados: *“Nossa nem acreditei quando a enfermeira me disse que para eu ficar mais calma, ia me ajudar a tomar um banho bem quente e depois ainda ia me fazer uma massagem. Fiquei bem melhor depois, parece que me senti segura!”*.

Muitas das adolescentes não tiveram esse apoio, muitas nem sabiam o que eram técnicas de acolhimento, o que demonstra que o atendimento não segue um protocolo e cada serviço é de uma forma, o que pode trazer prejuízos a adolescente. Para Cardoso e Pereira (2010), acolhimento é compreendido como receber o outro com atenção, disponibilidade e intenção de identificar as particularidades de cada demanda e proporcionar acessibilidade e respostas resolutivas que perpassem todos os níveis de atenção à saúde. Esse não acolhimento é observado no discurso de E6: *“Olha, eu cheguei pra ganhar o bebê e depois de 5 horas que ele foi nascer! Nesse tempo me deram água e só!”*.

Para a gestante, seja ela adolescente ou não, o fato de se sentir acolhida favorece para que a mesma se tranquilize e vivencie de forma mais prazerosa o momento do parto, segundo Quadros *et al.* (2009), o desejo das gestantes é receber uma assistência de qualidade, que para elas significa atenção, ajuda nos momentos difíceis e contar com a presença constante de alguém que possa lhe orientar. Até mesmo o ato de segurar sua mão, parece caracterizar-se como mais importante do que atos técnicos, proporcionando-lhes mais segurança e tranquilidade nesse momento especial de suas vidas. Infelizmente essa forma de acolhimento não ocorre e isso fica nítido no depoimento de E9: *“Só me trocaram e falaram pra esperar. Pensa no meu desespero, parecia que eu tava indo pra morte!”*.

3.2.6 Medos do parto e dúvidas sobre os tipos de parto

Durante toda a gestação, a mãe imagina o momento do parto e toda essa expectativa carrega consigo inúmeros medos e anseios.

Quando questionadas sobre os medos que envolveram o momento do parto, a maioria das adolescentes relatou o medo da dor, de morrer no momento do parto e o medo de o bebê nascer com algum problema de saúde.

Muitas mães ficam inseguras e cheias de receios tanto com relação a sua própria saúde como com a saúde de seu bebê. Para Lopes *et al.* (2005), o medo do

parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade, alimentados durante a gestação. A dor é outro fator comumente relacionado à experiência do parto e às relações entre a dor e a ansiedade é recíproca: a dor acentua a ansiedade, e a ansiedade incrementa a dor.

A dor é fonte de ansiedade, pois provoca fantasias em relação ao corpo e sua integridade. A dor também está ligada ao medo da morte. Entretanto, a dor do parto tem uma finalidade, pois o bebê aparece para justificá-la, recompensando a mãe pelo esforço. O medo relacionado à saúde do bebê é observado no caso de E15: *“Tinha medo de não conseguir ter o bebê ou do meu filho nascer com algum problema de saúde. Nossa fiquei muito ansiosa, não via a hora dele nascer pra ver que estava tudo bem”*.

Para as mães adolescentes, além de todos os conflitos e medos decorrentes da própria etapa da vida, a gestação vem maximizar essas sensações. Segundo Oliveira e Madeira (2002), a gravidez na adolescência pode ser considerada um período de grande vulnerabilidade, e o parto nesta época é tido como um momento crítico, marcado por uma série de mudanças significativas e que envolve diversos níveis de simbolização, como imaginar a má-formação do filho ou a sua não resistência à dor. A vulnerabilidade fica evidente no relato de E1: *“Nossa tinha muito medo, muito mesmo. Pensava primeiro, que iria doer demais e, depois, tinha medo de morrer. Acho que podia ser coisa da minha cabeça, mas achava que por ser nova podia ser que não aguentasse ganhar meu bebê”*.

Muitas são as dúvidas das adolescentes no que diz respeito aos tipos de parto e suas vantagens e desvantagens. Por esse motivo, faz-se necessário a orientação tanto da equipe médica sobre o assunto como de políticas públicas que esclareçam e informem sobre estes aspectos para que, assim, as futuras mães possam decidir sobre o tipo de parto desejado.

Dentre as adolescentes entrevistadas a maioria tinha dúvidas no que se refere aos benefícios do parto natural; sobre a recuperação pós-parto; às vantagens de se realizar uma cesariana e sobre as dores presentes no momento do parto.

Sabe-se que o momento do parto é um evento de significância psicológica incontestável. Por esse motivo, a mãe ter um conhecimento prévio das vantagens e desvantagens do tipo de parto escolhido lhe traz segurança para o momento que se aproxima. De acordo com Lopes *et al.* (2005), a potencialidade para acarretar benefícios ou danos psicológicos está presente em cada parto e, portanto, há mais envolvido no processo do que a saúde e integridade física da mãe e do bebê. Para E8 a falta de conhecimento lhe trouxe muitos conflitos e dúvidas: *“Na verdade, eu ficava me perguntando por que parto normal era melhor, e pensava que devia ser porque era forma como as mulheres mais antigas tinham filho. Mas tinha muito medo de não saber decidir o que seria melhor pro meu filho. Também tinha medo da dor e de meu filho nascer com algum problema. Tudo isso foi muito difícil, porque não me lembro de ter ficado calma em nenhum tempo da minha gravidez”*.

Por meio de esclarecimentos rápidos e voltados em sua maioria a explicações técnicas com uma linguagem distante da utilizada pelas mães adolescentes, colabora para a insegurança desta mãe sobre quais as vantagens e desvantagens dos tipos de parto. Segundo Gonçalves e Missio (2011), com a supervalorização da técnica do nascimento, a ênfase exagerada à sua fisiologia negligenciou seus aspectos psicoemocionais e sociais, passando a negar à parturiente seu direito de experimentá-lo de acordo com seus significados adquiridos culturalmente. No caso de E2 isso ficou evidente: *“Dúvidas eu tinha sim, mas nunca perguntei para o médico porque pensava que como ele já tinha dito para eu fazer cesariana sabia que aquilo era melhor para mim e para o bebê”*.

4. CONCLUSÃO

A pesquisadora observou, no decorrer do estudo, que as mães adolescentes enfrentam muitos dilemas durante o período gestacional, principalmente no que se refere ao momento do parto e sabe-se que esses dilemas estão presentes em gestantes de qualquer faixa etária.

Durante a coleta de dados a pesquisadora pode presenciar os conflitos e barreiras que muitas adolescentes ultrapassam para manter uma gravidez, desde a rejeição da família e do próprio parceiro até a falta de informação necessária e o poder de decisão para optar pelo tipo de parto.

Por se tratar de adolescentes institucionalizadas a realidade é diferenciada, porém ficou evidente que a falta de informação levou muitas delas a optarem pelo método indicado pelo médico sem ao menos ter o poder de decisão sobre o seu corpo, e isso não é considerado fator exclusivo para essas adolescentes e sim um fator que abrange todas as classes sociais e faixas etárias.

Faz-se necessário uma mudança na formação dos profissionais de saúde que atuam diretamente com mulheres e gestantes, uma vez que existem políticas que priorizam a humanização na assistência e muitos profissionais não são capacitados para realizar esses métodos que auxiliam tanto no momento pré-parto quanto no momento do parto.

A pesquisadora sugere que meios de comunicação tenham como foco a informação a gestantes adolescentes, elucidando sobre os aspectos que envolvem a gestação e o momento do parto muitos paradigmas serão derrubados e assim essas novas mães passarão a ter voz ativa sobre o nascimento de seu filho.

O presente estudo possui limitações, uma vez que foi realizado com adolescentes institucionalizadas, que possuem vivências e realidades diferentes de gestantes adolescentes não institucionalizadas. As questões de conflitos familiares e sociais podem ser diferentes e, por esse motivo, há necessidade de novos estudos que tenham como objetivo verificar a experiência do parto em adolescentes de

outros níveis sociais e, a partir dessas informações, desenvolver outros meios educacionais que visem tanto informar como orientar esse grupo sobre a importância do conhecimento dos tipos de parto e seus benefícios tanto para a mãe como para o recém-nascido.

Faz-se necessário ressaltar também que os conflitos enfrentados pelas mães adolescentes, no que diz respeito à assistência da equipe médica, podem ser semelhantes para todas as mães, adolescentes ou não, uma vez que todas necessitam de auxílio, acolhimento, assistência, companheirismo e principalmente humanização.

A importância de se discutir e ampliar o conhecimento das mães sobre os tipos de parto e suas vantagens e desvantagens está intimamente ligada à educação em saúde, uma vez que essa vertente tem como foco principal alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais, ou seja, quando o indivíduo toma decisões pautadas em fatos, informações e conhecimentos prévios do assunto, ele passa a ser realmente responsável por transformar e intervir em suas condições objetivas e para que o sujeito alcance autonomia é preciso que sejam desenvolvidos projetos educativos que visem à promoção da saúde em todos os seus âmbitos, tanto em dimensões de vida social como individual.

REFERÊNCIAS

AMERICAN College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. Surgery and patient choice: the ethics of decision making. *Obstetrics & Gynecology*, v.102, n.5, p.1101-6, 2003.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Feminina*, v.38, n.8, p.415-422, 2010.

BARBOSA, G.P.; GIFFIN, K.; ANGULO-TUESTA, A.; GAMA, A. S.; CHOR, D.; D'ORSI, E.; REIS, A. C. G. V. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v.19, n.6, p. 1611-1620, nov-dez, 2003.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2002.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

BECKER, H. S.; GEER, B. Participant observation and interviewing: a comparison. *Human Organization*, v.16, n.3, p.28-32, 1997.

BÊHAGUE, D. P.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ*, v.324, n.7343, p.942-945, 2002.

BERGAMASCHI, S. F. F.; PRAÇA, N. S. Vivência da Puérpera-adolescente no cuidado do recém-nascido, no domicílio. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.42, n.3, p.454-60, 2008.

BOUZAS, I.; MIRANDA, A. T. Gravidez na adolescência. *Adolescência & Saúde*, v.1, n.1, p.27-30, 2004.

BUSANELLO, J.; KERBER, N. P. C.; MENDONZA-SASSI, R. A.; MANO, P. S.; SUSIN, L. R. O.; GONÇALVES, B. G. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um Centro Obstétrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.64, n.5, p.824-32, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Parto Aborto e Puerpério. Assistência humanizada à mulher*. 2. ed. Brasília: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. *Informações em saúde*. Brasília; 2012. Disponível em:

www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf. Acesso em 24 de março de 2012.

BRASIL, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.

CARDOSO, N. D.; PEREIRA, A. V. Práticas interdisciplinares de acolhimento, Educação em saúde e avaliação pós-parto em grupo de puérperas. *Revista de APS de Juiz de Fora*, v. 13, n. 4, p. 421-431, 2010.

COSTA, M. C. O.; LIMA, I. C.; MARTINS JÚNIOR, D. F.; SANTOS, C. A. S. T.; ARAÚJO, F. P. O.; ASSIS, D. R. Gravidez na adolescência e co – responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 719-727, 2004.

DAVIM, R. M.B.; MENEZES, R. M. P. Assistência ao parto normal no domicílio. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 9, n. 6, p. 62-8, 2001.

DAVIM, R. M. B.; BEZERRA, L. G. M. Assistência à parturiente por enfermeiras obstétricas no projeto Midwifery: um relato de experiência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v. 10, n. 5, p. 727-32, 2002.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005.

DOMINGUES, R. M. S.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com assistência ao parto: contribuição para o debate. *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, n. 11, p. 52-62, 2004.

D'ORSI, E.; CHOR, D.; GIFFIN, K.; ÂNGULO-TUESTA, A.; BARBOSA, G. P.; GAMA, A. S. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 4, p. 646-54, 2005.

FAISAL-CURY, A.; MENEZES, P. R. Fatores associados à preferência por cesariana. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, v. 40. n. 2, p. 226-32, 2006.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 4, p. 660-8, 2010.

GIBBS, G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GODINHO, R. A.; SCHELP, J. R. B.; PARADA, C. M. G. L.; BERTONCELLO, N. M. F. B. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio?. Ribeirão Preto: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GONÇALVES, A. K.; MISSIO, L. Fatores determinantes para as expectativas de gestantes acerca da vida de parto. Anais do Encontro de Iniciação Científica, 2011. Verificar normas ABNT para anais

GUIMARÃES, E. M. B. Gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. *Pediatria Moderna*, v. 37, p. 29-32, 2001.

HARER, W. B. Patient choice cesarean [editorial]. ACOG (American Congress of Obstetricians and Gynecologists) *Clinical Review*, v. 5, n. 2, p.1,3,15-6, 2000.

HAYATI, D.; KARAMI, E.; SLEE, B. Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty. *Social Indicators Research*, v. 75, p. 361-394, springer, 2006.

HOPKINS, K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Social Science & Medicine*, v. 51, n. 5, p. 725-740, 2000.

HOTIMSKY, S. N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BOGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Caderno de Saúde Pública*, v.18, n. 5, p.1303-1311, 2002.

LAMARCA, G; VETORRE, M. Cesarianas no Brasil: uma preferência das gestantes ou dos médicos? [Internet]. Rio de Janeiro: Portal DSS Brasil.

LIMA, C. T. B.; FELICIANO, K. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUSA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. C.; CASSUNDÉ, L. F.; KOVASC, M. H. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, p. 71- 83, 2004.

LOPES, R. C. S.; DONELLI, T. S.; LIMA, C. M.; PICCININI, C. A. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.18, n. 2, p. 247-254, 2005.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Centro de parto normal e assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, v. 4, n. 2, p. 274-279, 2008.

MANDARINO, N. B.; CHEIN, M. B. C.; sobrenome anterior JÚNIOR, F. C.; BRITO, L. M. O.; LAMY, Z. C.; NINA, V. J. S.; MOCHEL, E. G.; NETO, J. A. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, 2009.

MANDU, E. N. T. Gravidez na adolescência: um problema. In: RAMOS, F.; MONTICELLI, M.; MCCALLUM, C.; REIS, A. P. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 22, n. 7, p.1483-1491, 2006.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, v. 42, n. 2, p. 312-20, 2008.

NITSCHKE, R. G. *Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Cidade: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000.

NOGUEIRA, A. M.; MARCON, S. S. Reações, atitudes e sentimentos de pais frente à gravidez na adolescência. Maringá: *Ciência, Cuidado e Saúde*, v. 3, n. 1, p. 23-32, 2004.

MONTEIRO, J. C. S.; GOMES, F. A. G.; NAKAMO, A. M. S. Percepção das mulheres acerca do contato precoce e da amamentação em sala de parto. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 19, n. 4, p. 427-32, 2006.

MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. São Paulo: *Revista da Escola de Enfermagem-USP*, v. 42, n. 2, p. 312-20, jun. 2008.

MOURA, F. M. J. S. P.; CRIZOSTOMO, C. D.; NERY, I. S.; MENDONÇA, R. C. M.; ARAÚJO, O. D.; ROCHA, S. S. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 4, p. 452-5, 2007.

NETO, F. R. G.; DIAS, M. S. A.; ROCHA, J.; CUNHA, I. C. K. O. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 3, p. 279-85, 2007.

NOGUEIRA, A. M.; MARCON, S. S. Reações, atitudes e sentimentos de pais frente à gravidez na adolescência. *Ciência, Cuidado e Saúde* Maringá, v. 3, n. 1, p. 23-32, jan./abr. 2004.

OLIVEIRA, Z. M. L. P.; MADEIRA, A. M. F. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. *Revista da Escola de Enfermagem-USP*, v. 36, n. 2, p. 133-40, 2002.

PATAH, L. E.; MALIK, A. M. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. São Paulo: *Revista de Saúde Pública*, v. 45, n. 1, p.185-187, 2011.

PANTOJA, A. L. N. "Ser alguém na vida": uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 19, sup. 2, p. 335-343, 2003.

PICCININI, C. A.; SILVA, M. R.; GONÇALVES, T. R.; LOPES, R. S.; TUDGE, J. O. Envolvimento Paterno durante a Gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 17, n. 3, p. 303-314, 2004.

POTTER, P. A.; PERRY A. G. *Fundamentos de enfermagem*. 6. ed. Rio de Janeiro: Mosby-Elsevier; 2006.

POTTER, J. E.; BERQUÓ, E.; PERPÉTUO, I. H. O.; LEAL, O. F.; HOPKINS, K.; SOUZA, M. R. Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil: prospective study. *BMJ*, v.323, p.1155-58, 2001.

QUADROS, V. F.; CARVALHO, V. F. RAMOS, C. V.; RODRIGUES, E. F.; SUSIN, L. R. O.; COSTA, M. M. G.; SASSI, R. M.; VASCONCELOS, S.; GONÇALVES, B. G.; KLUG, V. D.; SILVEIRA, J. T.; TROCA, A. G.; TERRA, A. C.; PARULLA, C.; KERBER, N. R. C. Percepção de parturientes adolescentes acerca do trabalho desenvolvido em um centro obstétrico. X Salão de Iniciação Científica PUCRS, 2009. Ver normas ABNT para anais

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. Celebrando a vida: celebrando a vida: nosso compromisso com a promoção da saúde da gestante. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo: Oboré, 2009. 45 p. cidade: editora

SABROZA, A. R.; LEAL, M. C.; SOUZA JR, P. R. S.; GAMA, S. G. N. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do Município do Rio de Janeiro (1999-2001). Rio de Janeiro: *Caderno de Saúde Pública*, v. 20, Sup. 1, p. 130-137, 2004.

SAN T' ANNA, M. J. C.; COATES, V. Atenção integral à adolescente grávida. *Revista Pediatria Moderna* v. 37, p.10 - 13, 2001

SASS, N.; HWANG, S. M. Dados epidemiológicos, evidências e reflexões sobre a indicação de cesariana no Brasil. São Paulo: Departamento de Obstetrícia, Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM), *Diagnóstico e Tratamento*, v.14, n.4, p.133-7, 2009.

SILVA, M. O.; LOPES, R. L. M.; DINIZ, N. M. F. Vivência do parto normal em adolescentes. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 57, n. 5, p. 596-600, set/out., 2004.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina-PR. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*, v. 41, n. 1, p. 82-9, 2007.

SCHNECK, C. A.; RIESCO, M. L. G. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 2-15, 2006.

TEDESCO, R. P.; MAIA FILHO, N. L.; MATHIAS, L.; BENEZ, A. N. L.; CASTRO, V. C. L.; BOURROUL, G. M.; REIS, F. I. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 26, n. 10, p. 791-798, 2004.

TERENSE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. *Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais*. Fortaleza: XXVI Encontro Nacional de Engenharia de Produção, 2006.

VELHO, A. P. M. O jornalismo como estratégia na promoção da saúde. In: MASSUDA, E. M; VELHO, A. P. M. *Promoção da Saúde um enfoque interdisciplinar*. Maringá: Cesumar, 2012. p.147 - 162

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. "Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios".

Disponível: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor2.pdf>.
Acesso em: 18/02/2013

VILLAR, J.; VALLADRES, E.; WOJDYLA, D. Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005. *Lancet*, v. 367, n. 9525, p. 1819-29, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatório Mundial da Saúde 2005: recém-nascidos nunca mais passarão despercebidos*. Genebra: WHO,. 2005. P.9.

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

Apêndice A – Roteiro de Entrevistas realizado com as mães adolescentes da Instituição Lar Preservação da Vida

Roteiro de Entrevista

1 Identificação

Idade:

Escolaridade:

anterior:

Profissão:

Estado civil:

Presença do companheiro:

Presença da família:

Ocupação:

Data:

Paridade:

Tipo de parto:

Tipo de parto atual:

2 Tópico guia

2.1 Expectativas e percepções no Pré-natal

Realizou () sim () não

-Gravidez na adolescência (sentimentos e percepções);

-Participação do companheiro;

-Participação da família;

-Relação social (amigos, escola);

-Relação com o médico;

-Escolha do tipo de parto;

-Conhecimento sobre os tipos de parto;

-Medos sobre o momento do parto;

-Dúvidas referentes às vantagens e desvantagens dos tipos de parto;

2.2 Expectativas e percepções do momento do parto

- Sentimentos que envolveram esse momento;

- Foi como esperava;

- Assistência da equipe médica;

- O parto realizado foi o escolhido durante o pré-natal;

- Foram realizadas técnicas de acolhimento no momento do parto;
- Quais os procedimentos foram realizados anteriores ao momento do parto (alimentação, hidratação, litotonia, tricotomia de rotina, enterocлизма de rotina, episiotomia de rotina, amniotomia de rotina, infusão de ocitocina).

2.3 Pós-parto

- Como se sentiu (percepções, emoções);
- O que achou do momento do parto;

ANEXO A Transcrição da Aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR.

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ - CESUMAR
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A experiência do parto em adolescentes institucionalizadas do município de Maringá-PR

Pesquisador: Priscila Amanda Ramos Galego

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05041012.6.0000.5539

Instituição Proponente: Centro Universitário de Maringá - CESUMAR

Número do Parecer: 122.453

Data do Relatório: 19/10/2012

DADOS DO PARECER

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa se propõe a investigar a experiência de parto de adolescentes institucionalizadas no Município de Maringá. Os resultados da investigação fornecerão informações para a elaboração de material para esclarecimento de dúvidas quanto aos benefícios do parto natural, além de permitir que as futuras mães possam tomar decisão quanto ao parto com base nas informações e conhecimentos que lhes serão disponibilizados.

Objetivo da Pesquisa:

- 1.- Investigar sobre a experiência do parto de adolescentes, a fim de elaborar material informativo que esclareça as vantagens do parto natural.
- 2.- Caracterizar o perfil de mães adolescentes que residem num lar que presta assistência de alta complexidade para gestantes; Descrever as experiências das mães adolescentes com relação ao parto; Identificar as principais dúvidas das mães adolescentes sobre os tipos

de parto, vantagens e desvantagens para ela e o bebê; Identificar aspectos positivos e negativos do tipo de parto realizado, suas vantagens e desvantagens do ponto de vista das adolescentes, suas expectativas e a realidade vivenciada; Caracterizar e analisar sentimentos, opiniões, conhecimentos e percepções acerca do parto natural e da cesariana das mães adolescentes; A partir da análise das informações, elaborar material informativo sobre as vantagens do parto natural.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos, considerando que serão apenas entrevistas e os benefícios são: Promover a saúde da mãe e do bebê; Mudanças de paradigmas para o conhecimento da importância e dos benefícios do parto natural.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Inclusão: As participantes do estudo serão 15 mulheres, mães adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade, que residem em um Lar de apoio e acompanhamento da gestação, parto e pós-parto.

Exclusão: Os critérios de exclusão serão adolescentes que sofreram abuso sexual, com problemas mentais e que façam uso de drogas ilícitas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar ofício.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há novas pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado.

Necessita Apreciação da CONEP:

Não.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

MARINGÁ, 16 de Outubro de 2012.

Assinado por:

**Ludhiana Ethel Kendrick Silva Bertocello
(Coordenadora)**

ANEXO B Transcrição do Termo de Autorização para realização da pesquisa nas dependências da Instituição Lar Preservação da Vida – Maringá - PR

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO LOCAL

Maringá / PR, / / 2012.

Ilmo Sr.

Prof. Dr. Joaquim Martins Junior

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - Cesumar)

CESUMAR – Centro Universitário de Maringá

Prezado Coordenador,

Eu, Helena Carmen Bressan declaro, a fim de viabilizar a execução do projeto de pesquisa intitulado A experiência do parto em adolescentes institucionalizadas do município de Maringá – PR, sob a responsabilidade da pesquisadora Priscila Amanda Ramos Galego que a Instituição Lar Preservação da Vida, conforme Resolução CNS/MS 196/96, assume a responsabilidade de fazer cumprir os Termos da Resolução nº 196/96, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e demais resoluções complementares à mesma (240/97, 251/97, 292/99, 303/2000, 304/2000, 340/2004, 346/2005 e 347/2005), viabilizando a produção de dados da pesquisa citada, para que se cumpram os objetivos do projeto apresentado.

Esperamos, outrossim, que os resultados produzido possam ser informados a esta Instituição por meio de Relatório anual enviado ao CEP ou por outros meios de praxe como palestras e orientações acerca do assunto pesquisado.

De acordo e ciente,

Helena Carmen Bressan
Direto da Instituição Lar Preservação da Vida

ANEXO C Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A experiência do parto em adolescentes institucionalizadas do município de Maringá-Pr

Declaro que fui satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora Priscila Amanda Ramos Galego, em relação à participação das adolescentes sob minha responsabilidade no projeto de pesquisa intitulado A experiência do parto em adolescentes institucionalizadas do Município de Maringá-Pr, cujo objetivo é Investigar sobre a experiência do parto de adolescentes, a fim de elaborar material informativo que esclareça as vantagens do parto natural. Os dados serão coletados em encontros realizados de forma individual, dentro da Instituição e com possibilidade de manter o sigilo das informações. Cada mãe responderá a uma entrevista com questões abertas referentes aos conhecimentos, experiências vividas, percepções, sentimentos e dúvidas sobre o parto, que esclarecerá sua vivência do parto, desde sua decisão por qual tipo de parto e a realização do mesmo. A entrevista será gravada para posterior transcrição e análise das informações obtidas. Após a realização e análise das entrevistas será elaborado material informativo com linguagem apropriada a esse grupo de mães e baseado nas dúvidas expressas e informações coletadas, com o intuito de incentivar o parto natural e, a partir do estudo, tanto as mães participantes da pesquisa como outras gestantes adolescentes terão acesso a esse material; a forma de busca dos dados; os desconfortos e os riscos a que os sujeitos estarão submetidos de forma clara, simples, inteligível; descrever métodos alternativos de coleta-caso haja-; descrever as formas de assistência aos sujeitos – caso necessite; informar com clareza sobre a inclusão dos sujeitos em grupo controle ou placebo; se a pesquisa incorrer em riscos previsíveis indicar as formas de indenização e as medidas de reparo do dano eventual; dar garantias de que as eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa serão ressarcidas integralmente; esclarecer que uma cópia do TCLE ficará com o sujeito e uma cópia com o pesquisador. Estou ciente e autorizo a realização dos procedimentos acima citados e a utilização dos dados originados destes procedimentos para fins didáticos e de divulgação em revistas científicas brasileiras ou estrangeiras contanto que sejam mantidas em sigilo informações relacionadas à privacidade das adolescentes sob minha responsabilidade, bem como garantido meu direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, além de que se cumpra a legislação em caso de dano. Caso haja algum efeito inesperado que possa prejudicar o estado de saúde físico e/ou mental da adolescente sob minha responsabilidade, poderei entrar em contato com o pesquisador responsável e/ou com demais pesquisadores. É possível retirar o meu consentimento a qualquer hora e deixar de participar do estudo sem que isso traga qualquer prejuízo à minha pessoa. Desta forma, concordo voluntariamente e dou meu consentimento, sem ter sido submetido a qualquer tipo de pressão ou coação.

Eu, _____, responsável pela adolescente, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a pesquisadora Priscila Amanda Ramos Galego,

CONCORDO VOLUNTARIAMENTE, que a adolescente sob minha responsabilidade participe do mesmo.

Maringá / PR, / / 2012.

Eu Priscila Amanda Ramos Galego declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao sujeito da pesquisa.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome: Priscila Amanda Ramos galego

Endereço: Avenida Rui Barbosa

Bairro: Centro

Cidade: Lunardelli

UF: PR

Fones: (43)3478 1072

e-mail: priscilamanda@hotmail.com



MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

LINHA DE PESQUISA: AMBIENTE ESCOLAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

1. NOME DA CANDIDATA: PRISCILA AMANDA RAMOS GALEGO

2. TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Gravidez na adolescência e o tipo de parto: uma investigação sobre os aspectos que envolvem essa escolha.

3. Dia: 01.08.2013

Horário: 15H00

Local: BLOCO VII- SALA 08

4. Resultado da Avaliação:

Aprovação _____

Aprovação Condicionada _____

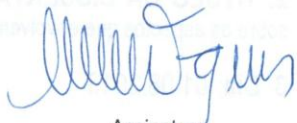
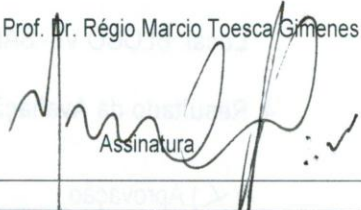

Reprovação. _____

Colégio do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde
ATA HOMOLOGADA EM REUNIÃO
DATA 01/08/13
[Assinaturas]



MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

5. BANCA EXAMINADORA:


Membros	Nome/Assinatura
<p>1) Presidente (Orientadora) Cristiane Faccio Gomes - UniCesumar</p> <p>Titulação: Doutorado</p> <p>Área de Formação: Fonoaudiologia</p>	<p>Profª. Drª. Cristiane Faccio Gomes</p>  <p>Assinatura</p>
<p>2)- Professor do Programa: Régio Marcio Toesca Gimenes- UniCesumar</p> <p>Titulação: Doutorado</p> <p>Área de Formação: Ciências Econômicas</p>	<p>Prof. Dr. Régio Marcio Toesca Gimenes</p>  <p>Assinatura</p>
<p>3) Professora Externa: Zelita Caldeira Ferreira Guedes</p> <p>Titulação: Doutorado</p> <p>Área de Formação: Fonoaudiologia</p>	<p>Profª. Drª. Zelita Caldeira Ferreira Guedes</p>  <p>Assinatura</p>

Assinatura da Mestranda: _____


PRISCILA AMANDA RAMOS GALEGO

Maringá, 01 de agosto de 2013.


Profª. Drª. Cristiane Faccio Gomes

<p>Colegiado do Programa de Mestrado em Promoção da Saúde</p> <p>ATA HOMOLOGADA EM REUNIÃO</p> <p>Nº <u>07</u> DATA: <u>01/08/13</u></p> <p> Profª. Drª. Sonia Cristina Soares Dias Vermelho</p>

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, para divulgação eletrônica.

Assinatura: _____

Maringá, 20 de outubro de 2013